

# **WPROWADZENIE DIAGNOSTYCZNE DO MODELU DEINSTYTUCJONALIZACJI USŁUG SPOŁECZNYCH W FORMIE MIESZKANIA WSPOMAGANEGO**

Projekt

*Niezależne życie – wypracowanie standardu  
oraz przeprowadzenie pilotażu w zakresie mieszkalnictwa wspomaganego  
dla osób z chorobami neurologicznymi,  
w tym z chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona oraz osób starszych*

Program Operacyjny *Wiedza Edukacja Rozwój* 2014-2020,  
Oś priorytetowa II *Efektywne polityki publiczne dla rynku pracy, gospodarki i edukacji*,  
Działanie 2.8 *Rozwój usług społecznych świadczonych w środowisku lokalnym*

## ***Szanowni Państwo!***

Partnerzy Projektu wraz z Zespołem Ekspertów, mając na uwadze prawa osób starszych i niepełnosprawnych do niezależnego, samodzielnego i aktywnego życia, w tym szczególnie:

- nieograniczonego dostępu do dóbr i usług umożliwiających pełne uczestnictwo w życiu społecznym,
- dostępu do leczenia i opieki medycznej, rehabilitacji oraz świadczeń zdrowotnych i pielęgnacyjnych,
- wsparcia społecznego obejmującego należne świadczenia społeczne, a także - w razie konieczności, pomoc materialną, rzeczową, w formie usług opiekuńczych poradnictwa (w tym specjalistycznego) i pracy socjalnej,
- pełnego uczestnictwa w życiu społecznym oraz dostępu do instytucji, obiektów użyteczności publicznej, swobodnego przemieszczania się, dostępu do informacji,
- poszanowania godności osób w podeszłym wieku i przewlekle chorych oraz braku ich dyskryminacji<sup>1</sup>,

prezentują model wsparcia dla osób z chorobami neurologicznymi oraz ich rodzin, polegający na świadczeniu specjalnych usług w lokalnej społeczności, w formie mieszkania wspomagane.

Model powstał w ramach Projektu pn. *Niezależne życie – wypracowanie standardu i przeprowadzenie pilotażu w zakresie usług mieszkalnictwa wspomagane dla osób z chorobami neurologicznymi, w tym z chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona oraz osób starszych*, Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, Oś priorytetowa II *Efektywne polityki publiczne dla rynku pracy, gospodarki i edukacji*, Działanie 2.8 *Rozwój usług społecznych świadczonych w środowisku lokalnym*.

Projekt, który rozpoczął się w kwietniu 2018 r., realizowany jest w partnerstwie trzech instytucji: Regionalnego Centrum Polityki Społecznej w Łodzi, Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Opolu oraz Towarzystwa Pomocy Niepełnosprawnych (z siedzibą w Łodzi).

Celem Projektu jest wypracowanie i wdrożenie rozwiązania modelowego, które służyć będzie poprawie sytuacji życiowej osób z chorobami neurologicznymi i ich rodzin, a także usprawnieniu systemu wsparcia i opieki dla osób niesamodzielnych, w szczególności osób z chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona.

Pobyty w mieszkaniu wspomagany - poprzez wielostronne i kompleksowe wsparcie, pozwoli osobom chorym jak najdłużej pozostać w środowisku lokalnym i odsunąć w czasie moment umieszczenia w placówce całodobowej opieki.

Postępujący proces starzenia się społeczeństwa wraz ze zmianami w strukturze współczesnej rodziny, powodują konieczność rozwoju i usprawnienia systemów wsparcia dedykowanych osobom niesamodzielnym, w tym szczególnie – osobom starszym, które oprócz

---

<sup>1</sup> *Zasady przewodnie dla aktywności osób starszych i solidarności międzypokoleniowej* opracowane przez Komitet Zatrudnienia i Komitet ochrony socjalnej Rady UE <https://www.mpips.gov.pl/seniorzyaktywne-starzenie/aktywne-i-zdrowe-starzenie-w-dokumentach-europejskich/>, a także *Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych*, sporządzonej w Nowym Jorku dnia 13 grudnia 2006 r. (Dz. U. z 2012 r., poz. 1169) <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20120001169/O/D20121169.pdf>.

chorób neurologicznych, obciążone są dodatkowo innymi schorzeniami i - w związku z tym, wymagają specjalistycznej i kompleksowej pomocy.

Trwający obecnie proces deinstytucjonalizacji usług społecznych, daje szansę na systematyczny rozwój środowiskowych form wsparcia - przy stopniowym ograniczaniu opieki całodobowej w placówkach zamkniętych. Zmianom tym towarzyszy także modelowanie usług społecznych, oznaczające tworzenie i upowszechnianie standardów, przewidzianych dla różnych osób niesamodzielnych, w tym szczególnie osób w podeszłym wieku z chorobami neurologicznymi.

Jednym z przykładów takich działań jest mieszkanie wspomagane, które pozwala zapłacić lukę między opieką w placówce całodobowej, a pomocą udzielaną w miejscu zamieszkania. Jest to znana - choć rzadko stosowana w Polsce - forma wsparcia, dzięki której specyficzne usługi społeczne dla osób z chorobami neurologicznymi, mogą być świadczone w ich środowisku lokalnym, przy wsparciu zawodowych opiekunów, oraz aktywnym współdziałaniu samych chorych, ich rodziny i najbliższego otoczenia.

Modelowe rozwiązanie wypracowano z uwzględnieniem zasad:

- indywidualnego wsparcia (dostosowania pakietu usług społecznych do specyficznych potrzeb i możliwości osoby przewlekle i neurologicznie chorej),
- podmiotowości osoby niesamodzielnej, oznaczającej poszanowanie jej godności i praw,
- zasady wsparcia lokalnego (jak najbliżej miejsca zamieszkania osoby wymagającej wsparcia) i środowiskowego (we współdziałaniu z rodziną, otoczeniem, instytucjami, społecznością lokalną).

Model mieszkalnictwa wspomagane powstał w efekcie prac projektowych, obejmujących opracowanie wyników pogłębionego badania w zakresie potrzeb osób z chorobami neurologicznymi, a także rezultatów dwóch zagranicznych wizyt studyjnych, w których uczestniczyły osoby zaangażowane w opracowanie modelu.

Wypracowany model będzie pilotażowo wdrożony w 5 gminach województw: łódzkiego i opolskiego, a następnie opracowane zostaną rekomendacje, które posłużą autorom modelu do przygotowania i przeprowadzenia działań edukacyjno-szkoleniowych dla przedstawicieli gmin uczestniczących w projekcie oraz innych jednostek samorządu terytorialnego.

Zachęcamy Państwa do zapoznania się z dokumentem, który umożliwi wdrożenie nowoczesnej formy wsparcia dla osób z chorobami neurologicznymi, w tym z chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona.

Mamy nadzieję, że wypracowany model mieszkalnictwa wspomagane wpłynie na usprawnienie wsparcia udzielanego w ramach systemu pomocy społecznej, dając szansę na zaspokojenie coraz bardziej dostrzegalnych, specyficznych potrzeb osób chorych, przebywających w społeczności lokalnej.

Wypracowane w trakcie projektu standardy działania, formy edukacji oraz rekomendacje, wpłyną na podniesienie wiedzy i umiejętności służb społecznych i innych instytucji, zajmujących się organizacją oraz wsparciem i opieką nad osobami niesamodzielnymi.

Ponadto - upowszechnienie mieszkalnictwa wspomagane przyczyni się do obniżenia wydatków samorządu terytorialnego przeznaczonych na organizację opieki nad osobami starszymi i przewlekle chorymi (np. na zabezpieczenie pobytu osób niesamodzielnych w placówkach całodobowej opieki, w tym domach pomocy społecznej).

## Spis treści

Wstęp .....	6
<b>1. Krajowa polityka społeczna w zakresie wspomagania osób z chorobami neurologicznymi w tym z chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona oraz osób starszych (mapa zasobów i potrzeb) .....</b>	<b>8</b>
1.1 Starzenie się społeczeństwa i występowanie chorób otępiennych w Polsce .....	8
i województwach: opolskim i łódzkim.....	8
1.2 System wsparcia osób niesamodzielnych .....	11
<b>2. Deinstytucjonalizacja usług społecznych .....</b>	<b>29</b>
2.1 Źródła deinstytucjonalizacji .....	29
2.2 Zasoby procesu deinstytucjonalizacji w zakresie wsparcia osób z chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona oraz osób starszych .....	33
2.3 Proces deinstytucjonalizacji .....	41
2.4 Społeczne konteksty deinstytucjonalizacji .....	45
2.5 Kooperacja drogą do deinstytucjonalizacji .....	47
2.6 Bariery deinstytucjonalizacji .....	48
2.7 System wsparcia dla osób z chorobami neurologicznymi oraz osób starszych – problemy i potrzeby .....	51
<b>3 Choroby wieku starszego, w tym choroby neurologiczne, ze szczególnym uwzględnieniem choroby Alzheimera i choroby Parkinsona .....</b>	<b>53</b>
3.1 Schorzenia wieku starszego (opis chorób obejmujących projekt) .....	53
3.2 Kryteria doboru mieszkańców .....	62
3.3 Dostosowania mieszkania dla osób starszych i z chorobami neurologicznymi, w tym również z chorobą Alzheimera i z chorobą Parkinsona – rekomendacje .....	64
<b>4 Współpraca między podmiotami bezpośrednio zajmującymi się wsparciem osób z chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona oraz osób starszych, w szczególności w obszarze pomocy społecznej i ochrony zdrowia .....</b>	<b>65</b>
4.1 Formy opieki w obszarze ochrony zdrowia .....	66
4.2 Współpraca z innymi podmiotami członków zespołu POZ w ramach koordynacji opieki zdrowotnej nad świadczeniobiorcą .....	68
4.3 Opieka długoterminowa .....	68
4.4 Przychodnie specjalistyczne: Poradnia Zdrowia Psychicznego .....	70
<b>5 Model mieszkania wspomagane dla osób z chorobami neurologicznymi, w tym z chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona – korzyści społeczne i ekonomiczne .....</b>	<b>76</b>
<b>6 Doświadczenia i standardy międzynarodowe w zakresie deinstytucjonalizacji usług i wspomagania osób z chorobami neurologicznymi, w tym z chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona oraz osób starszych .....</b>	<b>78</b>

## Wykaz skrótów

<b>DPS</b>	Dom Pomocy Społecznej
<b>DDP</b>	Dzienny Dom Pomocy
<b>EFRR</b>	Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego
<b>ES</b>	Ekonomia społeczna
<b>PES</b>	Podmiot ekonomii społecznej
<b>JST</b>	Jednostka samorządu terytorialnego
<b>EFS</b>	Europejski Fundusz Społeczny
<b>GUS</b>	Główny Urząd Statystyczny
<b>MPiPS-03</b>	<i>Sprawozdanie roczne z udzielonych świadczeń pomocy społecznej – pieniężnych, w naturze i usługach</i>
<b>MRPiPS</b>	Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej
<b>NFZ</b>	Narodowy Fundusz Zdrowia
<b>NGO</b>	Organizacje pozarządowe
<b>OPS</b>	Ośrodek Pomocy Społecznej
<b>PFRON</b>	Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
<b>PO WER</b>	Program Operacyjny <i>Wiedza Edukacja Rozwój</i> na lata 2014-2020
<b>RPO WO</b>	<i>Regionalny Program Operacyjny Województwa Opolskiego na lata 2014-2020</i>
<b>ROPS</b>	Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Opolu
<b>ŚDS</b>	Środowiskowy Dom Samopomocy
<b>SWO</b>	Samorząd Województwa Opolskiego
<b>UE</b>	Unia Europejska
<b>UMWO</b>	Urząd Marszałkowski Województwa Opolskiego

## Wstęp

Wzrastające potrzeby społeczne związane ze starzeniem się ludności, wymagają wzmocnienia i usprawnienia działań prowadzonych w różnych obszarach, poprzez ich uporządkowanie i skoordynowanie, a także wypracowanie rozwiązań modelowych – standardów usług społecznych. Dotyczy to zwłaszcza działań na rzecz osób w podeszłym wieku i niepełnosprawnych, wymagających kompleksowego wsparcia w formie zróżnicowanych pakietów usług, dostosowanych do ich indywidualnych potrzeb.

W opracowaniu modelowego rozwiązania/standardu deinstytucjonalizacji usług społecznych, w formie mieszkania wspomaganego, wzięli udział eksperci, którzy w ramach niniejszego projektu przygotowali odpowiednie analizy i diagnozy tematyczne, przedstawiciele jednostek samorządu terytorialnego (osoby odpowiedzialne za sprawy społeczne, w tym przedstawiciele ośrodków pomocy społecznej), użytkownicy wypracowanych rozwiązań (odbiorcy wsparcia) oraz osoby odpowiedzialne z zarządzanie publicznym zasobem mieszkaniowym gminy.

Projekt zakłada, że przygotowane rozwiązanie (model) w zakresie mieszkalnictwa wspomaganego, zostanie wdrożone w 5 gminach (3. w województwie łódzkim oraz 2. w woj. opolskim). Dodatkowo w ramach realizacji projektu działaniami edukacyjno-szkoleniowymi mają zostać objęci przedstawiciele jednostek samorządu terytorialnego ze wszystkich gmin z województw: łódzkiego i opolskiego. Opracowane mają być też rekomendacje projektowe.

Projekt przyczynić się ma do powiększenia i polepszenia infrastruktury społecznej na rzecz osób niesamodzielných, zwiększenia możliwości zatrudnienia mieszkańców gminy w powstających mieszkaniach wspomaganych, a także umożliwić powstanie przedsiębiorstwa społecznego, świadczącego usługi w ramach mieszkania wspomaganego.

Wskazuje się, że wypracowane w ramach projektu rekomendacje oraz działania edukacyjne wpłyną korzystnie na zmianę wizerunku osób z niepełnosprawnościami, upowszechnią wiedzę na temat przyczyn, objawów i sposobów pomagania osobom z chorobami neurologicznymi, w tym szczególnie z chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona. Z uwagi na zakres projektu, wsparcie otrzymają również rodziny osób chorych, opiekunowie i otoczenie społeczne.

Wypracowany model wsparcia w formie mieszkania wspomaganego uwzględnia specyficzne potrzeby osób z chorobami neurologicznymi, jednocześnie umożliwia osobom chorym pozostanie w środowisku lokalnym, utrzymanie kontaktów z rodziną i najbliższym otoczeniem, oraz prowadzenie względnie niezależnego życia. Niezależność osób chorych, korzystających z mieszkania wspomaganego, oznacza zdolność do dokonywania wyborów i podejmowania decyzji, m.in. w zakresie miejsca zamieszkania oraz organizacji życia codziennego.

Rozwój mieszkalnictwa wspomaganego jest jednym z zaleceń Komisji Europejskiej, zawartych m.in. w *Ogólnopolskich wytycznych dotyczących przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności*<sup>2</sup>.

Tworzenie i upowszechnianie środowiskowych form wsparcia, w tym w formie mieszkań wspomaganych, jest również jednym z kierunków działań określonych w strategiach samorządów wojewódzkich oraz regionalnych programach operacyjnych na lata 2014-2020. W dokumentach tych (zwłaszcza Samorządu Województwa Opolskiego) wskazuje się, że główne działania w obszarze polityki społecznej obejmować będą w szczególności *wspieranie rozwoju sfery usług uwzględniających i zaspokajających potrzeby starzejącej się populacji*, a także ograniczenie ubóstwa i wykluczenia społecznego oraz negatywnych skutków zjawisk demograficznych poprzez rozwój usług publicznych (zdrowotnych, społecznych) i zwiększenie do nich dostępu, aktywizację społeczno-zawodową i rozwój regionalnej gospodarki społecznej<sup>3</sup>.

Opracowany model mieszkania wspomaganego dla osób z chorobami neurologicznymi będzie formą usprawnienia działań systemowych w pomocy społecznej, zagwarantuje jednocześnie realizację celu szczegółowego POWER, tj. rozwój mieszkalnictwa wspomaganego i deinstytucjonalizację usług społecznych.

Niniejsze *Wprowadzenie* opracował Zespół Ekspertów – przedstawicieli różnych dyscyplin naukowych oraz praktyków, tj.:

- 1) Joanna Bryłkowska-Hehn – Kierownik Ośrodka Pomocy Społecznej w Siechnicach, która przygotowała diagnozę, opis obszaru, dane dotyczące krajowej polityki społecznej w zakresie wspomagania osób z chorobami neurologicznymi, w tym z chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona oraz osób starszych,
- 2) dr Piotr Sikora – pracownik naukowy Uniwersytetu Opolskiego, przygotował materiał dotyczący regulacji systemowych w zakresie deinstytucjonalizacji usług dla osób z chorobami neurologicznymi,
- 3) Mariola Sibilska – Kierownik Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Opolu, opracowała część dotyczącą opisu chorób: Alzheimera i Parkinsona, potrzeb osób chorych, w tym w zakresie rehabilitacji i innych usług społecznych;
- 4) Magdalena Osińska-Kurzywik – Prezes Fundacji Przemijanie w Opolu – opracowała materiał dotyczący współpracy między podmiotami bezpośrednio zajmującymi się wsparciem osób z chorobą Alzheimera i Parkinsona, szczególnie w obszarze pomocy społecznej i ochrony zdrowia;
- 5) dr Marzena Pogorzelska – pracownik naukowy Uniwersytetu Opolskiego, przygotowała analizę w zakresie doświadczeń i standardów międzynarodowych w zakresie deinstytucjonalizacji usług i wspomagania osób z chorobami neurologicznymi.

---

<sup>2</sup> *Ogólnopolskie wytyczne dotyczące przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie społeczności lokalnych*, [http://www.kapitalludzki.gov.pl/gfx/kapitalludzki/userfiles/93/17\\_wytyczne\\_dot\\_przejscia\\_od\\_opieki\\_instytucjonalnej\\_do\\_opieki\\_swiadczonej\\_na\\_poziomie\\_lokalnych\\_spolecznosci.pdf](http://www.kapitalludzki.gov.pl/gfx/kapitalludzki/userfiles/93/17_wytyczne_dot_przejscia_od_opieki_instytucjonalnej_do_opieki_swiadczonej_na_poziomie_lokalnych_spolecznosci.pdf).

<sup>3</sup> Zob. *Strategia Rozwoju Województwa Opolskiego do 2020*, ss. 97, 110, <https://budzet.opolskie.pl/wp-content/uploads/2017/02/Strategia-Rozwoju-Wojew%C3%B3dztwa-Opolskiego-do-2020-r..pdf>, a także *Strategia w zakresie Polityki Społecznej na lata 2016-2025* [http://rops-opole.pl/strategie\\_i\\_programy/STRATEGIA%20POLITYKI%20SPOLECZNEJ%202016-2025.pdf](http://rops-opole.pl/strategie_i_programy/STRATEGIA%20POLITYKI%20SPOLECZNEJ%202016-2025.pdf).



# **1 Krajowa polityka społeczna w zakresie wspomagania osób z chorobami neurologicznymi w tym z chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona oraz osób starszych (mapa zasobów i potrzeb)**

## **1.1 Starzenie się społeczeństwa i występowanie chorób otępiennych w Polsce oraz województwach: opolskim i łódzkim**

Postępujący proces starzenia się ludności stwarza nowe wyzwania i trudności związane z potrzebami osób starszych, przy coraz powszechniejszym braku możliwości ich zaspokojenia przez rodzinę.

Powiększająca się co roku grupa osób w podeszłym wieku nie jest jednorodna – wyróżnia się m.in. dwa etapy starości, związane ze stanem zdrowia i sprawności seniorów. Są to: faza I – „*młodych starych*”, obejmująca grupę 65-79 lat, oraz faza II - „*późnej starości*”, rozpoczynająca się po 80 roku życia. Prognozy demograficzne podkreślają dynamiczny wzrost liczby osób starszych, w tym szczególnie w wieku powyżej 80 lat, których liczba do 2050 r. powiększy się ponad dwukrotnie. Jednocześnie, wśród najstarszych seniorów, znacznie częściej występują osoby niesamodzielne, przewlekłe chore, wymagające opieki i wsparcia<sup>4</sup>.

Dlatego też jednym z najważniejszych wyzwań polityki społecznej jest dbałość o rozwój i upowszechnienie systemów, które zapewnią będą różnorodne sposoby pomagania - we współpracy z rodziną i najbliższym otoczeniem.

Dla osób ze szczególnymi schorzeniami, wśród których wyróżniają się choroby neurologiczne – ważne jest opracowanie pakietów usług publicznych, które będą mogły być realizowane w miejscu zamieszkania lub w najbliższym jego otoczeniu, zapewniając osobom chorym intensywną pielęgnację i opiekę medyczną wraz ze wsparciem społecznym i emocjonalnym.

Proces starzenia się społeczeństwa dotyczy wszystkich krajów europejskich (również Polski), w tym szczególnie województw: opolskiego, łódzkiego, świętokrzyskiego<sup>5</sup>. W 2017 r. było w Polsce 6,5 mln osób pow. 65 lat (17% ludności ogółem), w tym 4,3% osób w wieku 80 lat i więcej. Najstarszym demograficznie województwem było województwo łódzkie (ze wskaźnikiem 18,9% osób starszych) oraz województwo świętokrzyskie (udział osób pow. 65 lat wynosił 18,0%). Województwo opolskie miało również jeden z najwyższych wskaźników udziału ludności w wieku 65 lat, tj. 17,6%.

Według *Prognozy ludności Polski na lata 2014-2050* (opracowanej przez GUS w 2014 r.), do 2050 r.:

<sup>4</sup> Zob. *Raport o sytuacji osób starszych w Polsce*, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, Warszawa 2012 r., [http://senior.gov.pl/source/raport\\_osoby%20starsze.pdf](http://senior.gov.pl/source/raport_osoby%20starsze.pdf).

<sup>5</sup> Zob. *Prognoza ludności na lata 2014-2050*, GUS, Warszawa 2014 <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/prognoza-ludnosc/prognoza-ludnosc-na-lata-2014-2050-opracowana-2014-r-,1,5.html>.



- liczba ludności w wieku 65 lat i więcej stanowić będzie średnio w kraju 31,5% (prawie 2-krotnie więcej niż obecnie), w tym w woj. łódzkim – 34,2%, a w woj. opolskim 36,1% mieszkańców (najwyższy wskaźnik);
- liczba osób najstarszych (80 lat i więcej) wzrośnie 2,5-krotnie, stanowiąc średnio 10,3% mieszkańców, w tym: w woj. łódzkim – 10,9%, a w woj. opolskim – 12,2% ludności (najwyższy wskaźnik).

Prognozowane zmiany w zakresie struktury wiekowej ludności wpływają na przekształcenie relacji między starszymi i młodszymi generacjami. Relacje te opisują: wskaźnik *obciążenia demograficznego* oraz współczynnik *potencjalnego wsparcia i opieki nad rodzicami*. Do 2050 r.:

- na 100 osób w wieku produkcyjnym przypadają będzie 81 osób w wieku nieprodukcyjnym (dzieci i osób starszych) tj.: dwukrotnie więcej niż obecnie<sup>6</sup>;
- *współczynnik potencjalnego wsparcia* (liczba osób w wieku 15-64 lata przypadająca na 100 osób w wieku 65 lat i więcej) spadnie prawie trzykrotnie - z 458 do 169;
- *współczynnik opieki nad rodzicami* (liczba osób w wieku 85 lat i więcej przypadająca na 100 osób w wieku 50-64 lata) wzrośnie prawie 4-krotnie - z 8 do 38<sup>7</sup>.

Według autorów prognozy w *przekroju regionalnym zmiany będą zależne od stopnia zaawansowania starzenia populacji*<sup>8</sup>. W związku z tym, z uwagi na prognozowane dla województw: łódzkiego i opolskiego, najwyższe wskaźniki „starości” demograficznej, także generacyjne współczynniki wsparcia będą w tych regionach niekorzystne.

Prognozowany wzrost liczby osób starszych oznacza powiększenie grupy osób niesamodzielnych i przewlekle chorych. Badania dotyczące stanu zdrowia osób starszych prowadzone w oparciu o metodologię *Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia*, wskazują, że *samoocena stanu zdrowia starszych mieszkańców Polski nieznacznie poprawiła się, zwłaszcza dwóch grup wieku: sześćdziesięciolatków i siedemdziesięciolatków. Natomiast pogorszyła się samoocena stanu zdrowia najstarszych Polaków – w grupie wieku powyżej 80 lat co druga osoba stwierdziła, że jej stan zdrowia jest zły lub bardzo zły*<sup>9</sup>.

Według ostatniej edycji badania (2014), blisko co druga osoba w wieku 60 lat i więcej została zaliczona do populacji osób niepełnosprawnych biologicznie, z których 1/3 miała poważne ograniczenia w wykonywaniu codziennych czynności życiowych<sup>10</sup>.

Jednocześnie co trzecia osoba w wieku 65 lat i więcej ma trudności w codziennych czynnościach związanych z samoobsługą (kładzenie się i wstawanie z łóżka, siadanie i wstawanie z krzesła, kąpanie się, mycie pod prysznicem). Z badań tych wynika, że 45% osób starszych mających problemy z samoobsługą musi radzić sobie sama, bo nie ma żadnej pomocy<sup>11</sup>.

W szczególnie trudnym położeniu znajdują się osoby z chorobami neurologicznymi, których występowanie nasila się w starszych grupach wieku.

<sup>6</sup> Tamże.

<sup>7</sup> Tamże, s. 140.

<sup>8</sup> Tamże, s. 141.

<sup>9</sup> *Zdrowie osób starszych w Polsce w świetle badań statystyki publicznej*, GUS, Notatka z posiedzenia Sejmowej Komisji Polityki Senioralnej dotycząca „Informacji Ministra Zdrowia na temat wpływu zmian demograficznych i starzenia się społeczeństwa na organizację systemu ochrony zdrowia i Narodowy Program Zdrowia”, GUS Warszawa 2016, s. 13 <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/ludnosc-w-wieku-60-struktura-demograficzna-i-zdrowie,24,1.html>.

<sup>10</sup> *Ludność w wieku 60 lat i więcej*. Notatka została przygotowana na posiedzenie Sejmowej Komisji Polityki Senioralnej dotyczące „Informacji Ministra Zdrowia na temat wpływu zmian demograficznych i starzenia się społeczeństwa na organizację systemu ochrony zdrowia i Narodowy Program Zdrowia”, GUS Warszawa 2016, s. 30 <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/ludnosc-w-wieku-60-struktura-demograficzna-i-zdrowie,24,1.html>.

<sup>11</sup> *Zdrowie osób starszych w Polsce w świetle badań statystyki publicznej*, GUS, op. cit., s. 17.

Diagnozy epidemiologiczne wskazują na wysoki (50%) wskaźnik zachorowalności na chorobę Alzheimera i inne zespoły otępienne wśród osób powyżej 80 lat<sup>12</sup>. Wprawdzie - w ostatnich latach dynamika zachorowań na choroby otępienne nieco zmalała, ponieważ następuje poprawa w zakresie edukacji, odżywiania i kontroli czynników ryzyka chorób układu krążenia, przywiązuje się większą wagę do aktywności fizycznej i intelektualnej, jednak uzyskane w ten sposób dłuższe trwanie życia mieszkańców, spowoduje wzrost liczby chorych, zwłaszcza w najstarszych grupach wieku. *Nawet jeśli uwzględni się poprawę stanu zdrowia przyszłych osób starszych (wzrost aktywności fizycznej i społecznej, rozpowszechnienie zdrowego stylu życia, zwiększenie zakresu opieki medycznej, nowe metody leczenia), i tak liczba chorych będzie w najbliższych latach wielokrotnie większa niż możliwości jej zapobiegania i leczenia*<sup>13</sup>.

Wyniki badań demograficznych i epidemiologicznych dotyczące nasilenia chorób neurodegeneracyjnych, wśród których szczególne miejsce zajmują: choroba Alzheimera i choroba Parkinsona, wskazują na konieczność podejmowania systemowych działań, które winny obejmować: rozwój badań nad chorobami otępiennymi, poprawę wiedzy i świadomości społecznej na temat tych chorób i związanych z nimi problemów, wzrost dostępności badań i usług medycznych, rehabilitacyjnych, a przede wszystkim tworzenie i rozwój form wsparcia i opieki dla chorych oraz ich najbliższej rodziny (w tym opiekunów nieformalnych), a także opiekunów profesjonalnych<sup>14</sup>.

Wzrost liczby ludności w starszych grupach wieku oznacza wzrost zachorowań na choroby, których głównym czynnikiem ryzyka jest właśnie wiek, w tym: choroby Alzheimera i choroby Parkinsona.

Dane publikowane przez MZ w ramach projektów funduszy UE dotyczące chorób, są oparte na mapowaniu potrzeb zdrowotnych realizowanych w 2016 r. i 2017 r.<sup>15</sup> Są to wskazania liczby hospitalizacji i porad w danym okresie, bez przełożenia ich na liczbę osób chorych wg poszczególnych chorób układu nerwowego w danym roku. Jedyne dostępne szacunkowe dane dotyczą choroby Alzheimera i choroby Parkinsona.

I tak, wg raportu NIK, w 2015 roku liczba osób w Polsce, u których występowało otępienie typu alzheimerowskiego szacowana była na poziomie od 360 tys. do 470 tys. Uwzględniając iż, ryzyko zachorowania na chorobę Alzheimera po ukończeniu 65 lat ulega praktycznie podwojeniu z upływem każdych kolejnych pięciu lat, można wnioskować, że na chorobę Alzheimera zachoruje 3 proc. osób w grupie wiekowej 65-69 lat, 6 proc. osób w grupie 70-74 lata i blisko połowa w grupie wiekowej 85+<sup>16</sup>. Informacje dotyczące chorych na chorobę Parkinsona wskazują, iż szacowana liczba osób chorych w Polsce wynosi około 80 tyś, tj. rocznie zapada na nią około 8 000 osób. Badania nad populacją osób po 65 roku życia w Polsce wykazały zależność geograficzną, gdzie choroba Parkinsona występowała u 3,5% pacjentów z północy Polski, u 2,7% z obszaru centralnej Polski, a jedynie u 1,9% z rejonów wschodnich<sup>17</sup>.

<sup>12</sup> G. Opala, *Starzenie się społeczeństwa – aktualne dane, prognozy demograficzne i rekomendacje wynikające z polskiej prezydencji w Radzie unii Europejskiej*, [w:] *Sytuacja osób chorych na chorobę Alzheimera w Polsce*, Rzecznik Praw Obywatelskich, Warszawa 2016 r.

<sup>13</sup> Tamże, s. 27.

<sup>14</sup> Tamże, s. 28.

<sup>15</sup> *Mapa potrzeb zdrowotnych dla Polski*, Ministerstwo Zdrowia, projekt *Efektywne działanie przez mapowanie*; s.19-20 <http://www.mpz.mz.gov.pl/wp-content/uploads/sites/4/2018/01/polska-1.pdf>.

<sup>16</sup> NIK o opiece nad chorymi na Alzheimera, 16 maja 2017 r., <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/nik-o-opiece-nad-chorymi-na-alzheimera.html>.

<sup>17</sup> Dane publikowane: <http://www.chorobaparkinsona.net/parkinson/parkinson-statystyki/>;  
<http://laboratoria.net/pl/artikul/Choroba%20Parkinsona%3A%20patogeneza%20oraz%20aktualne%20badania%20klinikczne;25518.html>

Ogólnie przyjęto, że w grupie wieku 65 lat i więcej wskaźnik występowania chorób otępiennych wynosi 12%, a choroby Alzheimera 6-7%<sup>18</sup>. Biorąc pod uwagę dane GUS<sup>19</sup>, dotyczące liczby ludności w wieku 65 lat i więcej w 2017 r., można przyjąć, że liczba osób chorych na Alzheimera wynosiła w Polsce ok. 457 tys., w tym:

- w woj. łódzkim – ok. 33 tys.;
- w woj. opolskim – ok. 12 tys. osób.

**Tabela 1. Szacunkowa liczba osób z chorobą Alzheimera w Polsce i województwach łódzkim i opolskim w 2017 r.**

Wyszczególnienie	Szacunkowa liczba osób z chorobą Alzheimera			Szacunkowa liczba osób z chorobą Parkinsona
	Liczba ludności w wieku 65 lat i więcej w 2017 r.	choroby otępienne		
		Ogółem	w tym Alzheimer	
		12%	7%	
Polska	6 520 247	782 430	456 417	97 803
województwo łódzkie	467 972	56 157	32 758	7 007
województwo opolskie	174 652	20 958	12 226	2 504

*Źródło: opracowanie własne na podstawie badania pt. Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce, w: Opieka nad osobami chorymi na chorobę Alzheimera oraz wsparcie dla ich rodzin, NIK, Informacja o wyniku kontroli, Warszawa 2017 r.*

W 2016 r. na **chorobę Parkinsona** (według danych NFZ), leczonych było w Polsce ok. 98 tys. osób, tj. 1,5% liczby osób w wieku 65 lat i więcej. W woj. łódzkim w 2016 r. było 7 007 chorych, a w woj. opolskim – 2 504 (w obu województwach było to ok. 1,5% osób powyżej 65 lat)<sup>20</sup>.

Podobnie jak w przypadku choroby Alzheimera, dla choroby Parkinsona głównym czynnikiem ryzyka jest późny wiek, w związku z tym – przyjmując dane prognozy ludności GUS – można założyć, że do 2050 r., wraz ze wzrostem liczby seniorów, wzrośnie liczba zachorowań na chorobę Parkinsona (do ok. 170 tys., tj. o 70% więcej niż obecnie).

Wprawdzie zakres występowania choroby Parkinsona jest wielokrotnie mniejszy niż Alzheimera, jednak obie choroby stanowią poważny problem społeczny, generując wysokie koszty leczenia, rehabilitacji i opieki.

## 1.2 System wsparcia osób niesamodzielnych

Wsparcie społeczne to dostarczanie różnorodnych zasobów (emocjonalnych, informacyjnych, rzeczowych itd.) jednostce, która doświadcza jakichś trudności i nie jest w stanie sprostać im samodzielnie. Niewystarczająca jego dostępność skutkuje niezaspokojeniem lub zaspokojeniem na niewystarczającym poziomie potrzeb człowieka.

<sup>18</sup> Szacunek na podstawie wyników badania pt. *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, [w:] *Opieka nad osobami chorymi na chorobę Alzheimera oraz wsparcie dla ich rodzin*, NIK, Informacja o wyniku kontroli, Warszawa 2017 r.

<sup>19</sup> Bank Danych Lokalnych GUS – liczba ludności wg funkcjonalnych grup wieku w 2017 r.

<sup>20</sup> Raport pt. *Model kompleksowej i koordynowanej opieki nad Pacjentem z Chorobą Parkinsona*, Instytut Zarządzania w Ochronie Zdrowia, Uczelnia Łazarskiego, Warszawa, 2018 r.

Zakres i formy dostarczania wsparcia społecznego osobom starszym zależą od wielu czynników – kulturowych, struktury rodzin, przestrzennej dostępności osób mogących być źródłem wsparcia, dostępności instytucji, zakresu uprawnień do usług społecznych<sup>21</sup>.

Wsparcie społeczne jest potrzebne ludziom w każdym wieku. Jednak osoby starsze potrzebują go szczególnie, a potrzeba ta nasila się w miarę pojawiania się niesamodzielności, będącej skutkiem przewlekłej choroby lub niepełnosprawności. Zasadniczą cechą wyznaczającą możliwość samodzielnej realizacji potrzeb osób starszych jest ich stan zdrowia. To on przede wszystkim wyznacza poziom aktywności społecznej osób starszych, możliwości samodzielnego zamieszkiwania i konieczności korzystania z pomocy innych osób przy wykonywaniu codziennych czynności<sup>22</sup>.

System wsparcia dla osób starszych w środowisku zamieszkania można wyodrębnić w dwóch kategoriach – potrzebujących i niepotrzebujących wsparcia społecznego. Między zdrowiem a chorobą występuje bowiem ciągłość (dotyczy to schorzeń somatycznych i psychicznych), podobnie jak między aktywnością a biernością, czy między pełnią społecznego uczestnictwa a samotnością. Poza tym, każdy człowiek – choć w różnym zakresie – potrzebuje wsparcia ze strony innych ludzi i instytucji.

Źródłami wsparcia społecznego są: sieci społeczne tworzone przez członków rodziny, znajomych, sąsiadów (tzw. pierwotne źródła wsparcia) oraz instytucje, grupy samopomocowe itd. (wtórne źródła wsparcia). Wraz z wertykalizacją sieci rodzinnej, czyli zmniejszaniem się liczby osób z tego samego pokolenia i zwiększaniem się liczby jednocześnie żyjących pokoleń, ograniczeniu ulegnie możliwość uzyskania wsparcia w obrębie rodziny, a większa odpowiedzialność będzie spoczywała na samorządzie terytorialnym, organizacjach pozarządowych oraz nieformalnych, nierodzinnych sieciach wsparcia, czyli tzw. wtórnych źródłach wsparcia. Osoba starsza stara się zaspokoić potrzeby we własnym zakresie, jednak pojawiające się problemy zdrowotne powodują, że nie każdy rodzaj potrzeb senior może zrealizować samodzielnie<sup>23</sup>.

Brak nieformalnych sieci wsparcia lub ich nieskuteczność powoduje, że potrzeby osoby starszej w zakresie opieki nie mogą być zaspokojone w jej miejscu zamieszkania. Przy czym zmianę miejsca pobytu w poszukiwaniu lepszego wsparcia traktować należy jako ostateczność, do której sięga się po wyczerpaniu wszystkich możliwości dostępnych w dotychczasowym środowisku zamieszkania. Chyba że osoba starsza jednoznacznie i konsekwentnie wyraża wolę zamieszkania w instytucji, nawet gdy jej sprawność i samodzielność nie są istotnie ograniczone.

Działania instytucji publicznych i samorządu terytorialnego powinny być ukierunkowane zarówno na wspieranie samodzielności w miejscu zamieszkania osób starszych, jak i ich rodzin oraz nieformalnych sieci wsparcia. Należy zwrócić szczególną uwagę, aby działania kierowane w ramach wsparcia społecznego uwzględniały różnorodność grupy osób starszych (czynniki warunkujące konieczność korzystania ze wsparcia i różnicujące zbiorowość osób starszych to obok stanu zdrowia, zasoby kulturowe, sytuacja rodzinna, faza życia, status ekonomiczny). Zapotrzebowanie na wsparcie jest dynamiczne – zarówno w wymiarze jednostkowym (zmienia się zależnie od zmiany osobistej sytuacji osoby starszej), jak i w wymiarze zbiorowości. Wraz z postępującym procesem starzenia się ludności obserwowany jest bowiem wzrost liczby jednoosobowych gospodarstw domowych, co zwiększa zapotrzebowanie na wsparcie społeczne<sup>24</sup>.

---

<sup>21</sup> B.Szatur-Jaworska, P.Błędowski, *System wsparcia osób starszych w środowisku zamieszkania, Propozycja modelu oraz wyniki badania antydyskryminacyjnego*, Warszawa 2017, s. 7.

<sup>22</sup> Tamże, s. 8.

<sup>23</sup> Tamże, s. 9.

<sup>24</sup> B.Szatur-Jaworska, P.Błędowski, *System wsparcia osób...*op.cit., s. 9.

Usługi społeczne dla osób zależnych, wymagających wsparcia w środowisku lokalnym, świadczone są na podstawie licznych aktów prawnych oraz dokumentów w formie programów rządowych. Są to:

- 1) Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. z 1997 r. Nr 78 poz. 483 ze zm.);
- 2) Ustawa z dnia 9 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz.U. z 2018 r. poz. 994 ze zm.);
- 3) Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 2018 r. poz. 1508 ze zm.);
- 4) Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o osobach starszych (Dz.U. z 2015 r. poz. 1705);
- 5) Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2018 r. poz. 511 ze zm.);
- 6) Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2017 r. poz. 1938 ze zm.);
- 7) Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 2017 r. poz. 882);
- 8) Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (Dz.U. z 2015 r. poz. 1390 ze zm.);
- 9) Rozporządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 września 2016 r. w sprawie rodzinnego wywiadu środowiskowego (Dz.U. z 2016 r. poz. 1406);
- 10) Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 11 lipca 2018 w sprawie zweryfikowanych kryteriów dochodowych oraz kwot świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej (Dz.U. z 2018 r. poz. 1358);
- 11) Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej (Dz.U. z 2012 r. poz. 964);
- 12) Rozporządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 24 stycznia 2017 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie domów pomocy społecznej (Dz.U. z 2017 r. poz. 224);
- 13) Rozporządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 17 stycznia 2018 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie domów pomocy społecznej (Dz.U. z 2018 r. poz. 278);
- 14) Rozporządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 grudnia 2010 r. w sprawie środowiskowych domów samopomocy (Dz.U. z 2010 r. Nr 238, poz. 1586);



- 15) Rozporządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 4 grudnia kwietnia 2014 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie środowiskowych domów samopomocy (Dz.U. z 2014 r., poz. 1752);
- 16) Rozporządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych (Dz.U. z 2005 r. Nr 189, poz. 1598);
- 17) Rozporządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 6 lipca 2006 r. zmieniające rozporządzenia w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych (Dz.U. z 2006 r. Nr 134, poz. 943);
- 18) Rozporządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 26 kwietnia 2018 r. w sprawie mieszkań chronionych (tekst jednolity: Dz. U. 2018 poz. 882);
- 19) Ustawa z dnia 4 listopada 2016 r. o wspieraniu kobiet w ciąży i rodzin „Za Życiem” (Dz.U. z 2018 r. poz. 1076);
- 20) Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych, sporządzonej w Nowym Jorku dnia 13 grudnia 2006 r. (Dz. U. z 2012 r., poz. 1169)<sup>25</sup>.
- 21) ustawie z 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (t. j. Dz.U. z 2018 r., poz. 511,1000,1076)<sup>26</sup>;
- 22) *Wytycznych Ministra Rozwoju w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014-2020*<sup>27</sup>;
- 23) Uchwała Nr 238 Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2013 roku w sprawie przyjęcia dokumentu Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014-2020 (Monitor Polski z 4.02.2014 r. poz. 118);
- 24) Uchwała Nr 37 Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2013 r. w sprawie ustanowienia Rządowego Programu na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2014-2020 (Monitor Polski z 24.01.2014 r. poz. 52);
- 25) Uchwała Nr 239 Rady Ministrów z 24 grudnia 2013 r. w sprawie Programu Solidarność pokoleń Działania na rzecz zwiększenia aktywności zawodowej osób w wieku 50+ ( Monitor Polski z 4.02.2014 poz.115);
- 26) Uchwała Nr 34 Rady Ministrów z dnia 17 marca 2015 r. w sprawie Programu Wieloletni „Senior –WIGOR” na lata 2015-2020;

---

<sup>25</sup> Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych, sporządzonej w Nowym Jorku dnia 13 grudnia 2006 r. (Dz. U. z 2012 r., poz. 1169) <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20120001169/O/D20121169.pdf>.

<sup>26</sup> Ustawa z 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. z 2018 r., poz. 511,1000,1076) <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU19971230776/U/D19970776Lj.pdf>.

<sup>27</sup> *Wytyczne Ministra Rozwoju w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014-2020, Ministerstwo Rozwoju, Warszawa, styczeń 2018 r.* [https://www.funduszeuropejskie.gov.pl/media/49753/Wytyczne\\_wlaczanie\\_spoleczne\\_v4.pdf](https://www.funduszeuropejskie.gov.pl/media/49753/Wytyczne_wlaczanie_spoleczne_v4.pdf).

- 27) Uchwała Nr 157 Rady Ministrów z dnia 20 grudnia 2016 r. zmieniająca uchwałę w sprawie programu wieloletniego „Senior –WIGOR” na lata 2015-2020;
- 28) Rządowy Program Opieka 75 +;
- 29) Strategia Rozwoju usług opieki długoterminowej nad osobami starszymi- w ramach Programu PROGRESS.;
- 30) Strategia Rozwoju Kraju 2020 - Aktywne społeczeństwo, konkurencyjna gospodarka, sprawne państwo;
- 31) Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. Bezpieczeństwo. Uczestnictwo. Solidarność” – prezentacja założeń
- 32) Projekt ustawy o pomocy osobom niesamodzielnym.

W ustawodawstwie polskim już Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej w art. 75 określa ogólne zadania władz publicznych w prowadzeniu polityki sprzyjającej zaspokajaniu potrzeb mieszkaniowych obywateli<sup>28</sup>.

Kolejnym dokumentem jest ustawa o samorządzie gminnym, która to wskazuje, że do zadań własnych gminy należy zaspokajanie zbiorowych potrzeb wspólnoty, które obejmują min. sprawy pomocy społecznej, w tym ośrodków i zakładów opiekuńczych<sup>29</sup>. W celu wykonania tych zadań gmina może tworzyć jednostki organizacyjne, a także zawierać umowy z innymi podmiotami, w tym organizacjami pozarządowymi.

Najbliżej klienta realizowane są zadania w środowisku lokalnym, czyli w gminach. Na podstawie ustawy o pomocy społecznej realizowane są następujące formy wsparcia:

**1) *Organizowanie i świadczenie usług opiekuńczych, w tym specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania z wyłączeniem specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi***

Usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze przysługują osobie, która z powodu wieku, choroby i niepełnosprawności wymaga pomocy innych osób. Mogą być przyznane także osobie w rodzinie, która wymaga pomocy innych osób, jednak rodzina, a także wspólnie zamieszkujący małżonek, wstępni i zstępni nie są w stanie takiej pomocy zapewnić. Usługi opiekuńcze obejmują zaspokajanie codziennych potrzeb życiowych (sprzątanie, pranie, zakupy, sporządzanie posiłków), opiekę higieniczną, kontakty z otoczeniem. Specjalistyczne usługi opiekuńcze są usługami dostosowanymi do szczególnych potrzeb wynikających z rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności, które są świadczone przez osoby ze specjalistycznym przygotowaniem zawodowym<sup>30</sup>.

Usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze są odpłatne. Szczegółowe zasady odpłatności za usługi opiekuńcze ustalają władze gminy, w drodze uchwały. Wysokość opłat uzależniona jest przede wszystkim od dochodu osoby korzystającej z pomocy w formie usług opiekuńczych oraz kosztu za 1 godzinę świadczonych usług i liczby godzin świadczonych usług opiekuńczych. W przypadku szczególnie trudnej sytuacji życiowej świadczeniodawcy, istnieje możliwość zwolnienia częściowego z odpłatności lub całkowite odstąpienie od opłat za usługi.

<sup>28</sup> Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r., art. 75.

<sup>29</sup> Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2018 poz. 994 ze zm.), art. 7 ust. 1 pkt 6.

<sup>30</sup> Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 2018 r. poz.1508), art. 17 ust. 1 pkt 11.



W 2017 r. usługami opiekuńczymi w Polsce objęto 106 tys. osób, a wskaźnik ich dostępności (liczba korzystających na 10 tys. ludności), wyniósł średnio w kraju 27,5, w tym w woj. łódzkim – 28,8, a w woj. opolskim – 27,6.

Wśród osób, które korzystają z usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych w środowisku są osoby starsze, chore i niepełnosprawne w tym z zaburzeniami neurologicznymi tj. chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona. **Osoby te nie są odrębnie traktowane ze względu na swoją jednostkę chorobową przy udzielaniu pomocy. Wsparcie dla nich udzielane jest w środowisku lokalnym poprzez usługi opiekuńcze (opiekunka środowiskowa) oraz specjalistyczne usługi opiekuńcze (osoba z uprawnieniami do świadczenia specjalistycznych usług opiekuńczych). Inny pozostaje tylko zakres świadczonych usług w zakresie pielęgnacji i wsparcia w zakresie samoobsługi. Osoby te bardzo często funkcjonują w rodzinach i mają opiekunów formalnych. Jednak z uwagi na aktywność zawodową opiekunów muszą, podczas ich nieobecności, pozostawać pod opieką innych osób.**

Niestety nie wszystkie samorządy realizują pomoc w formie usług opiekuńczych. Jak pokazuje protokół NIK usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania nie są formą pomocy powszechnie dostępną i zestandaryzowaną. W skali kraju, wsparcie w formie usług opiekuńczych nie zapewnia 475 gmin (19,1%), choć ich organizowanie i świadczenie to obligatoryjne zadanie własne samorządów gminnych<sup>31</sup>. Najczęstszym powodem nie realizowania zadania był brak środków na zatrudnienie opiekunów lub zatrudnianie na umowy zlecenia, co nie cieszyło się dużym zainteresowaniem potencjalnych kandydatów na opiekunów.

## **2) Organizowanie i świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi**

Specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi świadczone są na podstawie ustawy o pomocy społecznej<sup>32</sup>, rozporządzenia w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych<sup>33</sup> oraz ustawy o ochronie zdrowia psychicznego<sup>34</sup>.

Specjalistyczne usługi opiekuńcze przeznaczone są dla osób dorosłych wykazujących zaburzenia wymienione w art. 3 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego:

- chorych psychicznie (wykazujących zaburzenia psychiczne);
- upośledzonych umysłowo;
- osób wykazujących inne poważne zakłócenia czynności psychicznych, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej zaliczane są do zaburzeń psychicznych, a osoba ta wymaga takiej formy pomocy i opieki niezbędnej do życia w środowisku rodzinnym lub społecznym.

Celem specjalistycznych usług opiekuńczych jest poprawa jakości życia osób z zaburzeniami psychicznymi poprzez:

- zapewnienie wysokiej jakości specjalistycznej pomocy osobom samotnym z zaburzeniami psychicznymi w przypadkach, gdy są jej pozbawione oraz osobom, które wymagają takiej pomocy, a rodzina nie może jej zapewnić;

<sup>31</sup> Informacja Najwyższej Izby Kontroli z dnia 22.05.2018 r. o wynikach kontroli w zakresie Usług opiekuńczych świadczonych osobom starszym w miejscu zamieszkania, s.10.

<sup>32</sup> Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej...op.cit., art. 18 ust. 3 oraz art. 50 ust.1 i 2.

<sup>33</sup> Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych (Dz.U. z 2005 r. Nr 189 poz. 1598).

<sup>34</sup> Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 2017 r. poz. 882), art. 8 i 9.

- pomoc dostosowaną do szczególnych potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi oraz celów postawionych w planach postępowania terapeutyczno–wspierającego, świadczoną przez osoby z odpowiednim wykształceniem i doświadczeniem.

Zakres specjalistycznych usług opiekuńczych obejmuje:

- uczenie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia, w tym:
  - kształtowanie umiejętności zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych i umiejętności społecznego funkcjonowania, motywowania do aktywności, leczenia i rehabilitacji, prowadzenie treningów umiejętności, samoobsługi i umiejętności społecznych oraz wspieranie, a także asystowanie w codziennych czynnościach życiowych,
  - interwencję i pomoc w życiu i w rodzinie,
  - pomoc w załatwianiu spraw urzędowych,
  - wspieranie i pomoc w uzyskaniu zatrudnienia,
  - pomoc w gospodarowaniu pieniędzmi;
- pielęgnację jako wspieranie procesu leczenia;
- rehabilitację fizyczną i usprawnianie zaburzonych funkcji organizmu w zakresie nieobjętym przepisami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- pomoc mieszkaniową, w tym:
  - w uzyskaniu mieszkania,
  - załatwianiu spraw mieszkaniowych,
  - kształtowaniu właściwych relacji z sąsiadami i gospodarzem domu<sup>35</sup>.

Osoby świadczące specjalistyczne usługi dla osób z zaburzeniami psychicznymi muszą posiadać co najmniej półroczny staż pracy w jednej ze specjalistycznych placówek tj. szpitalu psychiatrycznym, jednostce pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi, placówce terapii lub placówce oświatowej, do której uczestniczą dzieci z zaburzeniami rozwoju lub upośledzeniem umysłowym, ośrodkach terapeutyczno-wychowawczych, zakładzie rehabilitacji<sup>36</sup>.

Odpłatność określona jest wskaźnikami zapisami w rozporządzeniu co stanowi iloczyn ceny określonej przez podmiot, wskaźnika odpłatności określonego w procentach zapisanych w rozporządzeniu oraz liczby godzin świadczonych w ciągu miesiąca. W przypadku szczególnie trudnej sytuacji życiowej świadczeniodawcy, istnieje możliwość zwolnienia częściowe z odpłatności lub całkowite odstępiania od opłat za usługi<sup>37</sup>.

W 2017 r. specjalistyczne usługi opiekuńcze świadczone były dla prawie 15 tys. osób z zaburzeniami psychicznymi i średnio - na każde 10 tys. ludności, przypadało 3,8 osób korzystających z tych usług. W woj. łódzkim wskaźnik dostępności wynosił 0,7, a w woj. opolskim 4,3.

<sup>35</sup> Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych ..., op.cit., § 2.

<sup>36</sup> Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych ..., op.cit., § 3.

<sup>37</sup> Tamże, § 6.

Problem osób z chorobami neurologicznymi bardzo często kwalifikowany jest jako zaburzenie psychiczne. Dlatego osobom tym proponuje się w środowisku lokalnym specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Samorządy jednak borykają się z problemem wykwalifikowanej kadry, która mogłaby świadczyć takie usługi, gdyż kwalifikacje osób realizujących zadanie są ściśle określone w rozporządzeniu i należy ich przestrzegać. Ponadto jest to zadanie zlecone, na które zapotrzebowywane są środki z budżetu państwa i nigdy nie wiadomo czy będzie ciągłość w ich realizacji.

### 3) *Ośrodki wsparcia*

Ośrodki wsparcia są dzienną formą pomocy instytucjonalnej, w ramach której świadczone są różne usługi dostosowane do specyficznych potrzeb osób korzystających z tej formy pomocy, w tym usługi żywieniowe. Działalność ośrodków wsparcia wspiera rodzinę w sprawowaniu funkcji opiekuńczych nad starszymi i niepełnosprawnymi członkami rodzin, zapobiegając jednocześnie umieszczeniu ich w placówkach wsparcia całodobowego, wspiera także osoby zapobiegające ich wykluczeniu z życia społecznego.

Ośrodkiem wsparcia może być ośrodek wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi, dzienny dom pomocy, dom dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży, schronisko i dom dla bezdomnych oraz klub samopomocy. Ośrodkami wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi są: środowiskowy dom samopomocy lub klub samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi, które w wyniku upośledzenia niektórych funkcji organizmu lub zdolności adaptacyjnych wymagają pomocy do życia w środowisku rodzinnym i społecznym, w szczególności w celu zwiększania zaradności i samodzielności życiowej, a także ich integracji społecznej.

Środowiskowy dom samopomocy świadczy usługi w ramach indywidualnych lub zespołowych treningów samoobsługi i treningów umiejętności społecznych, polegających na nauce, rozwijaniu lub podtrzymywaniu umiejętności w zakresie czynności dnia codziennego i funkcjonowania w życiu społecznym. Okres korzystania z miejsca całodobowego pobytu w środowiskowym domu samopomocy nie może być jednorazowo dłuższy niż 3 miesiące, z możliwością przedłużenia do 6 miesięcy w uzasadnionych przypadkach, przy czym maksymalny okres pobytu całodobowego osoby w roku kalendarzowym nie może być dłuższy niż 8 miesięcy<sup>38</sup>.

Odpłatność miesięczną za usługi świadczone w ośrodkach wsparcia osobom z zaburzeniami psychicznymi, ustala się w wysokości 5 % kwoty dochodu osoby samotnie gospodarującej lub kwoty dochodu na osobę w rodzinie, jeżeli dochód osoby samotnie gospodarującej lub dochód na osobę w rodzinie przekracza kwotę 250 % odpowiedniego kryterium dochodowego (kryterium dla osoby samotnie gospodarującej - 634 zł, kryterium dla osoby w rodzinie - 514 zł).

Korzystanie z usług klubów samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi jest nieodpłatne. Zakres usług świadczonych w klubach samopomocy ustala właściwy organ jednostki samorządu terytorialnego prowadzącej klub samopomocy w uzgodnieniu z wojewodą<sup>39</sup>.

Odpłatność za usługi całodobowe w ośrodkach wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi ustala się w wysokości 70 % dochodu osoby korzystającej z usług, proporcjonalnie do okresu jej pobytu. Odpłatność nie może być wyższa niż średnia miesięczna kwota dotacji (ustalana corocznie przez wojewodę) na jednego uczestnika, wyliczona dla ośrodka wsparcia, w którym osoba przebywa. Decyzję o skierowaniu do ośrodka wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi i decyzję ustalającą odpłatność za korzystanie z usług w

<sup>38</sup> Rozporządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 grudnia kwietnia 2010 r. w sprawie środowiskowych domów samopomocy (Dz.U. z 2014 r., poz. 1752).

<sup>39</sup> A.Chabior, A.Fabiś, J.K.Wawrzyniak, *Starzenie się i starość w perspektywie pracy socjalnej*, Warszawa 2014, s. 138.

tych ośrodkach wydaje właściwy organ jednostki samorządu terytorialnego prowadzącej lub zlecającej prowadzenie ośrodka wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Organ może zwolnić osoby zobowiązane do odpłatności za usługi w ośrodkach wsparcia, na ich wniosek, częściowo lub całkowicie z tej odpłatności.

W 2017 r. było w Polsce 567 środowiskowych domów samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi, z których korzystało prawie 30 tys. mieszkańców. Średnio na każde 10 tys. ludności przypadało 7,7 osób objętych wsparciem, w tym w woj. łódzkim – 7,6, a w woj. opolskim – 7,1.

Dzienny Dom Pomocy Społecznej (dom dziennego pobytu) jest otwartą formą systemu wsparcia społecznego dla osób starszych, gdzie pod okiem wykwalifikowanej kadry mogą uzyskać pomoc i wsparcie w usprawnieniu. Placówka czynna jest pięć dni w tygodniu przez 8 godzin dziennie, zatrudnia wykwalifikowaną kadrę w tym terapeutów, opiekunów i rehabilitantów. DDP przeznaczony jest dla osób starszych o zmniejszonej sprawności ruchowej i/lub intelektualnej, samotnych lub funkcjonujących w rodzinie, która nie ma możliwości sprawowania nad seniorem pełnej opieki w ciągu dnia.

Poza usługami bytowymi świadczonymi przez placówkę, prowadzone są też w DDP także usługi rehabilitacyjne, zajęcia o charakterze rozwojowym, edukacyjnym, rekreacyjnym, różne formy terapii- indywidualnej, grupowej, zajęciowej – aktywizujących podopiecznych w różnych sferach<sup>40</sup>. Placówek nie ma dużo, w większości prowadzone są w większych aglomeracjach miejskich. Wydaje się że ta forma wsparcia dla osób z chorobami neurologicznymi jest jak najbardziej wskazaną z uwagi na realizowany zakres. Jednak niewiele samorządów decyduje się na utworzenie i prowadzenia tego rodzaju placówek.

Środowiskowy Dom Samopomocy to wsparcie dla osób chorych psychicznie, niepełnosprawnych intelektualnie, ale też do ŚDS bardzo często trafiają osoby z chorobą Alzheimera i Parkinsona. Placówka wspiera aktywność, sprawność i samodzielność podopiecznych w celu maksymalizowania ich zdolności do samoobsługi i funkcjonowania w miejscu zamieszkania. Takich placówek na terenie kraju jest stosunkowo dużo, jednak nie na tyle aby zapewnić wsparcie wszystkim osobom tego potrzebującym. Tutaj również statystycznie więcej placówek jest na obszarze dużych aglomeracji miejskich ale pojawiają się w gminach miejsko-wiejskich i wiejskich. Wówczas są często wsparciem dla mieszkańców kilku gmin, których samorządy zawierają porozumienia w zakresie możliwości kierowania swoich mieszkańców i partycypowania w kosztach dojazdu. Problem jaki tutaj się pojawia to dowóz uczestników na zajęcia. Koszty transportu są najbardziej kosztotwórczą pozycją w budżecie placówek.

W 2017 r. było w Polsce 16 434 miejsc w dziennych domach pomocy, w tym woj. łódzkim – 1 673, a w woj. opolskim 1510. Wskaźnik liczby miejsc na 10 tys. ludności wyniósł średnio w kraju 4,3, w tym woj. łódzkim – 6,8, a w woj. opolskim – 15,3 (opolskie razem z woj. dolnośląskim zajmują od wielu lat najwyższą pozycję pod względem wskaźnika dostępności miejsc w dziennych domach pomocy).

#### 4) *Domy pomocy społecznej*

W sytuacji gdy osoba nie jest w stanie samodzielnie funkcjonować w środowisku lub też w sytuacji kiedy rodzina z różnych powodów nie może opiekować się członkiem rodziny i nikt nie może ich w tej opiece zastąpić, wówczas osoba ta może zostać skierowana do domu pomocy społecznej, rodzinnego domu pomocy lub mieszkania chronionego.

Domy pomocy społecznej przeznaczone są dla osób wymagających całodobowej opieki ze względu na wiek, chorobę lub niepełnosprawność.

*Osobie wymagającej całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności, niemogącej samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu, której nie*

<sup>40</sup> A.Chabior, A.Fabiś, J.K.Wawrzyniak, Starzenie się i starość .....op.cit., s. 138.

*można zapewnić niezbędnej pomocy w formie usług opiekuńczych, przysługuje prawo do umieszczenia w domu pomocy społecznej. Osoba kierowana jest najbliżej miejsca zamieszkania, a w przypadku gdy przewidywany termin oczekiwania na umieszczenie w domu pomocy społecznej danego typu zlokalizowanym najbliżej miejsca zamieszkania osoby kierowanej wynosi ponad 3 miesiące, osobę kieruje się na jej wniosek do domu pomocy społecznej tego samego typu zlokalizowanego jak najbliżej miejsca zamieszkania osoby kierowanej*<sup>41</sup>.

Dom pomocy społecznej jest placówką całodobowego stałego pobytu zapewniająca usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające<sup>42</sup>.

Osoba wymagająca wzmożonej opieki medycznej kierowana jest na podstawie art. 33a świadczenia w ramach opieki długoterminowej ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych do zakładu opiekuńczo-leczniczego lub pielęgnacyjno-opiekuńczego.

Decyzję o skierowaniu do domu pomocy społecznej i decyzję ustalającą odpłatność za pobyt w domu wydaje organ gminy właściwej dla tej osoby w dniu jej kierowania do domu. Decyzję o umieszczeniu wydaje organ gminy prowadzącej dom lub starosta powiatu prowadzącego dom. Pobyt w domu jest odpłatny do pełnego kosztu utrzymania przy czym:

- jako pierwsza opłatę wnosi osoba kierowana do domu pomocy społecznej w wysokości 70% dochodu własnego, jednak nie więcej niż koszt utrzymania,
- w drugiej kolejności rodzina osoby kierowanej – małżonek, zstępni, (dzieci, wnuki), przed wstępnymi (rodzicami, dziadkami) jeżeli jej sytuacja na to pozwala. Ustawa określa ustalenie odpłatności w przypadku dochodu wyższego niż 300% kryterium dochodowego osoby samotnie gospodarującej (czyli powyżej 1902 zł) i wyższego niż 300% kryterium dochodowego na osobę w rodzinie (czyli powyżej 1542 zł),
- trzecia w kolejności jest gmina, z której osoba została skierowana, w wysokości różnicy pomiędzy średnim kosztem utrzymania a opłatami wnoszonymi przez osoby o którym mowa wyżej<sup>43</sup>.

W przypadku mieszkańca odpłatność za pobyt w domu pomocy społecznej ustalana jest w drodze decyzji administracyjnej, w stosunku do części opłaty wnoszonej przez pozostałe osoby nie wydaje się decyzji. Ta odpłatność wnoszona jest na podstawie umowy cywilno-prawnej.

Z danych statystycznych wynika, iż w ostatnich latach wzrasta liczba osób umieszczanych w domach pomocy społecznej. Samorządy borykają się z problemem wzrastających kosztów ponoszonych za mieszkańców gminy umieszczanych w tego rodzaju placówkach. Koszty te rosną i kształtują się od 2800 zł do 4300 zł w zależności od profilu domu. Innym problemem jaki pojawia się przy umieszczaniu osób w domach pomocy społecznej jest odpłatność osób zobowiązanych. Zawierane umowy cywilno-prawne nie dają gwarancji uiszczenia odpłatności przez rodziny. Wówczas gmina zastępczo wnosi opłatę, dochodząc swoich należności na drodze postępowania egzekucyjnego.

W 2017 r. było w Polsce ok. 800 domów pomocy społecznej, w których było 80,5 tys. miejsc. Ponad połowę (54%) stanowili mieszkańcy w wieku powyżej 60 lat, a wskaźnik dostępności (liczba miejsc na 10 tys. mieszkańców), wyniósł średnio w kraju 20,9, w tym w woj. łódzkim – 25,2, a w woj. opolskim – 31,3 (najwyższy wskaźnik w kraju).

<sup>41</sup> Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej...op.cit., art. 54.

<sup>42</sup> Rozporządzenie z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej (Dz.U. z 2012 r. poz. 964 ze zm.).

<sup>43</sup> Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej...op.cit., art. 61.



W Polsce nie ma zbyt wielu domów pomocy społecznej dla osób z chorobami neurologicznymi w tym chorobą Alzheimera i Parkinsona. Osoby te z reguły trafiają – zgodnie z zaświadczeniem lekarza kierującego do placówki o profilu dla przewlekle somatycznie chorych lub chorych psychicznie. Pocieszającym jest fakt, iż coraz więcej podmiotów niepublicznych decyduje się wydzielić w ramach obowiązującego placówkę profilu oddział dedykowany osobom z chorobami neurologicznymi w tym ze stwardnieniem rozsianym, Alzheimerem i Parkinsonem. Do takich placówek na pewno należy zaliczyć : MEDICOVER w Warszawie, Dom Opieki dla osób starszych i chorych na demencję SENIOR RESIDENCE w Katowicach , Dom Opieki JODŁOWA DOLINA w Międzyzlesiu.

### 5) *Rodzinny dom pomocy*

Rodzinny dom pomocy przeznaczony jest na pobyt stały lub okresowy dla osób wymagających pomocy innych osób, którym z powodu wieku i niepełnosprawności nie można zapewnić usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania. Tego rodzaju wsparcie zapewnia usługi opiekuńcze i bytowe i jest świadczone w mieszkaniu (budynku mieszkalnym) przez osoby fizyczne lub organizacje pożytku publicznego<sup>44</sup>. Określone zostały szczegółowe warunki dotyczące miejsca pobytu osób, wyżywienia, utrzymania czystości oraz zakres usług opiekuńczych. Odpłatność za pobyt – do wysokości miesięcznych wydatków, ale nie więcej niż 70% dochodu osoby lub jak w przypadku DPS ustalana jest w umowie zawartej pomiędzy gminą, a prowadzącym rodzinny dom pomocy<sup>45</sup>.

W 2017 r. były w Polsce zaledwie 33 rodzinne domy pomocy na 208 miejsc, w tym 4 w woj. łódzkim, a w woj. opolskim takich placówek nie było w ogóle.

### 6) *Mieszkanie chronione*

Zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej – mieszkanie chronione przyznawane jest osobom, które ze względu na trudną sytuację życiową, wiek, niepełnosprawność lub chorobę wymagają wsparcia w funkcjonowaniu w codziennym życiu. Ośrodek pomocy społecznej przyznaje prawo do pobytu w mieszkaniu chronionym w drodze decyzji administracyjnej<sup>46</sup>.

Mieszkania chronione to forma pomocy, która może być udzielana różnym grupom osób, w tym osobom ze szczególnymi schorzeniami, z zaburzeniami psychicznymi lub młodzieży opuszczającej podmioty pieczy zastępczej oraz młodzieżowe ośrodki wychowawcze, zakłady dla nieletnich, a także cudzoziemcom. Mieszkanie chronione ma ułatwić codzienne funkcjonowanie lub - w przypadku usamodzielniających się wychowanków pieczy zastępczej, przygotowanie się do samodzielnego funkcjonowania. Proces ten przebiega pod opieką specjalistów i - w przypadku osób starszych i przewlekle chorych, dotyczy tych osób, które nie wymagają systematycznej pomocy w formie opieki całodobowej w placówkach stacjonarnych. Mieszkania chronione zapewniają warunki do samodzielnego życia w środowisku, w integracji ze społecznością lokalną<sup>47</sup>.

Nowelizacja ustawy o pomocy społecznej (z 2017 r.), wprowadziła dwa typy mieszkań chronionych:

- mieszkania chronione treningowe, przewidziane dla osób, które usamodzielnia się (pobyt w mieszkaniu przyznawany jest na czas określony),
- mieszkania chronione wspierane – przeznaczone dla osób niepełnosprawnych (fizycznie lub osób z zaburzeniami psychicznymi), osób w podeszłym wieku lub przewlekle chorych. W mieszkaniu zapewnia się usługi bytowe oraz pomoc

<sup>44</sup> Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, *Informator o sytuacji osób starszych w Polsce za rok 2016*, Warszawa 2016 s. 24.

<sup>45</sup> Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, *Informator o sytuacji osób starszych w Polsce za rok 2016*, Warszawa 2017 s. 24.

<sup>46</sup> Art. 53 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 2017 r., poz. 1769, 1985, z 2018 r. poz. 650, 700).

<sup>47</sup> Tamże.

w wykonywaniu codziennych czynności i realizacji kontaktów społecznych, w celu utrzymania lub rozwoju samodzielności osób umieszczonych.

Ponadto – ustawodawca określił uzgodnienia, które winny być zawarte pomiędzy przedstawicielem podmiotu prowadzącego mieszkanie chronione a osobą ubiegającą się o skierowanie. Uzgodnienia obejmują: cel i okres pobytu, rodzaj i zakres wsparcia, odpłatność osoby korzystającej, a także *sposób zgłaszania planowanej nieobecności w mieszkaniu chronionym*<sup>48</sup>.

Wymóg dotyczący zgłaszania przez osobę korzystającą z mieszkania chronionego, planowanej nieobecności w mieszkaniu, jest sprzeczny z art. 19 *Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych* oraz *Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków EFS i EFRR na lata 2014-2020*, w których podkreśla się prawo osób niepełnosprawnych (w tym: korzystających z mieszkań chronionych) do niezależnego życia i włączenia w społeczność lokalną<sup>49</sup>.

Zmienione zostały również zapisy Rozporządzenia Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 26 kwietnia 2018 r. w sprawie mieszkań chronionych<sup>50</sup>, które wprowadzono w związku z wejściem w życie nowego programu rządowego, polegającego na wsparciu rodzin z osobami niepełnosprawnymi - „*Za życiem*”<sup>51</sup>.

Nowe przepisy określają:

- minimalne standardy usług świadczonych w mieszkaniu chronionym;
- minimalne standardy pomieszczeń;
- rodzaj usług świadczonych w mieszkaniu chronionym, tj.: usługi bytowe oraz pracę socjalną;
- standard w zakresie maksymalnej liczby osób, korzystających z mieszkania chronionego oraz obowiązek dostosowania standardu już istniejących mieszkań chronionych do przepisów Rozporządzenia<sup>52</sup>.

**Usługi świadczone w mieszkaniu chronionym wspieranym** obejmują: usługi w zakresie wykonywania codziennych czynności (przemieszczania się, utrzymania higieny osobistej, ubierania się, sprzątania, robienia zakupów i przygotowania posiłków, załatwiania spraw osobistych) oraz usługi w zakresie kontaktów społecznych (utrzymanie więzi rodzinnych, uczestniczenia w życiu społeczności lokalnej)<sup>53</sup>.

## 7) *Mieszkanie wspomagane*

Nieco inaczej (niż w Rozporządzeniu MRPiPS), określono zasady dotyczące funkcjonowania mieszkań wspomaganych (chronionych lub treningowych), w dokumencie pn. *Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014-2020*.

Wyróżniono trzy formy wsparcia osób niesamodzielnych (zagrożonych ubóstwem i/lub wykluczeniem społecznym). Są to:

<sup>48</sup> Art. 53 ust. 10 ustawy z 12 marca 2014 r. o pomocy społecznej.

<sup>49</sup> Zob. „*Za życiem*” pod lupą. Niepełnosprawni.pl, <http://www.niepelnosprawni.pl/ledge/x/576278> (05.09.2018 r.).

<sup>50</sup> Rozporządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 26 kwietnia 2018 r. w sprawie mieszkań chronionych (Dz.U.2018.822), <http://www.lex.pl/du-akt/-/akt/dz-u-2018-822> (05.09.2018 r.).

<sup>51</sup> *Założenia kompleksowego programu wsparcia dla rodzin „Za życiem”*. W ramach programu przewiduje się wprowadzenie dodatkowych form wsparcia oraz usprawnienie i rozwój form istniejących. Wśród wielu zadań programu, wymienia się wsparcie opiekunów osób niepełnosprawnych, poprzez m.in. tworzenie mieszkań chronionych i wspomaganych dla osób niepełnosprawnych, rozwój spółdzielczości socjalnej na rzecz opiekunów osób niepełnosprawnych oraz rozwój sieci SDS, w tym ich bazy całodobowej, zob. *Konsultacje + Projektu upowszechniającego zadania Programu Wsparcia dla Rodzin „Za życiem”*, <http://www.zazyciem.mrpips.gov.pl/program-za-zyciem> (05.09.2018 r.).

<sup>52</sup> Tamże.

<sup>53</sup> Tamże, ss. 1-2.



- mieszkania chronione – definicja i przeznaczenie zgodne z *ustawą z 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej*,
- mieszkania wspomagane, wśród których wyróżniono dwa rodzaje:
  - mieszkania treningowe – przeznaczone dla osób określonych w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym, osób opuszczających pieczę zastępczą, młodzieżowe ośrodki wychowawcze, młodzieżowe ośrodki socjoterapii (o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991r. o systemie oświaty), osób z niepełnosprawnością, osób niesamodzielnych oraz bezdomnych;
  - mieszkania wspierane przewidziane dla osób z niepełnosprawnością oraz osób niesamodzielnych<sup>54</sup>.

Mieszkanie wspomagane przyznawane jest na podstawie: wniosku osoby wymagającej wsparcia, zaświadczeń lekarskich (w przypadku niepełnosprawności sprzężonych lub współwystępowania chorób – zaświadczeń lekarzy specjalistów oraz opinii psychologa)<sup>55</sup>.

W przeciwieństwie do przyznawania pobytu w mieszkaniach chronionych (gdzie podstawą jest decyzja administracyjna), pobyt w mieszkaniu wspomagany przyznawany jest w oparciu o uzgodnienie w formie trójstronnego kontraktu (pomiędzy przedstawicielem podmiotu prowadzącego mieszkanie, opiekunem mieszkania a osobą ubiegającą się o wsparcie). Pobyt w mieszkaniu wspomagany wraz z usługami przyznaje się na podstawie umowy cywilnoprawnej lub kontraktu socjalnego.

Pobyt w mieszkaniu treningowym przyznawany jest na czas określony, a w mieszkaniu wspieranym – może być przyznawany na czas określony lub nieokreślony<sup>56</sup>.

**Usługi mieszkań wspomaganych** polegają na dostarczeniu odbiorcom możliwości:

- utworzenia miejsca oraz pobytu w lokalu mieszkalnym,
- usług wspierających pobyt oraz usług wspierających aktywność osób, a także sfinansowaniu kosztów eksploatacji lokalu.

Rodzaj oraz zakres usług powinien być dostosowany do indywidualnych potrzeb mieszkańców, z uwzględnieniem zapisów zawartych w kontrakcie lub indywidualnym planie usamodzielnienia. Przy czym – usługi wspierające pobyt w mieszkaniu mogą obejmować usługi opiekuńcze i asystenckie.

Usługi wspierające aktywność obejmują m.in.: naukę, podtrzymanie sprawności w zakresie samoobsługi, samodzielności życiowej, utrzymanie i rozwijanie kontaktów społecznych oraz pełnienia ról społecznych, a także pomoc w wykonywaniu niezbędnych czynności w życiu codziennym, zagospodarowanie czasu wolnego.

Usługi wspierające aktywność osób w mieszkaniach wspieranych mogą być realizowane poprzez: pracę socjalną, poradnictwo specjalistyczne (prawne i psychologiczne), treningi: umiejętności praktycznych, higieny, finansowy, zarządzania mieszkaniem (w tym zarządzania energią), kulinarny, umiejętności spędzania czasu wolnego, interpersonalny, autonomii decyzji, oraz w zakresie załatwiania spraw urzędowych<sup>57</sup>.

<sup>54</sup> Załącznik nr 1 do Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze e włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014-2020 <https://www.funduszeuropejskie.gov.pl/strony/o-funduszach/dokumenty/projekt-wytycznych-w-zakresie-realizacji-przedsiwziec-w-obszarze-wlaczzenia-spoecznego-i-zwalczania-ubostwa-z-wykorzystaniem-srodkow-efs-i-efrr-na-lata-2014-2020/> (12.09.2018 r.).

<sup>55</sup> Tamże, ss. 64-65.

<sup>56</sup> Odmienne definicje (szczególnie w odniesieniu do okresu na jaki przyznawane jest mieszkanie chronione/wspomagane) zawiera cytowany wcześniej Program rządowy kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem”, <http://zazyciem.mrpips.gov.pl/program-za-zyciem>. Wg oceny Centrum Badań nad Niepełnosprawnością, zapisy Programu „Za życiem” powodują konieczność zmiany przepisów Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014-2020 oraz są w sprzeczności z umowami w sprawie przyznania mieszkania wspomagane (przyjętymi na podstawie przepisów ustawy z 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej), <http://cbnn.pl/t/mieszkania-chronione/> (13.09.2018 r.).

<sup>57</sup> Tamże, ss. 65-66.

Przepisy zawarte w *Wytycznych* określają również: minimalne warunki techniczne lokalu przeznaczonego na mieszkanie wspomagane, zakres obowiązków osoby odpowiedzialnej za mieszkanie wspomagane oraz zakres obowiązków i kwalifikacje osoby, która jest ustanowiona opiekunem mieszkania wspomaganego. Zgodnie z *Wytycznymi*:

- liczba miejsc w mieszkaniach wspomaganych nie może być większa niż 12<sup>58</sup>, przyznanie pomocy w formie mieszkania chronionego i wspomaganego może być na czas okresowy lub stały (w przypadku mieszkań wspieranych),
- tworzenie miejsc w mieszkaniach chronionych i wspomaganych w ramach projektów współfinansowanych ze środków EFS winno zapewnić ich trwałość oznaczającą utrzymanie tych miejsc przez co najmniej okres równy okresowi realizacji projektu, a trwałość rozumiana jest jako instytucjonalna gotowość podmiotu do świadczenia usług<sup>59</sup>,
- ponadto – w przypadku mieszkań wspieranych istnieje możliwość tworzenia miejsc pobytu okresowego (opieka wytchnieniowa) lub stałego<sup>60</sup>.

Standard mieszkania wspomaganego – w przypadku włączenia w jego skład usług opiekuńczych – musi zawierać również opisy zgodne z ustawą o pomocy społecznej i rozporządzeniem rady gminy w sprawie odpłatności za usługi.

Podstawowa różnica między mieszkaniami chronionymi a wspomaganimi związana jest ze stopniem samodzielności seniora.

Mieszkania *wspomagane* przeznaczone są dla osób, które nie wymagają całodobowej opieki i wsparcia, a jedynie pomocy, którą można świadczyć zależnie od indywidualnych potrzeb w niewielkim wymiarze godzin. Ponadto, kondycja finansowa gospodarstwa domowego seniora, zarówno jedno-, jak i dwuosobowego musi pozwalać na pokrycie kosztów eksploatacji mieszkania i samodzielnego utrzymania. W przypadku mieszkań wspomaganych senior, który spełnia kryteria (wiek, dochód, dotychczasowe zamieszkanie na terenie gminy itd.) zawiera umowę z zarządcą nieruchomości.

Mieszkania *chronione* przeznaczone są dla osób wymagających wsparcia i pomocy w codziennym funkcjonowaniu w wymiarze całodobowym. Przyznanie seniorowi miejsca w lokalu chronionym następuje na drodze decyzji administracyjnej, która wydawana jest na podstawie m.in. przeprowadzonego wcześniej przez pracownika socjalnego wywiadu środowiskowego.

Obie formy prezentowanego systemu stanowią uzupełnienie pomocy i wsparcia dla niesamodzielnych osób starszych, w takiej konfiguracji mają charakter innowacyjny i nie występujący powszechnie w polskim systemie opieki nad seniorami. Rozwój mieszkalnictwa chronionego i wspomaganego jest spowodowany rosnącym zapotrzebowaniem na długoterminowe usługi opiekuńcze. Choć 80% seniorów uzyskuje pomoc ze strony rodziny, to rośnie zapotrzebowanie na usługi opiekuńcze realizowane przez instytucje publiczne i współfinansowane ze środków publicznych<sup>61</sup>.

Decyzje o skierowaniu do korzystania ze wsparcia w mieszkaniu chronionym wydawane są osobom pełnoletnim na czas określony i na czas nieokreślony. W tym drugim

<sup>58</sup> Inaczej niż w Rozporządzeniu MRPiPS z dnia 26 kwietnia 2018 r. w sprawie mieszkań chronionych, gdzie liczba korzystających nie może być większa niż 7, a funkcjonujące obecnie mieszkania o większej liczbie korzystających muszą dostosować ten warunek do 2021 r.

<sup>59</sup> *Wytyczne*..., op. cyt., 67-68.

<sup>60</sup> Tamże, s. 41.

<sup>61</sup> A.Chabior, A.Fabiś, J.K.Wawrzyniak, *Starzenie się i starość*..., op.cit. s. 140.

przypadku będzie dotyczyć osób posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności wraz ze wskazaniem konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji. Wśród założeń nowelizacji rozporządzenia w sprawie mieszkań chronionych Ministerstwo Rodziny Pracy i Polityki Społecznej było utworzenie około 50 mieszkań rocznie.

Rozwój sieci mieszkań chronionych to zmiany przyjęte przez Radę Ministrów przy nowelizacji niektórych ustaw związane są z realizacją programu „Za życiem”. Wsparcie w ramach mieszkań chronionych, aktywizacja zawodowa opiekunów osób niepełnosprawnych, nowe zadania asystenta rodziny i centra usług w gminach – to wprowadziła ustawa o wspieraniu kobiet w ciąży i rodzin „Za Życiem”<sup>62</sup>.

## 8) *Praca socjalna i poradnictwo*

Bez względu na posiadany dochód, w ramach świadczeń niepieniężnych z pomocy społecznej oferowana jest praca socjalna oraz poradnictwo specjalistyczne, a w szczególności psychologiczne, rodzinne, prawne.

W myśl ustawy o pomocy społecznej praca socjalna to działalność zawodowa mająca na celu pomoc osobom i rodzinom we wzmacnianiu lub odzyskiwaniu zdolności do funkcjonowania w społeczeństwie poprzez pełnienie odpowiednich ról społecznych oraz tworzenie warunków sprzyjających temu celowi<sup>63</sup>. Praca socjalna z osobami starszymi i niepełnosprawnymi to przede wszystkim „wzmacnianie dobrostanu osoby starszej (jednostki) w tym utrzymywanie, wspieranie i poszerzanie niezależności osobistej oraz aktywności poprzez wzmacnianie jej zdolności sprawczej; rozwiązywanie (lub pomoc w rozwiązywaniu) problemów w osobistych związkach z innymi osobami oraz szerszym otoczeniem”<sup>64</sup>.

Zapewnienie standardu pracy socjalnej osobom starszym jest istotne nie tylko z punktu widzenia interesu indywidualnego osoby z nich korzystającej (i jej rodziny), ale również z perspektywy całej społeczności i społeczeństwa. Wsparcie seniorów w codziennym funkcjonowaniu w środowisku zamieszkania jest jednym z działań na rzecz utrzymywania odpowiedniej jakości ich życia i opóźniania momentu korzystania z kosztownej i wymagającej zmiany dotychczasowego życia i środowiska zamieszkania - pomocy instytucjonalnej.

Poradnictwo specjalistyczne<sup>65</sup> prowadzone jest również na rzecz osób w podeszłym wieku i niepełnosprawnych. Do najczęstszych form wsparcia należy poradnictwo prawne, psychologiczne i rodzinne. Grupą odbiorców są nie tylko seniorzy ale i ich rodziny, które mają trudności w rozwiązywaniu swoich problemów życiowych lub potrzebują wsparcia.

## 9) *Świadczenia pieniężne*

Osobom starszym, niepełnosprawnym, chorym przyznawane są z zakresu pomocy społecznej i świadczeń rodzinnych świadczenia pieniężne. W tej grupie osób są również osoby z chorobami neurologicznymi, które posiadając orzeczenia o niepełnosprawności mogą otrzymywać świadczenia pieniężne z tytułu niepełnosprawności, ale również ich opiekunowie, którzy rezygnują z zatrudnienia na rzecz sprawowania opieki.

<sup>62</sup> Ustawa z dnia 4 listopada 2016r. o wspieraniu kobiet w ciąży i rodzin „Za Życiem” (Dz.U. z 2018 r. poz. 1076).

<sup>63</sup> Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej...op.cit. art. 45.

<sup>64</sup> WRZOS, Standardy w pomocy, *Standard pracy socjalnej z osobami starszymi*, praca zespołowa, Warszawa 2012.

<sup>65</sup> Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej...op.cit. art. 46.

Do takich świadczeń należą: zasiłki z pomocy społecznej (stały, okresowy, celowy, na zakup żywności, opalu, leków)<sup>66</sup>, a także świadczenia pielęgnacyjne (zasiłek pielęgnacyjny i specjalny zasiłek pielęgnacyjny, świadczenie pielęgnacyjne oraz zasiłek dla opiekuna)<sup>67</sup>.

#### 10) *Programy i dokumenty rządowe*

Interesującym może być przegląd programów rządowych pod kątem regulacji dotyczących wsparcia osób w podeszłym wieku. Inicjatywy w tym względzie mogą być obecnie wysłuchiwanie przez samych ustawodawców w ramach powołanej 9 maja 2014 r. Sejmowej Komisji Senioralnej. Jej celem jest kształtowanie polityki państwa wobec osób starszych. W skład rady wchodzi również przedstawiciel ruchu alzheimerowskiego. Na komisjach wielokrotnie zgłaszano problem braku kompleksowego systemu wsparcia i opieki nad osobami z chorobami neurologicznymi w tym chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona. W lutym 2015 r. Komisja zajmowała się sprawami organizacji systemu ochrony zdrowia, gerontologii i geriatrii oraz wobec starzenia się społeczeństwa<sup>68</sup>.

Do najważniejszych dokumentów i programów rządowych należą:

- **Założenia Długotrwałej Polityki Senioralnej w Polsce w latach 2014-2020**

*Celem polityki senioralnej w Polsce będzie wspieranie i zapewnienie możliwości aktywnego starzenia się w zdrowiu oraz możliwości prowadzenia w dalszym ciągu samodzielnego, niezależnego i satysfakcjonującego życia, nawet przy pewnych ograniczeniach funkcjonalnych*<sup>69</sup>.

W ramach identyfikowania problemów i potrzeb seniorów w Polsce obszar dotyczący ochrony zdrowia dostrzeżono jako jeden z najważniejszych w Polityce senioralnej. Aż 63 % osób starszych uskarża się na trzy lub więcej dolegliwości głównie ze strony narządów ruchu, krążenia, zaburzenia pamięci. Wielochorobowość, otępienie, pogorszenie funkcji narządów zmysłu, upośledzenie zdolności poznawczej prowadzi do uznania osoby w wieku 65 + jako wymagającej odmiennego podejścia.

W dokumencie zawarta jest też analiza opieki nad osobą starszą, niesamodzielną, zależną. Prognozy przewidują, że nastąpi spadek liczby ludności w wieku produkcyjnym na rzecz wzrostu liczby osób starszych z problemami wymagających usług opiekuńczych (z 5 do 8 mln). Wyniki badań wskazują, że zapotrzebowanie na usługi opiekuńcze w starszych grupach wiekowych intensywnie wzrasta<sup>70</sup>: 50% Polaków w wieku 75+ ma kłopot w dużym stopniu z wykonywaniem codziennych czynności. U prawie 78% osób w wieku 75-84 lat występują trwałe choroby i problemy zdrowotne<sup>71</sup>.

Obowiązek opieki nad osobą starszą w Polsce i zapewnienie różnych usług należy przede wszystkim do rodzin. Jak pokazują badania Specjal Eurobarometr 283/Wave 67.3 z 2007 r., blisko 60% Polaków wyraziło opinię, że osoby starsze powinny mieszkać z jednym ze swoich dzieci, mogącym zapewnić im opiekę, a w Polsce tylko 8% akceptowało rozwiązanie, że zarówno publiczni jak i prywatni dostawcy usług powinni przychodzić do domów osób starszych i świadczyć pomoc i opiekę<sup>72</sup>.

W Prioryecie 3 *Rozwój usług społecznych i opiekuńczych dostosowanych do potrzeb osób starszych* zapisano, iż usługi społeczne według definicji OECD to usługi świadczone na rzecz gospodarstw domowych, mające w większości krajów tworzących tę organizację, nierynkowy charakter. Ich dostarczycielem jest głównie sektor publiczny, organizacje non

<sup>66</sup> Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (art. 37, 38 i 39).

<sup>67</sup> Ustawa z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (art. 16, 16a, 17 oraz ustawa z dnia 4 kwietnia 2014 r. o ustaleniu i wypłacie zasiłku dla opiekuna (Dz.U. z 2017 r., poz. 2092).

<sup>68</sup> Rzecznik Praw Obywatelskich, *Sytuacja osób chorych na Alzheimera w Polsce*, Raport RPO Warszawa 2016 s. 19.

<sup>69</sup> Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej ..., op.cit., s. 15.

<sup>70</sup> I. Kotowska, I. Wóycicka, *Sprawowanie opieki oraz inne uwarunkowania podnoszenia aktywności zawodowej osób starszych w wieku produkcyjnym*, MPIPS, Warszawa 2008.

<sup>71</sup> Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej ...op.cit., s. 15.

<sup>72</sup> Tamże, s. 15.

profit oraz organizacje o charakterze prawnym. Cel 2 powyższego priorytetu to zapewnienie odpowiedniej opieki nad osobami o ograniczonej samodzielności poprzez rozwój usług opiekuńczych<sup>73</sup>.

Ważny zapis został ujęty w Punkcie 2.3 Przestrzeń i miejsce zamieszkania. W rekomendacjach zapisano „wspieranie budowy zespołów mieszkań, jak i zmiany istniejących, jako specjalnie dostosowanych pod względem infrastruktury i usług do potrzeb osób starszych<sup>74</sup>.

- **Rządowy Program na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2014 - 2020**

Ważnym wyrazem nowego podejścia do problematyki osób starszych było podmiotowe ujęcie tej kwestii społecznej w Programie ASOS. W konsekwencji wdrożenie programu dało podstawy do przyjęcia zintegrowanej, horyzontalnej formuły, odnoszącej się do różnorodnych potrzeb oraz interesów istotnych dla tak wrażliwej społecznie fazy życia człowieka. Program zakłada praktyczne włączenie sektora organizacji pozarządowych do działań służących zaangażowaniu seniorów.

Należy zwrócić uwagę, że sytuacja życiowa seniorów wskazująca na konieczność zaspokojenia istotnych potrzeb tej grupy: ukierunkowania aktywności seniorów na działania społeczne, skoncentrowane na realizacji szeroko rozumianych zadań i potrzeb społecznych, zaangażowanie społeczne oraz zapewnienia wysokiej jakości usług opiekuńczych.

Priorytet IV. Programu to usługi społeczne dla osób starszych (usługi zewnętrzne) – działania służące rozwojowi różnych form wsparcia (w formule partnerstwa publiczno-społecznego, w tym realizowane przez organizacje pozarządowe działające w sferze pożytku publicznego), poprzez zwiększanie dostępności oraz podniesienie jakości usług społecznych dla osób starszych<sup>75</sup>.

W ramach ogłaszanych przez MRPIPS konkursów organizacje pozarządowe podejmują działania na rzecz tej grupy seniorów, która w niewielkim stopniu korzysta ze wsparcia instytucji państwowych w zakresie wsparcia społecznego. Niestety jak wynika z ewaluacji programu, większość to działania miękkie w zakresie: poradnictwa, rehabilitacji, terapii. Niewiele podmiotów podejmuje temat wsparcia opieki dziennej.

- **Wieloletni Program „Senior+ ” na lata 2015 -2020**

Od 2015 roku Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej realizuje Program „Senior+” skierowany do jednostek samorządu terytorialnego (wcześniej Program „Senior – Wigor).

Celem strategicznym Programu jest zwiększenie aktywnego uczestnictwa w życiu społecznym seniorów poprzez rozbudowę infrastruktury ośrodków wsparcia w środowisku lokalnym oraz zwiększenie miejsc w placówkach „Senior +” przy dofinansowaniu działań jednostek samorządu w rozwoju na ich terenie sieci Dziennych Domów „Senior +” i Klubów „Senior +”. Program polega na wsparciu tworzenia placówek typu „Senior +”, w tym Dziennych Domów „Senior +” i Klubów „Senior +” przez jednostki samorządu, których strategię rozwoju pomocy społecznej uwzględniają rozwój infrastruktury dla osób starszych lub w których brak jest innej infrastruktury pomocy społecznej tego typu.

Działalność bieżąca Dziennego Domu „Senior +” polega na realizacji podstawowych usług mających na celu udzielanie pomocy w czynnościach dnia codziennego, na zapewnieniu

---

<sup>73</sup> Tamże, s. 20.

<sup>74</sup> Tamże, s. 24.

<sup>75</sup> Uchwała Nr 37 Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2013 r. w sprawie ustanowienia Rządowego Programu na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2014-2020.



minimum jednego posiłku, w szczególności gorącego oraz innych usług wspomagających, dostosowanych do potrzeb seniorów.

Działalność Klubu „Senior +” polega na motywowaniu seniorów do działań na rzecz samopomocy i działań wolontarystycznych na rzecz innych. Placówka działająca w formie Dziennego Domu „Senior +” powinna zapewniać co najmniej 8-godzinną ofertę usług w dniach od poniedziałku do piątku. Podstawowy zakres usług świadczonych przez Dzienny Dom „Senior +” może obejmować w szczególności usługi:

- socjalne, w tym posiłek,
- edukacyjne,
- kulturalno-oświatowe,
- aktywności ruchowej lub kinezyterapii,
- sportowo-rekreacyjne,
- aktywizujące społecznie (w tym wolontariat międzypokoleniowy),
- terapii zajęciowej.

Z danych statystycznych MRPIPS wynika, że w 2018 r. powstanie 214 nowych placówek w tym 76 Dziennych Domów i 138 Klubów Senior+. Utworzone zostanie 5387 nowych miejsc dla seniorów. Dofinansowanie otrzymają też 224 już istniejące placówki, które zapewniają 5756 miejsc.

- **Program Opieka 75+**

Program został opracowany w odpowiedzi na wyzwania, jakie stawiają przed Polską zachodzące procesy demograficzne. Ma on na celu zwiększenie dostępności usług opiekuńczych oraz usług specjalistycznych dla osób samotnych, w wieku 75 lat i więcej, którzy mieszkają na terenach małych gmin.

Program skierowany jest do gmin, których liczba mieszkańców nie przekracza 60 tys.

Strategicznym celem Programu jest poprawa dostępności do usług opiekuńczych oraz specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób samotnych, starszych w wieku 75 lat i więcej. Program jest elementem polityki społecznej państwa w zakresie:

- 1) zapewnienia tym osobom wsparcia i pomocy adekwatnej do potrzeb i możliwości wynikających z wieku i stanu zdrowia, w ramach usług opiekuńczych, w tym specjalistycznych usług opiekuńczych,
- 2) poprawy jakości życia osób w wieku 75 lat i więcej,
- 3) umożliwienia gminom rozszerzenia oferty usług opiekuńczych oraz specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób w wieku 75 lat i więcej,
- 4) wsparcia finansowego gmin w wypełnianiu zadań własnych o charakterze obowiązkowym.

W ramach Programu gmina może skorzystać z dofinansowania ze środków budżetu państwa na świadczenie usług opiekuńczych oraz specjalistycznych usług opiekuńczych, jeżeli dane świadczenie realizuje samodzielnie (przez pracowników ośrodków pomocy społecznej, urzędów gmin lub innych gminnych jednostek organizacyjnych).

Z uwagi na fakt, iż program obowiązuje od 2018 r. nie są znane jeszcze dane statystyczne co do ilości gmin, które zdecydowały się na udział w projekcie.

- ***Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. Bezpieczeństwo. Uczestnictwo. Solidarność***

Program zawarty we wskazanym dokumencie opiera się na 3 filarach bezpieczeństwie, uczestnictwie i solidarności. W ramach programu planowany jest szereg działań wobec ogółu osób starszych w ramach obszarów:

1. kształtowania pozytywnego postrzegania starości w społeczeństwie;
2. uczestnictwo w życiu społecznym oraz wspieranie wszelkich form aktywności obywatelskiej, społecznej, kulturalnej, artystycznej i sportowej;
3. tworzenie warunków umożliwiających wykorzystanie potencjału osób starszych jako aktywnych uczestników życia gospodarczego i rynku pracy, jak również ich dostosowanie do możliwości psychofizycznych oraz sytuacji rodzinnej;
4. promocja zdrowia, profilaktyka chorób, dostęp do diagnostyki, leczenia i rehabilitacji;
5. zwiększanie bezpieczeństwa fizycznego – przeciwdziałanie przemocy i zaniedbaniom wobec osób starszych;
6. tworzenie warunków do solidarności i integracji międzypokoleniowej;
7. edukacja dla starości (kadry opiekuńcze i medyczne), do starości (całe społeczeństwo), przez starość (od najmłodszego pokolenia) oraz edukacja w starości (osoby starsze).

Pewnym novum jest również zaprojektowanie działań skierowanych do niesamodzielných osób starszych takich jak:

1. zmniejszenie skali zależności od innych – ułatwienie dostępu do usług wzmacniających samodzielność, jak również dostosowanie środowiska zamieszkania do możliwości funkcjonalnych tych osób;
2. zapewnienie optymalnego dostępu do usług zdrowotnych, rehabilitacyjnych i opiekuńczo-pielęgnacyjnych dostosowanych do potrzeb starszych osób niesamodzielných;
3. Sieci usług środowiskowych i instytucjonalnych udzielanych starszym, niesamodzielným osobom;
4. System wsparcia nieformalnych opiekunów niesamodzielných osób starszych przez instytucje publiczne.

Celem przedmiotowego Programu jest stworzenie warunków do standaryzowanych usług pomocowych i opiekuńczych.

Znaczącą rolę w systemie opieki i wsparcia osób z chorobami otępiennymi odgrywają organizacje pozarządowe, w tym szczególnie: organizacje alzheimerowskie, a także



organizacje świadczące usługi opiekuńcze, pielęgnacyjne, prowadzące placówki i ośrodki wsparcia (Caritas Polska, PCK, PKPS i inne). Jednak ich liczba i zakres działania również nie zaspokajają wzrastających potrzeb<sup>76</sup>.

W 2017 r. w systemie pomocy i integracji społecznej, było w Polsce ponad 3,5 tys. instytucji opieki i wsparcia dla osób niesamodzielnych, w których było ogółem ponad 170 tys. miejsc, tym:	
—	80,5 tys. miejsc w domach pomocy społecznej (w tym 6,2 tys. miejsc w woj. łódzkim i 3,1 tys. miejsc w woj. opolskim),
—	88,5 tys. miejsc w ośrodkach wsparcia (5,6 tys. miejsc w woj. łódzkim i 3,2 tys. w woj. opolskim), w tym:
•	w środowiskowych domach samopomocy – 29,7 tys. (w tym 1 881 w woj. łódzkim i 707 w woj. opolskim),
•	w dziennych domach pomocy – 16,4 tys. (w tym: 1 673 w woj. łódzkim i 1 510 w woj. opolskim);
•	2,9 tys. miejsc w mieszkaniach chronionych (233 miejsca w woj. łódzkim i 122 miejsca w woj. opolskim) <sup>1</sup> .
Ponadto:	
—	usługi opiekuńcze świadczone były dla prawie 106 tys. osób, a specjalistyczne usługi opiekuńcze (dla osób z zaburzeniami psychicznymi) dla prawie 15 tys. osób;
—	poradnictwem (w tym prawnym, psychologicznym, rodzinnym) objęto prawie 109 tys. osób wymagających wsparcia.

**Tabela 2. Liczba miejsc/uczestników w placówkach pomocy i integracji społecznej przeznaczonych dla osób niesamodzielnych w Polsce oraz województwach: łódzkim i opolskim w 2017 r.**

Formy wsparcia	Liczba miejsc /uczestników					
	Polska ogółem	wsk. na 10 tys. ludn.	woj. łódzkie	wsk. na 10 tys. ludn.	woj. opolskie	wsk. na 10 tys. ludn.
Usługi opiekuńcze	105 745	27,5	7 138	28,8	2 734	27,6
Specjalistyczne usługi opiekuńcze	14 627	3,8	181	0,7	425	4,3
Ośrodki wsparcia	88 460	23,0	5 648	22,8	3 148	31,8
w tym						
Dzienne domy pomocy (DDP)	16 434	4,3	1 673	6,8	1 510	15,3
Środowiskowe domy samopomocy (ŚDS)	29 666	7,7	1 881	7,6	707	7,1
Domy pomocy społecznej	80 494	20,9	6 251	25,2	3 099	31,3
Rodzinne domy pomocy społecznej	208	0,1	4	0,0	0	0,0
Mieszkania chronione/wspomagane	2 922	0,8	233	0,9	122	1,2
Poradnictwo	108 557	28,2	4 430	17,9	3 770	38,1

Źródło: Sprawozdanie MRPIPS-03 z udzielonych świadczeń pomocy społecznej, pieniężnych, w usługach i naturze za okres I – XII 2017 r.

## 2 Deinstytucjonalizacja usług społecznych

„Deinstytucjonalizacja to proces przechodzenia od opieki instytucjonalnej do wsparcia na poziomie społeczności lokalnych, z poszanowaniem podmiotowości i przyrodzonej

<sup>76</sup> Zob. Polityka senioralna województwa opolskiego problemy osób starszych –funkcjonowanie placówek opiekuńczo-leczniczych, oddziałów geriatrycznych, eurosieroctwo, formy opieki i pomocy <http://ois.rops-opole.pl/download/Polityka%20senioralna.pdf> (27.09.2018 r.).

godności wszystkich osób, w tym prawa do decydowania o własnym życiu. Deinstytucjonalizacja usług realizowana jest w oparciu o „Ogólnoeuropejskie wytyczne dotyczące przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności” i wymaga z jednej strony rozwoju usług świadczonych w środowisku lokalnym, z drugiej – stopniowego ograniczenia usług w ramach opieki instytucjonalnej. Integralnym elementem deinstytucjonalizacji usług jest profilaktyka, mająca zapobiegać umieszczaniu osób w opiece instytucjonalnej. Chodzi o to, by osoby starsze, z chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona nie musiały przebywać w dużych instytucjach, w których nie zawsze mogą liczyć na uwzględnienie indywidualnych potrzeb, ani zapewnienie odpowiedniego wsparcia niezbędnego do pełnego włączenia w społeczeństwo.

## 2.1 Źródła deinstytucjonalizacji

Proces deinstytucjonalizacji jest współcześnie jednym z wiodących czynników rozwoju usług społecznych. Źródła deinstytucjonalizacji posiadają zarówno wymiar aksjologiczny, polityczny, deontologiczny – szczególnie w profesjach społecznych, a także indywidualny (psychologiczny) związany z subiektywnym doświadczaniem świata przez osoby korzystające ze wsparcia w instytucjach pomocy i integracji społecznej. Perspektywa aksjologiczna to przede wszystkim odniesienie się do podstawowych wartości systemów ochrony praw i wolności człowieka, a także do etyki zawodowej wybranych kategorii – w przypadku osób z chorobami neurologicznymi mowa tu o zawodzie lekarza, pielęgniarki, pracownika socjalnego, terapeuty.

Na gruncie praw człowieka najbardziej fundamentalną kategorią jest odwołanie się do pojęcia godności oraz równych i niezbywalnych praw wszystkich członków wspólnoty ludzkiej jako podstawy wolności, sprawiedliwości i pokoju świata. Art. 1. Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka, będący najważniejszym odniesieniem wszystkich systemów praw i wolności określa, że „Wszyscy ludzie rodzą się wolni i równi pod względem swej godności i swych praw”. Także Karta Praw Podstawowych Unii Europejskiej w Artykule 1 potwierdza, że „godność człowieka jest nienaruszalna, musi być szanowana i chroniona”. Kategoria godności jest istotna, ponieważ odwołują się do niej niemal wszystkie koncepcje, modele, programy i projekty z zakresu deinstytucjonalizacji. Istnieje wiele źródeł międzynarodowych systemów ochrony praw i wolności człowieka odwołujących się do kategorii godności, które stanowią fundament tworzenia polityk społecznych, wobec osób z chorobami neurologicznymi w tym osób z chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona, a także osób starszych, które stanowią aksjologiczną podstawę idei deinstytucjonalizacji i niezależnego życia w oparciu o poszanowanie godności istoty ludzkiej. Obok wspomnianej Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka są to m.in.:

- Karta Praw Podstawowych Unii Europejskiej w artykule 25 potwierdza, że osoby starsze mają prawo do godnego i niezależnego życia oraz do uczestniczenia w życiu społecznym i kulturalnym<sup>77</sup>. Artykuł 26 natomiast potwierdza prawo osób niepełnosprawnych do korzystania ze środków mających zapewnić im niezależność, integrację społeczną i zawodową oraz udział w życiu społeczności.
- Rekomendacja CM/Rec(2014) Komitetu Ministrów Rady Europy dla Państw Członkowskich w sprawie promocji praw osób starszych, określa, że wsparcie dla osób

<sup>77</sup> Karta Praw Podstawowych Unii Europejskiej (Dz. U. C 83 z 30 marca 2010 r.).

starszych - jeśli tylko jest to możliwe - powinno być świadczone w społecznościach lokalnych<sup>78</sup>.

- Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych w art. 19 nakłada na państwa – strony obowiązek podjęcia skutecznych i odpowiednich środków w celu umożliwienia życia osobom z niepełnosprawnościami w społeczności lokalnej. Regulacje umieszczone w literze (a) tego artykułu mają zagwarantować, że osoby z niepełnosprawnościami będą miały możliwość wyboru miejsca zamieszkania i podjęcia decyzji co do tego, gdzie i z kim będą mieszkać, na zasadzie równości z innymi osobami, a także, że nie będą zobowiązane do mieszkania w szczególnych warunkach. W tej sprawie kluczowe stanowisko zajął Komitet do spraw Praw Osób Niepełnosprawnych, który 29 sierpnia 2017 r. przyjął Komentarz Generalny do art. 19 Konwencji<sup>79</sup>. W Komentarzu podkreśla się konieczność systemowego rozwoju mieszkalnictwa wspomagane oraz stworzenie przez poszczególne państwa planów deinstytucjonalizacji.
- Nieco zapomnianym dziś, a zdecydowanie wartym przytoczenia źródłem deinstytucjonalizacji opieki nad osobami z chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona oraz osób starszych jest proklamowany w 1991 roku przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych katalog podstawowych praw ludzi starych, który został rekomendowany państwom członkowskim. Określa on „Zasady działania ONZ na rzecz osób starszych” określające prawa seniorów w odniesieniu do poszczególnych dziedzin życia. Na uwagę zasługuje fakt, że na pierwszym miejscu ułożono dziedzinę: „Niezależność”, którą państwa winny zapewniać m.in. poprzez:
  - możliwość życia w warunkach, które zapewniają bezpieczeństwo i które można dostosować do indywidualnych preferencji i zmiennego poziomu psychofizycznej sprawności;
  - możliwość zamieszkiwania w domu tak długo, jak jest to możliwe.

Kolejne zasady to m.in. „**Uczestnictwo**” (osoby starsze powinny utrzymywać więzi ze społeczeństwem, brać aktywny udział w formułowaniu i realizacji programów mających bezpośredni wpływ na ich warunki bytowe, a także powinny dzielić się swoją wiedzą i doświadczeniem z młodszymi pokoleniami); „**Opieka**” (osoby starsze powinny mieć dostęp do opieki medycznej służącej utrzymaniu lub odzyskaniu optymalnego poziomu fizycznej, umysłowej i emocjonalnej aktywności jak również zapobieganiu chorobom lub opóźnianiu ich nadejścia); „**Samorealizacja**” (osoby starsze powinny mieć warunki, by w pełni rozwijać swój potencjał) i wreszcie „**Godność**” (osoby starsze powinny być traktowane godnie niezależnie od wieku, płci, rasowego lub etnicznego pochodzenia, ułomności lub innej cechy i powinny być szanowane bez względu na ich ekonomiczną przydatność).

Zrewidowana Europejska Karta Społeczna (Revised European Social Charter). Weszła w życie 1 lipca 1999 roku, Polska zaś podpisała Zrewidowaną Kartę w 2005 roku. Wprowadza ona dodatkowo nowe prawa socjalne jak: prawo osób niepełnosprawnych do samodzielności, integracji społecznej i do udziału w życiu wspólnoty. Państwa – strony winny popierać ich pełną integrację i pełny udział w życiu wspólnoty, szczególnie w drodze środków, w tym pomocy technicznej, mających na celu pokonywanie przeszkód w porozumiewaniu się i przemieszczaniu się oraz poprzez umożliwianie im korzystania ze środków transportu, mieszkań, działalności kulturalnej i rozrywki). Zagwarantowano także prawo osób w podeszłym wieku do

<sup>78</sup> Tekst dostępny pod adresem: <http://www.msz.gov.pl/resource/161bbca4-55d0-4c79-834f-c2d4f4f4559d:JCR>.

<sup>79</sup> Komentarz Generalny nr 5 (ozn.: CRPD/C/GC/5) dostępny jest na stronie Komitetu do spraw Praw Osób Niepełnosprawnych: <http://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=22009&LangID=E>.

ochrony społecznej (m. in.: umożliwienie osobom w podeszłym wieku pozostania pełnoprawnymi członkami społeczeństwa tak długo, jak to możliwe, poprzez: zapewnianie odpowiednich zasobów umożliwiających im godziwą egzystencję i aktywny udział w życiu publicznym, społecznym i kulturalnym).

Warto w tym kontekście przywołać także: Strategię „Europa 2020”; Europejską strategię w sprawie niepełnosprawności 2010–2020; Rozporządzenia w sprawie funduszy strukturalnych na lata 2014–2020; Europejską kartę praw i obowiązków osób starszych potrzebujących opieki długoterminowej, Rezolucję Zgromadzenia Parlamentarnego o dostępie do praw osób niepełnosprawnych oraz ich pełnej i aktywnej partycypacji w życiu społecznym.

Przywołanie wybranych aksjologicznych źródeł międzynarodowych systemów praw i wolności człowieka posiada także dodatkowe uzasadnienie w perspektywie działań podejmowanych przez służby społeczne, których celem jest zapewnienie niezależnego życia osobom z chorobami neurologicznymi w tym osób z chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona. Idea niezależnego życia odwołuje się bowiem także do kategorii godności, a w szerszym kontekście niezależne życie staje nie tylko postulatem, ale kategorią normatywną nakładającą na władze publiczne konieczność podjęcia konkretnych działań – w istocie poszerzając katalog socjalnych praw człowieka. Takie traktowanie niezależnego życia jako wynikającego z poszanowania ludzkiej godności prawa przysługującego każdej osobie tworzy zupełnie nową przestrzeń analizowania systemów wsparcia. Termin „niezależne życie” w odniesieniu do osób niepełnosprawnych i starszych bywa często używany wymiennie z terminem „życie w społeczności”. Nie znaczy on „wykonywania czynności samodzielnie” ani „samowystarczalności”. Niezależne życie wiąże się ze zdolnością dokonywania wyborów i podejmowania decyzji co do miejsca zamieszkania, współmieszkańców oraz sposobu organizacji życia codziennego. Wymaga ono:

- dostępności środowiska architektonicznego;
- dostępnego transportu;
- dostępności pomocy technicznych;
- możliwości dostępu do informacji i komunikacji;
- dostępu do pomocy osobistej, a także coachingu osobistego i zawodowego; oraz
- dostępu do usług świadczonych na poziomie lokalnych społeczności<sup>80</sup>.

Zbliżoną perspektywę wskazują krajowe regulacje dotyczące deinstytucjonalizacji w Polsce, choć jest to w zakresie formalno – prawnym kategorią relatywnie nową. Dokumentem mającym charakter normy prawnej są wytyczne Ministra Rozwoju w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014-2020 przyjęte 28 maja 2015 r. i znowelizowane w marcu 2016 r. W Założeniach Długotrwałej Polityki Senioralnej w Polsce w latach 2014 – 2020 stwierdza się, że celem polityki senioralnej w Polsce będzie wspieranie i zapewnienie możliwości aktywnego starzenia się w zdrowiu oraz możliwości prowadzenia w dalszym ciągu samodzielnego, niezależnego i satysfakcjonującego życia, nawet przy pewnych ograniczeniach funkcjonalnych. Eksperti Rzecznika Praw Obywatelskich podkreślają, że postulat ten jest możliwy do osiągnięcia, gdy będzie się:

- wspierać opiekę nad osobami starszymi, nie zostawiać tego samym rodzinom. Pomoc nie może jednak ograniczać **praw obywatelskich seniorów**,

<sup>80</sup> European Network on Independent Living, *ENIL's Key definitions in the Independent Living area* [„Najważniejsze definicje ENIL dotyczące niezależnego życia”], 2009, dokument dostępny pod adresem: <http://www.enil.eu/policy/> (11.09.2018 r.).

- dbać o warunki mieszkania osób starszych, ale zagwarantować im **prawo wyboru co do miejsca zamieszkania**,
- dbać o bezpieczeństwo seniorów w miejscu zamieszkania,
- wspierać zdrowie seniorów,
- dbać o bezpieczeństwo ekonomiczne seniorów,
- wspierać seniorów w aktywnych formach spędzania czasu wolnego,
- wspierać edukację seniorów, bo uczyć się można i należy przez całe życie.

Deinstytucjonalizacja stała się także obszarem silnego nacisku obywatelskiego. Apel w sprawie deinstytucjonalizacji systemu wsparcia dla osób z niepełnosprawnościami i osób starszych, który rekomendowali przedstawiciele 54 organizacji pozarządowych trafił 20 listopada 2017 r. do ówczesnej premier Beaty Szydło. Wskazywano w nim na konieczność przyjęcia Narodowego Programu Deinstytucjonalizacji, który zawierałby cele, harmonogram oraz wskaźniki realizacji. Sygnatariusze apelu stwierdzają, że zintensyfikowanie deinstytucjonalizacji jest konieczne dla realizacji przez Polskę wiążących ją standardów międzynarodowych. Konwencja o prawach osób z niepełnosprawnościami nakłada obowiązek umożliwienia życia tym osobom w społeczności lokalnej

Pozostawanie osoby starszej, także dotkniętej chorobą Alzheimera czy Parkinsona poza wpływem instytucji totalnej ma także swoje głębokie uzasadnienie psychologiczne i antropologiczne, a proces deinstytucjonalizacji winien uwzględniać dorobek nauk społecznych. Przywołuje się w tym kontekście prace Goffmana, który wprowadził oś swoich rozważań koncentrował na deinstytucjonalizacji szpitali psychiatrycznych, jednak wiele z jego teorii można z powodzeniem stosować poszukując uzasadnień na tworzenie systemu środowiskowego wsparcia, w tym szczególnie mieszkalnictwa wspomagane dla osób starszych ze schorzeniami neurologicznymi, w tym z chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona. Goffman przywołuje tu np. teorię stygmatyzacji, podkreśla znaczenia środowiska pozainstytucjonalnego w tym rodzinnego i lokalnego w procesie tworzenia alternatywy dla instytucji całodobowej. (Goffman 2007, 2011)<sup>81</sup>. Jak pisze A. Perzanowski odwołując się do myśli Goffmana deinstytucjonalizacji opiera się na ochronie chorych przed „opresyjnymi trybami maszynierii szpitala” (Goffman 2011, s. 127). Chodzi nie tylko o sytuację izolacji, brak prywatności, zinstytucjonalizowane zaspokajanie wszystkich potrzeb, objawy wynikające ze specyfiki choroby, lecz o to, że z samego faktu pobytu w instytucji całkowitej rodzi się: wyuczona bezradność, bierność, ograniczony kontakt z otoczeniem. Ów negatywny wpływ instytucji zamkniętej zyskał własną nazwę nerwicy instytucjonalnej lub choroby szpitalnej (Zaluska, Prot, Bronowski 2007, s. 14)<sup>82</sup>.

Ważną przesłanką dla deinstytucjonalizacji jest także analiza danych uzyskiwanych z bieżącego monitorowania sytuacji osób przebywających w całodobowych placówkach wsparcia. Rzecznik Praw Obywatelskich podkreślał, że od dawna RPO zwraca uwagę na potrzebę deinstytucjonalizacji. Wynika to m.in. z obserwacji Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur, którego pracownicy wizytują domy pomocy społecznej. W trakcie wizytacji spotykają się czasem z osobami, które w sposób stanowczy domagają się zgody na opuszczenie domu pomocy społecznej, jednak w swoim dotychczasowym miejscu zamieszkania nie mogą liczyć na kompleksowe wsparcie, które umożliwiłoby im odpowiednie warunki życia. Wielu z nich skarży się także na nieodpowiednie warunki. Należy pamiętać, że zamieszkiwanie osób z niepełnosprawnościami i osób starszych w znanym im środowisku umożliwia czerpanie korzyści z naturalnego wsparcia, opartego na więziach społecznych i korzystanie z ogólnodostępnych usług. Dzięki temu możliwe jest pełnienie wielu ról społecznych, co zmniejsza wykluczenie społeczne tych osób i sprzyja

<sup>81</sup> Za: Andrzej Perzanowski, *Antropologia i psychiatria: społeczny wymiar deinstytucjonalizacji opieki psychiatrycznej*

<sup>82</sup> op cit.



różnorodności społecznej<sup>83</sup>. W trakcie prowadzonych kontroli Rzecznik odnotowuje przypadki osób, które w sposób stanowczy domagają się zgody na opuszczenie domu pomocy społecznej, a ich żądanie wydaje się być racjonalnie uzasadnione. Przykładowo Rzecznik ujawnił przypadek mężczyzny bezskutecznie starającego się o uchylenie postanowienia sądu wyrażającego zgodę na umieszczenie w DPS pomimo pozytywnej opinii psychologicznej, w której na jego temat czytamy: swoje potrzeby i preferencje komunikuje jednoznacznie, akcentuje potrzebę samodzielnego funkcjonowania, prawo do samostanowienia, wolności, decydowania o swoim życiu. Pobyt w DPS określa jako ograniczanie jego praw. Prośby o stosowanie się do zasad pobytu w domu pomocy społecznej traktuje jako łamanie swobody osobistej. Podopieczny jest osobą komunikatywną, zorientowaną auto- i allopsychicznie, wszędzie porusza się samodzielnie. Jego argumentacja jest zwarta i logiczna. Jest osobą spokojną, nie nawiązuje relacji ze współmieszkańcami, nie wchodzi w żadne konflikty<sup>84</sup>. W raporcie z badania ewaluacyjnego: „Identyfikacja potrzeb i barier w zakresie rozwoju usług społecznych na rzecz osób dotkniętych i zagrożonych ubóstwem i wykluczeniem społecznym w kontekście wsparcia w ramach RPO WP 2014-2020” analizując wywiady jakościowe z pracownikami OPS/PCPR, wskazano, że przedstawiciele wielu gmin stwierdzili, że liczba osób kierowanych do DPS nie była zmniejszana w żaden sposób. Zmniejszanie liczby osób obejmowanych opieką instytucjonalną nie jest traktowane jako działanie priorytetowe, a rozwój usług środowiskowych ma raczej na celu ograniczanie kosztów opieki, gdyż ta jest wyraźnie mniej kosztowna od pobytu osoby w placówce całodobowej.

## **2.2 Zasoby procesu deinstytucjonalizacji w zakresie wsparcia osób z chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona oraz osób starszych**

Deinstytucjonalizacja traktowana jako proces to rozwój całego szeregu form i instrumentów wspierających osoby z chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona oraz osób starszych w przezwyciężaniu trudnych sytuacji życiowych, których nie są w stanie pokonać sami przy wykorzystaniu zasobów własnych i najbliższej rodziny. Nierzadko przy braku stosownych form wsparcia w środowisku jest to wystarczająca przesłanka do umieszczenia osoby w placówce całodobowej i skuteczna bariera uniemożliwiająca powrót do środowiska. Jakość procesu deinstytucjonalizacji będzie określać różnorodność form wsparcia dostępnych w lokalnej społeczności. W raporcie z badania ewaluacyjnego: „Identyfikacja potrzeb i barier w zakresie rozwoju usług społecznych na rzecz osób dotkniętych i zagrożonych ubóstwem i wykluczeniem społecznym w kontekście wsparcia w ramach RPO WP 2014-2020” wskazano dostępne i w praktyce wykorzystywane w systemie pomocy społecznej instrumenty deinstytucjonalizacji i są nimi:

- małe DPS,
- mieszkania wspomagane,
- dzienne ośrodki wsparcia,
- usługi (w tym opiekuńcze) i wsparcie umożliwiające pozostanie w miejscu zamieszkania,
- wsparcie dla opiekunów faktycznych osób niesamodzielnych,
- angażowanie w opiekę sąsiadów lub wolontariuszy.

Dokonując analizy zarówno źródeł prawa, ale również oceniając rodzaje i formy wsparcia pod kątem możliwości ich wykorzystania w opiece nad osobami z chorobą

<sup>83</sup> Apel Rzecznika Praw Obywatelskich w sprawie deinstytucjonalizacji systemu wsparcia dla osób z niepełnosprawnościami i osób starszych

<sup>84</sup> Apel Rzecznika Praw Obywatelskich w sprawie deinstytucjonalizacji systemu wsparcia dla osób z niepełnosprawnościami i osób starszych

Parkinsona, chorobą Alzheimera czy nad osobami starszymi, to dostępnymi obecnie zasobami jakie można aplikować do modeli i programów deinstytucjonalizacji, będącymi w instrumentarium służb społecznych i służby zdrowia, są w Polsce m.in.:

- 1) **mieszkania chronione** – są one najważniejszą systemową gwarancją dla skutecznego procesu deinstytucjonalizacji. Osoby dotknięte chorobą Alzheimera, chorobą Parkinsona czy osoby starsze, z powodu licznych schorzeń, ograniczeń bez wsparcia w miejscu zamieszkania nie będą mogły funkcjonować w taki sposób, by zapewnić sobie wysoką jakość życia, partycypację społeczną i zagwarantować zaspokojenie kluczowych potrzeb. Deinstytucjonalizacja oznacza bowiem krok w przód jaki jest możliwy do wykonania w ramach systemu wsparcia czy systemu ochrony zdrowia, mający gwarantować skuteczne zabezpieczenie roszczenia każdej osoby do niezależnego życia, gwarantując przy tym pełne poszanowanie jej godności.

Mieszkania chronione funkcjonują w Polsce od 1996 roku, zatem można mówić już o ponad 20- letnich doświadczeniach. Forma ta definiowana jest w ustawie o pomocy społecznej, która określa, że mogą być one przyznane osobom, które ze względu na trudną sytuację życiową, wiek, niepełnosprawność lub chorobę wymagają wsparcia w funkcjonowaniu w codziennym życiu, ale nie wymagają usług w zakresie świadczonego przez jednostkę całodobowej opieki.

Mieszkanie chronione jest formą pomocy społecznej przygotowującą osoby tam przebywające, pod opieką specjalistów, do prowadzenia samodzielnego życia lub zastępującą pobyt w placówce zapewniającej całodobową opiekę. Mieszkanie chronione zapewnia warunki samodzielnego funkcjonowania w środowisku, w integracji ze społecznością lokalną<sup>85</sup>. Mieszkanie chronione może być klasyfikowane jako mieszkanie chronione treningowe lub mieszkanie chronione wspierane. W mieszkaniu chronionym treningowym zapewnia się usługi bytowe oraz naukę, rozwijanie lub utrwalanie samodzielności, sprawności w zakresie samoobsługi, pełnienia ról społecznych w integracji ze społecznością lokalną, w celu umożliwienia prowadzenia samodzielnego życia.

Mieszkanie chronione wspierane przeznaczone jest dla osoby niepełnosprawnej, w szczególności osoby niepełnosprawnej fizycznie lub osoby z zaburzeniami psychicznymi osoby w podeszłym wieku lub przewlekle chorej. W mieszkaniu chronionym wspieranym zapewnia się usługi bytowe oraz pomoc w wykonywaniu czynności niezbędnych w życiu codziennym i realizacji kontaktów społecznych, w celu utrzymania lub rozwijania samodzielności osoby na poziomie jej psychofizycznych możliwości. W 2015 roku funkcjonowało w Polsce 660 mieszkań chronionych z liczbą miejsc 2605 (2593 korzystających) zaś w roku 2016 były to 703 mieszkania z liczbą miejsc 2922 (2774 korzystających). Od roku 2017 wprowadzono podział mieszkań chronionych na mieszkania chronione treningowe i mieszkania chronione wspierane. W ubiegłym roku było ich łącznie 699. Liczba ta jednak nie daje wystarczającej informacji co do skali objęcia wsparciem w formie mieszkań chronionych osób starszych, osób z chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona, ponieważ obejmuje również osoby z zaburzeniami psychicznymi i osoby usamodzielniane np. po opuszczeniu placówki opiekuńczej - wychowawczej czy resocjalizacyjnej. Dla porównania w Polsce w roku 2015 w 807 domach pomocy społecznej mieszkało 78 138 osób<sup>86</sup>. (odpowiednio w latach 2012, 2013, 2014 i 2015 było to 802, 806, 804 i 807 domów)<sup>87</sup>. Jak dotąd nie widać trendu do

<sup>85</sup> Ustawa o pomocy społecznej...op.cit, art. 53 ust. 2.

<sup>86</sup> Sprawozdanie MRPiPS-05. Wybrane informacje o ponadgminnych oraz gminnych domach pomocy społecznej, środowiskowych domach samopomocy i placówkach całodobowej opieki - stan na dzień 31.12.2017 r.

<sup>87</sup> Tamże.



zmniejszania się ich liczby ani też liczby mieszkańców (odpowiednio: 77 286, 77 279, 77 741 i 78 138 osób)<sup>88</sup>. W jednym domu pomocy społecznej zamieszkuje średnio 106 osób, co wyraźnie wskazuje na to, że są one dużymi instytucjami opiekuńczymi. Dla porównania w jednej placówce komercyjnej mieszkają średnio 24 osoby, w rodzinnym domu pomocy – 5, a w mieszkaniu chronionym – 4 osoby. Najwyższa Izba Kontroli w raporcie z kontroli świadczenia pomocy osobom starszym przez gminy i powiaty przeprowadzonej w 2015 r. wskazała, że alternatywne wobec domów pomocy społecznej formy wsparcia są tworzone jedynie w minimalnym zakresie. Dla deinstytucjonalizacji opieki szczególności niepokojący jest słaby rozwój mieszkań chronionych, które dla osób z niepełnosprawnościami i osób starszych powinny stanowić realną alternatywę dla pobytu w placówce wsparcia całodobowego. W 2015 roku 1 na 450 osób w Polsce korzystała z domu pomocy społecznej, lecz tylko 1 na 15 000 osób korzystała z mieszkania chronionego (33 razy mniej niż w przypadku domów pomocy społecznej).

- 2) **mieszkanie wspomagane** - przeznaczone są dla osób, które nie wymagają całodobowej opieki i wsparcia, a jedynie pomocy, którą można świadczyć zależnie od indywidualnych potrzeb w niewielkim wymiarze godzin;
- 3) **ośrodki wsparcia** – mogą być wykorzystane jako istne uzupełnienie usług mieszkalnictwa wspomagane. Udział w zajęciach prowadzonych w ośrodku wsparcia aktywizuje osobę do opuszczenia mieszkania, poszerza znacznie zakres jej kontaktów społecznych i uzupełnia wsparcie o usługi, które nie są możliwe do prowadzenia we własnym mieszkaniu osoby chorej czy starszej, np. zajęcia grupowe. Ośrodki wsparcia są dzienną formą pomocy instytucjonalnej, w ramach której świadczone są różne usługi dostosowane do specyficznych potrzeb osób korzystających z tej formy pomocy, w tym usługi żywieniowe. Działalność ośrodków wsparcia wspiera rodzinę w sprawowaniu funkcji opiekuńczych nad starszymi i niepełnosprawnymi członkami rodzin, zapobiegając jednocześnie umieszczeniu ich w placówkach wsparcia całodobowego, wspiera także osoby zapobiegając ich wykluczeniu z życia społecznego. Szczególnymi formami ośrodków wsparcia będącymi w zasobach systemu pomocy i integracji społecznej mogą być środowiskowe domy samopomocy świadczące usługi w ramach indywidualnych lub zespołowych treningów samoobsługi i treningów umiejętności społecznych, polegających na nauce, rozwijaniu lub podtrzymywaniu umiejętności w zakresie czynności dnia codziennego i funkcjonowania w życiu społecznym a także kluby samopomocy. Są one wprawdzie systemowo dedykowane w zasadzie dla osób z zaburzeniami psychicznymi jednak stały się obecnie także istotnym elementem wsparcia np. osób z chorobą Alzheimera. Barierą formalną może być bardzo sztywne określenie kto może korzystać z pomocy w instytucjach wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Aby uniknąć problemów z kwalifikowaniem osób z chorobami neurologicznymi np. z chorobą Alzheimera czy Parkinsona jako pełnoprawnych uczestników zajęć w środowiskowych domach samopomocy czy klubach samopomocy, należy dokonać korekty przepisów w tym zakresie. Zarówno choroba Alzheimera i choroba Parkinsona zaliczane są do chorób neurologicznych, zatem sztywne trzymanie się systematyki w istocie ograniczałoby możliwość korzystania z tego rodzaju placówek przez chorych na chorobę Alzheimera, Parkinsona czy osób starszych nie wykazujących zaburzeń psychicznych. Pomimo to nieprecyzyjna diagnostyka, podobieństwo pewnej grupy objawów powoduje, że osoby np. z chorobą Alzheimera trafiają do placówek dla osób z zaburzeniami psychicznymi, choć nie istnieją w tej kwestii oficjalne statystyki. Zajęcia aktywizacyjne

---

<sup>88</sup> Tamże.

w środowisku mogą być także prowadzone w dziennych domach pomocy społecznej (dom dziennego pobytu).

Nie istnieje żadna bariera, by osoby zamieszkujące mieszkania chronione korzystały także ze wsparcia w placówkach środowiskowych. (w 2016 roku było to 1645 placówek z liczbą miejsc 75100 i liczbą korzystających 119287. Dodatkowo funkcjonowały 302 dzienne domy pomocy dysponujące 3574 miejscami z których skorzystało 21445 osób).

Daje się zauważyć znaczną dynamikę rozwoju dziennych placówek wsparcia – przykładowo w 2017 roku utworzono 35 nowych Dziennych Domów „Senior+ oraz 96 nowych klubów Senior+. (łącznie w ramach programu Senior+ w 2017 roku funkcjonowało 257 Dziennych Domów i Klubów Senior+).

W 2017 r. ogólna liczba ośrodków wsparcia wynosiła 2 035, a łączna ilość miejsc 88 460, liczba korzystających to 139 148<sup>89</sup>. W zakresie wszystkich wskaźników ilościowych: liczba placówek, liczba miejsc, liczba korzystających odnotowuje się stały wzrost w stosunku do lat poprzednich. Rozwojowi sieci ośrodków wsparcia sprzyjały również programy rządowe – obok wspomnianego Senior+ także w ramach programu „Za życiem” tworzone nowe miejsca w środowiskowych domach samopomocy;

- 4) **centra usług opiekuńczych** – pojawiają się jako typ placówki środowiskowej postulowanej przez środowiska działające na rzecz osób starszych, w tym chorych na chorobę Alzheimera jako forma wsparcia rodziny opiekującej się seniorem. Jak wskazano w dyskusji „inaczej osoba, która zajmuje się osobą zależną, sama staje się osobą zależną – bo nie może pracować, nie ma jak załatwiać swoich spraw, leczyć się itd”. Postuluje się tworzenie lokalnych centrów usług opiekuńczych dziennych i czasowych, organizowanych co najmniej na poziomie powiatu, koncentrujących się na osobach niepełnosprawnych lub osobach starszych<sup>90</sup>. Warto zaznaczyć, że centra usług opiekuńczych były jedną z form, które rozwinęły się w ramach projektów realizowanych w poprzednim okresie programowania ze środków PO KL;
- 5) **organizacja opieki krótkookresowej** w placówkach świadczących całodobową opiekę (tzw. opieka wytchnieniowa dla krewnych opiekujących się na stałe seniorem);
- 6) **usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze** - wykonywanie usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania to jeden z fundamentów procesu deinstytucjonalizacji opieki nad osobami z chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona oraz osobami starszymi. **Usługi opiekuńcze** obejmują pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opiekę higieniczną, zaleconą przez lekarza pielęgnację oraz w miarę możliwości, zapewnienie kontaktów z otoczeniem. Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych ustaliło rodzaje specjalistycznych usług dostosowanych do szczególnych potrzeb osób wymagających pomocy w formie specjalistycznych usług, wynikających z rodzaju ich schorzenia lub niepełnosprawności, świadczone przez osoby ze specjalistycznym przygotowaniem zawodowym<sup>91</sup>.

Szeroki zakres usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych, pod warunkiem zabezpieczenia środków finansowych, niezbędnych warunków organizacyjnych, w tym kadrowych i odpowiedniego wyposażenia pozwala przez długi okres czasu utrzymywać osobę starszą, także z chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona w środowisku. Organizując system mieszkalnictwa wspomaganego bezwzględnie jako standard należy przyjąć zintegrowanie

<sup>89</sup> Za: Sprawozdanie MRPiPS – 03, z udzielonych świadczeń pomocy społecznej, pieniężnych, w naturze i usługach za 2017 r.

<sup>90</sup> Deinstytucjonalizacja usług społecznych - w szczególności usług opiekuńczych i asystenckich, na obszarze województwa łódzkiego.

<sup>91</sup> Tamże, ss. 15-16.

go z system świadczenia usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych. Jest to jeszcze bardziej istotne, gdy osoby będą powracać do środowiska z placówki całodobowej, w której najczęściej miały zapewnione świadczenie usług opiekuńczych.

7) **teleopieka** - to różnego rodzaju rozwiązania techniczne (teleinformatyczne), których zadaniem jest zapewnienie pomocy osobom potrzebującym w ich miejscu zamieszkania. Najczęściej dotyczy to samotnych osób starszych lub niepełnosprawnych. Oczekują oni w głównej mierze poczucia bezpieczeństwa oraz świadomości, że w sytuacjach zagrożenia mogą liczyć na wsparcie. Teleopieka polega na reagowaniu na sytuacje zagrożenia, a w przypadku ich wystąpienia umożliwia wezwanie pomocy lub przekazywanie wiadomości opiekunowi. Teleopieka dostarcza opiekunom narzędzie do skutecznego reagowania na sytuacje alarmowe. Klasyczne rozwiązania teleopieki oparte są o systemy przywoławcze w postaci przycisków, po których uruchomieniu wysyłany jest sygnał SOS. Współczesne urządzenia lokalizacyjne umożliwiają śledzenie miejsca przebywania podopiecznego. Cennym uzupełnieniem są urządzenia diagnostyczne, które dokonują na życzenie pomiarów różnych parametrów medycznych. Nowoczesne systemy teleopieki mogą przekazywać informacje także, gdy osoba jest nieprzytomna lub nie będzie pewna, że chce nacisnąć przycisk lub np. dokonać pomiaru ciśnienia. Teleopieka jest niezwykle przydatnym narzędziem, które mogą mieć zastosowanie także w mieszkaniach chronionych w tym tych dedykowanych osobom z chorobą Alzheimera, Parkinsona czy osób starszych w ogóle. Jest praktyczną alternatywą dla usług świadczonych w instytucjach. Współcześnie następuje intensywny rozwój wykorzystania środków teleinformatycznych i buduje się nie tylko systemy teleopieki, ale również telemedycyny służące do np. do monitoringu samopoczucia czy też do wspierania procesów poznawczych;

8) **dzienne domy opieki medycznej (projekt pilotażowy Ministerstwa Zdrowia)** - Dzielne Domy Opieki Medycznej powstały jako odpowiedź na zdiagnozowaną w dokumentach strategicznych potrzebę deinstytucjonalizacji opieki medycznej, która jest tutaj rozumiana jako przejście od usług świadczonych w formach instytucjonalnych do usług świadczonych na poziomie lokalnych społeczności. 52 projekty pilotażowe dotyczące utworzenia i prowadzenia pierwszych w kraju Dziennych Domów Opieki Medycznej (w skrócie: DDOM), współfinansowane ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego (EFS) w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 (PO WER). Zgodnie z zapisami *Standardu* odbiorcami wsparcia w DDOM są osoby, które na skali poziomu samodzielności (skala Barthel) otrzymały 40-65 punktów, w tym przede wszystkim po 65 roku życia. Zgodnie z przyjętymi założeniami, warunki funkcjonowania DDOM powinny być jak najbardziej zbliżone do domowych. W dziennym domu opieki medycznej powinno przebywać równocześnie od 10 do 15 pacjentów. Czas pobytu pacjenta w dziennym domu opieki powinien zawierać się pomiędzy 30 a 120 dniami roboczymi Przez pierwszy miesiąc pobytu, pacjenci pozostają w domu opieki medycznej przez 5 dni w tygodniu, 8-10 godzin dziennie. Zmniejszenie tego wymiaru czasowego w kolejnych miesiącach uzależnione jest od poprawy stanu zdrowia pacjenta, z zastrzeżeniem, że nie może ono wynieść mniej niż 4 godziny dziennie. Dla każdego z pacjentów tworzony jest indywidualny plan opieki dostosowany

do jego potrzeb. DDOM pełnią również funkcję terapeutyczną i edukacyjną. Wyszczególnić można cztery podstawowe cele funkcjonowania DDOM:

- medyczny (poprawę stanu zdrowia osób niesamodzielnych poprzez rehabilitację leczniczą),
- społeczny (zapobieganie problemom wykluczenia społecznego osób niesamodzielnych i wykluczenia lub znacznego ograniczenia możliwości udziału w życiu społeczno-gospodarczym i kulturowym ich opiekunów),
- ekonomiczny (zmniejszenie odsetka osób hospitalizowanych i zmniejszenie obciążenia służby zdrowia; możliwość podjęcia zatrudnienia przez opiekunów / członków rodziny osób starszych i niesamodzielnych – pacjentów DDOM),
- edukacyjny (dla opiekunów osób niesamodzielnych w zakresie sprawowania opieki).

Wśród kategorii świadczeń zdrowotnych, które realizowane są w ramach DDOM znalazły się opieka pielęgniarska (a także edukacja pacjenta z zakresu samoopieki i pielęgnacji), doradztwo w zakresie doboru odpowiednich wyrobów medycznych, usprawnienia ruchowe, stymulacja procesów poznawczych, terapia zajęciowa, działania edukacyjne skierowane do rodziny i opiekunów pacjentów. Pierwszych pacjentów DDOM-y zaczęły przyjmować w lipcu i sierpniu 2016 roku, lecz zdecydowana większość zaczęła ich przyjmować na jesieni 2016. docelowo Dnienne Domy Opieki Medycznej mają stać się świadczeniem gwarantowanym, finansowanym ze środków krajowych.

**9) dostęp do sprzętu rehabilitacyjnego, pielęgnacyjnego i wspomagającego (np. w formie wypożyczalni)** – efektywne wsparcie osób chorych na chorobę Alzheimera, chorobę Parkinsona czy osób starszych jest uzależnione od zaplecza technicznego jakie pozostaje do dyspozycji opiekuna, rehabilitanta czy członków rodziny. Nawet mieszkanie chronione nie jest w stanie zapewnić dostępu do wszystkich wysokospecjalistycznych sprzętów, które mogą znacznie poprawiać sytuację chorego i zapewniać mu wyższy standard życia. Sieć łatwo dostępnych wypożyczalni może stanowić bardzo istotne systemowe wsparcie dla systemu mieszkalnictwa wspomagane;

**10) samopomoc/ pomoc sąsiedzka (w tym sąsiedzkie usługi opiekuńcze).** - można powiedzieć, że samopomoc jest najstarszą formą organizacji życia społecznego, która ma podłoże we wzajemnej pomocy i współpracy. Samopomoc wynika z instynktu samozachowawczego, ponieważ człowiek będący w trudnej sytuacji życiowej szuka pomocy i szans na przetrwanie. Ponadto samopomoc musi być rozpatrywana w trzech aspektach, takich jak:

- makrosocjologiczny polegający na solidarnym działaniu bez udziału funduszy państwowych np. zbiórka żywności dla ludności głodującej w innym kraju;
- mikrosocjologiczny zachodzi wówczas, gdy członkowie małej grupy niosą pomoc osobom, które znajdują się na zewnątrz grupy np. wspólna pomoc sąsiadów dla innego sąsiada, który znalazł się w kryzysowej sytuacji (pożar domu);
- indywidualny, czyli aktywność jednostki nakierowana na zaspokojenie własnych potrzeb.

Obecnie coraz większe znaczenie odgrywa pomoc sąsiedzka, co poniekąd spowodowane jest rozluźnieniem więzi rodzinnych. Co ciekawe pomoc sąsiedzka może być włączana jako systemowy element wsparcia w jednostkach pomocy społecznej. Wykorzystuje się tu ustawowy zapis, że ośrodek pomocy społecznej organizuje dla osób bezrobotnych,

pozbawionych prawa do zasiłku, prace społecznie użyteczne. Pomoc sąsiedzka może być właśnie jedną z takich prac. Przykładem jest np. miasto Bydgoszcz, gdzie z powodzeniem przeprowadzono pilotaż usług pomocy sąsiedzkiej jako formy pracy społecznie użytecznej. Obecnie jest to stała forma wsparcia realizowana w tamtejszym OPS. Pomoc sąsiedzka nie tylko sprzyja zaspokajaniu pilnych potrzeb osób starszych, chorych w tym także na chorobę Alzheimera czy Parkinsona, ale włącza te osoby w sieci kontaktów społecznych w najbliższym środowisku, co ma pierwszoplanowe znaczenie dla procesu deinstytucjonalizacji opieki.

**11) kształcenie** – jest niezwykle istotnym elementem procesu deinstytucjonalizacji.

Obejmuje z jednej strony szkolenia dla profesjonalistów na temat deinstytucjonalizacji – które zostały potraktowane jako zalecenie wyrażone w „Opinii Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego w sprawie długoterminowej opieki społecznej oraz deinstytucjonalizacji”. Zaleca się w niej, by specjaliści w całej Europie byli szkoleni do pracy w usługach świadczonych na poziomie społeczności lokalnych oraz by byli informowani o procesie deinstytucjonalizacji. Z drugiej strony niezwykle ważnym elementem w obszarze szeroko rozumianego kształcenia jest szkolenie i doskonalenie umiejętności w zakresie sprawowania opieki przez opiekunów nieformalnych. Współczesne systemy ochrony socjalnej w coraz większym stopniu wykorzystują zasoby opiekunów nieformalnych. Dla organizacji pozainstytucjonalnej opieki dla osób z chorobą Alzheimera, chorobą Parkinsona czy osób starszych wsparcie opiekunów nieformalnych może być ukierunkowane na stymulację pacjenta do rehabilitacji w warunkach domowych, zachęcenie rodziny/opiekunów do aktywnego udziału w procesie dalszej rehabilitacji, doradztwo w zakresie wprowadzania zmian w przestrzeni domowej, ułatwiających poruszanie się osoby starszej i co równie ważne - monitorowanie stanu zdrowia oraz samopoczucia pacjenta. Tym wymaganiom będzie jednak mogła sprostać osoba, która nabędzie podstawową wiedzę i umiejętności w zakresie sprawowania opieki nad osobami starszymi w tym dotkniętymi chorobami neurologicznymi. Deinstytucjonalizacja wymaga zatem stworzenia możliwości rozwoju kompetencji w zakresie opieki dla opiekunów nieformalnych. W raporcie z badania ewaluacyjnego: Identyfikacja potrzeb i barier w zakresie rozwoju usług społecznych na rzecz osób dotkniętych i zagrożonych ubóstwem i wykluczeniem społecznym w kontekście wsparcia w ramach RPO WP 2014-2020 podkreślono, że *„Jeśli rodzina wie jak się opiekować, to osoba może dłużej zostać w rodzinie”*;

**12) profilaktyka zdrowotna** – nie można mówić o profilaktycznych aspektach systemu deinstytucjonalizacji, gdy pomija się aspekty promocji zdrowia. Systemowo znajduje to potwierdzenie w Ustawie z dnia 11 września 2015 r. o osobach starszych. Delegacją do szeroko pojętej profilaktyki jest ustawowe określenie progu starości w artykule 4, który stwierdza, że osoba starsza to ta która ukończyła 60-ty rok życia, a zatem realnym wsparciem staje się kształtowanie zachowań prozdrowotnych, mających na celu jak najdłuższe utrzymanie osoby w pełnej sprawności i dobrym zdrowiu, a jednocześnie mieszczące się w ramach polityki senioralnej. Istnieje zatem systemowa przesłanka do podejmowania intensywnych działań na rzecz profilaktyki zdrowia i tym samym do przesuwania w czasie granicy, gdy osoba będzie wymagać opieki instytucjonalnej;

**13) konsultacje i poradnictwo specjalistyczne** - Poradnictwo specjalistyczne w systemie pomocy społecznej, w szczególności prawne, psychologiczne i rodzinne, jest świadczone



osobom i rodzinom, które mają trudności lub wykazują potrzebę wsparcia w rozwiązywaniu swoich problemów życiowych, bez względu na posiadany dochód. Poradnictwo prawne realizuje się przez udzielanie informacji o obowiązujących przepisach z zakresu prawa rodzinnego i opiekuńczego, zabezpieczenia społecznego, ochrony praw lokatorów. Poradnictwo psychologiczne realizuje się przez procesy diagnozowania, profilaktyki i terapii. Poradnictwo rodzinne obejmuje problemy funkcjonowania rodziny, w tym problemy opieki nad osobą niepełnosprawną, a także terapię rodzinną. Rozwój poradnictwa wspiera zarówno osoby starsze, w tym chore na choroby neurologiczne jak i ich rodziny i opiekunów. Doradca stabilizuje osobę w środowisku, wskazując możliwe instrumenty i procedury wsparcia, pomagając rozwiązywać sytuacje konfliktowe;

- 14) **obowiązkowe wizyty domowe** – np. pielęgniarki środowiskowej, fizjoterapeuty – pozwalają na podejmowanie wczesnej interwencji lub są kontynuacją leczenia i rehabilitacji. Warto zaznaczyć, że jest to jedna z rekomendacji po zakończonym pilotażu wdrażania dziennych domów opieki medycznej. Standardem jest także utrzymywanie stałego kontaktu telefonicznego z osobą, która wróciła już do swojego mieszkania. Należy zdecydowanie rozważyć zasadność wykorzystania tych instrumentów jako elementu uzupełniającego ofertę mieszkania wspomagane;
- 15) **wsparcie środowiskowe osób starszych w obszarze opieki zdrowotnej** - jest wykonywana w ramach usług medycznych: podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej. Pielęgniarka rodzinna- rozpoznaje warunki, potrzeby zdrowotne i problemy pielęgnacyjne podopiecznych, planuje i realizuje opiekę pielęgnacyjną, współrealizuje świadczenia diagnostyczne, lecznicze i rehabilitacyjne, a także prowadzi edukację zdrowotną, promocję zdrowia i profilaktykę chorób;
- 16) **opracowanie zintegrowanego modelu transportu** - uwzględniającego potrzeby osób starszych w tym z chorobą Alzheimera i Parkinsona. Badania związane z funkcjonowaniem dziennych placówek wsparcia np. badania wykonane podczas wdrażania dziennych domów opieki medycznej potwierdziły, że koszty transportu są najbardziej kosztotwórczą pozycją w budżecie placówek wsparcia dziennego;
- 17) **wdrażanie instrumentów polityki społecznej sprzyjających procesowi deinstytucjonalizacji** – w tym zakresie Europejski Komitet Ekonomiczno-Społeczny uznał wagę takich rozwiązań jak: urlop opiekuńczy, zarówno w pełnym, jak i w niepełnym wymiarze godzin, oraz przyznanie ubezpieczenia nieformalnym opiekunom. Za ważne traktuje się także nadanie profesjonalnego charakteru pracy domowej, która ma strategiczne znaczenie dla równości zawodowej, ponieważ pracę tę wykonują głównie kobiety, i to kobiety potrzebują usług dla osób starszych i pomocy w zajmowaniu się domem, by osiągnąć równość z mężczyznami w karierze zawodowej. Usługi te przynoszą korzyści zarówno poszczególnym osobom, jak i całemu społeczeństwu. Dzięki nim powstają nowe miejsca pracy, zaspokojone zostają potrzeby starzejącego się społeczeństwa oraz umożliwia się godzenie życia zawodowego z osobistym. Usługi te zwiększają też jakość życia i są korzystne dla włączenia społecznego, a także sprzyjają opiece domowej nad osobami starszymi. Jednym z warunków decydujących o powodzeniu deinstytucjonalizacji staje się uznawanie i wspieranie opieki nieformalnej i rodzinnej. Należy zadbać o to, by polityka godzenia



życia zawodowego z rodzinnym oraz odpowiedzialność za sprawowanie opieki oparte były na powszechnej równości, a nieformalne obowiązki opiekuńcze dzielone równo i sprawiedliwie;

- 18) wolontariat** - źródłem pojęcia wolontariusz jest łacińskie słowo voluntarius znaczące: dobrowolny, chętny. Dobrowolność w działaniu to działanie spontaniczne, nie obliczone na doraźne zyski i profity. Ustawa o działalności pożytku publicznego i wolontariacie definiuje wolontariusza jako osobę fizyczną, która ochotniczo i bez wynagrodzenia wykonuje świadczenia na zasadach określonych w ustawie. W art. 42 wskazano że, wolontariusze mogą w wykonywać, świadczenia na rzecz: organizacji pozarządowych oraz podmiotów wymienionych w art. 3 ust. 3 w zakresie ich działalności statutowej, w szczególności w zakresie działalności pożytku publicznego, organów administracji publicznej, jednostek organizacyjnych podległych organom administracji publicznej lub nadzorowanych przez te organy, podmiotów leczniczych w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej w zakresie wykonywanej przez nie działalności leczniczej.<sup>92</sup> Powyższy katalog w zasadzie jest enumeratywnym wskazaniem podmiotów będących zaangażowanych w proces deinstytucjonalizacji w tym także odnoszący się do osób starszych, osób z chorobami neurologicznymi. W opinii Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego w sprawie długoterminowej opieki społecznej oraz deinstytucjonalizacji uznano kluczową rolę odgrywaną przez wolontariuszy w świadczeniu formalnej i nieformalnej opieki, która wymaga odpowiedniego wsparcia. W tym kontekście należy również z dużą satysfakcją wskazać na rozwój w Polsce wolontariatu senioralnego;
- 19) system dostarczania posiłków osobom niemogącym samodzielnie ich przygotować** – może stanowić ważne uzupełnienie oferty mieszkalnictwa wspomagane dla osób z chorobami neurologicznymi w tym z chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona a także osób starszych. Jest to jedna usług, która winna spełniać zalecenia dotyczące deinstytucjonalizacji opieki w zakresie powszechnego dostępu, także jeżeli chodzi o cenę. Zalecono bowiem w przypadku świadczenia opieki w domu, że należy zapewnić konieczny rozwój profesjonalnych usług po przystępnych cenach. Usługi na poziomie społeczności powinny być zapewniane na szczeblu lokalnym oraz mają być przystępne pod względem ceny i dostępne dla wszystkich;
- 20) opieka psychologicznej dla bliskich osoby starszej;**
- 21) lokalne usługi ułatwiające społeczną aktywizację osób starszych** – zapewniają łatwiejszy dostęp do instytucji upowszechniania kultury, edukacji, rekreacji i wypoczynku a także udział w roli konsumenta na rynku handlu i usług, zwłaszcza w odniesieniu do szybko rozwijającego się obszaru „srebrnej ekonomii”. W tym zakresie lokalne społeczności tworzą dedykowane dla seniorów oferty np. karta seniora;
- 22) Istotnym elementem zmian systemu, a przede wszystkim czynnikiem sprzyjającym rozwojowi usług, dzięki którym poprawia się jakość wsparcia osób starszych w środowisku są realizowane przez podmioty pomocy i integracji społecznej **projekty finansowane ze źródeł UE**. I tak projektach realizowanych w ramach RPO rozwijano**

---

<sup>92</sup> Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie, Dz.U. 2003 Nr 96 poz. 873.

następujące kategorie usług, które mogą być efektywnie wykorzystywane jako działania wspomagające proces deinstytucjonalizacji opieki:

- a) niespecjalistyczne usługi opiekuńcze lub asystenckie specjalistyczne usługi opiekuńcze,
- b) teleopieka,
- c) angażowanie w opiekę sąsiadów lub wolontariuszy,
- d) tworzenie międzysektorowych zespołów opieki nad osobami z chorobami przewlekłymi,
- e) kształcenie kadr opieki nad osobami niesamodzielnymi,
- f) likwidowanie barier funkcjonalnych,
- g) usługi transportowe,
- h) dowożenie posiłków,
- i) kształcenie opiekunów faktycznych w opiece,
- j) poradnictwo dla opiekunów faktycznych,
- k) opieka krótkoterminowa w zastępstwie opiekunów faktycznych,
- l) aktywizacja społeczno-zawodowa opiekunów faktycznych<sup>93</sup>.

Jak widać to właśnie dzięki wsparciu ze środków europejskich zdecydowanie poszerza się zakres usług w zakresie wsparcia w środowisku osób starszych i wiele gmin jest już merytorycznie i organizacyjnie przygotowanych do włączenia wypróbowanych już w działaniu instrumentów w swoją standardową ofertę. Wskazuje się, że choć projekty w istocie pozwalają na wdrażanie nowych rozwiązań, to jednak ich trwałość jest niewielka.

Niezwykłą szansą procesu deinstytucjonalizacji jest próba wyjścia poza klasyczną systematykę i podział na wsparcie w instytucjach opieki całkowitej czy w środowisku. Jak wskazano w dyskusji deinstytucjonalizacja opieki może być bowiem rozumiana jako proces obejmujący:

- 1) rozwój w obrębie społeczności lokalnych zindywidualizowanych usług medycznych o wysokiej jakości, w tym o charakterze zapobiegającym (profilaktycznym) umieszczeniu osoby podopiecznej w systemie opieki instytucjonalnej,
- 2) przeniesienie zasobów ze stacjonarnych zakładów opieki długoterminowej w celu świadczenia nowych usług w środowisku lokalnym.<sup>94</sup>

Wykorzystanie zasobów instytucji w organizowaniu sieci wsparcia w środowisku może być jednym z kluczowych czynników procesu deinstytucjonalizacji.

### 2.3 Proces deinstytucjonalizacji

W listopadzie 2012 roku w Brukseli opublikowano efekty prac Europejskiej Grupy Ekspertów ds. Przejścia od opieki instytucjonalnej do świadczonej na poziomie lokalnych społeczności. We wstępie do dokumentu czytamy, że na terenie całej Unii Europejskiej setki tysięcy osób starszych, niepełnosprawnych mających problemy ze zdrowiem psychicznym oraz dzieci opuszczonych i wymagających szczególnej ochrony przebywają w dużych zakładach stacjonarnych, co skutkuje ich segregacją<sup>95</sup>. Komisja Europejska w strategii „Europa 2020” określiła ambitne cele w zakresie wzrostu sprzyjającego włączeniu społecznemu, wymagające

<sup>93</sup>Identyfikacja potrzeb i barier w zakresie rozwoju usług społecznych na rzecz osób dotkniętych i zagrożonych ubóstwem i wykluczeniem społecznym w kontekście wsparcia w ramach RPO WP 2014-2020

<sup>94</sup> Materiały ze spotkania roboczego w sprawie deinstytucjonalizacji i opieki środowiskowej. Ministerstwo Zdrowia 16 marca 2015.

<sup>95</sup> László Andor, Johannes Hahn, Słowo wstępne, [w:] *Ogólnoeuropejskie wytyczne dotyczące przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności*, Bruksela 2012, s.4.

działań na rzecz integracji oraz zapewnienia odpowiednich środków do życia osobom ubogim i wykluczonym. Deinstytucjonalizacja w świetle „Ogólnoeuropejskich wytycznych dotyczących przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności traktowana jest jako proces, przyjmując jako punkt odniesienia stanowisko UNICEF, która definiuje deinstytucjonalizację jako „całość procesu planowania transformacji i zmniejszania rozmiaru zakładów stacjonarnych lub ich likwidacji przy jednoczesnym zapewnieniu innego rodzaju różnorodnych usług bazujących na standardach wynikających z praw człowieka i zorientowanych na rezultaty”. Wprawdzie definicja ta odnosi się do modelu deinstytucjonalizacji opieki nad dziećmi jednak z powadzeniem może mieć zastosowanie także w innych układach wsparcia. W istocie oznacza zatem proces rozwoju usług świadczonych na poziomie lokalnych społeczności (również profilaktycznych), które mają wyeliminować konieczność opieki instytucjonalnej.

Należy tu wyraźnie podkreślić, że „Ogólnoeuropejskie wytyczne dotyczących przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności”, przyjęte jako wiodący punkt odniesienia dla projektu są podstawą nie tylko tworzenia systemu usług wspierających – zapobiegających umieszczaniu osób w instytucjach (wymiar profilaktyczny) ale także, a może przede wszystkim umożliwiających osobom już przebywającym w takich jednostkach powrót do środowiska. Z tej perspektywy to właśnie mieszkalność wspomagane jest najważniejszym elementem tego procesu. Dlatego podkreśla się, że podstawowym elementem przejścia od opieki instytucjonalnej do życia w społeczności jest zapewnienie odpowiednich warunków mieszkaniowych, które dają użytkownikom pełny wybór i kontrolę nad tym, gdzie, jak oraz z kim mieszkają. Użytkownicy opuszczający zakłady powinni dysponować różnorodnymi możliwościami oraz niezbędnym wsparciem ze strony członków rodziny, profesjonalistów lub innych użytkowników w podejmowaniu decyzji, gdzie zamieszkać i jak zorganizować swoje życie. Wsparcie nie powinno ustawać w chwili rozpoczęcia niezależnego życia, lecz powinno trwać tak długo, jak jest to konieczne. W wytycznych zakład definiuje się jako każdą placówkę opieki stacjonarnej, w której:

- pensjonariusze są odizolowani od ogółu społeczności lub zmuszeni mieszkać razem;
- pensjonariusze nie mają wystarczającej kontroli nad swoim życiem i nad decyzjami, które ich dotyczą; oraz wymagania organizacyjne mają zazwyczaj pierwszeństwo przed indywidualnymi potrzebami mieszkańców.

Stanowisko polskiego rządu w sprawie deinstytucjonalizacji zakłada jednak przede wszystkim wymiar profilaktyki dalszej instytucjonalizacji opieki. Zamierzeniem jest koncentrowanie się na budowaniu sieci usług środowiskowych, tak by nie następował wzrost liczby osób w opiece stacjonarnej. Praktycznie nie podejmuje się systemowych działań na rzecz zasadniczej idei „Ogólnoeuropejskich wytycznych dotyczących przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności” tzn. powrotu osób z opieki stacjonarnej do środowiska. Stanowisko takie zostało potwierdzone w odpowiedzi udzielonej przez MRPiPS na oświadczenie Senatora Rpberta Dowhana w dniu 19 stycznia 2018, w którym po przytoczeniu zapisu, że deinstytucjonalizacja to proces przejścia od opieki instytucjonalnej do usług świadczonych w społeczności lokalnej i wymagający z jednej strony rozwoju takich usług, to z drugiej także proces stopniowego ograniczania usług w ramach opieki instytucjonalnej, zaś integralnym elementem tego procesu jest profilaktyka, mająca zapobiegać umieszczaniu osób w instytucjach zapewniających całodobową opiekę. Podkreśla się przy tym, że od roku 2016 nowa definicja deinstytucjonalizacji zmienia nieco pozycję „Ogólnoeuropejskich wytycznych dotyczących przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności” wskazując, że działania krajowe powinny być realizowane „w oparciu” o Wytyczne a nie „zgodnie z”, wskazując tym samym ich ramowy charakter. Z tego powodu

jeden z kluczowych obszarów deinstytucjonalizacji, którym jest - stopniowe ograniczanie usług w ramach opieki instytucjonalnej nie jest traktowany w Polsce jako priorytetowy. Analiza dostępnych w polu deinstytucjonalizacji instrumentów również wskazuje na profilaktyczny charakter działań i potrzebę zintensyfikowania prac mających na celu wyposażenie jednostek wsparcia i integracji społecznej w instrumenty umożliwiające faktyczną deinstytucjonalizację, czyli powrót osób z placówek opieki całkowitej do środowiska.

Planując proces deinstytucjonalizacji wydaje się, że jednak należy zwrócić większą uwagę na fundamentalną wartość jaką odcytujemy z „Ogólnoeuropejskich wytycznych...” jaką jest danie osobie starszej, dotkniętej chorobą Alzheimera czy Parkinsona prawa wyboru. Od systemu oczekuje się stworzenia warunków, by osoba sama mogła decydować o miejscu swojego zamieszkania. Zarysowany poprzednio dylemat - charakterystyczny dla prowadzonej w Polsce dyskusji, czy deinstytucjonalizacja to przede wszystkim profilaktyka czy administracyjne ograniczanie miejsc w placówkach opieki całkowitej, przenosi ciężar decyzji na decydentów, gdy w istocie na decydentach i systemie spoczywa zadanie stworzenia takiego systemu, by to właśnie osoba starsza, także chora na choroby neurologiczne dokonywała wyboru środowiska swojego życia.

Tej najgłębszej istoty deinstytucjonalizacji można doszukać się u Andrew Powera, który opierając się na doświadczeniach irlandzkich, stwierdza wręcz, że rdzeniem deinstytucjonalizacji jest: „(...) odejście od tradycyjnych modeli wsparcia, opartych na grupowych usługach z ograniczoną możliwością wyboru, w kierunku przyznania ludziom większych możliwości wyboru i kontroli nad wsparciem, którego potrzebują, by prowadzić niezależne życie w swojej społeczności. To pociąga za sobą całościowe przemyślenie od nowa natury i działania państwa opiekuńczego, bardziej zindywidualizowane podejście do projektowania usług i przyznanie znacznie większej władzy i możliwości wyboru klientom.” (Power 2011: 5). Kategorię wyboru jako wiodącej idei niezależnego życia odnajdujemy również w Opinii Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego w sprawie długoterminowej opieki społecznej oraz deinstytucjonalizacji gdzie stwierdzono, że - samodzielne życie nie oznacza, że ludzie muszą żyć w izolacji. Oznacza to raczej, że mają oni możliwość wyboru usług specjalistycznych i dostępnych usług podstawowych w społeczności, w której zdecydowali się żyć.<sup>96</sup>

Deinstytucjonalizacja wsparcia dla osób chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona oraz osób starszych wymaga podjęcia skoordynowanych prac wielu resortów odpowiedzialnych za organizację pomocy i integracji społecznej jak i za organizację systemu ochrony zdrowia. Kluczowe wydaje się to bowiem rozstrzygnięcie jaki model dochodzenia do deinstytucjonalizacji zostanie zaakceptowany tzn. czy koncentracja na dominującej roli wybranego systemu i tworzących go instytucji np. systemu pomocy społecznej czy też uznanie kooperacji wielosektorowej i międzyorganizacyjnej za wiodący kierunek dojścia do założonej zmiany. Konieczność podjęcia takiej decyzji ma swoje istotne uzasadnienie w analizie obowiązujących w Polsce przepisów. Z jednej strony tworzony model deinstytucjonalizacji wsparcia dla osób chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona winien uwzględniać istotną rolę placówek służby zdrowia z drugiej zaś strony wskazanie jako beneficjentów projektów szerokiej kategorii jaką są osoby starsze i jednoznaczne określenie formy - tzn. mieszkalnictwa wspomagane jako jednego ze sposobów deinstytucjonalizacji opieki silnie przesuwają akcenty w kierunku pomocy społecznej. Proces deinstytucjonalizacji zorientowany na pomoc społeczną jako instytucję odpowiedzialną za jego wdrożenie ma następujące przesłanki:

- a) osoby długotrwale lub ciężko chore są enumeratywnie wskazane jako uprawnieni do świadczeń pomocy społecznej (art.7 pkt 6 ustawy o pomocy społecznej);

---

<sup>96</sup> Opinia Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego w sprawie długoterminowej opieki społecznej oraz deinstytucjonalizacji.

- b) pomoc społeczna posiada ustawowy instrument umożliwiający rozwój mieszkalnictwa wspomagane dla osób chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona oraz osób starszych w formie mieszkania chronionego, które jest formą pomocy społecznej przygotowującą pod opieką specjalistów osoby tam przebywające do prowadzenia samodzielnego życia lub wspomagającą te osoby w codziennym funkcjonowaniu. i w zależności od celu udzielania wsparcia prowadzone jest jako mieszkanie chronione treningowe lub mieszkanie chronione wspierane. W mieszkaniu chronionym treningowym zapewnia się usługi bytowe oraz naukę, rozwijanie lub utrwalanie samodzielności, sprawności w zakresie samoobsługi, pełnienia ról społecznych w integracji ze społecznością lokalną, w celu umożliwienia prowadzenia samodzielnego życia. Warto podkreślić, że może być ono przeznaczone m.in. dla osoby w podeszłym wieku lub przewlekle chorej. W mieszkaniu chronionym wspieranym zapewnia się usługi bytowe oraz pomoc w wykonywaniu czynności niezbędnych w życiu codziennym i realizacji kontaktów społecznych, w celu utrzymania lub rozwijania samodzielności osoby na poziomie jej psychofizycznych możliwości;
- c) pomoc społeczna posiada również możliwość wsparcia osoby dotkniętej chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona dodatkowymi usługami, niezbędnymi dla utrzymania tej osoby w środowisku, możliwymi do wykorzystania także w miejscu wspomagane zamieszkania w tym w szczególności: organizowanie i świadczenie usług opiekuńczych, w tym specjalistycznych, w miejscu zamieszkania i wielu innych opisanych w części Zasoby procesu deinstytucjonalizacji w zakresie wsparcia osób z chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona oraz osób starszych. Pomimo iż wiele usług wspieranych rozwój mieszkalnictwa wspomagane znajduje się w gestii pomocy społecznej to bez kompleksowej kooperacji wielu resortów, instytucji, sektorów i organizacji nie da się skutecznie przeprowadzić procesu deinstytucjonalizacji opieki.

„Ogólnoeuropejskich wytycznych dotyczących przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności” wskazują następujące składniki strategii deinstytucjonalizacji:

1. wartości i zasady;
2. środki zapobiegające umieszczaniu w zakładach i rozdzielaniu rodzin wraz ze środkami wspierającymi przejście od opieki instytucjonalnej do życia w rodzinie lub w społeczności;
3. środki poprawiające funkcjonowanie systemów ochrony dzieci, opieki społecznej, opieki zdrowotnej i edukacji;
4. środki poprawiające wydajność pracowników;
5. środki zapewniające równy dostęp do usług powszechnych, w tym opieki zdrowotnej, edukacji, mieszkalnictwa i transportu;
6. środki wspierające włączenie społeczne i walkę z ubóstwem;
7. ustanowienie krajowych standardów jakości i sprawnego systemu kontroli świadczonych usług;
8. działania podnoszące świadomość;
9. zmiany ram prawnych niezbędne do realizacji strategii;



#### 10. mechanizmy finansowe wspierające realizację strategii.

Zaleca, by państwa członkowskie wykorzystały europejskie fundusze strukturalne i inwestycyjne do wspierania przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie społeczności lokalnych, rozwoju usług socjalnych i zdrowotnych i szkolenia personelu pomocniczego. Europejski Komitet Ekonomiczno-Społeczny w 2015 r. zwrócił uwagę i zalecił, by państwa członkowskie zreformowały systemy opieki długoterminowej na podstawie analizy kosztów i wyników, i by przyjęły przy tym podejście długofalowe, które zakłada między innymi inwestowanie w ludzi i usługi zamiast cięcia środków finansowych. Co więcej wskazał, że „deinstytucjonalizacja” jest procesem wymagającym długoterminowej strategii politycznej i przeznaczenia odpowiednich środków finansowych na rozwój alternatywnych usług wsparcia na poziomie społeczności lokalnych.<sup>97</sup>

### 2.4 Społeczne konteksty deinstytucjonalizacji

Deinstytucjonalizacja opieki w istocie rozpoczyna się od zmiany postaw wobec osób starszych, osób z chorobą Alzheimera czy Parkinsona. Proces deinstytucjonalizacji winien być zintegrowany z działaniami promującymi podmiotowość, godność niezależnego życia osób starszych. Poglądy na temat starości, miejsca seniora w społeczeństwie, w rodzinie mogą bardzo skutecznie ograniczać nawet najlepsze zamysły i projekty deinstytucjonalizacji. W dyskusjach organizowanych przez rzecznika Praw Obywatelskich podkreślano „osobom z niepełnosprawnościami i seniorom odmawia się możliwości dokonywania wyborów i kontroli nad swym życiem – do dziś powszechnie uważa się, że nie są one w stanie żyć samodzielnie. Zgodnie ze stereotypami są one raczej przedmiotem opieki niż podmiotem praw i obowiązków. Tymczasem niezależne życie i włączanie w społeczność lokalną nierozdzielnie wiąże się z podstawową zasadą praw człowieka, że wszyscy ludzie mają jednakową godność i jednakowe prawa. Odnosi się to do wszystkich osób z niepełnosprawnościami, niezależnie od wymaganego wsparcia, wieku, rodzaju dysfunkcji, płci, dochodów, czy innych kryteriów.

Od wielu lat próbuje się deinstytucjonalizować system opieki nad osobami psychicznie chorymi. Dokonywane analizy i ewaluacja programów i projektów z tego zakresu w konsekwencji prowadzą do wniosku, że to właśnie kwestie świadomości – czy szerzej postaw społecznych wobec osób chorych psychicznie mają decydujący wpływ na powodzenie projektów umieszczania tych osób w środowisku a nie instytucjach zamkniętych. W dokumencie „Niezbędne kierunki zmian i warunki rozwoju psychiatrycznej opieki zdrowotnej w Rzeczypospolitej Polskiej” podkreślono, że pożądane jest zaplanowanie przeprowadzenia programu wieloletniego dotyczącego praw osób niepełnosprawnych, który zapewni finansowanie akcji, kampanii i programów służących podniesieniu świadomości społecznej w sprawach dotyczących osób niepełnosprawnych. Ich celem będzie:

- 1) zmiana aksjologiczno-kulturowa (wartości, postawy);
- 2) zmiana postaw społecznych wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, przeciwdziałanie ignorancji, procesom napiętnowania, nierównego traktowania i wykluczenia;
- 3) ewolucja postaw profesjonalnych – w kierunku zrozumienia i akceptacji założeń środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej, przygotowanie standardów środowiskowej opieki psychiatrycznej przez towarzystwa naukowe.

---

<sup>97</sup> Opinia Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego w sprawie długoterminowej opieki społecznej oraz deinstytucjonalizacji (opinia rozpoznawcza) Bruksela, 27 maja 2015 r. SOC/517.

Interesujące jest spojrzenie na poglądy samych seniorów wobec swojej starości i subiektywnych wyobrażeń na temat własnego życia w ostatniej jego fazie. Ze względu na fakt, że osoby starsze często mieszkają w mieszkaniach niedostosowanych do ich potrzeb i możliwości o niskim standardzie technicznym i niedostatecznie wyposażonych<sup>98</sup>, co z kolei przekłada się na pogorszenie poziomu i warunków ich życia, jednym z istotnych obszarów, w kontekście dyskusji o deinstytucjonalizacji usług, jest polityka mieszkaniowa. Tym bardziej, że jak wskazują wyniki badań seniorzy chcą jak najdłużej funkcjonować samodzielnie we własnych mieszkaniach, w związku z czym z chęcią skorzystaliby z możliwości zmiany mieszkania na takie, które będzie lepiej dostosowane do ich potrzeb i możliwości. Potwierdzają to również badania przeprowadzone przez CBOS, zgodnie z którymi prawie dwie trzecie badanych (64%) chciałoby na starość mieszkać we własnym mieszkaniu korzystając z doraźnej pomocy bliskich – rodziny, przyjaciół, sąsiadów, przy czym rozwiązanie to najbardziej odpowiadało osobom najstarszym, powyżej 65 roku życia.<sup>99</sup> W aspekcie postaw samych seniorów nie istnieją zatem żadne obawy co do ich gotowości do samodzielnego i niezależnego życia, natomiast bariera jest obawa o brak wsparcia która może być kluczowa dla podjęcia decyzji o przejściu do placówki całodobowej.

Procesom deinstytucjonalizacji dla osób z chorobami neurologicznymi w tym z chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona musi towarzyszyć, po pierwsze, poprawa wiedzy, zrozumienia społecznego dotyczącego dostępnych kuracji i ich możliwych skutków. Przede wszystkim wiedza ta musi odnosić się do konkretnych chorób: schizofrenii, depresji, alzheimera, nie zaś „chorób psychicznych” jako takich. Po drugie, usunięcie społecznych i kulturowych skutków (jak stygmatyzacja i strach) trwającego wiele lat izolowania chorych psychicznie w instytucjach zamkniętych (Świtaj, Wciorka, Grygiel, SmolarskaŚwitaj, Anczewska, Chrostek 2010, s. 273). To wymaga postrzegania chorych cierpiących na zaburzenia psychiczne (choroby neurologiczne) jako pełnych osób, a nie jedynie jako pacjentów, zaś choroby jako części ich tożsamości, a nie tożsamości jako takiej (Burns 2004, s. 17).

Drugim celem jest zmiana wizerunku chorego w świadomości społecznej. Szczególnie interesująca jest w tym kontekście koncepcja angażowania władz samorządowych w działania na rzecz osób chorych i ich rodzin. Cel edukacyjny, polegający na zmianie postaw prowadzących do wykluczenia i stygmatyzacji chorych, ma być osiąganym przez angażowanie społeczności lokalnych w pracę na ich rzecz, na przykład przez wspieranie organizacji pozarządowych (stowarzyszeń, fundacji) pomagających w reintegracji osób chorych. Społeczny kontekst deinstytucjonalizacji zwłaszcza perspektywę promocji prac osób starszych, niepełnosprawnych, chorych i potrzebę aktywnego działania w tym zakresie podkreśla także przytaczana już wielokrotnie Opinia Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego w sprawie długoterminowej opieki społecznej oraz deinstytucjonalizacji, która postuluje promocję prawa osób niepełnosprawnych do pełnego uczestnictwa w życiu społecznym i gospodarczym. Deinstytucjonalizacja polega na zapewnianiu odpowiednich usług, lecz także na tworzeniu odpowiednich warunków w danej społeczności. Konieczne jest przygotowanie ogółu społeczeństwa do dokonania tego przejścia, jak również podnoszenie świadomości i zwalczanie stygmatyzacji w tym zakresie. W przeciwnym razie zamiast deinstytucjonalizacji uzyskamy w efekcie ponowną instytucjonalizację poprzez tworzenie „gett” osób niepełnosprawnych pod względem psychospołecznym, które co prawda żyją w społeczeństwie, ale pozostają w izolacji ze względu na negatywną postawę wobec nich. Media odgrywają tu kluczową rolę. Zwalczanie negatywnych stereotypów oraz podnoszenie

<sup>98</sup> *Sytuacja polskich seniorów w zakresie wyposażenia ich domów i mieszkań w specjalne urządzenia ułatwiające życie osobom niepełnosprawnym czy mającym jakieś problemy fizyczne utrudniające ruchy ciała przedstawia się najgorzej na tle innych krajów europejskich*, za: Czapiński J., Błędowski P., *Aktywność społeczna osób starszych w kontekście percepcji Polaków*. Diagnoza Społeczna 2013. Raport tematyczny, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej i Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, Warszawa 2014, s. 20.

<sup>99</sup> Cyt. za: *Deinstytucjonalizacja i Rozwój Usług Społecznych na Mazowszu*, Warszawa 2016.

świadomości w szkołach i społeczeństwie poprzez edukację integracyjną i kampanie medialne<sup>100</sup>.

## 2.5 Kooperacja drogą do deinstytucjonalizacji

Procesy deinstytucjonalizacji wymagają zmian w infrastrukturze: organizowania wsparcia dla osób z chorobą Alzheimera, chorobą Parkinsona czy osób starszych i tworzenia nowych usług. W obecnym stanie prawnym obowiązek opieki nad osobą starszą, przewlekle chorą i niesamodzielną realizowany jest w dwóch systemach: pomocy społecznej i ochrony zdrowia. Systemy te nie są skoordynowane. Organizowane są przez różne sektory, finansowane są z odrębnych źródeł oraz regulowane innymi przepisami w zakresie organizacji wsparcia i opieki udzielanej seniorom (pacjentom)<sup>101</sup>. Jak pisze A. Perzanowski odnosząc się do oceny procesu deinstytucjonalizacji w zakresie leczenia psychiatrycznego prowadzi ona także do współpracy psychiatrów, lekarzy z lokalnej opieki medycznej, zespołów współpracujących z rodzinami pacjentów i ich społecznościami, władz samorządowych, wolontariuszy, organizacji pozarządowych<sup>102</sup>. B. Imiołczyk przypominała, jak ważne jest, że te działania w najbliższym otoczeniu muszą być bardzo różnorodne i dobrze skoordynowane. Nie wystarczy dobry lekarz, jeśli mieszkanie nie jest dostosowane do potrzeb osoby starszej. Nie wystarczy przyjazny dom dziennego pobytu, jeśli nie ma do niego jak dojechać. W dokumencie „Niezbędne kierunki zmian i warunki rozwoju psychiatrycznej opieki zdrowotnej w Rzeczypospolitej Polskiej” który zawiera wiele odniesień do samej idei deinstytucjonalizacji, ale jest także zbiorem zasad, które jej towarzyszą podkreślono, że jest to proces skoordynowany obejmujący: leczenie, systemy wsparcia, uczestnictwo społeczne i zawodowe, że w istocie jest wieloprofesjonalny tzn. realizowany przez zespoły wielodyscyplinarne z odpowiedzialnym kierowaniem. Niezbędne jest przełamanie barier międzyresortowych w zakresie polityki zdrowotnej i społecznej Wskazano także konieczność wymaganego zakresu zintegrowanej oferty usług finansowanych ze środków pomocy społecznej i zintegrowanej oferty świadczeń gwarantowanych finansowanych ze środków publicznych oraz instytucjonalne zapewnienie koordynacji ich świadczenia. Ma to prowadzić do stworzenia możliwości świadczenia usług społecznych w placówkach zdrowotnych, a usług zdrowotnych w placówkach pomocy społecznej (regulacje prawne, zatrudnienie, finansowanie). Proponuje się także dwie płaszczyzny koordynacji tak rozumianej deinstytucjonalizacji:

- 1) odpowiedzialność terytorialna (ocena potrzeb, zasobów, wprowadzenie rozwiązań);
- 2) koordynacja regionalna (ponadlokalne potrzeby, zasoby i rozwiązania, wsparcie dla rozwiązań lokalnych) i krajowa (planowanie, legislacja, modelowanie, monitoring).

Budowanie partnerstw między wszystkimi podmiotami zaangażowanymi w proces deinstytucjonalizacji zaleca także Opinia Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego w sprawie długoterminowej opieki społecznej oraz deinstytucjonalizacji. W dokumencie wskazano, że wszystkie organy i zainteresowane podmioty zaangażowane w ten proces muszą ze sobą współpracować, aby zadbać o to, by proces deinstytucjonalizacji miał stopniowy i korzystny wpływ na opiekunów<sup>103</sup>.

<sup>100</sup> Opinia Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego w sprawie długoterminowej opieki społecznej oraz deinstytucjonalizacji

<sup>101</sup> Trafiałek E., *Warunki integracji i ryzyka dyskryminacji ludzi starszych w rodzinie i środowisku lokalnym [w]: O sytuacji ludzi starszych*, Hryniewicz J. (red.), Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2012, s. 15.

<sup>102</sup> Tamże.

<sup>103</sup> Opinia Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego w sprawie długoterminowej opieki społecznej oraz deinstytucjonalizacji

Ramą formalną sprzyjającą międzysektorowej współpracy jest Ustawa o działalności pożytku publicznego i wolontariacie, która określa zasady i formy współpracy pomiędzy administracją publiczną a podmiotami uprawnionymi do prowadzenia działalności pożytku publicznego. Zgodnie z tą Ustawą współpraca wszystkich podmiotów i osób zaangażowanych w procesy pomocowe powinna opierać się na zasadach pomocniczości, suwerenności, partnerstwa, efektywności i uczciwej konkurencji. Do przewidzianych w ustawie finansowych form współpracy należy przekazywanie podmiotom prowadzącym działalność pożytku publicznego realizacji zadań publicznych, w formie powierzenia wykonania takich zadań lub ich wspierania.

## 2.6 Bariery deinstytucjonalizacji

Należy podkreślić, że w Polsce nie istnieją żadne formalne ograniczenia powrotu osób przebywających w placówkach opieki całkowitej do środowiska. Nie prowadzi się szczegółowych statystyk dających możliwość wglądu w sytuacje osób z chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona przebywających w domach pomocy społecznej. Z danych MRPiPS, że w latach 2015 860 osób powróciło z DPS do środowiska lokalnego (593 osoby powróciły do rodzin a 267 usamodzielniało się). W roku 2016 liczba osób, które opuściły DPS pozostała na tym samym poziomie 860 z tym, że 558 powróciło do rodzin a 302 usamodzielniało się. Biorąc pod uwagę znaczne zróżnicowanie domów pomocy społecznej ze względu na ich przeznaczenie takie dane nie pozwalają odnieść się do oceny na ile podejmowane w nich działania w istocie spełniają kryteria intencyjnej deinstytucjonalizacji, a na ile są wypadkową czynników rodzinnych, zdrowotnych, ekonomicznych, społecznych i innych.

Deinstytucjonalizacja jako element kompleksowej zmiany systemu wsparcia, wymaga z jednej strony znacznego rozwoju usług świadczonych w lokalnych społecznościach, a z drugiej – stopniowego ograniczania usług w ramach opieki instytucjonalnej. Wskazana modernizacja powinna przebiegać w oparciu o starannie zaplanowany program. Można zgodzić się ze zdaniem ekspertów skupionych wokół Rzecznika Praw Obywatelskich, że powinna ona być prowadzona w oparciu o Narodowy Program Deinstytucjonalizacji. Takie programy posiadają np. Węgry, Czechy, Słowacja, Szwecja, Dania i Estonia. Węgierska strategia deinstytucjonalizacji z 2011 roku spowodowała, że w latach 2011-2015 z wykorzystaniem funduszy unijnych 660 osób przeszło z opieki instytucjonalnej do wsparcia w społeczności lokalnej. Dla obecnej perspektywy unijnej (2014-2020) założone jest przejście około 10000 osób. Powodem, dla którego można uznać zasadność takiego postulatu jest zakres prowadzonych zmian i wielość instytucji, struktur organizacji których dotyka. Proces ten posiada zdecydowanie ponad resortowy charakter a zatem wymaga ponad resortowych wytycznych i ram współpracy. Zidentyfikowano w niniejszym opracowaniu szereg barier procesu deinstytucjonalizacji opieki nad osobami z chorobą Alzheimera, chorobą Parkinsona i nad osobami starszymi. Bariery te wskazano analizując system prawny, organizację placówek służby zdrowia i pomocy i integracji społecznej, a także uwzględniono głosy z dyskusji poświęconych problemowi deinstytucjonalizacji. Zakres problemów koniecznych do rozwiązania wskazuje zasadność opracowania krajowej strategii deinstytucjonalizacji, a zidentyfikowane jej bariery przybierają postać następujących czynników:

### Trudności w deinstytucjonalizacji usług społecznych

#### Bariery prawne

— brak jednoznacznych wskaźników dotyczących przestrzegania praw człowieka w systemie opieki;

- rozproszone systemy orzecznicze wobec osób z chorobami neurologicznymi, w tym z chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona a także osób starszych - rekomendowanym rozwiązaniem jest uproszczenie systemu orzecznictwa poprzez opracowanie jednego, kompleksowego modelu bazującego na zasadzie tzw. „jednego okienka”;
- nowe pojęcia, które wykorzystywane są w projektowaniu procesu deinstytucjonalizacji nie mają umocowania w polskim systemie prawnym. Nowe formy powstają jako działania innowacyjne najczęściej wdrażane są w ramach projektów finansowanych ze środków UE i nie przenikają do uregulowań legislacyjnych. Katalog usług, które zostały wdrożone nie znajduje potwierdzenia w aktach prawnych;
- rozbieżność co do roli jaką przypisuje się „Ogólnoeuropejskim wytycznym dotyczącym przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności” – w Polsce miękkie podejście traktujące ten dokument jedynie jako ramowy a nie dyrektywę;
- brak dotychczas systemowych - prawnych mechanizmów deinstytucjonalizacji usług dla osób z chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona czy osób starszych. Sam proces ma charakter innowacyjnych i nie został należycie umocowany w systemie pomocy społecznej i systemie ochrony zdrowia;
- niedostateczne gwarancje prawne utrudniające komunikację osób starszych i niepełnosprawnych w instytucjach (banki, ubezpieczalnie, placówki pocztowe, handel i usługi/prawa konsumenckie);
- nieuwzględnienie zasad projektowania uniwersalnego i racjonalnych usprawnień w przepisach Prawa budowlanego (także w zakresie dostosowywania istniejących lokali do potrzeb osób starszych, także chorych na chorobę Alzheimera i chorobę Parkinsona);
- instytucja ubezwłasnowolnienia, brak możliwości domagania się kontroli sądowej w zakresie legalności i zasadności pobytu w DPS-ach – noszące znamiona okrutnego bądź poniżającego traktowania);
- brak koszyka gwarantowanych świadczeń i usług z zakresu rehabilitacji osób starszych z chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona;
- brak preferencji w dostępie do publicznych programów mieszkaniowych przez osoby starsze;
- oczekiwanie ram formalnych i regulacji prawnych w obszarze współpracy międzyinstytucjonalnej w zakresie deinstytucjonalizacji.

#### **Bariery administracyjne i organizacyjne**

- brak rozeznania co do liczby osób umieszczonych w opiece stacjonarnej deklarujących wolę powrotu do środowiska i skorzystania z usług mieszkalnictwa wspomaganego;
- koncentracja w domach pomocy społecznej na działaniach mających na celu pełną adaptację osoby do warunków życia w placówce i w przebiegu zarówno okresu adaptacyjnego jak i w trakcie dalszego pobytu nie diagnozuje się, nie wspiera zasobów osób pod kątem ich zdolności do funkcjonowania w środowisku otwartym;
- brak krajowych i znikoma liczba regionalnych planów działania na rzecz deinstytucjonalizacji oraz rozwoju usług świadczonych na poziomie lokalnych społeczności;
- brak zweryfikowanej w badaniach wiedzy dotyczącej faktycznych potrzeb deinstytucjonalizacji rozumianej jako chęć opuszczenia placówki całodobowej przez osoby z chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona czy osoby starsze;



- brak standardów np. mieszkań chronionych dla osób chorych na choroby neurologiczne w tym chorobę Alzheimera i chorobę Parkinsona;
- brak wyznaczonych standardów normalizacyjnych, które usystematyzowałyby prowadzone w kraju działania na rzecz dostępności dla osób niepełnosprawnych;
- brak możliwości nabywania i podnoszenia kompetencji w zakresie opieki przez opiekunów nieformalnych;
- niestabilność finansowa mieszkalnictwa wspomagane, gdy podmiotem prowadzącym jest organizacja pozarządowa;
- stereotypy, zgodnie z którym osoba starsza lub z niepełnosprawnością jest raczej przedmiotem opieki, niż podmiotem praw i obowiązków;<sup>104</sup>
- trudności finansowe, uniemożliwiające osobom starszym w tym dotkniętym chorobami neurologicznymi udział w kulturze, rekreacji, wypoczynku i sporcie;
- brak realizacji obowiązku uwzględniania potrzeb osób starszych przy tworzeniu planów zrównoważonego rozwoju transportu zbiorowego;
- niedostosowanie stron internetowych podmiotów realizujących zadania publiczne do wymogów WCAG 2.0. – osoby starsze z zaburzoną percepcją mogą mieć trudności z dotarciem do właściwej informacji;
- niewielka liczba specjalistów z zakresu geriatrici - leczenie się osoby starszej u kilku specjalistów jednocześnie bez możliwości całościowego spojrzenia na pacjenta i jego problemy zdrowotne może zmniejszać skuteczność terapii. Wśród największych problemów dotyczących osób starszych są: utrudniony dostęp do lekarzy, brak oddziałów geriatricznych, czy wciąż nieprzyjęty program alzheimerowski. Jak wskazują ustalenia NIK, w Polsce nie ma systemu geriatricznej opieki medycznej nad osobami starszymi. Dostępność opieki geriatricznej jest niewystarczająca, brakuje także powszechnych, kompleksowych i wystandaryzowanych procedur postępowania w opiece nad osobami starszymi;
- brak zainteresowania rodzin w uczestniczeniu w działaniach edukacyjnych dotyczących doskonalenia umiejętności opiekunów nieformalnych w zakresie sprawowania opieki nad osobami chorymi i osobami starszymi;
- zdecydowanie za mała ilość i dostępność usług dla osób starszych osób niewychodzących z domu, bo same usługi opiekuńcze to dla nich za mało;
- mało dostosowane oferty placówek wsparcia dziennego oferty do stanu zdrowia i potrzeb seniorów (np. dla osób chorych na chorobę Alzheimera);
- brak rotacji mieszkańców mieszkań komunalnych, co utrudnia pozyskiwanie zasobów mieszkaniowych, na cele mieszkalnictwa wspomagane z zasobów gmin;
- niedostateczna skala kampanii społecznych poświęconych pozytywnym postawom wobec osób z chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona, promujących idee niezależnego życia;
- bariery środowiskowe, wynikające z obawy rodzin osób starszych, chorych na choroby neurologiczne przed ich udziałem w kulturze, rekreacji i sporcie;
- niedostateczne uwzględnianie dysproporcji rozwojowych kraju, w tym znacząco niższa dostępność wsparcia na terenach wiejskich;<sup>105</sup>

<sup>104</sup> Apel Rzecznika Praw Obywatelskich w sprawie deinstytucjonalizacji systemu wsparcia dla osób z niepełnosprawnościami i osób starszych

<sup>105</sup> Bariery prawne, administracyjne i organizacyjne wdrażania Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych oraz kierunki działań dotyczące przezwycięzania tych barier.

- obawa przed cyfryzacją – brak specjalistycznych warsztatów dedykowanych dla osób starszych w tym z chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona z zakresu obsługi sprzętu teleinformatycznego, AGD itp.;
- dostosowywanie profilu kształcenia kadr medycznych, opiekunów, terapeutów, pracowników socjalnych o kompetencje właściwe dla sprawowania profesjonalnej opieki w środowisku;
- dysproporcja w dostępie do usług opiekuńczych i usług specjalistycznych, a także innych usług wspierających proces deinstytucjonalizacji opieki nad osobami z chorobami neurologicznymi - zwłaszcza wśród mieszkańców terenów wiejskich;
- incydentalność rozwiązań realizowanych w oparciu o projekty – duży nakład pracy nad wdrożeniem nowego rodzaju usług a jednocześnie zniechęcenie wynikające z braku możliwości ich trwałego osadzenia w środowisku – nie stają się trwałym elementem systemu.

## 2.7 System wsparcia dla osób z chorobami neurologicznymi oraz osób starszych – problemy i potrzeby

Jak wynika z badań przeprowadzonych wśród instytucji ochrony zdrowia i pomocy społecznej, w związku z Kontrolą NIK, *w żadnym z tych sektorów nie stworzono narzędzi dla skutecznego i efektywnego rozwiązywania problemów osób chorych na Alzheimera oraz ich rodzin*<sup>106</sup>:

- w ochronie zdrowia brak jest powszechnych badań przesiewowych oraz metod szybkiej diagnostyki oraz wielospecjalistycznego leczenia i rehabilitacji (mimo od wielu lat zgłaszanych postulatów w tym zakresie). Z uwagi na specyficzne potrzeby tej grupy chorych oraz przewidywane niekorzystne zmiany demograficzne, zdaniem kontrolujących - należy w sposób indywidualny potraktować problem społeczny jakim jest opieka nad chorymi na Alzheimera i ich rodzinami<sup>107</sup>;
- podobnie – w systemie zabezpieczenia społecznego, również brak szczególnych rozwiązań skierowanych do tej grupy chorych – dokumenty strategiczne, ustawy, programy i projekty określają zasady udzielania pomocy wszystkim osobom starszym, w tym osobom z chorobą Alzheimera<sup>108</sup>. Wyniki kontroli wskazują na konieczność wprowadzenia takich szczególnych rozwiązań, w celu zwiększenia skuteczności działań i bardziej racjonalnego wykorzystania środków (koszt całodobowej opieki nad osobami z chorobą Alzheimera wielokrotnie przewyższa działania o charakterze środowiskowym kierowane do poszczególnych grup klientów);
- najbardziej aktywny w działaniach na rzecz wsparcia osób z chorobą Alzheimera okazał się sektor pozarządowy, który postuluje wprowadzenie szczególnych rozwiązań dla tych chorych, jednak inicjatywa ta nie uzyskała poparcia instytucji publicznych, a proponowane zmiany nie zostały wdrożone<sup>109</sup>;

<sup>106</sup> *Opieka na osobami chorymi na chorobę Alzheimera oraz wsparcie dla ich rodzin*, Wyniki Kontroli NIK, s. 14.

<sup>107</sup> Tamże, s. 14.

<sup>108</sup> Chodzi o m.in. *Długofalową Politykę Senioralną na lata 2014-2020, Rządowy Program Na Rzecz Aktywności Osób Starszych na lata 2014-2020, ustawę z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej*.

<sup>109</sup> Z inicjatywy Ogólnopolskiego Porozumienia Organizacji Alzheimerowskich w 2011 r., opracowany został projekt Narodowego Planu Alzheimerowskiego, patrz: *Opieka nad osobami chorymi na chorobę Alzheimera oraz wsparcie dla ich rodzin*, Wyniki Kontroli NIK, Warszawa 2017 r., s. 10.

- na poziomie regionalnym – samorządy województw nie posiadają również szczegółowych programów i projektów dedykowanych bezpośrednio osobom z chorobą Alzheimera lub chorobą Parkinsona, natomiast:
  - w ramach Regionalnych Programów Operacyjnych na lata 2014-2020, realizowane są projekty współfinansowane ze środków unijnych, w których uczestniczą różne podmioty, instytucje i organizacje pozarządowe, w tym podmioty działające na rzecz osób z chorobami otępiennymi;
  - w ramach programów współpracy z organizacjami pozarządowymi i prowadzącymi działalność pożytku publicznego, udzielane są organizacjom pozarządowym dotacje na realizację ich własnych projektów. Zakres tego wsparcia jest jednak ograniczony z uwagi na niewielką liczbę organizacji działających na rzecz osób z chorobami neurologicznymi.

Wyniki badania oraz wnioski kontroli ustaliły:

- **brak modelu leczenia i opieki nad osobami z chorobą Alzheimera – brak rozwiązań organizacyjnych, standardów postępowania diagnostycznego – w tym wczesnej kompleksowej diagnozy, brak placówek opieki dziennej i całodobowej, kadr medycznych i opiekuńczych;**
- **niedostateczne wsparcie dla środowisk alzheimerowskich,**
- **brak systemu wsparcia rodzin i opiekunów, oznaczający, że ciężar opieki nad chorym spoczywa na rodzinie;**
- **niski poziom upowszechnienia wiedzy i świadomości społecznej na temat choroby, jej wczesnych objawów oraz metod leczenia<sup>110</sup>.**

Podobne trudności związane z organizacją opieki i wsparcia, potwierdzają wyjaśnienia złożone przez Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej na interpelację poselską, w sprawie ustalenia liczby osób z chorobą Alzheimera, które korzystały z różnych świadczeń społecznych.

W odpowiedzi stwierdza się, że systemy (ochrony zdrowia i pomocy społecznej), nie uwzględniają odrębnych form pomocy i opieki przeznaczonych dla osób z chorobami otępiennymi, w tym: osób z chorobą Alzheimera lub chorobą Parkinsona. Działania *odnoszą się do wszystkich osób, które spełniają przesłanki określone w art. 7 ustawy o pomocy społecznej*, ustalającym powody udzielenia pomocy (bezrobocie, ubóstwo, długotrwała choroba, niepełnosprawność i inne). W związku z tym – brak jest systematycznie gromadzonych danych o liczbie i strukturze osób chorych, które objęte są pomocą i wsparciem.

Niemniej – w wyniku interpelacji, wg danych sprawozdania jednorazowego<sup>111</sup>, ustalono że w 2015 r. osoby z chorobami otępiennymi lub chorobą Alzheimera najczęściej korzystały z opieki w domach pomocy społecznej, w których przebywało 18 658 osób chorych (23,5% ogółu przebywających w DPS oraz ok. 4% osób z chorobą Alzheimera).

Ponadto chorzy korzystali z:

- usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych - 16 463 osoby (15,5% wszystkich korzystających oraz ok. 4% liczby osób z chorobą Alzheimera),

<sup>110</sup> *Opieka nad osobami chorymi na chorobę Alzheimera oraz wsparcie dla ich rodzin*, Wyniki kontroli NIK, Warszawa 2017 r., s. 33, <https://www.nik.gov.pl/kontrola/P/16/067/>

<sup>111</sup> Odpowiedź na interpelację nr 12659 z dnia 20.06.2017 r., <http://www.sejm.gov.pl/sejm8.nsf/InterpelacjaTresc.xsp?key=0515C33A>

- usług świadczonych w ośrodkach wsparcia (środowiskowych domach samopomocy, dziennych domach pomocy i klubach seniora) - 5 350 chorych (6,6% ogółu korzystających),
- mieszkań chronionych, w których przebywały 74 osoby z chorobami otępiennymi (niecałe 3% wszystkich umieszczonych w mieszkaniach oraz ok. 0,02% chorych),
- poradnictwem specjalistycznym (w tym – prawnym i psychologicznym) objęto 5 252 osoby.

Niewielkie grupy osób chorych korzystały ze świadczeń pieniężnych:

- 6 726 osób otrzymało zasiłek stały,
- 7 864 – zasiłek okresowy,
- 13 929 osobom chorym przyznano zasiłek celowy.

Osoby niesamodzielne (starsze i niepełnosprawne) są również beneficjentami działań prowadzonych przez samorząd terytorialny z wykorzystaniem środków europejskich (w ramach programów regionalnych) lub ze środków PFRON (zaopatrzenie w sprzęt rehabilitacyjny, likwidacja barier architektonicznych, uczestnictwo w turnusach rehabilitacyjnych).

### **3. Choroby wieku starszego, w tym choroby neurologiczne, ze szczególnym uwzględnieniem choroby Alzheimera i choroby Parkinsona**

Istotnym w projektowaniu modelu mieszkania wspomaganego jest postrzeganie potrzeb i oczekiwań seniorów z deficytami neurologicznymi przez pryzmat ich funkcjonalności fizycznej, umysłowej i społecznej.

Sama starość z upływem czasu przynosi osłabienie sprawności, zmniejszenie napędu i postępujące ograniczenie funkcjonalności i zdolności nabytych. To stopniowe zmniejszenie energii, zasobów fizycznych i psychicznych człowieka, które utrudniają adaptację do zmian środowiskowych i prowadzą do sukcesywnego pogorszenia sprawności ogólnej organizmu, co przekłada się na osłabienie również aktywności społecznej<sup>112</sup>.

Starość i zachodzący proces starzenia toczy się na trzech płaszczyznach, przebiegając w sferze biologicznej (fizycznej), psychicznej (umysłowej, emocjonalnej, uczuciowej), i społecznej (ujmując również aspekty ekonomiczne i socjalne).

Starość to etap życia, który cechuje singularyzacja, a w efekcie osamotnienie i samotność. To etap często z cechą wielochorobowości i niesprawności co prowadzi do utraty samodzielności, niezależności a to z kolei prowadzi do izolacji i ekskluzji seniorów. Projektowany model wspieranego mieszkalnictwa dla seniorów wpisuje się w działania zapobiegające negatywnym skutkom okresu starości.

Projekt w założeniu ma zapobiegać instytucjonalizacji wsparcia, oferując usługi mieszkalnictwa wspomaganego osobom z chorobami neurologicznymi, w tym z Chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona i osób starszych.

Opracowanie standardów proponowanego modelu usług adresowane jest niejako do czterech grup osób: tj:

- 1) osoby z chorobami neurologicznymi, do których zaliczyć należy osoby po udarach mózgu, osoby z polineuropatią i zwyrodnieniami kręgosłupa czy też osoby z chorobami neurodegeneracyjnymi – otępiennymi, innymi niż Choroba Alzheimera

<sup>112</sup> Mała Encyklopedia Medyczna, tom III, PWN, Warszawa 1989r, s. 1163-1164.

czy choroba Parkinsona (tj. SM, zespół Hakima, choroba ciał Lewy`ego, choroba Picka i inne);

- 2) osoby z chorobą Alzheimera;
- 3) osoby z chorobą Parkinsona;
- 4) osoby starsze.

### **3.1 Schorzenia wieku starszego (opis chorób obejmujących projekt)**

Dokonanie opisu schorzeń typowych dla wieku starszego oparte będzie przede wszystkim na zaprezentowaniu istotnych objawów, szczególnie tych neurologicznych, które cechują choroby. Oczywiście opis będzie z pominięciem diagnostyki i wskazań patomechanizmów wywołujących chorobę, co nie jest tematem niniejszego projektu. Opis ten, to specyfika symptomów jakie występują w poszczególnych schorzeniach, które szczególnie osłabiają, ograniczają lub uniemożliwiają samodzielne funkcjonowanie seniorów. Uzupełnieniem będą cechy okresu starości, które mogą mieć wpływ na zmianę sprawności osób starzejących się.

1) Grupa 1 – osoby z chorobami neurologicznymi: z wielości schorzeń układu nerwowego wyodrębniono kilka, które najczęściej występują u osób w okresie starości. Do najczęstszych należą udary mózgu – roczna zapadalność wg danych NFZ (w 2015 roku) to blisko 87 tys. osób<sup>113</sup>. Z wiekiem ryzyko doznania udaru zwiększa się, co wykazały badania PolSenior - 7,8 % osób starszych zadeklarowało przebyty udar mózgu<sup>114</sup>.

Drugim schorzeniem neurologicznym, które ogranicza sprawność seniorów jest polineuropatia. Schorzenie to cechuje zespół objawów, które są wynikiem uszkodzenia nerwów obwodowych. Dolegliwości te towarzyszą wielu osobom w wieku starszym z różnymi schorzeniami organicznymi. Zaakcentować należy choroby z grupy chorób neurodegeneracyjnych, inne niż Choroba Alzheimera czy Choroba Parkinsona, które dotyczą osoby starzejące się i stare.

a) Osoby po przebytych udarach mózgu cechuje częściowa lub całkowita niesprawność czy to ruchowa czy też sensoryczno-kognitywna. To grupa osób, która najczęściej ma przyznawane świadczenia z tytułu orzeczonego stopnia niepełnosprawności. Schorzenie to jest nagłym zaburzeniem neurologicznym, wynikającym z zaburzeń krążenia krwi w naczyniach mózgowych, co powoduje jego niedokrwienie lub krwotok. Stąd też rozróżniamy udary niedokrwienne i udary krwotoczne. Niedokrwienne udary mózgu są typowe dla wieku podeszłego, gdyż wiek stanowi istotny czynnik ryzyka.

Pierwsze symptomy udaru to pojawienie się po jednej stronie osłabienie mięśni twarzy z widocznym opadnięciem powieki i kącika ust. Następnie pojawia się niewyraźna mowa (dysartria) i afazja, także zaburzenia widzenia tzw. podwójne widzenie. Nagłe trudności w chodzeniu, utrzymanie równowagi, pojawia się wiotkość mięśni uniemożliwiająca (bezwład) utrzymanie pionu. Mogą wystąpić nagłe bóle głowy, zawroty, pogorszenie funkcji poznawczych oraz utrata świadomości lub przytomności. Charakterystycznym objawem a zarazem skutkiem przebycia udaru jest niedowład, inaczej określany jako porażenie lub paraliż. To często połowiczne osłabienie części ciała, postępujące zwiotczenie, poczym następuje przykurcz mięśni, spastyka (sztywność) również stawów i ścięgien. Porażenie zwłaszcza kończyn w przebiegu udaru może ustąpić lub pozostać

<sup>113</sup> F.Raciborski, M. Gujski (red.n.) *Udary mózgu – rosnący problem w starzejącym się społeczeństwie. Raport Instytutu Ochrony Zdrowia.* Warszawa 2016, s.41.



(zależne od rodzaju udaru i wielkości uszkodzenia tkanek mózgowych) i pogłębiać się, co ściśle zależne jest od szczególnej aktywności seniora i ćwiczeń rehabilitacyjnych. Wyróżnia się hemiplegię tj. połowiczy niedowład prawostronny lub lewostronny najczęściej po udarach niedokrwiennych i tetraplegię – porażenie czterokończynowe, często występujące w przebiegu udarów krwotocznych (przebieg ciężki), całkowicie pozbawia chorego samodzielności. Następstwem przebytych udarów mogą być jak już wspomniano, niedowłady kończyn ograniczające poruszanie się, wykonywanie prostych czynności przez seniora. Nieprawność ta polega na osłabieniu lub utracie motoryki dużej i małej. To trudności lub brak możliwości wykonania ruchów celowych i precyzyjnych. Trudności z utrzymaniem równowagi czy z chodzeniem wymagają sprzętu pomocniczego jak chodzik, trójnóg czy wózek oraz dostosowanie pomieszczeń do użytkowania przez seniora po udarze. Stała aktywność psycho-ruchowa, stymulacja, uczenie się czynności podstawowych, nauka samoobsługi, samodzielnego wstawania, przemieszczania i chodzenia po schodach, powtarzanie ruchów celowych/ ćwiczeń to działania rehabilitacyjne, które minimalizują skutki przebytego udaru, minimalizując tym samym nieprawność.

Do następstw przebytego udaru mózgu prócz niedowładu należą trudności w komunikowaniu się, zaburzenia mowy (afazja). Problemy z artykulacją słów, rozumieniem mowy, które minimalizowane są poprzez ćwiczenia logopedyczne i stałe pobudzanie do interakcji werbalnej. Kolejnym negatywnym efektem są zaburzenia parkinsonowskie (parkinsonizm), których objawy są takie same lub podobne jakie występują w Chorobie Parkinsona, jednak etiologia tych schorzeń jest różna. Do objawów tych należy drżenie rąk, napięcie mięśniowe, spowolnienie ruchowe, mowa niewyraźna i amimiczność twarzy.

Do innych skutków organicznych udaru mózgu, które mogą się pojawić zaliczyć można problemy z połykaniem (dysfagia) oraz nietrzymanie moczu i/lub stolca<sup>115</sup>. Wszystkie te zaburzenia wywołują ograniczenia w samodzielnym funkcjonowaniu seniora co przyczynia się do rozwinięcia stanów depresyjnych tym samym jego bierności, izolacji i spadku jakości życia.

W dostosowaniu środowiska mieszkalnego dla takiej osoby należy przede wszystkim uwzględnić następstwa udaru, które wpływają na obniżenie lub pozbawienie sprawności seniora. Może to być niedowład, problemy z utrzymaniem równowagi, zaburzenia mowy czy zaburzenia poznawcze, które to powikłania mogą występować pojedynczo lub synchronicznie z innymi co wpływa na ocenę stopnia niepełnosprawności osoby po przebytych udarze. Osoby z głębokimi deficytami neurologicznymi po przebytych udarach mózgu pozbawione są całkowicie samodzielności, wymagają stałego nadzoru, opieki i pomocy w podstawowych czynnościach w tym higienicznych. Stan ten kwalifikuje te osoby do objęcia całodobową opieką długoterminową w warunkach domowych lub instytucjach opiekuńczych;

- b) **Polineuropatia** to osłabienie siły mięśni rąk i nóg wynikające z choroby tkanki łącznej, cukrzycy szczególnie tej długotrwałej insulinozależnej, a także wyniku niedożywienia, z zaburzeń immunologicznych czy endokrynologicznych oraz z nadużywania alkoholu. To także dolegliwości w wyniku neuropatii łokciowej, uszkodzenie nerwu strzałkowego czy zespół cieśni nadgarstka.<sup>116</sup> Polineuropatia jest przewlekłym zespołem dolegliwości, które charakteryzują takie objawy jak upośledzenie czucia, uczucie drętwienia, mrowienia, cierpienie kończyn (tzw. parestezje), odczuwany ból, nadwrażliwość na ból, nadwrażliwość na dotyk - odczuwanie bodźców dotykowych jako bolesnych

<sup>115</sup> K. Wieczorowska-Tobis, D. Talarska (red.n.) *Geriatrya i pielęgniarstwo geriatryczne*, PZWL, Warszawa 2008, s.101-106.

<sup>116</sup> Zob. <http://choroby-zdrowie.pl/uklad-nerwowy/neuropatia.html#ixzz5PNQQ73cz>.

(przeczulica). Zaburzenia czucia w większości polineuropatii dotyczą przede wszystkim stóp i dłoni, objawy te określa się mianem „skarpetek” i „rękawiczek”. W polineuropatii pojawiają się również osłabienia siły mięśni kończyn, a szczególnie kończyn dolnych i zwykle dotyczy stóp i podudzi. Niedowład ten objawia się np. opadaniem lub podwijaniem się stóp przy chodzeniu, następują zaburzenia chodu, częste upadki. Chodzenie stwarza trudność, chory szybko się męczy. Pojawiają się częste skurcze mięśni dużych. Następuje osłabienie rąk, niezgrabność ruchowa, problemy z chwytem i utrzymaniem przedmiotu np. kubka, sztućców. To powoduje trudności w spożywaniu posiłków, ubieraniu się (problemy z zapięciem guzików, paska, zawiązania butów) itp. Ograniczenie motoryki małej może być przyczyną irytacji, złości, niechęci czy apatii. W niektórych polineuropatiach uszkodzone są unerwienia narządów, wówczas mogą pojawić się zawroty głowy i zasłabnięcia, zwłaszcza przy gwałtownym wstawaniu z pozycji leżącej, omdlenia, zaburzenia rytmu serca, biegunki lub zaparcia, zaburzenia oddawania moczu, zaburzenia potliwości.<sup>117</sup> Dolegliwości polineuropatii prowadzą do obniżenia sprawności seniorów. Mogą być one minimalizowane ćwiczeniami i zabiegami rehabilitacyjnymi, stałą aktywnością ruchową i leczeniem farmakologicznym pod nadzorem lekarza;

- c) **Choroby neurologiczne** (ich wielość nie sposób tu opisać), na które mogą chorować osoby w wieku starszym tj stwardnienie rozsiane, płasawica Huntingtona, padaczka. To także choroby neurodegeneracyjne inne niż ujęte w projekcie. Są to schorzenia, które posiadają szereg podobieństw, manifestujące się zbliżonymi lub takimi samymi objawami jakie występują w Chorobie Alzheimer’a czy Chorobie Parkinsona. Jednak różnicuje je ich przebieg i przyczyny powstania zmian w centralnym układzie nerwowym (CUN). To postępujące trwałe i nieodwracalne uszkodzenia komórek mózgowych, które cechuje otępienie. Oczywiście najczęstszą przyczyną otępienia jest Choroba Alzheimer’a, stanowiąca 50-70% wszystkich otępień, następnie otępienie naczyniopochodne (np. miażdżycy naczyń mózgowych) 10-15%, otępienie z ciałami Lewy’ego ok. 13% i czołowo-skroniowe ok. 9%.<sup>118</sup> Zmiany otępienne również mogą towarzyszyć w chorobie Parkinsona, zespole Hakima, mogą pojawić się w następstwie przebytego udaru mózgu, albo w wyniku zmian organicznych (zaburzenia krążenia, zaburzenia metaboliczne).

Choroba Alzheimer’a i Choroba Parkinsona są schorzeniami typowymi dla okresu starości. Większość chorób neurodegeneracyjnych rozpoczyna się w okresie przedstarczym, uzyskując pełny obraz objawów choroby i jej progres w wieku podeszłym. Schorzenia na podobieństwo objawów często są mylnie diagnozowane wskazując na Chorobę Alzheimer’a (często występujące zespoły majaczeniowe – przemijające).

Przykładem choroby neurodegeneracyjnej/otępiennej jest choroba Picka (FTD-frontotemporal dementia). Zmiany chorobowe dotyczą płata czołowego mózgu, w którym ośrodki odpowiadają za takie funkcje jak mowa, pismo, samokontrolę, kontrolę emocji, relacji z otoczeniem. Czasami diagnostyka wskazuje na zmiany czołowo- skroniowe co świadczy o otępieniu czołowo-skroniowym. Choroba ta rozpoczyna się w okresie 45-65 roku życia, występuje równie często u mężczyzn jak kobiet i trwa średnio 8 lat. Choroba rozpoczyna się zmianą zachowania, pojawiają się zachowania aspołeczne, zaburzenia osobowości, czasami pierwszymi objawami są zaburzenia mowy. Osoba dotychczas uważana za spokojną nagle przejawia zachowania agresywne, staje się konfliktowa,

<sup>117</sup> Zob: <https://neurologia.mp.pl/choroby/165485,polineuropatie>

<sup>118</sup> K. Wieczorowska-Tobis, D. Talarska (red.n.) *Geriatrya i pielęgniarstwo geriatryczne*, PZWL, Warszawa 2008, s.255.

wulgarna, nie przestrzega ogólnie przyjętych norm społecznych. Stają się niecierpliwa, impulsywna. Zachowania te często prowadzą do zaburzeń relacji z najbliższymi, sąsiadami często interwencji policji z następstwami karnymi. Chory nie panuje nad emocjami, może być nadmiernie pobudzony lub bierny, spowolniony i niezorganizowany. Wzmaga się niekontrolowany apetyt, łapczywe spożywanie nadmiernej ilości zwłaszcza węglowodanów, co wpływa na szybki wzrost masy ciała. Do charakterystycznych wczesnych objawów należy abnegacja - chory przestaje dbać o higienę i wygląd. Nie myje się, nie zmienia ubrań, jeśli zmienia to nakłada bez zachowania kolejności, ubiera się do pory dnia, nieadekwatnie do pogody (np. stale chodzi w piżamie, zakłada rzeczy brudne). Dość wcześnie w porównaniu do innych chorób neurodegeneracyjnych w tym z Chorobą Alzheimera występuje brak kontroli potrzeb fizjologicznych (zaburzenia czynności zwieraczy). Wzmagają się objawy utraty samokontroli, utrata krytycyzmu do własnych zachowań, pojawiają się niewłaściwe zachowania seksualne, a w późniejszym etapie choroby utrata tożsamości płciowej, poczucia wstydu. Osoba chora jest aperswazyjna, nie przyjmuje do wiadomości informacji o złym zachowaniu, nie rozumie sugestii, krytyki innych, nie ma poczucia choroby i nie potrafi przewidzieć skutków swego zachowania.

Objawy zaburzeń otępiennych to utrata funkcji poznawczych tj utrata możliwości działania i podejmowania decyzji, spadek koncentracji, uwagi, zapamiętywania gdzie pamięć czy orientacja auto i allopsychiczna w porównaniu do Choroby Alzheimera jest względnie zachowana. Pojawiają się trudności w czytaniu i pisaniu. Postępują zaburzenia mowy, zubożenie słownictwa, brakuje słów w wypowiedzi, niekiedy chory nie rozumie znaczenia wypowiedzianego słowa, następują trudności w powtarzaniu słów. Mowa traci swą płynność a w późniejszym etapie choroby następuje utrata komunikacji werbalnej (mutyzm) - pacjent nie mówi, nie rozumie mowy. W końcowej fazie choroby pacjent całkowicie traci sprawność ruchową, możliwość wykonywania nabytych czynności, jest całkowicie zależny od osób innych i wymaga całodobowej opieki, pomocy we wszystkich czynnościach higieniczno - pielęgnacyjnych oraz dnia codziennego<sup>119</sup>;

- d) Kolejnym, często występującym schorzeniem neurodegeneracyjnym, różnicowanym z Chorobą Alzheimera jest **otępienie wywołane obecnością ciał Lewy`ego**. Choroba ta stanowi drugą po Chorobie Alzheimera przyczyną otępienia w wyniku uszkodzeń komórek nerwowych mózgu. W literaturze neurologicznej wskazuje się, iż 12-28% to otępienie z ciałami Lewy`go (DLB- dementia with Lewy Bodies), którego to schorzenia pierwsze symptomy ujawniają po 60 roku życia i trzykrotnie częściej występują u mężczyzn. Pierwsze objawy choroby są typowo neurologiczne. Chory zgłasza drżenie spoczynkowe, sztywność mięśni i trudności utrzymania postawy oraz problemy z chodzeniem – objawy typowe dla Choroby Parkinsona, jednak świadczą one o zespole parkinsonowskim.

Towarzyszą temu często zaburzenia zachowania z epizodami agresji, drażliwość i chwiejność emocjonalna z zachowaniem pamięci świeżej. Zaburzeniom nastroju często towarzyszy apatia, depresja. Przebieg choroby jest dynamiczny i zmienny. Zdarzają się omdlenia, zaburzenia świadomości, spadki ciśnienia tętniczego, które mogą być przyczyną upadków. Objawy upośledzenia funkcji poznawczych w tym schorzeniu mają charakter falujący. Są to głównie zaburzenia uwagi, koncentracji, zdolności widzenia przestrzennego, wysławiania się. Spada zdolność rozumowania, rozwiązywania konkretnych zadań, problemów, trudności w podejmowania decyzji. Spada sprawność uwagi i pamięci, które to procesy są zachowane. W późniejszym okresie choroby następuje

<sup>119</sup> Opracowanie za G.Neil Martin, tłum. J.Gielecki, *Neuropsychologia*, PZWL, Warszawa 2001, s.343-345, s.180-211, K. Wiczerowska-Tobis, D. Talarska (red.n.) *Geriatra i pielęgniarstwo geriatryczne*, PZWL, Warszawa 2008, s.257, T. Parnowski (red.n.) *Choroba Alzheimera*, PZWL Warszawa 2013, s. 33-36.

utrata wczesnej pamięci z zachowaniem pamięci odległej. Nasilają się objawy parkinsonizmu, zwłaszcza spowolnienie ruchowe, pojawiają się urojenia, zaburzenia wzrokowe - omamy. Do pełnego obrazu choroby dołączyć można zaburzenia snu – sen niespokojny z pobudzeniem ruchowym oraz zaburzenia wydalania- zaparcia stolca, nietrzymanie moczu. Samodzielne funkcjonowanie chorego stopniowo zmniejsza się, stając się w końcowym etapie choroby zależnym od opiekunów<sup>120</sup>.

2) **Grupa 2 – osoby chore na Chorobę Alzheimera** (AD – Alzheimer disease) stanowią dość liczną grupę seniorów ze schorzeniami neurodegeneracyjnymi, a otępienie typu alzheimerowskiego jest najczęściej diagnozowanym otępieniem. Choroba ta zaliczana wg ICD 10 (Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób) do grupy chorób układu nerwowego (G30) oraz do zaburzeń otępiennych (F 00) grupy zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania. Ta podwójna klasyfikacja wynika z postępujących zaburzeń w AD, które w początkowych etapach choroby podlegają leczeniu neurologicznemu, a ze względu na specyfikę objawów i ich nasilenie, szczególnie objawów psychicznych, objęte jest leczeniem psychiatrycznym. Choroba Alzheimera jest ściśle związana z wiekiem, pojawia się najczęściej u osób powyżej 65 roku życia a jej przeciętny czas trwa szacuje się na ok. 8-14 lat i zależny jest od przebiegu i nasilenia objawów. Schorzenie to charakteryzują zmiany neurodegeneracyjne, uszkodzające komórki mózgowe, które postępują w sposób powolny ale nieodwracalny. Stopniowo zwiększają się objawy otępienne, do których należą zaburzenia zdolności kognitywnych, zaburzenia nastroju i zachowania.

Rozwój objawów choroby przebiega w trzech stadiach, gdzie granice pomiędzy nimi są płynne. Wyróżnia się: okres utajenia, gdzie nie dostrzega się zmian w sferze psychicznej, okres prodromalny, w którym występują objawy psychopatologiczne nienależące do obrazu zaburzeń otępiennych i okres rozwiniętej choroby, gdzie stwierdza się obecność objawów klinicznych otępienia typu Alzheimera.

Zaburzenia otępienne w AD przebiegają etapowo, wskazując na trzy etapy tj:

1 etap – otępienie niewielkiego stopnia, charakteryzuje się zmianami funkcjonowania, zachowania, spadkiem sprawności intelektualnej;

2 etap – otępienie w stopniu umiarkowanym, które cechuje wyraźne osłabienie pamięci, zaburzenia mowy, zaburzenia zachowania, mogą się pojawić objawy psychotyczne tj. omamy, urojenia;

3 etap – otępienie o znacznym nasileniu (głębokie otępienie), które przejawia się utratą pamięci, zaburzeniem zachowania agresją, zaburzeniem snu. Następują zaburzenia mowy, ograniczenie kontaktu słownego do całkowitego jego zaniku, stopniowa utrata zdolności ruchowych, poruszania się oraz brak kontroli wydalania moczu i stolca.

Etapy te wskazują na potrzeby pomocy i opieki osoby chorej, gdzie w pierwszym etapie chory wymaga okresowego wsparcia to w drugim i trzecim etapie wskazuje na opiekę stałą.

Aby przybliżyć specyfikę choroby wskażę istotne zaburzenia, w poszczególnych fazach, które zachodzą w rozwoju choroby i są dla niej specyficzne. Fazy te mogą się wzajemnie przenikać, nie mają określonego czasu trwania. Charakterystycznym, różnicującym objawem Choroby Alzheimera od innych chorób otępiennych są zaburzenia pamięci (faza zapominania), które początkowo dotyczą pamięci krótkotrwałej, występują trudności z zapamiętywaniem, po czym następuje pogorszenie pamięci długotrwałej.

---

<sup>120</sup> Tamże.

Pacjent zapomina imion, nazw rzeczy, zjawisk, stale coś szuka, gdyż nie pamięta co i gdzie położył. Przejawiają się trudności z przypominaniem zdarzeń wywołując często u chorego irytację, złość. Pacjent ukrywa, nie przyznaje się do braków pamięci, konfabuluje. W końcowej fazie choroby pamięć świeża i odległa jest całkowicie zaburzona. Utrata pamięci prowadzi do stanu, w którym chory nie rozpoznaje najbliższych, własnego otoczenia a nawet siebie w odbiciu w lustrze.

Kolejnym objawem zaburzeń funkcji poznawczych są zaburzenia orientacji (faza dezorientacji). Początkowo zaburzona orientacja przejawia się gubieniem, błędzeniem, przechodząc w zdezorientowanie co do czasu, miejsca i przestrzeni. Postępująca choroba prowadzi do pełnej dezorientacji auto i allopsychicznej, zabiera możliwość samodzielnego funkcjonowania, wychodzenia na zakupy, spacer a w końcowym etapie choroby dochodzi do całkowitej utraty własnej świadomości.

Przejawem dalszych zaburzeń dementyjnych (faza otępienna) są postępujące zaburzenia koncentracji i uwagi. Pojawiają się problemy z myśleniem logicznym, liczenie, z myśleniem abstrakcyjnym (np. rozumienie żartu, przysłowia) oraz z oceną zdarzeń, sytuacji. W następstwie choroby zmniejsza się zakres zainteresowań, spada chęć do czynności ulubionych, które dotychczas zajmowały większość czasu. A spadek koncentracji zmniejsza zainteresowanie i atrakcyjność hobby, oglądanych ulubionych programów, filmów czy czytanie książek. Spada aktywność i sprawność fizyczna, a w końcowej fazie prowadzi do całkowitej jej utraty.

Specyfiką otępienia w chorobie Alzheimera różnicującą od innych jest zespół objawów zwany „3xA”- **amnezja – agnozja – apraksja**. Amnezja to utrata pamięci. Apraksja to niemożność wykonania ruchów celowych, precyzyjnych. Agnozja - utrata zdolności rozpoznania oczywistych dla otoczenia przedmiotów lub zdarzeń. Uzupełnienie symptomatologii postępującego otępienia wskazują na więcej zaburzeń niż „3xA”. Należy wymienić zmiany, które wywołują problemy i utratę zdolności czytania (aleksja), pisanie (agrafia), liczenia (akalkulia). Zaburzenia mowy (anomia, afazja), gdzie w początkowej fazie choroby pojawiają się problemy z wysławianiem, nazewnictwem. Mowa staje się cicha, niewyraźna, monotonna, chory nie umie sprecyzować swoich potrzeb. Często pojawia się echolalia - mimowolne powtarzanie tych samych słów, krótkich zdań bez zachowania logicznego ciągu.

Chory stopniowo traci zdolności mówienia i rozumienia mowy, aż do całkowitej jej utraty (mutyzmu). Do szeregu objawów otępienia alzheimerowskiego należą zaburzenia zachowania i nastroju, do których najczęściej wpisuje się pobudzenie, wielomówność – potok słów często bez logicznego ciągu, ale też i krzyk, nawoływanie. Towarzyszy temu często pobudzenie psychoruchowe, dreptanie, chodzenie tam i z powrotem, impulsywność, agresja w tym także słowna lub odwrotnie spadek napędu, napięcia, wycofanie i apatia, czasami bezruch (stupor). Pojawiają się stany lękowe, depresja. Objawem jest często bezsenność i zaburzenia snu. Charakterystycznym jest objaw „zachodzącego słońca” – chory w ciągu dnia ośpały, spowolniały, często podsypia, w ciągu nocy wzmagą się jego aktywność: nawołuje, szuka, ucieka. Uzupełnieniem obrazu otępienia typu alzheimerowskiego są zaburzenia psychotyczne - urojenia, omamy, które również nasilają się w porze nocnej. Chory słyszy głosy, widzi różne rzeczy, ludzi, roi dziwne sytuacje i zdarzenia. W procesie choroby, chory nie kontroluje swojego zachowania, traci poczucie wstydu i wstrętu. Kolejnym objawem choroby są zaburzenia chodu, początkowo chód staje się niepewny, małymi kroczkami, posuwisty, często w pozycji pochylonej ku przodowi, z lekko ugiętymi kolanami, w następują problemy z chodzeniem, utrzymaniem pionu. Postępująca choroba wywołuje zaburzenia łaknienia, pacjent nie odczuwa głodu czy sytości, może spożywać nadmierne ilości pokarmów, płynów lub całkowicie ich nie przyjmować. W końcowym etapie choroby nasilają się



problemy połykania (dysfagia) pokarmów, płynów. Częste dławienia, krztuszenia mogą prowadzić do powikłań tj. zaburzeń oddechowych ( infekcje, zachłystowe zapalenie płuc itp.). Trudności w połykaniu prowadzą do braku możliwości karmienia doustnego, co jest powodem żywienia chorego przez zgłębnik nosowo - żołądkowy lub do założenia endoskopowo PEG-a (gastrostomii przezskórnej) tj bezpośredniego żywienia dojelitowego. Osłabienie czynności zwieraczy prowadzi do utraty kontroli wydalania moczu i stolca<sup>121</sup>.

Choroba Alzheimera z pełnymi objawami prowadzi do utraty praktycznie wszystkich umiejętności, które człowiek nabył przez całe swoje życie. Chory nie umie jeść, pić, chodzić, mówić, nie potrafi wykonać żadnej czynności. Choroba pozbawia osobę chorą wszystkich funkcji intelektualnych i sprawności fizycznej co w konsekwencji prowadzi do całkowitej utraty jej samodzielności, niezależności i samostanowienia. Chory staje się w pełni zależny od osób zapewniających mu całodobową, kompleksową opiekę.

Choroba Alzheimera oznacza też dla chorych i ich rodzin pogorszenie wielu aspektów sytuacji życiowej, tj.: pogorszenie stanu zdrowia opiekunów (40%), ograniczenie lub rezygnacja z pracy zawodowej, kontaktów towarzyskich, ograniczenie czasu wolnego i wypoczynku (75%), pogorszenie sytuacji materialnej (ponad 50% badanych opiekunów)<sup>122</sup>. *Opiekunowie często nie radzą sobie w sytuacji, w której osoba dotychczas im bardzo bliska zmienia się niekorzystnie, nie rozpoznaje lub reaguje w sposób innych niż dotychczas. Z powodu ciągłego stresu sami zapadają na różne choroby i sami wymagają opieki i leczenia. Nie są w stanie zorganizować choremu właściwej opieki i wsparcia*<sup>123</sup>.

**3) Grupa 3 – osoby z Chorobą Parkinsona** – w przebiegu tej choroby stopniowo osoby tracą wiele funkcji a w końcowym etapie choroba prowadzi ich do nieodwracalnego inwalidztwa i zależności od innych.

Choroba Parkinsona zwana drżączką porażną, jest długotrwałym schorzeniem, postępującymi powoli zaburzeniami ze strony układu nerwowego, kostno-stawowego, mięśniowego, którym towarzyszą zaburzenia psychoorganiczne w tym zmiany zachowania, nastroju, emocji. Pierwsze objawy pojawiają się między 50-70 rokiem życia częściej u mężczyzn niż u kobiet. Objawy wczesne, często bagatelizowane to drżenia spoczynkowe jednej kończyny (ręki lub nogi), które pojawiają się bez wykonywania czynności. To specyficzny objaw Choroby Parkinsona, który nasila się pod wpływem emocji, stresu. Dochodzi do tego objaw sztywności mięśni oraz spowolnienie ruchowe dając pełny obraz objawów typowych dla choroby nazywany *Klasyczną triadą objawów choroby Parkinsona*". Manifestowane drżenia nasilające się, dotyczą jednej kończyny najczęściej ręki - drżenie dłoni objawia się tzw. „liczeniem pieniędzy” czy „kręceniem pigułek”. Pojawiają się dodatkowo drżenia części twarzy - drżenie brody, warg, języka, potem drżenia nóg. Zwiększa się napięcie mięśni szkieletowych, które uniemożliwia wykonywanie ruchów biernych i prostowania kończyn. Sztywność mięśni karku i szyi przyczynia się do objawu tzw „poduszki”- chory leżąc utrzymuje stale w powietrzu uniesioną głowę. Spowolnienie ruchowe prowadzi do trudności wykonywania codziennych czynności podstawowych, trudnością jest wykonanie ruchów naprzemiennych. Przymusowy bezruch –stupor to zatrzymanie wykonywanego ruchu wywołane nagłą sztywnością mięśni. Obserwowalnym, szczególnie charakterystycznym objawem Choroby Parkinsona, prócz drżenia jest twarz nazywana amimiczną, kamienną-bez emocji. Mowa staje się cicha, niewyraźna, zamazana często monotonna także bez wyrażania emocji. Zmiany dotyczą też

<sup>121</sup> G. Neil Martin, *Neuropsychologia*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2001; s.336-338, T. Parnowski (red.n.) *Choroba Alzheimera*, PZWL Warszawa 2013, s.23-32.

<sup>122</sup> Prawie 90% opiekunów osób z chorobą Alzheimera to opiekunowie rodzinni (32% współmałżonkowie, a 62% dzieci osób chorych) – zob. Sytuacja osób chorych na Alzheimera w Polsce, Raport RPO, Warszawa 2016 r.

<sup>123</sup> *Sytuacja osób chorych na Alzheimera w Polsce*, Raport RPO, Warszawa 2016 r., s. 10.

pisowni, która staje się niewyraźna, mikrograficzna. Do typowych objawów choroby Parkinsona wpisują się także takie zaburzenia jak zaburzenia czucia, osłabienie węchu, smaku. Zaburzenia połykania występują w późniejszej fazie choroby i mają podobny przebieg jak w chorobie Alzheimer'a. Może wystąpić nadmierna suchość jamy ustnej lub ślinotok. Zaburzenia psychotyczne takie jak omamy wzrokowe czy słuchowe oraz bezsenność mogą wystąpić w przebiegu tej choroby jak również zmiany psychiczne jako zespół otępienny lub depresyjny.

Do specyficznych objawów, w późniejszym etapie rozwoju choroby należy bradyfrenia, którą cechuje spowolnienie funkcji poznawczych szczególnie koncentracji, uwagi z zachowaniem jednak pamięci i myślenia, co różnicuje tę chorobę z innymi otępieniami. Sprawność umysłowa jest zachowana przez dłuższy czas choroby. Często chorobie tej towarzyszą objawy zaburzenia nastroju, niepokój, chwiejność emocjonalna. Wizualnie dostrzec możemy specyficzną postawę ciała. Chory jest pochylony ku przodowi, stoi na ugiętych nogach w kolanach, przemieszcza się wykonując drobne, posuwiste kroki nie odrywając stóp od podłoża. Częste spadki ciśnienia tętniczego, osłabnięcia i zaburzenia równowagi doprowadzają do upadków, tym samym do dalszych powikłań z nimi związanymi np. złamania kości udowej. Choroba postępując rozwija zaburzenia oddawania moczu (utrudnienia w oddawaniu lub nietrzymaniu moczu), problemy z kontrolą zwieraczy odbytu.<sup>124</sup>

Te i inne objawy ograniczają lub pozbawiają chorego sprawności ruchowej i umysłowej, co w konsekwencji doprowadza chorego do utraty samodzielnego funkcjonowania i uzależnienia od otaczających go osób. W opiece nad osobą z chorobą Parkinsona istotną rzeczą jest przeciwdziałanie osłabieniu mięśni i sztywności stawów poprzez utrzymanie jak najdłużej sprawności ruchowej. Systematyczne ćwiczenia ruchów dowolnych, umiarkowane treningi i niedługie spacerowanie. Zasadą jest „pomagać pomagającemu sobie” tak by nie ograniczać samodzielności seniora i nie wyręczać go z podstawowych czynności dnia codziennego, gdyż każda aktywność spowalnia postęp choroby<sup>125</sup>.

- 4) **Grupa 4 – osoby starsze** – grupa osób, która ze względu na wiek, bez zmian patologicznych przejawia zniedołężnienie, osłabienie lub niesprawność ruchową. Inwolucyjne zmiany jakie zachodzą w procesie starzenia się organizmu człowieka stanowią jego fizjologię. Zmiany dotyczą wszystkich narządów, układów i widoczne są zmiany w wyglądzie, postawie. Zmiany inwolucyjne dotyczą nie tylko sfery organicznej człowieka starzejącego się, także jego sfery psychicznej, co ma przełożenie na funkcjonowanie i relacje społeczne. Na osłabienie funkcjonowania z racji starzenia się, mają zmiany jakie zachodzą przede wszystkim w układzie kostno -szkieletowym i układzie mięśniowym. Zastrzegam, iż nie wskazuję tu na zaburzenia z różnych układów i narządów, które mogą zakłócić fizyczną sprawność seniora, stanowiąc patologię procesu starzenia. Postawa ciała z biegiem lat seniora zmienia się, staje się mniej prężysta, często pochylona do przodu. Zmiany w obrębie kręgosłupa wywołują nadmierne wygięcie naturalnych krzywizn, zwłaszcza odcinka piersiowego (kifozy) co powoduje tzw. „wdowi garb”, zmieniając tym samym postawę w przygarbioną z przechyleniem ku przodowi. Widoczne jest też skurczenie sylwetki, na które ma wpływ utrata na wzroście średnio 3-

<sup>124</sup> Opracowanie w oparciu : K. Wieczorowska-Tobis, D. Talarska (red.n.) *Geriatrya i pielęgniarstwo geriatryczne*, PZWL, Warszawa 2008, s. 97-98.

T.Grodzicki, J.Kocemba, A.Skalska (red.n.), *Geriatrya z elementami gerontologii ogólnej*, wyd.Via Medica, Gdańsk 2007, s310-314

<sup>125</sup> J.Schiefele, I.Staudt, M.M. Dach, *Praxis der Altenpflege, Pielęgniarstwo geriatryczne* wyd.I polskie red. K. Galus, Wyd. Med. Urban &Partner, Wrocław 1998, s. 41-43.

6 cm w wyniku zmniejszających się przestrzeni międzystanowych i międzykręgowych. Sztywność stawów, w tym sztywność kręgosłupa w efekcie może wywołać zmiany zwyrodnieniowe.

Chód osoby starej staje się mniej sprężysty i mniej pewny, często w późnej starości staje się on posuwisty z małymi krokami. Koordynacja ruchowa staje się zmniejszona, spowolniona, mniej płynna i mniej precyzyjna. Obraz ten to efekt zmniejszenia masy mięśniowej, osłabienia mięśni (sarcopenia), zmniejszenia masy kostnej (osteopenia), ścięczenia chrząstek stawowych i zwiększenia sztywności ścięgien i stawów. To w całości wpływa na zmniejszenie aktywności fizycznej, sprawności seniora. Osłabieniu ruchów sprzyjają postępujące wraz z wiekiem zmiany zwyrodnieniowe stawów i kręgosłupa. Nie bagatelny wpływ na prawidłowe funkcjonowanie seniora mają zmysły, które w procesie starzenia są osłabione, szczególnie zmysł wzroku i słuchu. Mogą one powodować trudności w komunikacji, budzić niepokój, brak poczucia bezpieczeństwa i zaburzać relacje społeczne. Kompensowanie tych deficytów przez odpowiedni dobór okularów czy aparatu słuchowego wpłynie na poprawę jakości życia seniora<sup>126</sup>. W sferze poznawczej fizjologiczne starzenie się, nie upośledza zdolności funkcji poznawczych osoby starzejącej się. Zmiany polegają na obniżeniu tempa wykonywania zadań i rozwiązywania problemów. Spada zdolność koordynacji wzrokowo-przestrzennej oraz pamięci operacyjnej i zmniejsza się zdolność koncentracji, podzielności uwagi i przetwarzania nowych informacji oraz zapamiętywania i uczenia się nowych rzeczy (S. Stendau za Baltes, Lindenberger i Stuart-Hamiltona)<sup>127</sup>.

Tak więc w naturalnym procesie starzenia procesy poznawcze podlegają osłabieniu ale nie dochodzi do ich utraty. Należy wspomnieć tutaj o zespole suchości/ słabości lub kruchości, nazywany w literaturze geriatrycznej jako **zespół Frailty**. Charakteryzuje się osłabieniem lub zanikiem mięśni, uczuciem stałego zmęczenia, każda czynność sprawia trudność, wysiłek co wpływa na zniechęcenie i niski poziom aktywności seniora. Wolne tempo wykonywania ruchów, czynności, poruszania się. Mogą pojawić się zaburzeniem równowagi i chodu do prowadzając do upadków. Widoczna jest utrata masy ciała osoba starsza staje się drobna, „krucho”. Czasami występują zaburzenia czucia i osłabienie kontroli mięśni zwieraczy (popuszczanie moczu) oraz osłabienie funkcji poznawczych ale bez ich utraty. Zespół ten nie stanowi zaburzeń patologicznych jednak współdziałanie czynników środowiskowych i pojawienie się schorzeń może wywołać duży deficyt w samoopiece i samodzielności seniora. **Hipotonia ortostatyczna** należy do często pojawiającego się symptom w okresie starości, który może wywołać konsekwencje utraty sprawności, samodzielności. Hipotonia ortostatyczna to tendencja do nagłego obniżenia ciśnienia tętniczego krwi, które pojawia się najczęściej w wyniku nagłej pionizacji i wywołuje krótkotrwałe zawroty głowy, zaburzenia widzenia (mroczki przed oczami, niedowidzenie), czasami zaburzenia równowagi, co może prowadzić do upadków i omdleń, a to do dalszych powikłań zdrowotnych (uszkodzenia ciała, złamania, uraz głowy). Czynniki zwiększające ryzyko wystąpienia hipotonii ortostatycznej u osób starszych, to przede wszystkim odwodnienie organizmu często wywołane w porze upałów. Następnie przegrzanie organizmu (np. gorąca kąpiel czy wysoka temperatura otoczenia) a także, nagła pionizacja po długotrwałym unieruchomieniu (spaniu, siedzeniu) czy po zjedzeniu obfitego posiłku. Należy pamiętać o zminimalizowaniu ryzyko spadku ciśnienia, które może doprowadzić do upadków i uszkodzeń ciała, złamań a w konsekwencji do utraty samodzielności seniora<sup>128</sup>.

<sup>126</sup> K. Wieczorowska-Tobis, D. Talarzka (red.n.) *Geriatrya i pielęgniarstwo geriatryczne*, PZWL, Warszawa 2008, s. 43-52.

<sup>127</sup> S.Steuden, *Psychologia starzenia się i starości*, Wyd. Naukowe WPN, Warszawa 2011, s.48-49.

<sup>128</sup> Opracowanie w oparciu : K. Wieczorowska-Tobis, D. Talarzka (red.n.) *Geriatrya i pielęgniarstwo geriatryczne*, PZWL, Warszawa 2008, s.79-80.

T.Grodzicki, J.Kocemba, A.Skalska (red.n.), *Geriatrya z elementami gerontologii ogólnej*, wyd.Via Medica, Gdańsk 2007, s.124.

### 3.2 Kryteria doboru mieszkańców

Istotnym w procesie realizacji projektu jest dobór osób, które wspólnie zamieszkają w mieszkaniach wspieranych. Dobór ten powinien opierać się o narzędzia badawcze Całościowej Oceny Geriatrycznej( COG ), która uchwyci deficyty i poziom funkcjonalności osób starszych wskazując na potrzeby tej specyficznej grupy osób jaką są seniorzy ze schorzeniami neurologicznymi, z Chorobą Alzheimera czy z chorobą Parkinsona.

COG stanowi ocenę na czterech płaszczyznach życia seniora, to ocena funkcjonowania fizycznego, psychicznego oraz ocena potrzeb zdrowotnych a także ocena warunków społecznych w tym socjalno-bytowych co można wносить jako kryterium naboru osób na mieszkańców mieszkań wspomaganych. Nie wskazane jest tu wykorzystanie wszystkich narzędzi do oceny całościowej. Proponuję się wybrać z grupy narzędzi, te które będą miały zastosowanie i stanowić warunki kwalifikacji do realizacji projektu, jakim jest zamieszkanie w mieszkaniu wspomagany. I tak, do oceny funkcjonalności proponuję skalę Lawtona - IADL (Instrumental Activities of daily Living) – ocena złożonych czynności codziennych, które badany wykonuje bez pomocy, z niewielką pomocą lub zupełnie nie potrafi. Pytania dotyczą samodzielnego funkcjonowania np. czy potrafisz korzystać z telefonu, sam posprzątać, przygotować posiłek, pójść na zakupy itp. Każda odpowiedź daje nam punkty, które sumując dają nam wynik maksymalny 24 punkty. To ocena, która wskazuje jakie czynności/zadania sprawiają problemy w codziennym funkcjonowaniu seniora.

Pogłębić ocenę można skalą ADL wg Katza (Activities of Daily Living) – krótką, uwzględniającą odpowiedzi tak/nie na pytania o samodzielne kąpanie się, ubieranie, jedzenie, korzystanie z toalety, poruszanie się, kontrolowanie wydalania moczu i stolca. Interpretacja wyników określa zachowane codzienne funkcjonowanie, umiarkowaną niesprawność lub ciężkie upośledzenie funkcjonowania codziennego. Otrzymujemy obraz deficytów z jakimi boryka się senior w życiu codziennym.

Wskaźnikiem proponowanym do oceny stanu psychicznego jest szeroko stosowany test MMSE (Mini-Mental State Examination). Test ten pozwala na ocenę funkcji poznawczych oraz wskazać stopień zmian otępiennych. To krótka skala oceny orientacji w czasie i miejscu, zapamiętywania, uwagi i liczenia, przypominania oraz ocena funkcji językowych (nazywanie przedmiotów), powtarzanie, wykonywanie poleceń ustnych i z tekstu, ocena pisania oraz praktyki kontrolowanej (zdolności wykonywania ruchów celowych). Suma uzyskanych punktów daje nam wynik, który interpretujemy: 30-28 norma, 27-24-zaburzenia funkcji poznawczych (łagodne), 23 próg otępienia, 22-20 – otępienie o małym stopniu zaawansowania, 19-10 otępienie o średnim stopniu i 9-0 otępienie głębokie<sup>129</sup>.

Kolejnym obszarem oceny w oparciu o COG jest ocena stanu zdrowia. Wykorzystywane testy, skale do tej oceny, tutaj nie mają większego zastosowania. Indeks Barthel wskazuje funkcjonalność psychoruchową seniora do objęcia go opieką i wskazuje dane ogólne. Pozyskujemy bardziej szczegółowe dane za pomocą ADL, IADL, MMSE. Można się pokusić o Skalę Tinetti (rozszerzona skala pomiaru ryzyka upadku, ocena równowagi i chodu), ale sugeruję, iż w tym obszarze należy się oprzeć li tylko na postawionej diagnozie lekarskiej. Inne skale oceny stanu zdrowia są używane tylko w procesie leczenia i nie będą miały zastosowania w tym projekcie.

Duże znaczenie dla projektu będzie mieć jednak ocena w obszarze społecznym. Ocena środowiska seniora, jego warunków socjalno- bytowych, pełnienia ról oraz ocena relacji społecznych oparta o przeprowadzony wywiad rodzinny i środowiskowy. Badania i analizy dokonuje pracownik socjalny z wykorzystaniem opracowanych gotowych formularzy zawartych w ustawie o pomocy społecznej. Tak więc, proponowane kryteria kwalifikacji osób starszych do zamieszkania w mieszkaniach wspieranych, w oparciu o COG będą oceną

<sup>129</sup> Opis dokonany na podstawie ogólnodostępnych arkuszy skal i testów.



interdyscyplinarnego zespołu. Prócz pracownika socjalnego, ocenę dokonuje opiekun – często członek rodziny, lekarz, pielęgniarka, psycholog, psychoterapeuta. Współpraca członków zespołu w projektowaniu powyższego modelu pozwoli na zapewnienie wysokiego standardu i jakości oferowanego wsparcia niezależnego życia osobom podeszłym wieku, z chorobami neurologicznymi, w tym z chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona.

Projekt modelu/standardu wspieranego mieszkalnictwa winien być kierowany do osób starszych w pierwszych fazach choroby Alzheimera lub Parkinsona, a także do osób ze schorzeniami neurologicznymi w tym po przebytym udarze mózgu, ale bez głębokich deficytów neurologicznych, czyli spastycznych porażień- niedowładów. Wspólne zamieszkanie osób z różnymi dysfunkcjami sprawności to forma permanentnego ich usprawniania - stymulowanie aktywności, działania do samoobsługi, sprostaniu realizacji zadań i podjęcia się podstawowych czynności dnia codziennego. To budowanie interakcji, wzajemnej troski i współdziałania na rzecz dobra wszystkich mieszkańców. Działania te będą miały przełożenie na spowolnienie postępujących zmian chorobowych i stanowiąc kompleksową tj bio-psycho-społeczną rehabilitację.

### **3.3 Dostosowania mieszkania dla osób starszych i z chorobami neurologicznymi, w tym również z chorobą Alzheimera i z chorobą Parkinsona – rekomendacje**

Mieszkania powinny być usytuowane na parterze lub na kondygnacji z dostępem do windy (co rekomenduje Niezabitowski, wskazując na badania Zaniewskiej).<sup>130</sup> Dojście, dojazd do klatki bez dziur, poluzowanych płyt chodnikowych, schody bez ubytków. Na klatce schodowej zainstalowanie mocniejszego światła/żarówek. Schody – kilka stopni- po obu stronach zainstalowane poręcze oraz podjazd na wózek, chodzik. Dostosowanie budynków, pomieszczeń do osób niesprawnych określają przepisy, które regulują te kwestie tj. Ustawa z dnia 7 lipca 1994 r. *Prawo budowlane* (Dz.U. z 2016r.poz 290) oraz Rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002r, w *sprawie warunków technicznych jakimi powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie* Dz.U. z 2015r. poz.1422. Przepisy te wskazują na prawidłowości dotyczących min. dojazdów, dojsć (1,5m), pochylni, wind, drzwi czy pomieszczeń sanitarnych wskazując też na konsekwencje prawne.

Mieszkanie dostosowane do celowanej grupy osób powinno posiadać drzwi wejściowe jak i wewnętrzne szerokie (min.90cm) tak aby senior mógł się przemieścić wózkiem, chodzikiem czy wsparty o laskę. Drzwi wewnętrzne bez zamków, zabezpieczeń, gdyż senior może się zatrzasnąć w pomieszczeniu. Podłogi bez progów, kabli z powierzchnią równą, najlepiej antypoślizgową. Jeśli jest wykładzina, to bez odstających części; bez dywanów, chodników które mogą być przyczyną upadków, ograniczeniem przejazdu wózka, chodzika. Podłoga bez dywanów pozwala na szybkie zmycie rozlanych cieczy i innych zabrudzeń, umożliwia utrzymanie czystości podłóg, minimalizuje ryzyko upadków seniorów. Jednak, jeśli z powodu upodobań lokatorów muszą być dywaniki itp. powinny posiadać one przylepce, maty antypoślizgowe lub należy je umocować do podłoża, tak aby nie odstawały, i nieprzesuwały się po podłodze.

Oświetlenie w łazience, przedpokoju reagujące na ruch. W pokojach prócz głównego oświetlenia, zapewnić dostęp do włącznika światła przy łóżku oraz wskazane zainstalowanie światła nocnego (przypodłogowego) co pozwoli na bezpieczne poruszanie się seniorów w porze nocnej, tym samym zminimalizuje strach, lęk i dezorientację. Kontakty zabezpieczone, dostępne na takiej wysokości aby senior nie musiał się schylać.

<sup>130</sup> M. Niezabitowski, *Środowisko zamieszkania w doświadczeniu osób starszych* , wyd. PŚ Gliwice 2018, s.29.



Pomieszczenia szerokie wyposażone w potrzebne przedmioty z pominięciem mebli szklanych, szczególnie stołów. Meble, urządzenia rozmieszczone przy ścianach, tak by były dostępne i tworzyły oparcie, nie przeszkadzały w przemieszczaniu się lokatorów. Meble na wysokości umożliwiającej dosięgnięcie przedmiotów z wyższych pólek. Łóżka z dostępem z trzech stron, stabilne, nie za niskie o wysokości dostosowanej do swobodnego siadu i bezproblemowego wstania z łóżka (optymalna wysokość to do stawów kolanowych ok. 40-50 cm).

Przy łóżku szafka nocna, niezbędna na podręczne akcesoria: tj okulary, telefon, zegar czy też nadajnik alarmowy (w ramach teleopieki).

Powyższe warunki dostosowania mieszkania zminimalizują ryzyko upadków seniorów i innych zdarzeń niepożądanych. Okna dźwiękoszczelne minimalizujące hałas z zewnątrz, wyposażone w rolety zasłaniające przed intensywnym nagrzaniem i nasłonecznieniu pomieszczenia. Pokoje sugeruje się, jednoosobowe - sypialnie, przestrzenne – tak aby każdy mieszkaniec/ senior miał własną strefę. Wspólna kuchnia, jadalnia, łazienka i pokój/salon jako miejsce na wspólny relaks. Pomieszczenia wspólne powinny być przestronne, opisane lub przedstawione obrazkowo (piktogramy). Dla osób z umiarkowanym otępieniem opisane szafki w kuchni, co w której się znajduje. Pokoje lokatorów opisane np.: Adam, lub/i załączone zdjęcie/obrazek z ulubionym motywem.

Istotnym jest umieszczenie w widocznym miejscu tablicy służącej do zamieszczania numerów ważnych telefonów oraz bieżących informacji jako przypomnienie istotnych spraw. Także zawieszenie widocznego kalendarza z zaznaczoną na bieżąco datą, również ważny jest widoczny z wyraźnym cyferblatem zegar. Akcesoria te są niezbędne do zachowania orientacji w czasie, przestrzeni, szczególnie dla osób z deficytami procesów poznawczych (pierwszy etap AD).

Łazienka z kabiną prysznicową bez brodzika, z możliwością wjazdu wózkami, szeroka umożliwiająca postawienie krzesła kąpielowego lub taboretu z podkładkami antypoślizgowymi. Glazura podłogowa łatwo zmywalna z atestem antypoślizgowym. W kabinie jak i przy toalecie zamocowane uchwyty pomocne przy wstawaniu, siadaniu i dające bezpieczne przemieszczanie się seniora. Toaleta jeśli nie jest umocowana wyżej powinna posiadać nakładkę podwyższającą sedes co zminimalizuje problem wstawania z toalety. Szafki łazienkowe na środki chemiczne zamykane ; środki te nie powinny być bezpośrednio dostępne.

Rekomendowane mieszkania dla 2-3 max 4 osób. Zamieszkiwanie „wspólnotowe” seniorów z deficytami zdrowotnymi (patrz tytuł projektu) to współuczestnictwo i wspomaganie, wspieranie samych siebie poprzez samopomoc współmieszkańców. Oparte o prawidłowe, dobre relacje współmieszkańców, którzy należycie zostali dobrani a przede wszystkim przejawiają chęć zamieszkania wspólnie. Adaptacja seniorów do nowego środowiska jakim jest tu mieszkanie wspierane oznacza wzajemny, zrozumiały system komunikowania wspólnie podzielanych przeżyć, działań, wartości i spostrzegania otaczającej rzeczywistości, czemu sprzyja wcześniejsza znajomość i chęć wspólnego bycia w jednym miejscu, co rekomenduje Niezabitowski.<sup>131</sup> Mieszkania wspierane winny być dogłądane, nadzorowane przez koordynatora przyjmującego rolę opiekuna, „nadzorcy” - osobę przygotowaną do pracy z osobami starszymi, która umiejętnie wychwyci potrzeby seniorów-mieszkańców. Działania te pozwolą na bieżące wychwycenie trudności, narastających problemów w funkcjonowaniu poszczególnych mieszkańców, tak by móc wcześniej podjąć odpowiednie działania zapobiegawcze lub uruchomić dalsze formy wsparcia.

---

<sup>131</sup> Tamże, s.183

#### **4. Współpraca między podmiotami bezpośrednio zajmującymi się wsparciem osób z chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona oraz osób starszych, w szczególności w obszarze pomocy społecznej i ochrony zdrowia**

Wsparcie i pomoc osobom starszym i niepełnosprawnym, w tym z chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona udzielana jest głównie przez samorząd terytorialny (gminę, powiat, województwo), który świadczy usługi lub zleca ich wykonanie podmiotom zewnętrznym zgodnie z obowiązującym ustawodawstwem, szczególnie z zakresu pomocy i integracji społecznej oraz rynku pracy. Są to przede wszystkim świadczenia w formie usług opiekuńczych oraz aktywizacyjno-wspomagających, mających na celu m.in. przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu i aktywizację seniorów, a w przypadku osób niepełnosprawnych również ich rehabilitację zawodową i umożliwienie pracy zarobkowej.

W rozwój usług dla tych grup ludności zaangażowane są także instytucje pozarządowe oraz kościoły i związki wyznaniowe (Caritas Diecezji Opolskiej). Także przedsiębiorstwa społeczne (w tym spółdzielnie socjalne) mogą świadczyć usługi dla seniorów lub być elementem rehabilitacji społeczno-zawodowej osób niepełnosprawnych.

Istotnym elementem tych działań jest również system ochrony zdrowia, którego podmioty systematycznie współpracują z jednostkami organizacyjnymi pomocy i integracji społecznej.

##### **4.1 Formy opieki w obszarze ochrony zdrowia**

**1) Podstawowa opieka zdrowotna (POZ)** jest częścią systemu ochrony zdrowia, zapewniającą zdrowym i chorym seniorom w miejscu zamieszkania bieżące świadczenia zdrowotne. Świadczenia mogą być udzielane w warunkach ambulatoryjnych bądź domowych. Zorientowane są one na usługi z zakresu promocji zdrowia, profilaktyki, edukacji zdrowotnej, diagnostykę schorzeń, leczenie, pielęgnację, rehabilitację, orzekanie o stanie zdrowia, kierowanie do lekarzy specjalistów oraz koordynację kompleksowej opieki medycznej w celu uzyskania optymalnej opieki zdrowotnej i zapewnienia bezpieczeństwa osobom starszym. Stanowi ona podstawowe ogniwo pierwszego kontaktu jednostki i rodziny z systemem opieki zdrowotnej także w zakresie planowania dalszej opieki sprawowanej przez domy pomocy społecznej czy zakłady opiekuńczo-lecznicze.

Świadczenia zdrowotne w ramach podstawowej opieki zdrowotnej powinny zaspokoić potrzeby zdrowotne poprzez:

- stworzenie możliwości wolnego wyboru świadczeniodawców (lekarza, pielęgniarki, położnej),
- zapewnienie opieki lekarskiej poprzez koordynację procesu diagnostyki i leczenia, z ułatwieniem dostępu do konsultacji, badań i zabiegów specjalistycznych,
- zapewnienie opieki pielęgniarskiej i położniczej przez koordynację procesu pielęgnowania w formie wizyt domowych pielęgniarki rodzinnej, pielęgniarki długoterminowej domowej oraz realizację zleceń lekarskich.

*Świadczenia lekarza POZ obejmują:*

- profilaktykę chorób, w tym badania i porady w ramach profilaktyki wieku rozwojowego oraz szczepienia ochronne,
- świadczenia profilaktyki chorób układu krążenia,

- udzielanie porad w leczeniu schorzeń, w tym zapewnienie diagnostyki laboratoryjnej oraz obrazowej i nieobrazowej (EKG, RTG, USG) zgodnie z obowiązującym wykazem,
- wykonywanie zabiegów w gabinecie zabiegowym i w domu pacjenta,
- orzekanie o stanie zdrowia,
- inne świadczenia wynikające z potrzeb populacji objętej opieką, w tym: kierowanie do poradni specjalistycznych i na leczenie szpitalne, kierowanie na rehabilitację i leczenie uzdrowiskowe, kwalifikowanie doświadczeń transportu sanitarnego w POZ i wystawianie zleceń przewozów, wystawianie zleceń na realizację świadczeń pozostających w zakresie zadań pielęgniarstwa POZ, wystawianie zaświadczeń dotyczących stanu zdrowia pacjenta.

#### *Pielęgniarka POZ*

Świadczenia pielęgniarstwa POZ obejmują kompleksową opiekę pielęgniarską nad osobą, rodziną, społecznością w środowisku zamieszkania, z uwzględnieniem miejsca udzielania świadczeń, takie jak:

- świadczenia profilaktyki gruźlicy;
- świadczenia lecznicze, w tym: wykonywanie iniekcji i zabiegów na podstawie zleceń lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego w gabinecie pielęgniarstwa POZ i w domu pacjenta;
- świadczenia diagnostyczne, w tym: pobieranie materiałów do badań diagnostycznych na podstawie zlecenia lekarza POZ, w sytuacji gdy pobranie z przyczyn medycznych powinno być zrealizowane w domu pacjenta;
- świadczenia pielęgnacyjne i rehabilitacyjne, w szczególności dla osób, u których występuje ograniczenie sprawności psychofizycznej w wyniku choroby.

*Transport sanitarny w POZ* - umowa o udzielanie świadczeń transportu sanitarnego w POZ przewiduje realizację następujących przewozów celem podjęcia lub kontynuacji leczenia:

- z miejsca zamieszkania (pobytu) pacjenta na leczenie realizowane w trybie stacjonarnym;
- z miejsca zamieszkania (pobytu) pacjenta na leczenie w trybie dziennym;
- z miejsca zamieszkania (pobytu) na pierwszorazowe świadczenie z rodzaju ambulatoryjnej opieki specjalistycznej albo leczenia stomatologicznego i z powrotem;
- z miejsca zamieszkania (pobytu), w celu wykonania zabiegów i procedur medycznych wynikających z procesu leczenia realizowanego przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej do którego zadeklarowany jest świadczeniobiorca, i z powrotem;
- z miejsca zamieszkania (pobytu) do zakładu długoterminowej opieki zdrowotnej.”

Lekarzem kwalifikującym pacjenta do realizacji przewozu oraz wydającym skierowanie na przewóz jest lekarz POZ. Wydając skierowanie na przewóz, lekarz POZ wskazuje

pacjentowi jednocześnie realizatora przewozu. W przypadku świadczeń transportu sanitarnego w POZ zasady odpłatności pacjenta są takie same jak w przypadku opisanego wcześniej transportu sanitarnego.

**2) Opieka ambulatoryjna** nad osobami starszymi w tym chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona powinna:

- umożliwić długotrwałe i systematyczne leczenie ambulatoryjne podopiecznego, korzystniejsze od opieki stacjonarnej,
- identyfikować czynniki ryzyka wpływające na upośledzenie zdolności osób starszych do samodzielnego życia,
- zapewnić sprawną opiekę lekarską i pielęgniarską w okresach pogorszenia stanu zdrowia,
- łączyć w razie potrzeby pomoc lekarską i pielęgniarską z pomocą społeczną,
- umożliwić prowadzenie działalności zmierzającej do wytworzenia jak największych możliwości samoopieki i samopielęgnacji,
- zapewnić wczesną diagnostykę chorób wieku podeszłego w tym choroby Alzheimera i choroby Parkinsona,
- umożliwić wczesne rozpoznanie powikłań związanych z jednostkami chorobowymi wieku podeszłego w tym choroby Alzheimera i choroby Parkinsona.

W celu zapewnienia warunków do realizacji zadań w podstawowej opiece zdrowotnej niezbędne są wskaźniki i normy przyjęte przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Przyjęty wskaźnik – 2500 podopiecznych w przypadku lekarza rodzinnego i pielęgniarki rodzinnej jest wysoki, co może znacznie ograniczać dostęp do świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych dla osób starszych i osób ze znaczącym deficytem aktywności w życiu codziennym<sup>132</sup>. Problemem w sprawowaniu opieki w ramach POZ jest liczba przypadających rzeczywiście świadczeniobiorców na 1 świadczeniodawcę. W woj. opolskim liczba ta wynosi 3849<sup>133</sup>. Pielęgniarka POZ współpracuje z zespołem osób zajmujących się pacjentem, w skład którego wchodzi: lekarz rodzinny, pielęgniarka opieki domowej długoterminowej, rehabilitant, fizjoterapeuta, psycholog, pracownik socjalny, a także rodzina i opiekunowie.

#### **4.2 Współpraca z innymi podmiotami członków zespołu POZ w ramach koordynacji opieki zdrowotnej nad świadczeniobiorcą**

Współpraca członków zespołu POZ z przedstawicielami innych podmiotów w zakresie koordynacji opieki zdrowotnej nad świadczeniobiorcą dużej mierze wynika z przepisów ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej, która wskazuje, że:

W ramach koordynacji (.....) zespół POZ i poszczególni jego członkowie współpracują z:

- osobami udzielającymi świadczeniobiorcy świadczeń specjalistycznych, w rozumieniu ustawy o świadczeniach;

<sup>132</sup> Zgodnie z obowiązującym Zarządzeniem Prezesa NFZ nr 122/2017/DOSOZ z dnia 15 grudnia 2017 roku.

<sup>133</sup> Zarys analizy opracowanej przez NFZ w lutym 2016.

- przedstawicielami organizacji i instytucji działających na rzecz zdrowia oraz organami administracji publicznej;
- dyrektorami szkół oraz innych placówek, o których mowa w **art. 2 zakres systemu oświaty** pkt 7 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe (Dz. U. z 2017 r. poz. 59 i 949).

Współpraca, o której mowa w ust. 1:

pkt 1 – polega na udzielaniu porad, przekazywaniu informacji, (...), oraz podejmowaniu wspólnych działań w celu zachowania zdrowia i profilaktyki chorób, rozpoznawania i leczenia chorób oraz rehabilitacji świadczeniobiorcy;

pkt 2 i 3 – polega na podejmowaniu wspólnych działań w celu zachowania zdrowia i profilaktyki chorób, w tym promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej oraz identyfikacji czynników ryzyka oraz zagrożeń zdrowotnych.

Członkowie zespołu POZ po otrzymaniu pisemnej informacji, o której mowa w ust. 2 pkt 1, zapoznają się z nią i dołączają do dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy. Informacja ustna wymaga odnotowania w dokumentacji medycznej<sup>134</sup>.

W 2016 r. nie zmieniła się istotnie struktura geograficzna rozmieszczenia placówek ambulatoryjnej opieki zdrowotnej. Najwięcej przychodni oraz praktyk lekarzy i lekarzy dentyków, zlokalizowanych było na terenie województwa śląskiego (3,3 tys.), a najmniej odnotowano w województwie lubuskim, opolskim i świętokrzyskim – po 0,8 tys.<sup>135</sup>

Porady w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) stanowiły w poszczególnych województwach od 44% (woj. mazowieckie) do 58,9% (woj. opolskie) wszystkich porad udzielonych ambulatoryjnie (lekarskich i stomatologicznych).

### 4.3 Opieka długoterminowa

Reforma systemu opieki zdrowotnej ograniczyła hospitalizację osób obłożnie i przewlekle chorych, wymagających wzmożonej i profesjonalnej pielęgnacji i opieki. Opieka ze strony lekarza rodzinnego i pielęgniarki rodzinnej często jest niedostateczna z powodu dużej liczby podopiecznych. Nowa forma opieki, jaka jest pielęgnarska opieka długoterminowa domowa, daje nadzieję na rozwój dobrej jakościowo opieki pielęgnarskiej nad starszymi pacjentami.

Rozpoznanie rezerw somatycznych i psychicznych oraz wykorzystywanie ich do kompensowania utraconej sprawności u pacjentów z deficytem w samoopiece i samopielęgnacji jest podstawowym zadaniem pielęgniarek świadczących opiekę długoterminową domową. Pielęgnacja kompensacyjna pozwala na adaptację do zmienionych warunków życia człowieka na skutek procesu starzenia, choroby i niepełnosprawności.

Pielęgnarska opieka długoterminowa domowa jest świadczeniem zdrowotnym skierowanym do osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych, którzy nie kwalifikują się do leczenia szpitalnego, nie chcą przebywać w zakładach opiekuńczo-leczniczych, a wymagają wzmożonej i systematycznej opieki pielęgnarskiej. Opieką tą mogą być objęte osoby przewlekle chore i unieruchomione, których zdolność do samoobsługi wynosi 6 lub mniej punktów w skali oceny samoobsługi pacjenta. Skala oceny samoobsługi pacjenta obejmuje ocenę następujących czynności podopiecznego: spożywanie posiłków, przemieszczanie się, poruszanie się, wchodzenie i schodzenie po schodach, korzystanie z toalety i utrzymanie higieny osobistej w związku z wydalaniem, kąpiel (mycie pod prysznicem) całego ciała,

<sup>134</sup> Dz.U.2017.0.2217 - Ustawa z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej.

<sup>135</sup> Praktyki lekarskie (indywidualne, indywidualne specjalistyczne i grupowe) realizujące świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych. Dane GUS z 2016 r.



czynności higieniczne np. mycie częściowe, czesanie, golenie, ubieranie i rozbieranie się, oddawanie moczu, oddawanie stolca.

Do zadań pielęgniarki w długoterminowej opiece domowej należy:

- pielęgnacja;
- współudział w leczeniu;
- rehabilitacja;
- przygotowanie podopiecznego i jego rodziny do samoopieki i samopielęgnacji;
- pomoc w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych;
- pomoc w pozyskiwaniu sprzętu medycznego, pielęgnacyjnego i rehabilitacyjnego niezbędnego do właściwej pielęgnacji.

Pielęgniarka w opiece długoterminowej domowej realizuje świadczenia:

- zależnie – w procesie leczenia realizuje zlecenia lekarskie,
- współzależnie – uwzględnia cały zespół interdyscyplinarny, który tworzą profesjonaliści (lekarze, rehabilitanci, dietetyk, psycholog, kapłan) i nieprofesjonaliści (lokalne grupy wsparcia, sąsiedzi),
- niezależnie – w zakresie rozpoznawania czynników zagrożenia zdrowia, profilaktyki powikłań, edukacji dotyczącej przygotowania podopiecznego i jego rodziny do samoopieki i samopielęgnacji oraz w zakresie realizacji całego procesu pielęgnowania.

Pacjent objęty pielęgniarską opieką domową długoterminową ma zapewnione świadczenia od poniedziałku do piątku w godzinach 8.00 – 20.00 oraz w soboty, niedziele, święta i dni wolne od pracy w medycznie uzasadnionych przypadkach. Liczba objętych opieką przez jedną pielęgniarkę jednocześnie nie może przekraczać 5 osób.<sup>136</sup> Jest to bardzo istotny warunek stawiany i egzekwowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia, który gwarantuje dostępność i jakość świadczonych usług.

Czas trwania opieki nie powinien przekraczać 6 miesięcy, w uzasadnionych przypadkach Narodowy Fundusz Zdrowia może wydać zgodę na objęcie opieką powyżej 6 miesięcy w danym roku. Minimalny czas opieki bezpośredniej nie może trwać krócej niż 1 ½ godziny dziennie.

Warunkiem objęcia pielęgniarską opieką długoterminową jest:

- Zgoda pacjenta,
- Wniosek lekarza rodzinnego lub lekarza prowadzącego z oddziału szpitalnego,
- Kwalifikacja pielęgniarska i konieczność wykonywania przynajmniej jednego ze świadczeń:
  - ✓ kroplowego wlewu dożylnego – stałe zlecenie lekarskie,
  - ✓ opatrunków (rany, odleżyny, owrzodzenia),
  - ✓ karmienia przez zgłębnik, przetokę,
  - ✓ założenia i usunięcia cewnika,
  - ✓ pielęgnacja rurki tracheostomijnej.

Pielęgniarka opieki długoterminowej domowej nie może udzielać świadczeń osobom objętym opieką przez hospicjum domowe, stacjonarne placówki opieki zdrowotnej oraz w ostrej fazie choroby psychicznej. Nie może też pełnić funkcji pielęgniarki POZ, ale powinna z nią współpracować – świadczenia powinny być uzupełnieniem usług pielęgniarek rodzinnych (POZ).

---

<sup>136</sup> Dane NFZ w zakresie wytycznych kontraktowania usług.

Warunki lokalowe i sprzętowe, formy organizacyjne oraz zakres zadań określone są w warunkach szczegółowych kontraktowania świadczeń w zakresie opieki długoterminowej wydanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

#### **4.4 Przychodnie specjalistyczne: Poradnia Zdrowia Psychicznego**

**Poradnia zdrowia psychicznego** zajmuje się konsultacjami oraz leczeniem pacjentów w zakresie chorób psychicznych oraz nerwic. Poradnia świadczy usługi zdrowotne na rzecz osób, które ukończyły 18 rok życia. Podstawowym zadaniem Poradni zdrowia psychicznego jest udzielanie świadczeń ambulatoryjnych w zakresie psychiatrii i ochrony zdrowia psychicznego. Świadczenia wykonywane są przez personel lekarski, pielęgniarski i inny posiadający odpowiednie kwalifikacje oraz uprawnienia określone w odrębnych przepisach.

**Świadczenia udzielane są z należytą starannością, z poszanowaniem praw pacjenta, zgodnie z:**

- obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa
- wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej
- dostępnymi metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób
- zasadami etyki zawodowej

Wykonywane procedury:

- udzielanie świadczeń osobom z zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania obserwacja medyczna i ocena przypadków podejrzanych o chorobę lub stany podobne;
- ogólne badanie psychiatryczne;
- zapewnienie podstawowej diagnostyki laboratoryjnej, obrazowej i elektrofizjologicznej;
- zapewnienie konsultacji specjalistycznych.

**Poradnia zdrowia psychicznego zapewnia indywidualne specjalistyczne świadczenia w warunkach ambulatoryjnych z zakresu psychiatrii w postaci:**

- lekarskich konsultacji psychiatrycznych
- diagnostyki i leczenia
- porad i badań psychologicznych
- świadczeń terapeutycznych
- niezbędnych badań diagnostycznych
- opieki pielęgniarskiej
- zabiegów pielęgniarskich w gabinecie zabiegowym

- niezbędnych leków w stanach nagłych
- działań edukacyjno-konsultacyjnych dla rodzin
- promocji zdrowia
- orzekania o stanie zdrowia i zdolności do pracy
- kierowania do innych zakładów opieki zdrowotnej

### **Poradnia geriatryczna**

Poradnia zajmuje się profilaktyką i leczeniem chorób występujących u osób w starszym wieku. Podstawą diagnozowania i leczenia w geriatrici jest kompleksowa ocena geriatryczna.

Poradnia działa jako samodzielna jednostka organizacyjna lub w zespole poradni specjalistycznych. Proponowany obszar objęty opieką to powiat, dzielnica lub miasto liczące około 100–120 tysięcy mieszkańców.

### **Oddziały opieki psychiatrycznej i geriatrycznej**

W **Oddziale psychiatrycznym** udzielane są świadczenia psychiatryczne dla dorosłych obejmujące diagnostykę i leczenie osób z zaburzeniami psychicznymi, w szczególności psychotycznymi, powyżej 18 roku życia. Oddział jest oddziałem koedukacyjnym.

Wykaz podstawowych usług medycznych świadczonych w oddziale psychiatrycznym ogólnym 01:

- leczenie pacjentów z zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania
- obserwacja medyczna i ocena przypadków podejrzanych o chorobę lub stany podobne

Wykonywane procedury:

W leczeniu wykorzystuje się również pozafarmakologiczne metody terapii. Świadczenia udzielane w warunkach stacjonarnych i całodobowych szpitalnych w zakresie psychiatrii obejmują między innymi:

- świadczenia terapeutyczne
- programy terapeutyczne
- niezbędne badania diagnostyczne
- konsultacje specjalistyczne
- psychoterapie
- leki
- wyroby medyczne, w tym wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi
- działania edukacyjno-konsultacyjne dla rodzin
- terapie grupowe z psychologiem

- terapie indywidualne
- terapia zajęciowa
- zajęcia psychoedukacyjne
- różnego rodzaju treningi umiejętności doskonalenia czynności życia codziennego

Warunkiem przyjęcia pacjenta na oddział jest aktualne skierowanie od lekarza oraz zgodnie z Ustawą o Ochronie Zdrowia Psychicznego z 1994 roku z późniejszymi nowelizacjami, zgoda pacjenta na pobyt i leczenie.

Przyjęcia na oddział odbywają się zgodnie z Ustawą o Ochronie Zdrowia Psychicznego (Dz.U. z 1994 r., Nr 111 poz. 535 z późn. zm.):

- za zgodą,
- bez zgody: na podstawie postanowienia Sądu.

### **Dzienne oddziały opieki psychiatrycznej**

Dzienny Oddział Psychiatryczny oferuje leczenie, które rozpoznaje przyczynę zaburzenia i niweluje jego objawy. Oddział dzienny jest pośrednią formą hospitalizacji między oddziałem całodobowym a opieką ambulatoryjną. Głównym elementem oddziaływań leczniczych jest farmakoterapia oraz szeroko rozumiana indywidualna i grupowa psychoterapia. Opiera się także na treningu umiejętności i psychoedukacji, prowadzi treningi pielęgniarstwa. Ważnym elementem jest terapia zajęciowa.

Terapia zajęciowa to leczenie i usprawnianie za pomocą określonych czynności, zajęć i pracy. Jako środek leczniczy, terapia zajęciowa może oddziaływać ogólnie, tzn. na ogólną sprawność fizyczną i psychiczną jednostki lub miejscowo. Terapia zajęciowa, to pewne określone czynności o charakterze zajęć fizycznych lub umysłowych, zalecona przez lekarza a prowadzona przez fachowców w danej dziedzinie, które mają na celu przywrócenie choremu sprawności życiowej. Cel terapii zajęciowej w odniesieniu do poszczególnych pacjentów jest zawsze określany indywidualnie. Formy terapii zajęciowej najczęściej stosowane w oddziałach to:

- ergoterapia – np. rzeźbiarstwo, tkactwo, makrama oraz wszelkiego rodzaju prace ręczne
- arteterapia – terapia wykorzystująca szeroko pojętą sztukę
- biblioterapia – praca z książką, spotkania literackie
- choreoterapia – wykorzystanie form tanecznych
- muzykoterapia – narzędziem pracy jest muzyka
- dramatoterapia – wykorzystuje elementy teatru i psychodramy
- poezjoterapia- czytanie, recytowanie, pisanie wierszy
- kinezyterapia – gimnastyka, zajęcia ruchowe, rozgrywki sportowe oparte na zasadzie fair play, spacer.

Przeprowadzane są również treningi m.in. z zakresu:

- umiejętności społecznych

- rozwiązywania problemów w trudnych sytuacjach międzyludzkich
- trening podstawowych umiejętności prowadzenia rozmowy
- trening kulinarny
- trening z zakresu higieny osobistej

### **Stacjonarne oddziały geriatryczne**

Oddział geriatryczny jest przeznaczony do wykonywania kompleksowych medycznych świadczeń zdrowotnych u chorych po 60 roku życia.

Celem pobytu chorego na oddziale geriatrycznym są:

- przywrócenie lepszego stanu zdrowia osoby objętej hospitalizacją w określonym przedziale czasu, a jeśli nie jest to możliwe ze względu na nieuleczalność choroby, poprawa stanu funkcjonalno-czynnościowego osoby chorej do wyższego poziomu, umożliwiającego opiekę w środowisku domowym;
- spowolnienie rozwoju przewlekłych procesów chorobowych oraz zapobieganie ich zaostrzeniom, tak by umożliwić jak najdłuższe funkcjonowanie chorego w jego środowisku domowym;
- poprawa komfortu życia w przypadkach schorzeń nieuleczalnych, postępujących;
- ustalenie stopnia nieodwracalności chorób przewlekłych. W przypadkach głębokich zaburzeń ustalenie wskazań do ewentualnego umieszczenia w ośrodku opieki długoterminowej;
- wtórna i trzeciorzędowa profilaktyka chorób u osób po 60 roku życia;
- edukacja chorych, ich rodzin oraz opiekunów dotycząca postępowania wobec choroby u pacjenta w starszym wieku i sposobu prowadzenia jego leczenia;

Oddział także spełnia funkcje konsultacyjne w zakresie geriatrii dla innych oddziałów szpitalnych i dla jednostek leczenia otwartego.

Zasady przyjmowania, czas oczekiwania i leczenia:

- oddział nie pełni ostrych dyżurów z wyjątkiem oddziałów internistyczno-geriatrycznych, gdzie z izby przyjęć chorzy są kierowani na oddział zarówno geriatryczny, jak i internistyczny,
- podstawą przyjęcia na oddział jest skierowanie lekarskie — zgodne z obowiązującymi przepisami o kierowaniu do szpitala — i obecność objawów lub schorzeń uzasadniających leczenie na oddziale geriatrycznym,
- pacjent kierowany na oddział geriatryczny powinien spełniać kryterium wiekowe (ukończony 60 lat).

Instytucje, z którymi najczęściej współpracuje oddział geriatryczny:

- lekarz rodzinny;
- oddziały szpitalne z innych jednostek leczenia zamkniętego;
- ośrodki opieki społecznej i powiatowe centra pomocy rodzinie;
- zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze i zakłady opiekuńczo-lecznicze oraz oddziały dla przewlekle chorych;
- hospicja i ośrodki opieki paliatywnej;



- pozarządowe organizacje charytatywne (Fundacje, Stowarzyszenia).

### **Dzienne oddziały geriatryczne:**

Świadczenia udzielane w Oddziale Dziennym Psychiatrycznym Geriatrycznym obejmuje diagnostykę, **leczenie i rehabilitację pacjentów po 60-tym roku życia**. W Oddziale przebywają pacjenci z zaburzeniami:

- funkcji poznawczych z wyjątkiem głębokich otępień,
- lękowymi,
- depresyjnymi,
- psychotycznymi.

Pacjenci uczestniczą w różnego rodzaju formach terapii. Program terapeutyczny obejmuje:

- psychoterapię indywidualną i grupową,
- terapię zajęciową,
- arteterapię,
- poradnictwo psychologiczne.

Pacjenci przyjmowani do Oddziału muszą być sprawni ruchowo w stopniu umożliwiającym codzienne przybycie na Oddział i powrót do domu.

### **Oddziały neurologiczne**

W **Oddziale neurologicznym** udzielane są świadczenia w zakresie leczenia i diagnostyki i rehabilitacji chorób układu nerwowego. Udzielane świadczenia zdrowotne służą zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnie regulujących zasady ich wykonywania.

Wykaz podstawowych usług medycznych świadczonych w Oddziale neurologicznym:

- diagnostyka i leczenie pacjentów z chorobami naczyniowymi mózgu, np. udarami niedokrwiennymi i krwotocznymi mózgu, diagnostyka malformacji naczyniowych
- diagnostyka i leczenie pacjentów z guzami ośrodkowego układu nerwowego
- diagnostyka i leczenie pacjentów z padaczką
- diagnostyka i leczenie pacjentów z chorobą Parkinsona
- diagnostyka i leczenie pacjentów z chorobami nerwowo-mięśniowymi
- diagnostyka i leczenie pacjentów ze schorzeniami kręgosłupa i rdzenia kręgowego oraz nerwów obwodowych
- diagnostyka i leczenie pacjentów z chorobami zwyrodnieniowymi OUN, w tym ze stwardnieniem rozsianym
- diagnostyka i leczenie pacjentów z chorobami nerwów czaszkowych
- diagnostyka i leczenie pacjentów z chorobami zapalnymi OUN
- diagnostyka i leczenie pacjentów z bólami głowy
- diagnostyka i leczenie pacjentów z chorobą neuronu ruchowego

- diagnostyka i leczenie innych chorób układu nerwowego
- leczenie zachowawcze pacjentów

Wykonywane procedury:

W leczeniu wykorzystuje się również pozafarmakologiczne metody terapii. Świadczenia udzielane w warunkach stacjonarnych i całodobowych szpitalnych w zakresie neurologii obejmują:

- opieka lekarska
- opieka pielęgniarska
- opieka logopedyczna
- opieka fizjoterapeutyczna
- niezbędne badania diagnostyczne
- konsultacje specjalistyczne
- leki
- wyroby medyczne, w tym wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi
- działania edukacyjno-konsultacyjne dla rodzin
- profilaktyka zdrowotna

### **Zakłady opiekuńczo-lecznicze i Zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze**

Zakład opiekuńczo-leczniczy świadczy usługi w zakresie pielęgnacji, opieki i rehabilitacji osób niewymagających hospitalizacji. ZOL zapewnia przebywającym w nim osobom środki farmaceutyczne i materiały medyczne na zlecenie lekarza zakładu, a także opiekę w czasie organizowanych zajęć kulturalno-rekreacyjnych. Pacjent przebywający z ZOL uzyskuje opiekę lekarską, leczenie dietetyczne, farmakologiczne, niezbędne konsultacje specjalistyczne, podstawowe badania diagnostyczne, usługi rehabilitacyjne – w zakresie kinezyterapii oraz fizykoterapii, stymulację do aktywności życiowej metodami terapeutycznymi i psychoterapeutycznymi, całodobową i kompleksową pielęgnację, wynikającą z diagnozy pielęgniarskiej, opiekę duszpasterską i możliwość korzystania z obrzędów liturgicznych.

Zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze (ZPO) prowadzone są przez wykwalifikowany personel pielęgniarski. Zakłady te kontynuują leczenie farmakologiczne i postępowanie opiekuńczo-pielęgnacyjne, jednak koszty środków farmakologicznych i materiałów medycznych ponoszone są przez pacjenta. Zajmują się one także edukacją zdrowotną podopiecznych i członków ich rodzin.

Zakłady opieki długoterminowej zapewniają respektowanie podstawowych wartości (w tym wynikających z praw człowieka i pacjenta), takich jak: godność, intymność, niezależność, poczucie bezpieczeństwa, prawo wykonywania wyboru, rozwój osobowości.

Celem pobytu jest:

- zapewnienie bezpieczeństwa i opieki,

- poprawa i/lub utrzymanie stanu zdrowia,
- aktywizacja i usprawnianie ruchowe,
- uzyskanie maksymalnej samodzielności i niezależności,
- zapobieganie powikłaniom wynikającym z procesu chorobowego i unieruchomienia,
- przygotowanie chorego i jego rodziny, opiekunów faktycznych do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych,
- pomoc w zakresie powrotu chorego do aktywnego życia w rodzinie i społeczeństwie.

Sposób i tryb kierowania osób do publicznego zakładu opiekuńczo-leczniczego i pielęgnacyjno-opiekuńczego oraz zasady ustalania odpłatności za pobyt w tych zakładach określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 roku w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych.

Według Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych koszt wyżywienia, zakwaterowania oraz świadczonych całodobowo usług medycznych, pielęgnacyjnych i opiekuńczych stanowi 70% miesięcznego dochodu świadczeniobiorcy.

**Miesięczną opłatę ustala się co do zasady w wysokości odpowiadającej 250% najniższej emerytury, jednakże tak ustalona kwota "nie może być wyższa niż kwota odpowiadająca 70% miesięcznego dochodu świadczeniobiorcy w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej".**

Zgodnie z rozporządzeniem o skierowanie do zakładu może wystąpić:

- osoba ubiegająca się o skierowanie,
- jej przedstawiciel ustawowy,
- inna osoba, za zgodą osoby ubiegającej się o skierowanie albo jej ustawowego przedstawiciela,
- zakład opieki zdrowotnej.

Podstawą skierowania pacjenta do ZPO lub ZOL jest wniosek lekarza POZ lub lekarza wypisującego pacjenta ze szpitala i wywiad pielęgniarki rodzinnej wraz z oceną wg zmodyfikowanej skali BARTHEL (ocena stanu obsługi pacjenta).

Wniosek o skierowanie do zakładu formułowany jest na podstawie dokładnej oceny i analizy stanu zdrowia chorego, sytuacji socjalnej, w tym wydolności opiekuńczej rodziny i środowiska, oraz zakresu niezbędnej pomocy i opieki. Wniosek przekazywany jest lekarzowi wyznaczonemu przez organ kierujący, który dokonuje kwalifikacji.

*Skierowanie powinno zawierać:*

- wniosek lekarza POZ lub lekarza prowadzącego pacjenta z oddziału szpitalnego stwierdzający, że osoba ubiegająca się o skierowanie do zakładu ze względu na stan zdrowia wymaga całodobowej opieki lekarskiej, pielęgniarskiej i rehabilitacji,
- wywiad pielęgniarski przeprowadzony przez pielęgniarkę środowiskową zakładu opieki zdrowotnej, w którym przebywa osoba ubiegająca się o skierowanie do zakładu, wraz z oceną wg. Zmodyfikowanej (10-punktowej) skali Barthel,
- zgody osoby zainteresowanej lub jej opiekuna prawnego na umieszczenie w zakładzie oraz – w przypadku pacjentów z demencją – zgodę sądu opiekuńczego właściwego dla miejsca zamieszkania zainteresowanego,

- dokumenty stwierdzające wysokość dochodu osoby ubiegającej się o skierowanie do zakładu albo osoby zobowiązanej do ponoszenia odpłatności za pobyt w zakładzie,
- zaświadczenie wydane przez lekarza psychiatrę o braku przeciwwskazań psychiatrycznych do pobytu w zakładzie, z adnotacją o świadomej i dobrowolnej zgodzie.

Skierowanie do ZPO wydaje się na czas określony (6 miesięcy), a do ZOL na czas określony (6 miesięcy) lub na stałe, w zależności od stanu samoobsługi pacjenta, określonej zmodyfikowaną 10-punktową skalą wg Barthel. Przedłużenie czasu pobytu w uzasadnionych medycznie przypadkach wymaga akceptacji wojewódzkiego oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia.

Osoba ubiegająca się o przyjęcie do zakładu opiekuńczo-leczniczego powinna otrzymać decyzję o przyjęciu w ciągu 3 miesięcy lub zostać umieszczona na liście oczekujących i przyjęta do zakładu w okresie 12 miesięcy. W przypadku uzasadnionym stanem zdrowia lub zdarzeniem losowym osoba ubiegająca się może być przyjęta poza kolejnością.

Przeciwwskazaniem do leczenia w ZPO lub ZOL jest terminalna faza choroby nowotworowej (wskazane świadczenia hospicyjne), zaostrzenie choroby psychicznej (przyjęcie do oddziału psychogeriatrycznego) oraz wskazania socjalne (skierowanie do domu pomocy społecznej). Przedłużenie czasu pobytu wymaga akceptacji płatnika. Kierownik zakładu ma obowiązek poinformowania lekarza POZ o objęciu pacjenta opieką długoterminową.

## **5. Model mieszkania wspomaganego dla osób z chorobami neurologicznymi, w tym z chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona – korzyści społeczne i ekonomiczne**

Dynamika zmian demograficznych i społecznych wymaga rozwoju i doskonalenia działań publicznych, w tym szczególnie systemowego wsparcia grup ludności o określonych potrzebach. Świadczone obecnie usługi społeczne (opiekuńcze, praca socjalna, poradnictwo specjalistyczne, skierowanie do domu pomocy społecznej lub innego ośrodka wsparcia), określone są w ustawie o pomocy społecznej, a ich sposób realizacji sprecyzowany w odpowiednich rozporządzeniach.

Pobyt w mieszkaniu wspomaganym jest wprowadzić znaną formą wsparcia, jednak – nieuwzględnioną w ustawie o pomocy społecznej<sup>137</sup> i stosowaną bardzo rzadko. Definicja mieszkania wspomaganego zawarta została jedynie w *Wytocznych w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków EFS i EFRR na lata 2014-2020*.

Pierwsze mieszkania wspomagane powstały 20 lat temu w Stargardzie Szczecińskim, w wyniku współpracy Towarzystwa Budownictwa Społecznego z samorządem gminnym.

Obecnie – sposób organizacji i finansowania pobytu w mieszkaniu wspomaganym jest bardzo zróżnicowany, ponieważ zależy od regulacji prawnych obowiązujących w samorządzie (uchwały samorządu terytorialnego)<sup>138</sup>. Zatem – wprowadzenie standardu tej wyjątkowej formy wsparcia umożliwi jej upowszechnienie i ujednolicenie stosowania, wpływając korzystnie na jej jakość i dostępność. Upowszechnione wzory i modele działania,

<sup>137</sup> Ustawodawca w zmianie z 2017 r. wprowadził nowe pojęcie: *mieszkanie chronione wspierane* (art. 53 ust. 10 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2017 r., poz. 1769, 1985, z 2018 r. poz. 650,700).

<sup>138</sup> Zob. *Za życiem pod lupą: komu mieszkanie chronione?*, <http://www.niepelnosprawni.pl/ledge/x/576278>

umożliwiają zaspokojenie szczególnych potrzeb lokalnej społeczności w sposób zgodny z opisanym wzorem<sup>139</sup>.

Standard/model mieszkania wspomaganego dla osób z chorobami neurologicznymi, winien uwzględniać indywidualny poziom samodzielności osoby umieszczonej w mieszkaniu, tzn. jej indywidualne potrzeby, a jednocześnie - możliwość wsparcia ze strony rodziny i najbliższego otoczenia.

Budowanie standardu winno być poprzedzone rozpoznaniem szczególnych potrzeb osób z chorobami neurologicznymi oraz rozpoznaniem zasobów i możliwości środowiska lokalnego (zasoby instytucjonalne, kadrowe, finansowe).

Usługi o charakterze wspierająco-aktywizującym, realizowane w mieszkaniu wspomaganym, winny uwzględniać zaspokojenie potrzeb osób chorych, jednak z wykorzystaniem potencjału oraz rezerw biologicznych i psychicznych tych osób. Celem jest udzielenie wsparcia we współpracy i współdziałaniu osób wspieranych - tak, aby jak najdłużej utrzymać sprawność, aktywność osób niesamodzielnych i odsunąć w czasie konieczność umieszczenia w placówce stacjonarnej<sup>140</sup>.

Mieszkalnictwo wspomagane jest nową formą wsparcia osób niesamodzielnych, dzięki której osoby ze specjalnymi potrzebami (chorzy, niepełnosprawni fizycznie i intelektualnie, osoby z zaburzeniami psychicznymi), mogą otrzymać pomoc i opiekę, jednocześnie pozostając jak najbliżej miejsca zamieszkania, zachowując ścisły kontakt z rodziną i otoczeniem społecznym, aktywnie uczestnicząc w procesie pomagania. Mieszkanie wspomagane w istotny sposób uzupełnia system wsparcia osób niesamodzielnych (obejmujący: domy pomocy społecznej, placówki wsparcia dziennego, usługi opiekuńcze realizowane w miejscu zamieszkania, a także inne formy wsparcia środowiskowego)<sup>141</sup>.

Ważnym argumentem przemawiającym za rozwojem środowiskowych form wsparcia, jest wysoki i stale wzrastający koszt opieki stacjonarnej (instytucjonalnej).

Z uwagi na niewystarczający zakres świadczeń opiekuńczych w miejscu zamieszkania osób niesamodzielnych, najczęściej stosowaną obecnie formą wsparcia jest skierowanie do domu pomocy społecznej lub zakładu opiekuńczo-leczniczego. W przypadku domów pomocy społecznej – koszt odpłatności za pobyt ponoszony jest przez: samego mieszkańca (do wysokości 70% jego dochodu), najbliższą rodzinę (małżonka, zstępnych przed wstępnymi, jednak do wysokości określonego kryterium dochodowego rodziny), a kiedy środki te nie pokrywają całego miesięcznego kosztu utrzymania – częściową odpłatność ponosi gmina miejsca zamieszkania osoby, przed jej umieszczeniem w DPS.

Badania wskazują, że gminy ponoszą coraz wyższe koszty utrzymania mieszkańców w domach pomocy społecznej, które obejmują prawie 30% wszystkich wydatków gmin przeznaczonych na świadczenia pomocy społecznej.

W 2017 r. w domach pomocy społecznej przebywało ok. 80 tys. osób, z tego – prawie 60 tys. osób (75%), opłacało tylko część bieżącego kosztu utrzymania, pozostałą kwotę zastępczo ponosiły gminy miejsca zamieszkania osób przed umieszczeniem w DPS. Koszt tej odpłatności dla Polski ogółem wyniósł 1 419,6 mln zł i był prawie 3-krotnie wyższy niż w 2010 r.

W latach 2010-2017:

<sup>139</sup> Usługi społecznie użyteczne realizowane są najczęściej przez państwo lub administrację samorządową w celu zaspokojenia najbardziej pilnych potrzeb o charakterze społecznym (w przeciwieństwie do potrzeb indywidualnych, czy wyższego rzędu). Z natury swej muszą być subsydiowane, a z uwagi na ograniczone możliwości finansów publicznych, mogą z czasem być realizowane na niższym poziomie lub w mniejszym zakresie. Patrz: R. Szarffenberg, *Standaryzacja usług społecznych*, WRZOS. Warszawa 2011, s. 37

<sup>140</sup> *STANDARDY USŁUG POMOCY SPOŁECZNEJ interwencji kryzysowej, usług opiekuńczych świadczonych w miejscu zamieszkania, poradnictwa specjalistycznego, w tym poradnictwa specjalistycznego dla osób niepełnosprawnych, członków rodzin osób niepełnosprawnych oraz osób wspierających osoby niepełnosprawne. Rekomendacje metodyczne i organizacyjne*. Praca zbiorowa, Warszawa, grudzień 2013, <http://ozrss.pl/wp-content/uploads/2015/04/Standardy-uslug-pomocy-spolecznej.pdf>

<sup>141</sup> *Mieszkalnictwo wspomagane formą deinstytucjonalizacji*, Dziennik Warto Wiedzieć, czerwiec 2018 r. <http://wartowiedziec.pl/polityka-spoleczna/40438-mieszkalnictwo-wspomagane-forma-deinstytucjonalizacji>



- prawie dwu-krotnie wzrosła liczba osób korzystających z pobytu w DPS, za które gminy ponosiły częściową odpłatność – z 32 tys. osób w 2010 r. do prawie 60 tys. w 2017 r.,
- o 44% wzrosła odpłatność miesięczna gminy przypadająca na 1 osobę umieszczoną w DPS (z 1 675 zł w 2010 r. do 2 408 zł w 2017 r.),
- całkowity koszt odpłatności gmin za pobyt mieszkańców w domach pomocy społecznej wzrósł z 526,7 mln zł w 2010 r. do 1 419,6 mln zł w 2017 r.<sup>142</sup>

Ponadto – gminy borykają się z problemem ściągłości opłat od rodzin zobowiązanych do alimentacji. Powodem tej sytuacji jest m.in. duża skala migracji zarobkowych (zwłaszcza w przypadku woj. opolskiego) oraz trudności w nawiązaniu kontaktu z rodziną przebywającą za granicą i zobowiązaniu jej do ponoszenia odpłatności za pobyt rodzica w DPS<sup>143</sup>.

W starzejącym się społeczeństwie - oprócz zmian demograficznych (m.in. w zakresie struktury ludności wg wieku), następują również zmiany modelu rodziny, polegające na przejściu od tradycyjnej rodziny wielopokoleniowej - do rodziny zatowarowanej, w której osłabieniu ulega opiekuńcza funkcja rodziny, zwłaszcza wobec najstarszych jej członków.

Ograniczone możliwości rodziny w zakresie organizowania opieki i pomocy seniorom, wpływają na wzrost zapotrzebowania na różnego typu pomoc i wsparcie ze strony innych osób i instytucji.

Rosnąca długość życia jest zjawiskiem pozytywnym wówczas, kiedy występuje tzw. *pomyślnie starzenie się* (w zdrowiu, przy wysokim stopniu samodzielności osób starszych). Jednak – kiedy większość osób w podeszłym wieku jest niesamodzielnych, z powodu współwystępowania wielu przewlekłych chorób, wzrost grupy najstarszych mieszkańców rodzi poważne skutki ekonomiczne i społeczne.

Badania, ekspertyzy, a także doświadczenia krajów europejskich, w których te procesy trwają od dawna, wskazują na pilną potrzebę rozwoju systemu opieki i wsparcia, obejmującego różnego typu usługi społeczne, których wspólnym mianownikiem jest sposób ich organizacji – najlepiej w miejscu zamieszkania osoby niesamodzielnej, a w szczególnych przypadkach (np. osób z chorobami neurologicznymi) – w formie pakietu usług świadczonych w mieszkaniu wspomagającym. W ten sposób możliwe jest zaspokojenie specyficznych potrzeb tych osób, przy zachowaniu optymalnego poziomu ich samodzielności i aktywności. Odpowiednio zorganizowana pomoc w formie mieszkania wspomagającego może opóźnić moment, w którym konieczne będzie zapewnienie opieki całodobowej w formie instytucjonalnej.

Celem rozwoju mieszkalnictwa wspomagającego jest nie tylko poprawa skuteczności działań opiekuńczych i wspierających, ale również przekształcenie systemu opieki – *od instytucji do usług świadczonych w lokalnych społecznościach*. Chodzi o poprawę koordynacji i współdziałanie instytucji należących do różnych resortów, wzmocnienie ich współpracy z rodzinami osób chorych i ich otoczeniem.

W efekcie deinstytucjonalizacji - usługi społeczne dla osób niesamodzielnych świadczone będą w sposób kompleksowy i wielostronny, jednocześnie przy uwzględnieniu ich specyficznych i indywidualnych potrzeb. Nastąpi poprawa jakości oraz dostępności usług społecznych dla różnych grup osób niepełnosprawnych i przewlekle chorych.

<sup>142</sup> Sprawozdanie MRPiPS-03 z udzielonych świadczeń pomocy społecznej, pieniężnych, w usługach i naturze za 2015, 2016 i 2017 r., <https://www.mpips.gov.pl/pomoc-spoeczna/raporty-i-statystyki/statystyki-pomocy-spoecznej/>

<sup>143</sup> Marta Giezek, Rafał Iwański, *Mieszkanie chronione i wspomagane dla osób starszych w ujęciu społeczno-ekonomicznym*, [w:] Handel Wewnętrzny 2017, zob. także *Społeczne skutki zagranicznych migracji woj. opolskiego* - wybrane problemy dzieci i osób starszych, badanie ROPS w Opolu, <http://ois.rops-opole.pl/download/Eurosieroctwo%20dzieci%20-%20monitoring%20zjawiska.pdf>

## 6. Doświadczenia i standardy międzynarodowe w zakresie deinstytucjonalizacji usług i wspomagania osób z chorobami neurologicznymi, w tym z chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona oraz osób starszych

Rozwiązania dotyczące deinstytucjonalizacji usług i wspomagania osób z chorobami neurologicznymi, w tym z chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona oraz osób starszych są przedmiotem zainteresowania w wielu krajach na świecie od kilku dekad. Poniższe przykłady modelowych rozwiązań i dobrych praktyk dotyczą wybranych krajów i choć kontekst społeczno-kulturowy, polityka społeczna czy kwestie finansowania różnią się czasami dość znacznie, łączy je kilka wspólnych elementów wyznaczających standardy opieki senioralnej.

Po pierwsze, wszystkie opisywane przypadki stanowią jedynie część struktury rozbudowanego i skomplikowanego systemu opieki danego kraju - opieki budowanej często na długiej tradycji oraz różnorodnych, weryfikowanych i modyfikowanych, rozwiązaniach. Jednak pomimo historycznie i kulturowo uwarunkowanych różnic, w zakresie opieki nad osobami starszymi priorytetem w opisywanych krajach jest szeroko pojęta deinstytucjonalizacja usług.

Po drugie, opisywane doświadczenia wyrastają z konkretnych podejść filozoficznych i koncepcji gerontologicznych; spójność teorii i praktyki skutkuje nie tylko trwałością rozwiązań, ale także dużym stopniem identyfikacji z nimi różnych stron zaangażowanych w opiekę: pacjentów, ich rodzin, personelu czy szerszego środowiska.

Ponadto we wszystkich opisywanych przypadkach niezwykle istotną rolę w projektowaniu i realizacji usług odgrywają ośrodki naukowe. Współpraca z uczelniami oraz instytutami badawczymi dostarcza zweryfikowanych wzorców służących deinstytucjonalizacji – od kwestii zabezpieczenia potrzeb społecznych po rozwiązania architektoniczne.

Ostatnia kwestia wspólna dla opisywanych przypadków na którą warto zwrócić uwagę to obecne we wszystkich opisywanych w raporcie krajach, a towarzyszące wprowadzanym rozwiązaniom szeroko zakrojone społeczne kampanie uświadamiające. Ich celem jest oswojenie opinii publicznej ze starością i towarzyszącymi jej chorobami, a co za tym idzie przyzwyczajenie do myśli, że osoby zmagające się z tymi problemami mogą być naszymi sąsiadami i członkami społeczności, którym należy się równorzędne traktowanie. Wpływanie w ten sposób na opinię publiczną tworzy społeczny klimat sprzyjający wprowadzanym rozwiązaniom.

Poniżej zaprezentowane przekłady rozwiązań modelowych dotyczących mieszkalnictwa wspomagane w wybranych krajach, stosują odmienną terminologię. *Deinstytucjonalizacja* kojarzona jest z różnym formami i procesami, w związku z tym - do opisu praktyk służących deinstytucjonalizacji używane będą takie nazwy jak: życie / mieszkanie chronione/wspierane/wspomagane (ang. *assisted/serviced/supported/sheltered living* lub *accomodation*) życie/mieszkanie niezależne (ang. *independent living*), życie/mieszkanie w społeczności (ang. *community living*), życie/mieszkanie na małą skalę (ang. *small scale living*), mieszkanie bezpieczne (ang. *secure housing*).

### 6.1 Belgia

Belgia, ze względu na federalną strukturę kraju i podziałem na autonomiczne regiony i prowincje, jest krajem o skomplikowanym systemie opieki zdrowotnej i społecznej<sup>144</sup>. Odpowiednik ministerstwa zdrowia i środowiska (Federal Public Service for Public Health, Food Chain Safety and the Environment) jest instytucją wyznaczającą kierunki polityki

<sup>144</sup>A. Declercq, M. Demaerschalk, Ch. Van Audenhove, H. de Keyser, L. Zelderloo, *Country Report, Belgium*, w: *Deinstitutionalisation and community living – outcomes and costs: report of a European study. Volume 3: Country reports*, J. Beadle-Brown, A. Kozma (red.), Canterbury: Tizard Centre, University of Kent 2007, s. 20-37.

zdrowotnej, natomiast wszystkie regiony mają własne strategie, także w odniesieniu do osób starszych, cierpiących na schorzenia neurologiczne i psychiczne (np. belgijskie Flandria i Walonia posiadają regionalne plany dotyczące demencji<sup>145</sup>). Podobnie jak w innych opisywanych krajach deinstytucjonalizacja jest priorytetem w opiece nad osobami starszymi, a system ubezpieczeń pokrywa zarówno koszty opieki instytucjonalnej jak i pozainstytucjonalnej<sup>146</sup>.

Przykładem regionalnej polityki w opisywanym zakresie jest flamandzka strategia dotycząca demencji. Jej główne założenia opierają się na zindywidualizowanej i zintegrowanej opiece, w której istotna jest perspektywa pacjentów, traktowanych jako pełnoprawnych uczestników procesu planowania i realizacji opieki, a także ich rodzin, przyjaciół, społeczności w których żyją. Jest to jednocześnie podejście skoncentrowane raczej na potrzebach i oczekiwaniach pacjentów, a nie na ich chorobach i deficytach; podejście, w którym ważne są dialog i autonomia pozwalające na sprawowanie kontroli nad własną opieką i pozostawanie w jak największym stopniu częścią społeczeństwa.

W przywoływanej strategii mieści się również dążenie do zapewnienia opieki pozainstytucjonalnej, zbliżonej w charakterze do domowej tak długo jak to możliwe, co wiąże się także z docenieniem roli nieformalnych opiekunów. Ich przygotowaniu do pełnionej roli służył np. plan z 2014 roku: *Competence-based basic dementia care in the natural environment/ Oparta na kompetencjach opieka nad osobami z demencją w naturalnym środowisku*. Działaniom służącym deinstytucjonalizacji towarzyszą także kampanie uświadamiające skierowane do opinii publicznej, przełamujące stereotypowe postrzeganie osób starszych i sprzyjające ich inkluzji (np. *Forget dementia. Remember the person/ Zapomnij o demencji. Pamiętaj o człowieku*)<sup>147</sup>.

W odniesieniu do deinstytucjonalizacji opieki nad osobami starszymi, Belgia uznawana jest za kraj pionierski na skalę światową w zakresie mieszkalnictwa typu *small-scale living* (*mieszkanie na małą skalę*). Przykłady domów wpisujących się w *small-scale living* można znaleźć w belgijskiej Flandrii, gdzie zaczęły być budowane w latach 80. XX wieku. *Mała skala* oznacza zamieszkiwanie razem przez 6-16 osób, które tworzą żywe środowisko społeczne, w rozpoznawalnym otoczeniu przypominającym w jak największym stopniu warunki domowe, będąc jednocześnie zintegrowanym z otaczającym sąsiedztwem<sup>148</sup>. Projektowanie tego typu mieszkalnictwa oparte jest na założeniach opisanych przez P. Verhaest'a, który z kolei powołuje się na bogatą literaturę psychogerontologiczną.

P. Verhaest zwraca uwagę na dwie fundamentalne kwestie istotne w kontekście projektowania miejsc zamieszkania dla osób starszych ze specyficznymi problemami zdrowotnymi: potrzebę przynależności (ang. *belonging*) oraz potrzebę indywidulanego sprawstwa (ang. *agency*). Zaspokajając potrzebę przynależności istotne jest *zapewnienie swobody przemieszczania się oraz stworzenie otoczenia wspierającego osobowość pacjenta*.

W zakresie poczucia sprawstwa z kolei istotne są *komfort sensomotoryczny i środowisko wspierające orientację przestrzenną*. *Komfort sensomotoryczny* związany jest z kilkoma zasadami projektowania przestrzeni, które łączą się ze zwiększonym wpływem czynników zmysłowych na samopoczucie pacjentów. Kluczową zasadą jest odpowiednie naświetlenie pomieszczeń, a w szczególności wyeksponowanie rzeczy/sprzętów istotnych dla codziennego funkcjonowania z odsunięciem innych w obszar tła. Pacjenci z chorobą

<sup>145</sup> Belgium National Dementia Strategies, <https://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/National-Dementia-Strategies/Belgium>.

<sup>146</sup> Country Note: Belgium – A Good Life in Old Age, OECD/European Commission, June 13, <https://www.oecd.org/els/health-systems/Belgium-OECD-EC-Good-Time-in-Old-Age.pdf>.

<sup>147</sup> Continuing to build a dementia-friendly Flanders together. Updated Dementia Plan for Flanders 2016-2019, Vlaamse Regering 2016, <https://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/National-Dementia-Strategies/Belgium>.

<sup>148</sup> P. Verhaest, *Dementia Friendly Environments: The Physical Dimension in Support of Psychosocial Wellbeing*, w: G. Marquardt, A. Viehweger (red.), *Architecture for People With Dementia. Planning Principles, Practices and Future Challenges*, Dresden 2014, s. 25-26; I. Van Steenwinkel, *Offering architects insights into living with dementia. Three case studies on orientation in space-time-identity*, KU Leuven 2015.

Alzheimerów mają osłabioną zdolność odróżniania kolorów oraz postrzegania kontrastów i głębi, dlatego istotne jest z jednej strony wprowadzenie odpowiednich kontrastów w pomieszczeniach, z drugiej – uproszczenie kolorystyczne otoczenia. I tak np. meble powinny kontrastować z otaczającymi je ścianami i podłogą, unikać powinno się wzorzystych tapet, dywanów, zasłon czy lśniących powierzchni jako komplikujących postrzeganie otoczenia i tworzących zbędny wizualny balast.

Innym aspektem jest zapewnienie komfortu dźwiękowego, poprzez ograniczenie przeszkadzających i pobudzających dźwięków z otoczenia na rzecz dźwięków istotnych terapeutycznie (np. muzyki). Jednym z najdotkliwszych objawów chorób wieku starszego jest zanik poczucia orientacji przestrzennej, stąd tak ważne jest tworzenie warunków do *swobody przemieszczania się w środowisku wspierającym orientację przestrzenną*. Takie środowisko wspomaga proces uczenia się strategii orientacji w przestrzeni, co zapobiega zarówno poczuciu niepewności jak i bezcelowemu błąkaniu się wobec niemożności znalezienia celu czy upadkom podczas napotykania barier (np. zamkniętych drzwi). Jest to środowisko zapewniające z jednej strony bezpieczeństwo, a z drugiej swobodę poruszania się niezbędną zarówno dla zdrowia fizycznego, jak i samopoczucia psychicznego. Rozwiązując dylemat pomiędzy bezpieczeństwem a autonomią istotne jest stworzenie takiego środowiska, w którym pacjenci będą konfrontowani z przestrzennymi ograniczeniami tak rzadko jak to możliwe, a istniejące bariery będą jak najmniej zauważalne. Można to osiągnąć np. poprzez takie umiejscowienie zamkniętych drzwi aby były mało dostępne lub niezauważalne (np. poprzez ich wizualne „złanie” z kolorem i fakturą ściany) czy też naturalne ogrodzenie terenu zamiast montażu typowego, solidnego płotu.

Jednocześnie wszystkie istotne dla funkcjonowania miejsca powinny być w zasięgu wzroku, a każda przestrzeń lub jej część powinna być na tyle charakterystyczna, aby mogła być intuicyjnie rozpoznana (np. kuchnia, jadalnia, świetlica), co w dużej mierze ogranicza projektowanie przestrzeni wielofunkcyjnych<sup>149</sup>. Orientacji w przestrzeni służą też oznaczenia pokoi prywatnych za pomocą znaków zawierających zarówno ikonografię jak i tekst, imiona i nazwiska pacjentów uzupełnione ich zdjęciami portretowymi z czasów młodości lub innymi elementami wspomnieniowymi<sup>150</sup>. *Stworzenie otoczenia wspierającego osobowość pacjenta* oznacza zadbanie o pojawienie się znanych znaków tożsamości, pamiątek, symboli wspomnień, ale także zapewnienie relacji społecznych przy zachowaniu równowagi pomiędzy potrzebą prywatności a przynależności do grupy.

W zakresie organizacji wnętrza oznacza to np. stworzenie w przestrzeniach wspólnych (np. świetlicy) miejsc, gdzie można w nieznacznym oddaleniu przez jakiś czas przebywać na osobności oraz ulokowanie pokoi rezydentów tak, aby w miarę możliwości przylegały do wspólnych przestrzeni i były z nich widoczne. Jednym z przykładów opisanego powyżej typu mieszkalnictwa we Flandrii jest dom stowarzyszenia Menos, w którym osiem prywatnych pokoi i cztery różniące się od siebie obszary wspólne są ulokowane na przemian w obrębie budynku, a jednocześnie każdy z pokoi prywatnych przylega do jednej z części wspólnych, co sprawia, że zachowana jest równowaga pomiędzy przestrzenią prywatną z wspólną. Dodatkową korzyścią takiego rozwiązania jest ograniczenie powierzchni korytarzy, co automatycznie zwiększa metraż przestrzeni wspólnych<sup>151</sup>.

Podobne do belgijskich rozwiązania znajdujemy także w innych krajach opisywanych, niemniej jednak pionierska rola Belgii w ich wprowadzaniu z pewnością zasługuje na uwagę i docenienie.

<sup>149</sup> P. Verhaest, dz. cyt., s. 20-24.

<sup>150</sup> G. Marquardt, K. Buter, T. Motzek, *Impact of the Design of the Built Environment on People With Dementia – an Evidence-based Review*, w: G. Marquardt, A. Viehweger (red.), *Architecture for People With Dementia. Planning Principles, Practices and Future Challenges*, Dresden 2014, s. 48.

<sup>151</sup> P. Verhaest, dz. cyt., s. 24-27.

## 6.2 Finlandia

Finlandia jest jednym z krajów o najbardziej zdecentralizowanym systemie opieki zdrowotnej i społecznej. Główne kierunki polityki społecznej wyznacza *Ministerstwo Spraw Społecznych i Zdrowia (Ministry of Social Affairs and Health)*, natomiast decyzje odnoszące się do poziomu lokalnego podejmowane są przez gminne komitety zdrowia (czasami połączone z komitetami usług społecznych) w każdej z 444 gmin. Strukturalna zmiana dotycząca opieki nad osobami starszymi nastąpiła w latach 90., kiedy opiekę instytucjonalną zaczęto zastępować mieszkaniem chronionym (ang. *sheltered accomodation*)<sup>152</sup>, a jedną z ważniejszych instytucji w odniesieniu do omawianego zagadnienia stał się *The National Institute for Health and Welfare (THL)* działający od 2009, po połączeniu National Public Health Institute (KTL) z National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES).

Na uwagę zasługuje także prężnie działające Alzheimer Society of Finland, które miało duży wpływ na ustanowienie w 2012 roku *National Memory Strategy*<sup>153</sup>.

Finlandia, podobnie jak inne kraje skandynawskie opiera swój system opieki na wysokich podatkach płaconych całe życie i zapewniających funkcjonowanie systemu o wysokiej jakości. Obecnie polityka kraju, wyznaczana przyjętą w 2012 roku legislacją (*Act on Supporting the Functional Capacity of the Older Population and on Social and Health Care Services for Older Persons*) zmierza do dalszej deinstytucjonalizacji, wprowadza mieszane zarządzanie zapewnieniem opieki (angażujące instytucje publiczne, prywatne i trzeci sektor), która w przypadku osób starszych przybiera coraz częściej postać *funkcjonowania wspomagane* (ang. *assisted living*). Termin ów oznacza różnorodne formy wspomagania, których wspólnym mianownikiem jest stworzenie środowiska zbliżonego do warunków domowych, a nacisk położony jest na zachowanie autonomii i prywatności oraz unikanie organizacji wsparcia w formie typowej dla opieki instytucjonalnej<sup>154</sup>.

Priorytetem w polityce dotyczącej osób starszych, w tym cierpiących na schorzenia neurologiczne i psychiczne jest zapewnienie im życia we własnym domu, co oznacza zapewnienie przez władze gminne takich rozwiązań w zakresie mieszkalnictwa, które byłyby dostępne i bezpieczne dla osób starszych, zapewnienie funkcjonalnego systemu transportu i zakupów, nowe rozwiązania łączące opiekę z codziennym funkcjonowaniem (w tym dostępne usługi zdrowotne i rehabilitacyjne, wsparcie w przeprowadzanych remontach, rozwiązania technologiczne pozwalające na kontakt z innymi, w tym umożliwiające zdalne konsultacje medyczne)<sup>155</sup>. Efektem takiej polityki jest systematycznie zmniejszający się odsetek osób powyżej 75 r.ż. korzystających z opieki instytucjonalnej (obecnie wynosi 2,1%) na rzecz opieki we własnych domach lub ośrodkach je przypominających<sup>156</sup>. Jednocześnie dąży się, aby opieka domowa miała formę opieki nieformalnej sprawowanej przez członków rodziny. Funkcjonujący w tym zakresie w Finlandii system pozwala na porozumienie pomiędzy opiekunem rodzinnym a władzami gminy, które może obejmować wynagrodzenie dla opiekuna, dni wolne i zapewnienie w czasie ich trwania zastępstwa, niezbędne usługi dla osoby pozostającej pod opieką, a także inne usługi wspomagające nieformalną opiekę (np. szkolenia, badania okresowe, działania podtrzymujące dobre samopoczucie opiekuna)<sup>157</sup>. Opiekunowie

<sup>152</sup> R. Hayward, *Country Report, Finland*, w: *Deinstitutionalisation and community living – outcomes and costs: report of a European study. Volume 3: Country reports*, J. Beadle-Brown, A. Kozma (red.), Canterbury: Tizard Centre, University of Kent 2007.

<sup>153</sup> *Alzheimer Society of Finland*, <https://www.muistiliitto.fi/en/alzheimer-society-finland>.

<sup>154</sup> J. Pirhonen, *Good Human Life in Assisted Living for Older People. What the residents are able to do and be*, Acta Universitatis Tamperensis 2272, Tampere University Press, Tampere 2017, s. 19.

<sup>155</sup> *Prioritising home care*, <https://thl.fi/en/web/ageing/prioritising-home-care>.

<sup>156</sup> *Older people services in figures*, <https://thl.fi/en/web/ageing/older-people-services-in-transition/older-people-services-in-figures>.

<sup>157</sup> *Support for informal care*, <https://thl.fi/en/web/ageing/prioritising-home-care/support-for-informal-care>; *Act on Supporting the Functional Capacity of the Older Population and on Social and Health Care Services for Older Persons*,



nieformalni przechodzą szkolenie wstępne mające na celu w pierwszej kolejności ocenę ich zdolności do podjęcia się zadania, a następnie przygotowanie ich do sprawowania opieki<sup>158</sup>.

Istotnym elementem wspomagającym deinstytucjonalizację jest dostosowanie mieszkań dla potrzeb osób starszych. Zwiększająca się szczególnie w dużych miastach liczba osób starszych oznacza wyzwania w postaci przeprojektowania istniejących domów i ich otoczenia tak, aby odpowiadały potrzebom seniorów, co w wydaniu fińskim ma charakter rozwiązania systemowego<sup>159</sup>. W latach 2013-2017 realizowany był *Narodowy Program Mieszkalnictwa dla Osób Starszych (Housing development programme for older population for 2013-2017)*, w tym także z tych z chorobami neurologicznymi i psychicznymi.

Przykładem dobrych praktyk w zakresie deinstytucjonalizacji są działania podejmowane w mieście Tampere. Tampere posiada długą tradycję współpracy z organizacjami trzeciego sektora w zakresie opieki socjalnej oraz bogate doświadczenia zarządzania hybrydowego, angażującego usługodawców publicznych, prywatnych i pozarządowych. Podobnie jak i w całym kraju, usługi nakierowane na osoby starsze mają na celu zapewnienie jak największej liczbie osób bezpiecznego życia w ich własnym domu: na 18,957 mieszkańców powyżej 75 r. aż 91% mieszka we własnych domach. Dalsze 7% zamieszkuje w miejscach gdzie zapewniona jest opieka (tzw. *serviced/supported accommodation*), a jedynie 2% otrzymuje opiekę instytucjonalną. Działający od 2009 roku program *Kotitori*, którego celem jest dalsze zwiększanie stopnia opieki udzielanej w domach przy użyciu nowoczesnych technologii, integruje różnych usługodawców wokół indywidualnych potrzeb klientów, łącząc diagnozowanie potrzeb poszczególnych osób, planowanie i realizację opieki domowej (usługi pielęgniarские, sprzątanie, zakupy, zapewnienie bezpieczeństwa, aktywności społeczne). Program jest łatwy w dostępie, a w jego ramach uruchomiono biuro w ratuszu, call center i portal internetowy<sup>160</sup>. Tampere jest także na etapie wprowadzania tzw. *Local Squares (Lähtori)*, czyli centrów realizujących zindywidualizowane i współtworzone przez seniorów działania w zakresie zdrowia, rekreacji i opieki. Obecnie istnieje w mieście 5 takich centrów, planowane jest utworzenie dalszych 14. *Local Squares*, oprócz funkcji społecznej i poradniczej, stanowią miejsca usług fizjoterapeutycznych i pielęgniarских<sup>161</sup>. Podobną funkcję pełnią *Service centers* (w wielu zakresach są tożsame z *Local Squares*, które są prowadzone przez zewnętrzne organy – stowarzyszenia, podczas gdy *Service centers* należą do miasta)<sup>162</sup>. Zasadą realizowaną w Tampere jest oprócz zapewniania opieki na wysokim poziomie, zachęcanie starszych mieszkańców do współtworzenia spersonalizowanych programów pomocy i opieki, czemu służy m.in. udział w projekcie SoCaTel. Jego celem jest stworzenie funkcjonalnej platformy współpracy usługobiorców, pracowników opiekujących się osobami starszymi, badaczami i ośrodkami innowacyjnymi w celu diagnozy potrzeb tej grupy osób i przy ich pomocy zaproponowanie najlepszych sposobów wsparcia<sup>163</sup>.

Jak wspomniano powyżej, priorytetem w zakresie deinstytucjonalizacji jest zarówno w skali kraju jak i opisywanego miasta, promowanie usług wspomagających zamieszkiwanie w domu. W przypadku Tampere do tych usług należą: zapewnienie opieki rodzinnej, lekarskiej i rehabilitacyjnej, usługi wspierające opiekę domową (posiłki, zakupy, mycie, sprzątanie,

[http://www.finlex.fi/en/laki/kaannokset/2012/en20120980\\_20120980.pdf](http://www.finlex.fi/en/laki/kaannokset/2012/en20120980_20120980.pdf), materiał i informacje otrzymane od Kirsi Nurmio, City of Tampere.

<sup>158</sup> *Family care for older people*, <https://thl.fi/en/web/ageing/prioritising-home-care/family-care-for-older-people>.

<sup>159</sup> Informacje otrzymane od Sari Hosionaho, Ministry of Environment.

<sup>160</sup> I. Laitinen, J. Stenvall, T. Kinder, *SoCaTel (WP-1.2 deliverable): Case study 1: the Nordic Countries, the case of Finland, 11.05.2018*, materiał otrzymany od Kirsi Nurmio, City of Tampere; T. Koistinen, L. Oy, *Kotitori presentation, Poland delegation, Tampere 11.10.2017*, PP Presentation, materiał otrzymany od Kirsi Nurmio, City of Tampere.

<sup>161</sup> I. Laitinen, op. cit.; K. Glad-Rasmussen, *Pirkanmaan Senioripalvelut Oy, Lahitori-Local Square*, PP Presentation, materiał otrzymany od Kirsi Nurmio, City of Tampere; *Local Squares bring people, joy and meaning to life*, PP Presentation, materiał otrzymany od Kirsi Nurmio, City of Tampere.

<sup>162</sup> Informacja materiał otrzymany od Kirsi Nurmio, City of Tampere.

<sup>163</sup> *The SoCaTel project*, <http://www.socatel.eu/>.

sauna, bezpieczny transport taksówkami, umożliwianie pobytu w domach opieki dziennej), gerontologiczna praca socjalna, usługi zapewniające utrzymanie odpowiedniego stanu mieszkania, usługi autobusowe. Miasto wspomaga także renowacje mieszkań, w szczególności dostosowanie łazienek dla osób powyżej 65 r. ż. oraz inne mniejsze remonty (np. montaż uchwytów i podjazdów). Nowo wprowadzane usługi wspomagające mieszkanie w domu obejmują higienę stomatologiczną oraz zdalne rozwiązania służące rehabilitacji domowej<sup>164</sup>. To ostatnie rozwiązanie wpisuje się w zaawansowany system wspomagania mieszkalnictwa dla osób starszych i schorowanych wykorzystujący nowoczesne technologie a realizowany w Tampere. Dotychczas w mieście sprawdzono m.in. używanie systemu powiadamiania telefonicznego w nagłych wypadkach (*Stella*), usługę *Videovisit* pozwalającą na konsultacje medyczne i komunikację za pomocą głosu i obrazu z pacjentami, automatyczny system dozowania leków łącznie z systemem tele-opieki pozwalającym na wysyłanie informacji do personelu medycznego w razie zakłóceń w zażywaniu leków przez pacjentów (*Evondos*). Na etapie testowania jest obecnie system monitorujący poziom aktywności pacjenta w domu i zawiadamiający w razie nagłej potrzeby (*9Solutions*), bransoletka pozwalająca na namierzenie miejsca przebywania osoby (*Everin* i *Navigil*), bransoletka gromadząca informacje na temat samopoczucia i zawiadamiająca o jego zmianach (*Vivago Domi*) czy monitorowanie ciśnienia krwi (*Elisa*)<sup>165</sup>.

Oprócz preferowanej opieki domowej, Tampere zapewnia osobom, które nie są w stanie mieszkać w domach zamieszkanie w *service homes* lub *group homes*<sup>166</sup>. *Service homes* dzielą się na dwa rodzaje: pierwszy służy osobom dobrze funkcjonującym, drugi przeznaczony jest dla pacjentów którzy potrzebują wzmocnionej opieki. Osoby zamieszkujące *service home* płacą czynsz, podobnie jak miałyby to miejsce, gdyby mieszkali we własnym domu. *Group homes* są jednym z rodzajów *service homes*, sprawdzonych jako model dla pacjentów z chorobą Alzheimera<sup>167</sup>. Jeden z tego typu ośrodków, będący przykładem realizacji *funkcjonowania wspomagane* (ang. *assisted living*) został opisany przez J. Pirhonen. Będący przedmiotem jego analizy ośrodek prowadzony jest przez władze gminne, składa się dwóch pięciopiętrowych, połączonych korytarzami budynków, w których mieści się 9 domów grupowych zamieszkiwanych łącznie przez 114 rezydentów.

Oprócz ogólnych zaleceń dotyczących funkcjonowania placówek, personel, głównie pielęgniarki, został odpowiednio przeszkolony w zakresie indywidualnej pracy z pacjentami z uwzględnieniem specyfiki miejsca ich pobytu. Organizacja pracy personelu odbywa się w systemie zmianowym (zazwyczaj dwie osoby personelu na zmianie rannej i wieczornej i jedna osoba w nocy, przy niekiedy dodatkowej obsadzie zmiany rannej). Ponadto, prace wspomagają raz w tygodniu wolontariusze z organizacji działającej przy pobliskiej parafii. Pomimo stosunkowo dużej liczby rezydentów, podział na osobne domy grupowe pozwala indywidualizować opiekę i nadawać jej bardziej pozainstytucjonalny charakter.

### 6.3 Holandia

Wśród krajów OECD Holandia zajmuje pierwsze miejsce w wydatkach na opiekę długoterminową, co przekłada się także na zabezpieczenie wysokiej jakości opieki pozainstytucjonalnej. Holandia jest krajem, który jako pierwszy wśród wymienionych w zestawieniu, bo już pod koniec lat 60., wprowadził obowiązkowe ubezpieczenie na wypadek konieczności opieki długoterminowej (AWBZ – *The Dutch Exceptional Medical Expenses*

<sup>164</sup> A. Tirronen, *Services for the elderly in Tampere*, PP Presentation, materiał otrzymany od Kirsi Nurmio, City of Tampere.

<sup>165</sup> J. Lumio, *Technology Integration in Home and Remote Care Services a case example of local development activities within national framework*, PP Presentation, materiał otrzymany od Kirsi Nurmio, City of Tampere.

<sup>166</sup> *Housing services*, <https://www.tampere.fi/en/social-and-health-services/services-for-the-elderly/housing.html>.

<sup>167</sup> Informacja od Kirsi Nurmio, City of Tampere.

Act)<sup>168</sup>. AWBZ pokrywające koszty opieki instytucjonalnej i pozainstytucjonalnej, zostało w 2015 roku zastąpione przez *Chronic Care Act* (WLZ).

Oprócz pokrycia kosztów za pomocą ubezpieczenia, w Holandii finansowanie pomocy domowej może być pokryte w ramach *Social Support Act* (Wmo), który jest funduszem na zabezpieczenie socjalne. Podobnie jak w innych opisywanych krajach, wydatki na opiekę pozainstytucjonalną w Holandii stopniowo rosną, przybierając najczęściej formę *formal home care*, czyli pomocy domowej, usług pielęgniarских i leczniczych<sup>169</sup>. Ministerstwo Zdrowia, Opieki Społecznej i Sportu (The Ministry of Health, Welfare and Sport) jest główną agendą rządową, która wyznacza kierunki rozwoju opieki nad osobami starszymi, a następnie odpowiedzialność za zapewnienie obywatelom niezależnego życia i udziału w życiu społecznym tak długo jak to możliwe spoczywa na władzach gminnych. Do nich należy diagnoza sytuacji zdrowotnej i społecznej klienta, z uwzględnieniem możliwości pomocy rodziców, przysiadków, sąsiedztwa.

Zwiększające się zapotrzebowanie na pozainstytucjonalne rodzaje opieki zwiększa potrzebę budowy nowych miejsc zamieszkania i dostosowywania dotychczasowych. W tym celu władze lokalne zawierają umowy ze stowarzyszeniami budowlanymi na adaptację istniejących mieszkań. Możliwe adaptacje obejmują: usunięcie progów, instalację toalety na poziomie sypialni, montaż windy schodowej czy systemu alarmowego wykrywającego upadki<sup>170</sup>. Istotną kwestią w odniesieniu do deinstytucjonalizacji jest zastosowanie w opiece nad pacjentami najnowszych technologii. Holenderskie Ministerstwo Zdrowia, Opieki Społecznej i Sportu wraz z organizacją The European Ambient Assisted Living (AAL) wprowadza programy służące poprawie jakości życia starszych ludzi przy pomocy technologii informatycznych<sup>171</sup>. Holandia od lat 90. zintensyfikowała działania na rzecz deinstytucjonalizacji wprowadzając zakaz budowania nowych dużych kompleksów medycznych na rzecz rozwijania mniejszych form opieki: domów grupowych i opieki we własnej społeczności<sup>172</sup>. Holandia posiada narodową strategię dotyczącą demencji (*Deltaplan Dementia*), w której jednym z celów jest zapewnienie opieki domowej formalnej i nieformalnej tak długo jak to możliwe<sup>173</sup>. W bardzo wielu regionach, miastach i wsiach działa program lokalnych oddziałów stowarzyszenia Alzheimer Netherlands, władz gminnych i powiatowych pod nazwą Dementia-Friendly Community, którego celem jest stworzenie społeczności przyjaznych osobom starszym. Oprócz dostosowywania otoczenia do potrzeb takich osób, prowadzi się akcje edukacyjne (np. szkolenie pracowników sklepów w zakresie obsługi osób z demencją)<sup>174</sup>.

W przypadku Holandii jednym z wartych opisu modeli deinstytucjonalizacji jest ośrodek dla osób z demencją de Hogeweyk w Weesp. Koncepcja ośrodka opiera się na założeniach salutogenezy Aarona Antonovky'ego, który zdrowie i chorobę postrzega jako dwa krańce tego samego kontinuum, a zdrowie traktowane jest jako proces dynamicznego dostosowywania się do bodźców. W salutogenetycznym podejściu poziom zdrowia zależy od zasobów odpornościowych jednostki, stresorów, poczucia koherencji, zachowania i stylu

<sup>168</sup> Country Note: The Netherlands – A Good Life in Old Age, OECD/European Commission, June 13, <https://www.oecd.org/els/health-systems/Netherlands-OECD-EC-Good-Time-in-Old-Age.pdf>.

<sup>169</sup> E. Mot, wsp. A. Aouragh, M. de Groot, H. Mannaerts, *The Long-Term Care System for the Elderly in the Netherlands*, Enepri Research Report, June 2010, <http://www.ancien-longtermcare.eu/>.

<sup>170</sup> More housing suitable for older people, <https://www.government.nl/topics/housing-for-older-people/housing-suitable-for-older-people>.

<sup>171</sup> Living independently for longer, <https://www.government.nl/topics/care-and-support-at-home/living-independently-for-longer>.

<sup>172</sup> A. Declercq, M. Demaerschalk, H. De Keyser, *Country Report, the Netherlands, w: Deinstitutionalisation and community living – outcomes and costs: report of a European study. Volume 3: Country reports*, J. Beadle-Brown, A. Kozma (red.), Canterbury: Tizard Centre, University of Kent 2007, s. 401.

<sup>173</sup> Dutch Dementia Care Plan, <https://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/National-Dementia-Strategies/Netherlands#fragment1>.

<sup>174</sup> 2015: IS EUROPE BECOMING MORE DEMENTIA FRIENDLY?, <https://www.alzheimer-europe.org/POLICY-IN-PRACTICE2/COUNTRY-COMPARISONS/2015-IS-EUROPE-BECOMING-MORE-DEMENTIA-FRIENDLY/NETHERLANDS>.

życia<sup>175</sup>. Wymienione poczucie koherencji wydaje się szczególnie istotne w odniesieniu do opisywanej praktyki, bowiem odnosi się do przekonania o „przewidywalności i racjonalności świata i własnego położenia życiowego”<sup>176</sup>.

Fundamentalne dla koncepcji Hogweyk salutogenetyczne zatarcie granicy między osobami chorymi i zdrowymi oznacza jednocześnie kulturowy zwrot od podejścia medycznego do społecznego traktowania zdrowia i choroby. W praktyce oznacza to przejście od instytucjonalnej opieki do naturalnego otoczenia przy profesjonalnym wsparciu i opiece, dostarczanie osobom starszym różnorodnych społecznych doświadczeń, wsparcie rezydentów w ich autonomii, codziennych wyborach i czynnościach, traktowanie ich jako równorzędnych partnerów.

Hogweyk obecnie ma kształt małej wioski, w której znajduje się kompleks mieszkalny, wkomponowany w zagospodarowaną zielenią, parkami, ogrodami i budynkami usługowymi przestrzeń o powierzchni 12.000 m<sup>2</sup>. Hogeweyk jest klasyfikowany jako psycho-geriatryczny dom opieki, choć w niczym nie przypomina typowej tego rodzaju instytucji. Każda osoba po przejściu weryfikacji zdrowotnej jest uprawniona do pobytu w ośrodku, a średni czas oczekiwania na miejsce to około 12 miesięcy. Parter kompleksu mieści 16 apartamentów (domów grupowych) o łącznej powierzchni ok. 320 m<sup>2</sup>, teatr, restaurację, świetlicę, toaletę ogólnodostępną, supermarket kawiarnię, centrum fizjoterapii, fryzjera, przychodnię lekarską. W przypadku pacjentów z chorobą Alzheimera szczególnym zagrożeniem może być jeden z powszechnych objawów tej choroby jakim jest chęć samodzielnego oddalania się. W Hogeweyk mieszkańcy mogą się swobodnie poruszać po całej wiosce, robić zakupy (jedyna różnica polega na tym, że rezydenci nie płacą przy kasie, a kasjerka jedynie odnotowuje zakupione produkty), spotykać inne osoby, odwiedzić restaurację, kawiarnię, teatr, posłuchać koncertu czy udzielać się w którymś z kilkunastu różnego rodzaju klubów zainteresowań. Osoby z zewnątrz są mile widziane, a widoczność na ulicach ośrodka wielu generacji sprawia, że rezydenci doświadczają bycia częścią społeczeństwa. Na górnym poziomie kompleksu znajduje się 7 apartamentów, dwie świetlice i toaleta. Poruszanie się pomiędzy poziomami ułatwia winda (otwiera się automatycznie i nie wymagająca użycia żadnych przycisków przy przemieszczaniu się) oraz pasáže i balkony pomiędzy poszczególnymi domami grupowymi. Każdy z domów ma własną kuchnię, pralnię i sypialnię dla rezydentów. Decyzje dotyczące codziennego życia zapadają wspólnie: personel i rezydenci dokonują razem zakupów, gotują i wykonują inne czynności domowe (sprzątanie, pranie). Każda z grup licząca do 7 osób zamieszkuje dom grupowy wraz z 2 pielęgniarskimi opiekunami podstawowymi (wykonującymi podstawowe czynności opiekuńcze i pielęgniarskie), 1 przełożonym opiekunem pielęgniarskim (odpowiedzialnym za stworzenie indywidualnego planu opieki), osobą ds. utrzymania domu (ang. *home supporter*, osoba która nie musi mieć przygotowania pielęgniarskiego, zajmuje się głównie pomocą w przygotowywaniu i serwowaniu posiłków). Inne osoby zaangażowane w funkcjonowanie domu to asystent pielęgniarki (osoba mająca pod opieką 4 domy, odpowiadająca na pojawiające się potrzeby i problemy), lekarz, pielęgniarka dyplomowana (ang. *nurse practitioner*, osoba wykonująca 60% zadań lekarza), fizjoterapeuta, psycholog i trener społeczny (ang. *social coach*, monitorujący i doradzający najlepsze sposoby dostosowania otoczenia do potrzeb rezydentów) oraz pielęgniarka organizująca zmiany nocne i weekendowe. Poszczególne domy są zamykane o godzinie 23.00 i jest to jedyny czas, gdy wyjście na zewnątrz domów jest dla rezydentów niemożliwe. O tej samej godzinie opiekę przejmuje zmiana nocna licząca 5 osób, z których jedna jest odpowiedzialna za obsługę systemu akustycznego namierzającego wszystkie dźwięki i ruchy wewnątrz domu i interweniująca w razie niepokojących sygnałów.

<sup>175</sup> I. Heszen, H. Sęk, *Psychologia zdrowia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007, s. 48-49, 75-89.

<sup>176</sup> Tamże, s. 81.



Organizacja życia rezydentów opiera się na zapewnieniu im warunków, które mogą rozpoznać jako znajome i związane z ich stylem życia, w towarzystwie osób o podobnych doświadczeniach, pochodzeniu i zainteresowaniach. Projektując Hogeweyk, połączono ze sobą wiedzę o różnorodnych stylach życia będących udziałem różnych grup społecznych i odpowiednio do nich dostosowano specyfikę poszczególnych domów. Jeden z nich np. nawiązuje do stylu rzemieślniczego (ang. *artisan lifestyle*), w którym dobrze czują się osoby zajmujące się w przeszłości rzemiosłem, bowiem dominuje tam przytulny, ale solidny wystrój, co tydzień ma miejsce rytuał wypiekania własnych ciast, a rezydenci spożywają tradycyjne holenderskie potrawy.

Dla kolejnego rodzaju rezydentów centralne znaczenie ma religia (ang. *Christian lifestyle*), z takimi stałymi elementami codzienności jak modlitwy, słuchanie muzyki religijnej, regularne wizyty w kościele. Wnętrza innego rodzaju (ang. *cultural lifestyle*) zaspokajają potrzeby kulturalne swych mieszkańców, pełne są książek i gazet, dla rezydentów organizowane są wycieczki do teatru, kina, muzeów i na koncerty. Odpowiednio dostosowane posiłki odpowiadają temu konkretnemu stylowi życia, charakteryzując się obfitymi śniadaniem, skromniejszym lunchem i długo trwającą kolacją.

Z kolei typ Gooise (ang. *Gooise lifestyle*) kojarzony z klasą wyższą, łączy rezydentów ceniących społeczne konwenanse; wnętrza odznaczają się klasyczną, wyszukaną elegancją, serwuje się często dania kuchni francuskiej, a posiłki bywają okazją do spotkań towarzyskich. Styl domowy (ang. *homey lifestyle*) odpowiada tym rezydentom, dla których ważna była rodzina i dbanie o dom. Tutejsi mieszkańcy biorą udział w domowych czynnościach, czas wolny wypełniany jest staromodnymi grami, kuchnia oparta jest na tradycyjnych daniach holenderskich, dużą wagę przywiązuje się do świętowania ważnych wydarzeń. Styl miejski (ang. *urban lifestyle*), został wprowadzony z myślą o bezpośrednich, otwartych rezydentach, którzy mają bogate życie towarzyskie, realizowane w trakcie wycieczek do zoo, parku, na basen czy też podczas razem spożywanych posiłków. Ostatni, najbardziej egzotyczny styl nawiązuje do kolonialnej przeszłości w Indonezji, z wnętrzami i organizacją posiłków typowymi dla tamtego rejonu świata<sup>177</sup>. Choć z zewnątrz Hogeweyk może przypominać forteczę z kompleksem budynków oddzielonym zamkniętymi bramami wejściowym i zabezpieczonymi ogrodzeniami (przy wejściu znajduje się recepcja i wszelkie zabezpieczenia uniemożliwiające opuszczenie miejsca przez rezydentów), wnętrza ośrodka zaspokajają potrzeby mieszkających tam osób, jednocześnie tworząc bezpieczną przestrzeń. Szczególną więź łączy grupę i opiekuna, który pomaga w czynnościach codziennych, w tym w gotowaniu, zakupach, sprzątaniu, wizytach w punktach usługowych – rutynowych czynnościach wspomagających codzienną aktywność<sup>178</sup>.

Hogeweyk stanowi spójną infrastrukturę z jej rozpoznawalnymi dla rezydentów częściami, natomiast na skalę bardziej masową działa w Holandii system małych domów grupowych, w których mieszkańcy prowadzą wspólnie gospodarstwo domowe nie rezygnując ze swoich nabytych w ciągu życia nawyków, a czynności takie jak mycie, prasowanie, gotowanie i sprzątanie są częścią procesu opieki.

W 2005 r. liczba miejsc w takich ośrodkach wynosiła 4442 w 166 różnych lokalizacjach. Szacuje się, że liczba ta wzrosła do ponad 12 000 miejsc w 2010 r. w około 370 lokalizacjach. Pracownicy stanowią część grupy domowej i dokłada się starań, aby pozostawali w nim jak najdłużej. Formy domów grupowych różnią się – czasami tworzy go jedna grupa, czasami jest ich kilka w jednym budynku. Na początku standardowy dom grupowy liczył 5-6 mieszkańców, z biegiem czasu wielkość grupy stopniowo wzrastała, co zostało spowodowane wysokimi

<sup>177</sup> Hogeweyk, <https://hogeweyk.dementiavillage.com>; B. Smart, *Meaningful work at Hogeweyk Dementia Village*, <https://www.youtube.com/watch?v=lvNg2xzLYLY>.

<sup>178</sup> K. Campbell-Dollaghan, *An Amazing Village Designed Just For People With Dementia*, <https://gizmodo.com/inside-an-amazing-village-designed-just-for-people-with-1526062373>; B. Smart, *Meaningful work at Hogeweyk Dementia Village*, <https://www.youtube.com/watch?v=lvNg2xzLYLY>.



kosztami, także opieki nocnej. Inną przyczyną wzrostu liczebności jest wpływ większej grupy na samopoczucie mieszkańców – większa społeczna różnorodność sprzyja towarzyskiej aktywności<sup>179</sup>.

W przypadku Holandii na uwagę zasługuje funkcjonujące w Woerden od 2012 roku modelowe mieszkanie dla osób z demencją pozostających w domach, wykorzystywane jako miejsce edukacyjno-szkoleniowe. Wstępne założenia projektowe tego typu mieszkalnictwa określały, iż ma ono służyć niezależnemu życiu dla pary starszych osób, z których jedna cierpi na demencję. Ponadto projekt miał łączyć zastosowanie nowoczesnych technologii oraz oparte na wiedzy naukowej rozwiązania dotyczące bezpiecznego i wygodnego domu. Zaprojektowane ostatecznie mieszkanie zajmuje powierzchnię ok. 60m<sup>2</sup>, prowadzi do niego niewielki hol obok którego usytuowana jest toaleta. Wszystkie liczniki ulokowane są w szafce na zewnątrz mieszkania. Główną część stanowi duży pokój dzienny z którego widoczne są wszystkie części mieszkania i z którego można przejść do holu, łazienki, pokoju rezydenta i pokoju dodatkowego. Pomiedzy pokojem rezydenta a łazienką zamontowano dodatkowe drzwi. Kuchnia jest ulokowana w rogu pokoju dziennego. Szczegółowe rozwiązania dostosowujące mieszkanie do specyficznych potrzeb dotyczą: drzwi wejściowych (kamera, dzwonek, zamek otwierany i zamykany na kod oraz za pomocą aplikacji na tablet/laptop będący w dyspozycji rodziny/opiekunów), szafki z licznikami zewnętrznymi (automatyczny zawór zamykania gazu, miejsce na wózek/chodzik, systemy sterujące urządzeniami w domu, alarm pożarowy), holu (drzwi wejściowe i wieszak ukryte za zasłoną, kierunek otwierania drzwi utrudniający wyjście z domu, toalety (osobna dla gości, zamek otwierany z zewnątrz), kuchni (oznaczenie kolorami kurków na zimną/gorącą wodę, zawór ograniczający temperaturę wody do 40 stopni C, ochraniacze na gniazdko elektryczne, magnetyczne zamykania szafek), pokoju dziennego (zamontowane oprawy oświetleniowe do urządzeń służących do terapii światłem, duże krzesło obok okna, zasłony, telefon z dużymi przyciskami, zegar analogowy, sztuczny kominek, futryny drzwi pomalowane w kontrastowym kolorze), łazienki (szerokie drzwi przesuwne, wszystkie urządzenia w bliskiej odległości, pralka na podwyższeniu, kontrastowe kolory umywalki, toalety, kafelek, bezprogowy, łatwo dostępny prysznic z solidną zasłoną, obrotowe kurki, kafelki antypoślizgowe), innych udogodnień (ogrzewanie podłogowe, osobne termostaty dla poszczególnych pomieszczeń, alarmy przeciwpożarowe w każdym pomieszczeniu)<sup>180</sup>.

## 6.4 Stany Zjednoczone (USA)

Federalna struktura Stanów Zjednoczonych pozwala poszczególnym stanom na liczne inicjatywy w zakresie polityki senioralnej, natomiast ogólnonarodowe ramy owej polityki tworzy agenda rządowa odpowiedzialna za zdrowie publiczne, czyli U.S. Department of Health and Human Services (HHS)<sup>181</sup>. W strukturze HHS jedną z głównych instytucji odpowiedzialnych za opiekę nad osobami starszymi, także w kontekście deinstytucjonalizacji, jest Administration for Community Living, „stworzona na bazie fundamentalnej zasady stanowiącej, iż osoby starsze i osoby z niepełnosprawnościami w każdym wieku powinny mieć możliwość wyboru miejsca zamieszkania oraz pełnego uczestnictwa w życiu swoich społeczności”<sup>182</sup>. Liczba agend federalnych, stanowych, uczelni wyższych, fundacji

<sup>179</sup> P. Senior, *Achtergrond. De ontwikkeling van kleinschalig groepswonen voor mensen met dementia. Van verpleeghuis naar dementievriendelijk Ontwerp*, „Ned Tijdschr Geneeskde” 2017, 161: C3612, materiał otrzymany od Daniëlle Harkes, Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen-Zorg.

<sup>180</sup> J. van Hoof, *The Design of a Demonstration Dwelling for Older Persons with Dementia*, w: *Architecture for People With Dementia. Planning Principles, Practices and Future Challenges*, G. Marquardt, A. Viehweger (red.), Dresden 2014, s. 70-75; J. van Hoof, M. M. Blom, H. N. A. Post, W. L. Bastein, *Designing a “Think – Along Dwelling” for People With Dementia: A Co-Creation Project Between Health Care and the Building Services Sector*, w: „Journal of Housing for the Elderly” 2013, 27:3, 299-332, DOI: 10.1080/02763893.2013.813424, s. 306.

<sup>181</sup> Introduction: About HHS, <https://www.hhs.gov/about/strategic-plan/introduction/index.html>.

<sup>182</sup> *Working Together, in Our Communities*, <https://www.acl.gov/>.

i stowarzyszeń działających w obszarze zapewnienia niezależnego życia dla osób starszych, w tym osób z chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona jest niezwykle wysoka i trudna do porównania z jakimkolwiek innym krajem. Wymienione instytucje nie tylko imponują w skali ilościowej, ale także jeśli chodzi o zakres szczegółowych zagadnień, którymi się zajmują dotyczących opieki nad osobami starszymi (np. przy National Council on Aging/Narodowym Komitecie ds. Starzenia się działa National Falls Prevention Resource Center<sup>183</sup> – baza danych oferująca zasoby programów, najlepszych praktyk i wytycznych odnoszących się do zapobiegania upadkom osób starszych).

Niezwykle prężnie działającą organizacją jest stowarzyszenie Alzheimer's Association z oddziałami w całym kraju. Spektrum aktywności stowarzyszenia obejmuje zarówno zaawansowane badania naukowe dotyczące choroby Alzheimera, zapewnianie opieki i wsparcia wszystkim chorym i ich rodzinom, jak i profilaktykę.

Obecny plan strategiczny HHS w swoich założeniach promuje niezależność osób starszych, także poprzez zapewnienie odpowiednich warunków mieszkaniowych, wsparcie opiekunów, rodzin, przyjaciół i szerszej społeczności w sprawowaniu opieki oraz wykorzystanie nowoczesnych technologii, czemu służyć ma m.in. program *Assistive Technology Act Program*<sup>184</sup>. Bez względu na formę opieki, koszty też spadają w USA najczęściej na samego pacjenta i rodzinę, a systemy ubezpieczeniowe i programy federalne Medicare (podstawowy program ubezpieczenia zdrowotnego dla osób powyżej 65 r.ż) i Medicaid (program zapewnienia opieki zdrowotnej dla osób z niskim dochodem) finansują najczęściej jedynie komponenty składające się na opiekę lub określony, limitowany czas jej sprawowania w określonych okolicznościach (np. po wyjściu ze szpitala).

W Stanach Zjednoczonych opieka w formie pozainstytucjonalnej nad osobami starszymi, w tym cierpiącymi na chorobę Alzheimera i chorobę Parkinsona, realizowana jest jako a) opieka domowa, b) formy mieszkalnictwa grupowego chronionego (ang. *living in a group setting/assisted living*). Natomiast opieka realizowana w domach opieki (ang. *nursing homes*) należy do sfery instytucjonalnej.

### *Opieka domowa*

Pozostawanie o ile to możliwe w domu stanowi najlepszą i polecaną opcję dla osób starszych, a na terenie całego kraju działa sieć agencji zapewniających całą gamę usług w ramach opieki senioralnej. Za przykład może służyć Stay at Home Solutions, działająca w stanach Kansas i Missouri, która w ramach usług dokonuje m.in.: 1) oceny miejsca zamieszkania dokonywanej przy użyciu specjalnych narzędzi testowych oceniających funkcjonalność domu oraz za pomocą wywiadu z rezydentami dotyczącym ich oceny istniejących barier, oczekiwań i rekomendacji, 2) modyfikacji (od drobnych napraw po przebudowę)<sup>185</sup>. Opieka domowa (home health care) sprawowana jest przez wyspecjalizowane agencje, które można sprawdzić np. pod kątem posiadania akredytacji Komisji ds. Akredytacji Organizacji Opieki Zdrowotnej (Commission for the Accreditation of Healthcare Organizations) i odpowiednich, wymaganych prawem stanowym licencji.

Główne cele opieki domowej to zapewnienie możliwie niezależnego życia we własnym domu, poprzez zapewnienie opieki pielęgniarzkiej, fizjoterapii, terapii zajęciowej i terapii usprawniającej porozumiewanie się<sup>186</sup>.

W zakresie opieki domowej szczególnie aktywnie działają oddziały stowarzyszenia Alzheimer's Association. Jak twierdzi Ch. Kinney z filii tej organizacji w St. Louis, większość rodzin pragnie, aby osoba członek rodziny cierpiący na chorobę Alzheimera pozostawał tak

<sup>183</sup> *About the Center*, <https://www.ncoa.org/center-for-healthy-aging/falls-resource-center/about-the-center-falls-resource-center/>

<sup>184</sup> *Strategic Goal 3: Strengthen the Economic and Social Well-Being of Americans Across the Lifespan*, <https://www.hhs.gov/about/strategic-plan/strategic-goal-3/index.html>.

<sup>185</sup> *Stay at Home Solutions*, <https://www.stayathomesolutionskc.com/services>.

<sup>186</sup> *Seniors' Resource Guide*. St. Louis Times, The Jarad Corporation 2016, s. 73.

długo jak to możliwe w domu, pod opieką współmałżonka lub dorosłych dzieci lub wnuków. W związku z tym, stowarzyszenie oprócz działań wspierających opiekunów (konsultacje, szkolenia, grupy wsparcia), oferuje konkretne środki finansowe ułatwiające funkcjonowanie rodziny. Wypłacane sumy nie są wysokie (500-1000 \$ na rok), ale nie są zależne od dochodu czy posiadanego ubezpieczenia i rodzina sama decyduje o sposobie ich wydatkowania. Przyznane po konsultacji z pracownikiem socjalnym środki mogą być np. wykorzystane na zorganizowanie tymczasowej opieki podczas wyjazdu członka rodziny lub wynajęcie pomocy do sprzątania i innych prac domowych<sup>187</sup>.

#### *Grupowe mieszkalnictwo wspomagane (ang. living in a group setting/assisted living)*

Bardzo często opisane poniżej formy grupowane są pod nazwą *assisted living* (mieszkalnictwo wspomagane/wspierane), a zasadnicza różnica między tą formą a domami opieki zasadza się na tym, że rezydenci nie potrzebują intensywnej opieki i mogą funkcjonować w dużym stopniu niezależnie<sup>188</sup>. Opisane poniżej formy tego rodzaju opieki zapewniają wsparcie w podstawowych czynnościach codziennych (kąpiel, ubieranie, jedzenie, wstawanie z łóżka, korzystanie z toalety) lub dodatkowych czynnościach codziennych (korzystanie z telefonu, wykonywanie czynności domowych, przygotowywanie posiłków, zakupy, zarządzanie pieniędzmi). W zależności od regionu (stanu) formy tego rodzaju mieszkalnictwa są następujące (zachowano w większości przypadków angielskie nazewnictwo ze względu na brak dokładnych polskich odpowiedników):

- 1) *apartments/condominiums* – zapewniają największy stopień niezależności i przeznaczone są dla osób, które mogą w miarę samodzielnie funkcjonować; lokatorzy posiadają własne mieszkanie, a w budynku istnieje przestrzeń na wspólne aktywności. Mieszkańcy opłacają czynsz pokrywający koszty utrzymania i napraw. W tego rodzaju kompleksach najczęściej aktywności społeczne i czynności codzienne (np. zakupy) realizowane są przy pomocy wolontariuszy<sup>189</sup>,
- 2) *board and care homes* – często są to domy jednorodzinne, w których rezydent posiada swój pokój, czasami dzielony z drugą osobą, oferowane są posiłki, pomoc w dodatkowych czynnościach codziennych, a także pomoc w transporcie do punktów opieki medycznej,
- 3) *adult foster care homes* to opieka w „zastępczej” rodzinie, zapewniająca wyżywienie i opiekę podstawową. Niektóre z tego rodzaju domów oferują wykwalifikowaną opiekę pielęgniarstwa,
- 4) *adult care facilities* zapewniają pokój, wyżywienie i opiekę dla grupy liczącej ponad 6 osób; rezydenci mieszkają w osobnych apartamentach, posiłki spożywają w przestrzeni wspólnej, otrzymują pomoc przy czynnościach dodatkowych,
- 5) *residential care facility* i *assisted living facilities* oznaczają różne rodzaje mieszkalnictwa, w których zapewniane są posiłki, transport na wizyty lekarskie oraz aktywności rekreacyjne, natomiast nie jest w nich realizowana ciągła opieka. W niektórych ośrodkach oferowane jest wsparcie przy czynnościach codziennych (ubieranie się, kąpiel, jedzenie, pranie, przypominanie o porach zażywania leków).

<sup>187</sup> Wywiad z Ch. Kinney, Alzheimer's Association, St. Louis, Missouri.

<sup>188</sup> *Assisted living*, [https://eldercare.acl.gov/Public/Resources/Factsheets/Assisted\\_Living.aspx](https://eldercare.acl.gov/Public/Resources/Factsheets/Assisted_Living.aspx).

<sup>189</sup> *Seniors' Resource Guide*, dz. cyt., s. 133.

Zwykle do dyspozycji rezydentów pozostaje prywatny apartament z sypialnią, łazienką, małą kuchnią i pokojem dziennym oraz wspólna przestrzeń dla wszystkich rezydentów; tego typu ośrodki liczą zwykle od 25-100 mieszkańców, ulokowane mogą być zarówno w niewielkich budynkach, jak dużych apartamentowcach,

- 6) *Continuing Care Retirement Communities* – kompleks zapewniający wszechstronną opiekę dla osób o różnym stopniu zależności, pozwalający na zmianę zamieszkania w obrębie kompleksu; np. rezydent może zacząć pobyt w ośrodku mając osobny apartament pozwalający na niezależne funkcjonowanie, a następnie przenieść się do mieszkania gdzie opieka jest zapewniona przez cały czas<sup>190</sup>.

Wizyta studyjna w jednym z takich ośrodków i wywiady tam przeprowadzone pozwoliły poznać specyfikę tego typu ośrodka. Wizytowana instytucja, Meadowlark Continuing Care Retirement Community, jest ulokowana w stanie Kansas, w miejscowości Manhattan i stanowi modelowy przykład tego rodzaju placówek. Położony na dość rozległym terenie ośrodek zapewnia zamieszkanie dla osób zarówno funkcjonujących bez potrzeby opieki jak i tych wymagających wsparcia na różnym poziomie. Zatem oferowane rodzaje mieszkalnictwa to apartamenty pozwalające na niezależne życie (*senior apartments for independent living*), zamieszkanie wspomagane (*an assisted living home*) oraz mieszkania z pełną opieką (*skilled nursing facility*). Ośrodek posiada zarówno pojedyncze domki jak i większy budynek z apartamentami, na dole którego znajduje się część wspólna (*community center*) z salami do zajęć społecznościowych, kulturalnych, fizjoterapeutycznych, kinem, pubem, restauracją, kawiarnią, salonem fryzjersko-kosmetycznym. Na terenie ośrodka rezydenci mają do dyspozycji ogród i tereny spacerowe. Kompleks posiada swój własny szpital oraz wyspecjalizowane komórki zajmujące się osobami z chorobą Alzheimera i Parkinsona.

Ośrodek oferuje także opiekę domową dla osób mieszkających poza kompleksem. Zamieszkiwanie niezależne możliwe jest w mieszkaniach typu studio oraz apartamentach z jedną lub dwoma sypialniami, które ulokowane są zarówno w budynku głównym, jak i w osobnych domkach. Zamieszkiwanie wspomagane również możliwe jest w rozmaitych rodzajach apartamentów (jedno-lub dwuosobowych), dostosowanych do potrzeb osób o różnym rodzaju sprawności, także tych z chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona. W tego rodzaju mieszkaniach zakres usług opiekuńczych ustalany jest indywidualnie, a rezydenci mają zapewnione m.in. utrzymanie miejsca zamieszkania, posiłki 3 razy dziennie, cotygodniowe sprzątanie i zmianę pościeli, transport na wizyty lekarskie, 24-godzinny dyżur personelu i in.

W przypadku mieszkań z pełną opieką w Meadowlark rezydenci mogą wybrać pomiędzy pokojami jednoosobowymi i dzielonymi z drugą osobą, zapewniane są 3 posiłki dziennie, pomoc przy zabiegach higienicznych, opieka personelu pielęgniarzkiego, programy rekreacyjne, usługi doradcze, transport w obrębie miasta. Rezydenci wymagający stałej opieki zamieszkują w niewielkich "gospodarstwach domowych" przeznaczonych dla 12-24 osób, spotykających się na posiłkach i podczas innych wspólnych aktywności i będących pod opieką zespołu opiekunów. W Meadowlark znajduje się 6 takich gospodarstw, które funkcjonują jako niezależne domy z osobnymi drzwiami wejściowymi, pokojem głównym, jadalnią, łazienkami i sypialniami. Na uwagę zasługuje specjalny program zajęć dla rezydentów z chorobą Parkinsona (wzmacnianie sprawności fizycznej, mobilności, funkcji mowy i połykania,

<sup>190</sup> H. Robinson, *A Guide for Making Housing Decisions. Housing Options for Older Adults*, National Association of Area Agencies on Aging, Eldercare Locators, [https://eldercare.acl.gov/Public/Resources/Brochures/docs/Housing\\_Options\\_Booklet.pdf](https://eldercare.acl.gov/Public/Resources/Brochures/docs/Housing_Options_Booklet.pdf); *Residential Facilities, Assisted Living, and Nursing Homes*, <https://www.nia.nih.gov/health/residential-facilities-assisted-living-and-nursing-homes>; *Seniors' Resource Guide*, dz. cyt., s. 133, 305-308. Termin *residential care facility* jest także używany jako ogólna nazwa dla oznaczenia różnych rodzajów mieszkalnictwa, np. *assisted living facilities*, *board and care homes* czy *skilled nursing facilities*, *Seniors' Resource Guide*, dz. cyt., s. 308.

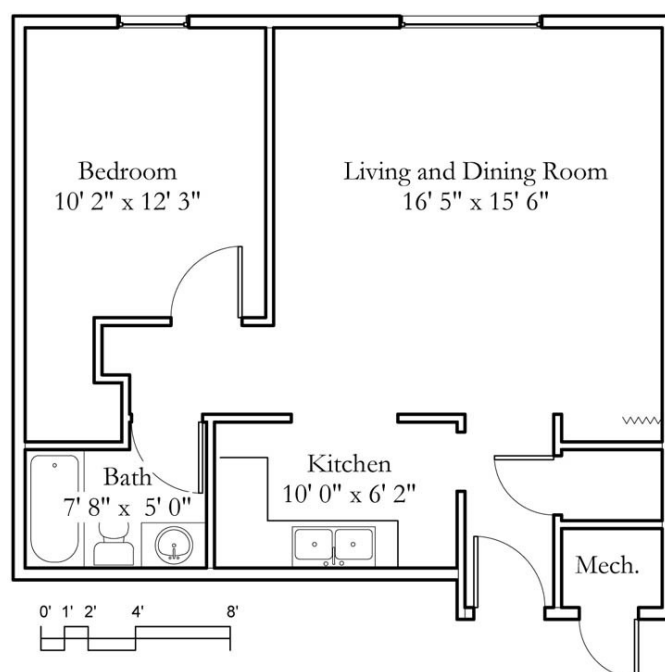
doradztwo dietetyczne, i in.) i chorobą Alzheimera (nauka technik służących zapamiętywaniu, arteterapia, zajęcia społecznościowe). Działalność kompleksu opiera się w dużej mierze na ponad 200 wolontariuszach, w większości młodych ludzi wspomagających opiekę sprawowaną przez personel ośrodka<sup>191</sup>.

### **Meadowlark Continuing Care Retirement Community – Mieszkania niezależne w domkach i budynku głównym**



Źródło: Zdjęcia własne autorki.

### **Przykładowy plan mieszkania niezależnego z 1 pokojem.**

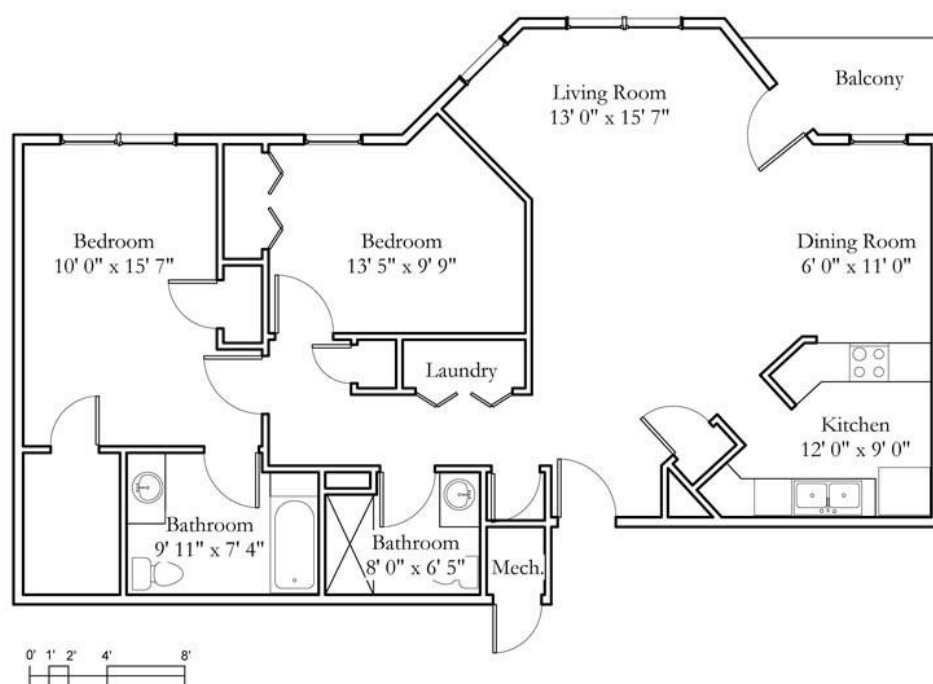


Źródło: <http://www.meadowlark.org/prospective-residents/living-spaces/independent-living/apartments/apartment-sample-floor-plans>.

<sup>191</sup> Meadowlark, <http://www.meadowlark.org/>; Meadowlark: Evolution of Community, <https://www.youtube.com/watch?v=npAHvjYKf4w>; wywiady z Kaylą Savage, Kansas State University oraz Jayme Minton z Meadowlark Continuing Care Retirement Community przeprowadzone podczas wizyty w ośrodku.



### Przykładowy plan mieszkania niezależnego z 2 pokojami.



Źródło: <http://www.meadowlark.org/prospective-residents/living-spaces/independent-living/apartments/apartment-sample-floor-plans>.

### Wnętrze mieszkania wspomaganego



Źródło: <http://www.meadowlark.org/living-at-meadowlark-hills/assisted-living>.

### Wnętrze mieszkania z pełną opieką oraz część wspólna w domu z pełną opieką.



Źródło: <http://www.meadowlark.org/living-at-meadowlark-hills/healthcare-households>.  
<http://www.meadowlark.org/living-at-meadowlark-hills/living-spaces-gallery>.

### Pomieszczenia dla wszystkich rezydentów w budynku głównym – recepcja



### Pokoje z grami





## Pub i czytelnia



## Kino i korytarze



Źródło: Zdjęcia własne autorki.

Liczba ośrodków typu *assisted living* szacowana jest na prawie 16 000 (15 836 2 2015 roku i stale wzrasta)<sup>192</sup>, a w przeciwieństwie do domów opieki nie są one objęte federalnymi standardami dotyczącymi np. jakości realizowanych usług (istnieją natomiast ogólnodostępne wytyczne dotyczące ich funkcjonowania w każdym stanie)<sup>193</sup>.

<sup>192</sup> *TOTAL NUMBER OF ASSISTED LIVING FACILITIES IN THE U.S. FROM 2006 TO 2015.*

<https://www.statista.com/statistics/323232/number-of-assisted-living-facilities-in-the-us/>.

<sup>193</sup> *State regulations*, <https://www.ahcancal.org/ncal/advocacy/regs/Pages/AssistedLivingRegulations.aspx>

*Domy opieki (ang. nursing homes)*

W tego typu ośrodkach, przeznaczonych dla osób, które nie są w stanie funkcjonować samodzielnie, zapewniana jest 24-godzinna opieka wykwalifikowanego personelu. Domy opieki pozostają pod nadzorem władz stanowych oraz federalnej Centers for Medicare and Medicaid Services<sup>194</sup>. Ponad połowa pacjentów z ponad 15 000 domów opieki to pacjenci z chorobą Alzheimera<sup>195</sup>. Domy opieki, ze względu na liczbę rezydentów i charakter należy zaliczyć do formy opieki instytucjonalnej.

## **6.5 Wielka Brytania (Zjednoczone Królestwo Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej)**

Metody zbierania danych i źródła informacji: źródła wymienione w rozdziale I oraz kwerenda on-line instytucji dotyczących specyficznie Wielkiej Brytanii: *Department of Health and Social Care*, *Dementia Services Development Centre University of Stirling, UK*, *Alzheimer's Society*, *National Institute for Health and Care Excellence (NICE)*, *Social Care Institute for Excellence*, *Care Quality Commission*, *Age UK*<sup>196</sup>. Uzupełnieniem zbierania danych była korespondencja mailowa z Jerome Billeter (Corporate Business Manager Housing Learning and Improvements Network).

Choć systemy opieki zdrowotnej w poszczególnych częściach Zjednoczonego Królestwa różnią się, na terenie całego kraju polityka zdrowotna leży w gestii Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej (Department of Health and Social Care), a realizowana jest poprzez Narodowy System Usług Zdrowotnych (National Health Service, NHS).

W kontekście deinstytucjonalizacji opieki nad osobami starszymi istotne są takie instytucje współpracujące z ministerstwem jak: Clinical Commissioning Groups (odpowiedzialne za lokalne planowanie i zlecanie usług medycznych i opiekuńczych), władze lokalne, Age UK (największa organizacja pozarządowa pracująca na rzecz starszych osób), National Institute for Health and Care Excellence (zajmujący się gromadzeniem danych i opracowywaniem standardów opieki), Alzheimer's Society (zapewniające wsparcie dla osób z demencją i ich rodzin, prowadzące badania oraz lobbing na rzecz prawodawstwa), The Association of Directors of Adult Social Services (reprezentujące dyrekcje organizacji zajmujących się usługami na rzecz dorosłych we władzach lokalnych), Health and Social Care Information Centre (baza informacji)<sup>197</sup>. Legislacja ogólna dotycząca opisywanego tematu wyznaczana jest takimi dokumentami jak *Health and Social care Act 2012* oraz *Care Act 2014*<sup>198</sup>.

Brytyjskie Ministerstwo Zdrowia opracowało w roku 2009 narodową strategię dotyczącą demencji, która wyznacza ramy działania dla usług świadczonych lokalnie, zapewnia monitorowanie, ewaluację i doskonalenie świadczonych usług, dostarczając także przykłady dobrych praktyk w odniesieniu do deinstytucjonalizacji<sup>199</sup>. Od roku 2010 działa National

<sup>194</sup> S. F. Simmons, J. F. Schnelle, A. N. Rahman, *How to Evaluate the Quality of Residential Care for Persons with Dementia*, The Pat Summit Foundation,

[http://www.patsummitt.org/sites/www/Uploads/files/PSF%20Consumer%20Guide%20to%20Dementia%20WEB%20\(1\).pdf](http://www.patsummitt.org/sites/www/Uploads/files/PSF%20Consumer%20Guide%20to%20Dementia%20WEB%20(1).pdf);

<sup>195</sup> *DISTRIBUTION OF SELECTED CONDITIONS AMONG NURSING HOME RESIDENTS IN THE U.S. IN 2015*,

<https://www.statista.com/statistics/323221/nursing-home-resident-conditions-in-the-us-from-most-to-least-common/>.

<sup>196</sup> *Department of Health and Social Care*, <https://www.gov.uk/government/organisations/department-of-health-and-social-care>; *Dementia Services Development Centre, University of Stirling, Stirling*, <http://dementia.stir.ac.uk/contact-us>; *UK Alzheimer's Society*, <https://www.alzheimers.org.uk/>; *National Institute for Health and Care Excellence (NICE)*, <https://www.nice.org.uk/>; *Social Care Institute for Excellence*, <https://www.scie.org.uk/>; *Care Quality Commission*, <https://www.cqc.org.uk/>; *Age UK*, <https://www.ageuk.org.uk/>.

<sup>197</sup> *Dementia Advisers Survey. Survey of provision of dementia adviser services*, Ipsos MORI, 2016,

[https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/513191/Dementia\\_Advisers\\_Full\\_Report.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/513191/Dementia_Advisers_Full_Report.pdf), s. 9, 10.

<sup>198</sup> *Care Act factsheets*, <https://www.gov.uk/government/publications/care-act-2014-part-1-factsheets/care-act-factsheets>; *Health and Social care Act 2012*, <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2012/7/contents/enacted>.

<sup>199</sup> *Living well with dementia: A National Dementia Strategy*, London 2009; *Living well with dementia: A National Dementia Strategy Good Practice Compendium - an assets approach*, Department of Health, London 2011,

[https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/215822/dh\\_123475.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/215822/dh_123475.pdf).

Dementia Action Alliance zrzeszający organizacje i grupy z obszaru opieki medycznej i społecznej, stanowiąc szeroką platformę gromadzenia i wymiany informacji<sup>200</sup>.

W kontekście deinstytucjonalizacji na szczególną uwagę zasługuje opublikowany w 2015 roku *Prime Minister's challenge on dementia 2020* - dokument uszczegóławiający główne kierunki polityki kraju w tym zakresie, w którym ważne miejsce zajmują odniesienia do opieki pozainstytucjonalnej, świadczonej w domach lub innych miejscach chronionych o nieformalnym charakterze<sup>201</sup>. Niezwykle aktywną organizacją jest mająca swoje oddziały na terenie całego kraju Alzheimer's Society. Z jej ramienia funkcjonują w Wielkiej Brytanii doradcy ds. demencji (ang. *dementia advisers*), czyli dostępne lokalnie osoby pierwszego kontaktu w przypadku diagnozy demencji, które po konsultacji z chorym i rodziną organizują całościową opiekę nad pacjentem<sup>202</sup>.

Brytyjskie Ministerstwo Zdrowia opracowało standardy dotyczące mieszkalnictwa chronionego (ang. *extra care*), mające zastosowanie w różnego rodzaju miejscach opieki pozainstytucjonalnej. Model może być wykorzystywany zarówno w projektowaniu miejsc opieki, w którym znajduje się duże centrum grupujące usługi dla rezydentów oraz ich apartamenty, jak i w planowaniu mniejszych „clusterów” – kompleksów z 8-10 mieszkaniami, przynależną przestrzenią wspólną i jadalnią. Bez względu na wielkość ośrodka, model ma zapewniać możliwie domowe warunki życia, w których równoważyć się będzie swoboda rezydentów i opieka nad nimi, podobnie jak zachowane będą proporcje pomiędzy życiem prywatnym i uczestnictwem w życiu społecznym. W proponowanym modelu zaleca się, aby rezydentom z chorobą Alzheimera zapewnić otoczenie przypominającego warunki domowe zarówno pod względem wielkości jak i charakteru, zachowując prosty i zrozumiały plan rozlokowania pomieszczeń umożliwiający swobodne, ale bezpieczne poruszanie się, w którym ważna jest wizualna dostępność poszczególnych części budynku. Szczegółowe rekomendacje dotyczą następujących elementów:

- budynek jako całość - zaleca się, aby ułożenie mieszkań zapewniało maksymalne nasłonecznienie w ciągu dnia, a także swobodny dostęp do części zewnętrznych (ogrodu); główne części powinny być podzielone na łatwe do rozpoznania strefy, a przestrzeń wspólna na mniejsze części za pomocą parawanów, aranżacji roślinnych i meblowych; zaleca się zastosowanie szklanych drzwi do pomieszczeń wspólnych, co ułatwia orientację co do przeznaczenia przestrzeni; ważne jest zastosowanie kontrastowych kolorystycznie w stosunku do siebie podłóg, ścian, sufitów, drzwi i framug, a także unikanie lśniących i wzorzystych powierzchni; orientacja przestrzenna może być wspomagana zastosowaniem różnych kolorów do poszczególnych części budynku, tematycznych zdjęć i obrazów, odpowiedniego oznakowania;
- ciągi komunikacyjne – jedną z najważniejszych zasad jest wykorzystanie odpowiedniego naturalnego światła oraz umożliwienie poruszania się rezydentom na wózkach; maksymalnie należy zredukować długość korytarzy, również przy pomocy odpowiedniego rozmieszczenia wind i schodów; zaleca się ulokowanie zatoczek z ławkami na korytarzach i montaż poręczy przyściennych zakończonych tak aby nie zaczepiały się o nie ubrania; ciągi komunikacyjne powinny zapewniać widok na ogród, co wpływa pozytywnie na orientację przestrzenną; należy wyeliminować ślepo zakończone korytarze;

<sup>200</sup> *Prime Minister's challenge on dementia 2020*,

[https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/414344/pm-dementia2020.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/414344/pm-dementia2020.pdf), s. 17.

<sup>201</sup> Tamże.

<sup>202</sup> *Dementia Advice - help for people with dementia and their families*, <https://www.alzheimers.org.uk/get-support/your-support-services/dementia-advice>.



- akustyka – należy pamiętać o odseparowaniu dźwiękowym hałaśliwych pomieszczeń (pralnia, maszynownia windy) od pokoi rezydentów;
- umiejscowienie parkingu i wejścia głównego – ulokowanie powinno umożliwiać rezydentom pokonanie drogi z samochodu do budynku (najlepiej pod zadaszonym przejściem) oraz pozostawić miejsce na zawrót samochodu;
- inne rekomendacje w proponowanym modelu dotyczą wsparcia stanu fizycznego rezydentów (urządzenia do automatycznego zamykania drzwi połączone z alarmem przeciwpożarowym, możliwość montażu podnośników przysufitowych) oraz zapewnienie bezpieczeństwa przy pomocy nowoczesnej technologii w postaci np. czujnika wykrywającego zalanie wodą, czujników dymu i tlenu węgla i czujników ruchu wykrywających upadki, oddalanie się rezydenta, a także wejścia osób niepożądanych.

Szczegółowe wytyczne modelu dotyczą wielkości i innych cech pomieszczeń dla ośrodka z 40 mieszkaniami:

- typowe mieszkanie dwuosobowe – 54 m<sup>2</sup>.
- przestrzeń wspólna – świetlica (1.5 m<sup>2</sup> na rezydenta, ulokowana blisko indywidualnych mieszkań i widoczna od wejścia, z punktem centralnym, np. kominkiem, jeśli to możliwe z widokiem na ogród, z częścią jadalną i wypoczynkową połączonymi, ale zajmującymi osobne przestrzenie, z wnękami dla małych grup), jadalnia (1.2 m<sup>2</sup> na rezydenta), kuchnia do użytku dla rezydentów (10 m<sup>2</sup>, przylegająca do części wspólnej), przynajmniej dwa pomieszczenia do zajęć (min. 15 m<sup>2</sup> każdy, mogą być ulokowane na górnych piętrach i wykorzystywane do spotkań i uroczystości rodzinnych), wspólna toaleta (4m<sup>2</sup>, blisko wejścia głównego i pomieszczenia wspólnego, dostosowana do wózków), łazienka chroniona (12-15 m<sup>2</sup>, przynajmniej jedna na 1 piętro, wyposażona w wanny do użytku samodzielnego i wspomagane), zakład fryzjerski i salon piękności (6 m<sup>2</sup>, ulokowany blisko wejścia), miejsca do siedzenia ulokowane blisko wejścia (min. 3 m<sup>2</sup> każde), biuro dyrekcji (15m<sup>2</sup>, z widokiem na wejście), pokój dla personelu (18 m<sup>2</sup>), pomieszczenie ksero (4 m<sup>2</sup>), pokój dla personelu nocnego (18m<sup>2</sup>), pokój socjalny z aneksem kuchennym (15-20 m<sup>2</sup>), szatnia dla personelu (12m<sup>2</sup>), pokój gościnny z dwoma podwójnymi łóżkami i łazienką (20m<sup>2</sup>), pralnia (20m<sup>2</sup>), pomieszczenie gospodarcze (5m<sup>2</sup>), kuchnia główna (60m<sup>2</sup>), magazyn (20m<sup>2</sup>), winda (minimum na 13 osób, z szybem o wymiarach 2600mmx1800mm). Inne pomieszczenia, które mogą być ulokowane w ośrodku to sklep, biblioteka, gabinet fizjoterapii i odnowy biologicznej, punkt komputerowy, kawiarnia/bar/pub.

W ramach opisanego modelu funkcjonuje np. Oak House (Bentley Lane, Stutton, Suffolk), z 30 pokojami jednoosobowymi i 8 dwuosobowymi. Ośrodek położony jest w małej wiosce, kompleks mieszkalny składa się z 9 części (ang. *clusters*) z 9 mieszkaniami w każdej części. Inny przykład to ulokowany w miejskim otoczeniu ośrodek w Londynie (Elgin House, Elgin Close, London12), mieszczący podobną co Oak House liczbę rezydentów<sup>203</sup> (zdjęcia i ilustracje pokazujące domy i przestrzeń wokół nich dostępne w: A. M. Nicholson, M. Heather,

<sup>203</sup> A. M. Nicholson, M. Heather, *Design Principles for Extra Care*, Housing Learning and Improvement Network, Department of Health, London 2004, <http://www.housingcare.org/downloads/kbase/2417.pdf>; A. M. Nicholson, C. Cameron, N. Mountford, *Design Principles for Extra Care*, Housing Learning and Improvement Network, Department of Health, London 2008, <https://www.housinglin.org.uk/Topics/type/Design-Principles-for-Extra-Care-Housing/>.

*Design Principles for Extra Care*, Housing Learning and Improvement Network, Department of Health, London 2004, <http://www.housingcare.org/downloads/kbase/2417.pdf>).

W Szkocji z kolei usytuowany jest Croftspar Place (Springboig Avenue, Glasgow), składający się z 7 domów, z których każdy może pomieścić 2 osoby. Średnia wieku rezydentek (większość stanowią kobiety) to 75 lat, w ośrodku mogą mieszkać pary pod warunkiem że dwie osoby cierpią na demencję. Croftspar Place powstał dzięki partnerstwu pomiędzy sektorem publicznym (Cube Housing Association) i stowarzyszeniem Alzheimer Scotland. Domki umiejscowione są w naturalnym otoczeniu i zaprojektowane tak, aby zapewnić maksymalne nasłonecznienie. Usytuowanie wokół centralnie położonego dziedzińca, posiadającego okólne szlaki komunikacyjne, zapobiega zgubieniu się i błędzeniu, a znalezienie własnego domu dodatkowo ułatwiają różnokolorowo pomalowane drzwi. Za domkami usytuowany jest ogród; kompleks otoczony jest okolicznymi zabudowaniami, ale oddzielony od głównej drogi.

Wszystkie domy są identycznie zaprojektowane: drzwi wejściowe otwierają się do pokoju dziennego, kuchnia i łazienka przylegają do siebie, za nimi znajduje się sypialnia. Pokoje ulokowane są na otwartym planie, a za wyjątkiem łazienki pomieszczenia nie mają drzwi, nie ma też przedsionków i korytarzy. Tylne drzwi otwierają się z sypialni prosto do ogrodu, każdy z rezydentów posiada swoją własną część zielonej przestrzeni. Ośrodek posiada system alarmowy, wszystkie pokoje wyposażone są w czujniki ruchu. Personel Croftspar Place zapewnia opiekę i zajęcia przez całą dobę, a także wyjścia do lekarza, na zakupy i imprezy okolicznościowe organizowane przez lokalną społeczność<sup>204</sup>.

---

<sup>204</sup> Ilustracja Croftspar Place dostępna w: *Homes for our old age. Independent living by design*, Housing Learning and Improvement Network, Department of Health 2009, <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20110118111654/http://www.cabe.org.uk/files/homes-for-our-old-age.pdf>.