

W obliczu starości

Opis projektu i dobrych praktyk

W obliczu starości

Opis projektu i dobrych praktyk

Praca zbiorowa pod redakcją

Haliny Misiewicz
Dominiki Błasiak
Sylwii Adamczyk

Katowice 2007

Recenzent
Prof. dr hab. Robert Rauziński

Redaktor
Barbara Cebo

Projekt okładki
Krzysztof Ciupek

© Copyright by Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej
Województwa Śląskiego

Publikacja wydana w ramach podprojektu „W obliczu starości”,
współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej, stanowiącego część
projektu RFO „Regionalny Trójkąt Weimarski”, realizowanego z programu
INTERREG IIIC

ISBN (978-83-918320-2-8) 978-83-918320-3-5

Druk: OŚRODEK WYDAWNICZY AUGUSTANA Sp. z o.o.

SPIS TREŚCI

	Strona
SŁOWO WSTĘPNE	7
Sylwia Adamczyk CHARAKTERYSTYKA PODPROJEKTU „W OBLICZU STAROŚCI”	9
Halina Misiewicz PROCES STARZENIA SIĘ LUDNOŚCI W WOJEWÓDZTWIE ŚLĄSKIM JAKO WYZWANIE DLA REGIONALNEJ POLITYKI SPOŁECZNEJ	19
PRZYKŁADY DOBRYCH PRAKTYK Z REGIONÓW PARTNERSKICH – – WOJEWÓDZTWA ŚLĄSKIEGO, PÓŁNOCNEJ NADREINII- -WESTFALII I NORD-PAS DE CALAIS	41
Popularyzacja problemów starzenia się, jego konsekwencji i profilaktyki	41
Bożena Antończyk POMOC I WSPARCIE DLA OSÓB STARSZYCH – MIESZKAŃCÓW CHORZOWA	43
Helena Hrapkiewicz DZIAŁALNOŚĆ UNIWERSYTETÓW TRZECIEGO WIEKU NA PRZYKŁADZIE UNIWERSYTETU TRZECIEGO WIEKU W UNIWERSYTECIE ŚLĄSKIM W KATOWICACH	49
Christine Gilbert BIURA SENIORÓW JAKO PLACÓWKI KOORDYNUJĄCE POMOC I OPIEKĘ DLA OSÓB W PODESZŁYM WIEKU NA TERENIE MIASTA DORTMUND	57
Michael Bille, Frank Czwikła PRACA WOLONTARIATU W DOMACH SPOTKAŃ „ARBEITERWOHLFAHRT” W DORTMUNDZIE	63
Andrea Kutscha USŁUGI ŚRODOWISKOWE NA RZECZ SENIORÓW, WYPRZEDZAJĄCE ETAP OPIEKI CAŁODOBOWEJ NA PRZYKŁADZIE PROJEKTU „WSPÓLNOTA SENIORÓW W DORTMUNDZIE“	71
Partycypacja osób starszych w rozwoju środowiska lokalnego	79
Zygmunt Jaksz TRÓJPOKOLENIOWA SPOŁECZNOŚĆ DOMU OPIEKI „SAMARY- TANIN” I JEJ INTEGRACJA ZE SPOŁECZNOŚCIĄ LOKALNĄ	81

Kirsten Kleinsimlinghaus DZIAŁANIA WOLONTARIUSZY-SENIORÓW W UŁATWIANIU STARTU ZAWODOWEGO MŁODZIEŻY W LÜNEN	85
Gisele Therain, Susana Lescomffe CELE I DZIAŁANIA STOWARZYSZENIA „GRANDPARENFANT” (DZIADKOWIE - DZIECI)	93
Paul Giovannetti INICJATYWA „AR’TOIT 2 POKOLENIA” Aktywność osoby starszej a zachowanie przez nią samodzielności i niezależności. Starość a zdrowie	97 101
Michèle Rougerie PROJEKT „LE SOLEIL BLEU” (NIEBIESKIE SŁOŃCE)	103
Silvana Sion SYSTEM OPIEKI ZDROWIA I OPIEKI SPOŁECZNEJ SENIORÓW W REGIONIE NORD-PAS DE CALAIS	109
Jean-Louis Playe OPIEKA NAD OSOBĄ DOTKNIĘTĄ CHOROBAŁ ALZHEIMERA	113
Jarosław Derejczyk PROPOZYCJE ROZWIĄZAŃ UŁATWIAJĄCYCH OPIEKĘ MEDYCZNĄ I LECZENIE LUDZI STARSZYCH	117
Teresa Trzeciak HOSPICYJNA OPIEKA DOMOWA ZESPOŁU WOLONTARIUSZY STOWARZYSZENIA „HOSPICJUM” W KATOWICACH	135
Ks. Zenon Ryzner STACJONARNA OPIEKA HOSPICYJNA NA PRZYKŁADZIE ARCHIDIECEZJALNEGO DOMU HOSPICYJNEGO IM. JANA PAWŁA II W KATOWICACH	143
Dominika Błasiak, Wiesława Walkowska RAPORT Z KONFERENCJI „W OBLICZU STAROŚCI” ZORGANIZOWANEJ W RAMACH PROGRAMU INTERREG IIIC W PAŹDZIERNIKU 2006 ROKU	149
PODSUMOWANIE	157
SUMMARY	161
BIBLIOGRAFIA	165
ZAŁĄCZNIK	169

SŁOWO WSTĘPNE

Książka, którą oddajemy w Państwa ręce jest integralnym elementem projektu „W obliczu starości”, który powstał w ramach programu INTERREG IIC i współpracy „Regionalnego Trójkąta Weimarskiego”. Liderem realizującym projekt był Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej Województwa Śląskiego w Katowicach, a jego partnerami Arbeiterwohlfahrt Unterbezirk z Regionu Północnej Nadrenii-Westfalii oraz Institut Régional du Travail Social z Regionu Nord-Pas de Calais. Celem projektu „W obliczu starości” była wymiana doświadczeń i dobrych praktyk pomiędzy regionami partnerskimi w obszarze działań podejmowanych na rzecz osób starszych. Cel ten jest zgodny z „otwartą metodą koordynacji” polityki krajów członkowskich Unii Europejskiej, realizowaną m.in. poprzez porównywanie między sobą najlepszych przykładów w danej dziedzinie. W dokumencie programowym województwa śląskiego *Strategia Polityki Społecznej Województwa Śląskiego na lata 2006-2020* jeden z celów strategicznych odnosi się do wspierania osób starszych w pełnieniu ról społecznych.

Inspiracją do powstania niniejszej publikacji stały się doświadczenia wyniesione z realizacji projektu „W obliczu starości”. Książka składa się z dwóch części. W pierwszej zamieszczono przykłady dobrych praktyk z regionów partnerskich. Realizacja projektu wzbudziła duże zainteresowanie praktyków i środowisk naukowych daleko wykraczające poza granice województwa śląskiego. W trakcie wykonywania projektu zgromadzono wiele ciekawych materiałów merytorycznych, stąd zrodziła się inicjatywa wydania drugiej części książki, stanowiącej wartość dodaną projektu. W tej części publikacji, wydanej pod redakcją naukową Pani prof. dr hab. Lucyny Frąckiewicz, znalazło się wiele wartościowych opracowań, których autorzy – pracownicy naukowcy wyższych uczelni – zajmują się różnymi aspektami życia seniorów.

Kraje europejskie są współcześnie areną przemian demograficznych. Szczególnego znaczenia nabiera proces starzenia się ludności oraz zmiany modelu rodziny. Staje się on nowym wyzwaniem w realizacji polityki społecznej, która w coraz większym stopniu musi uwzględniać potrzeby ludności trzeciej generacji stwarzając jej godne warunki egzystencji i dbając o dobrą jakość życia. W tej nowej sytuacji rysują się nowe zadania dla coraz bardziej zdecentralizowanej polityki społecznej i pracy socjalnej.

Starsi mieszkańcy województwa śląskiego stanowią ogromny, lecz wciąż zbyt mało doceniany kapitał społeczny. Mają doświadczenie życiowe i zawodowe, pragną być użyteczni dla społeczności, w której żyją. Są niezastąpieni

w ochotniczej pracy na rzecz innych, a swoją służbę wykonują z wielkim zaangażowaniem. Należy więc dołożyć wszelkich starań, aby jakość życia seniorów była coraz lepsza, co umożliwi im przeżycie „jesieni życia” w godny i owocny sposób.

Rekomendując niniejszą publikację mamy nadzieję, że ścisły związek między praktyką a opracowaniami teoretycznymi stanie się bodźcem do takiego przygotowania osób działających w obszarze polityki społecznej i pracy socjalnej, aby sprostały realizacji tych niełatwych, a jakże ważnych zadań.

Janusz Moszyński

Marszałek Województwa Śląskiego

Sylwia Adamczyk

Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej Województwa Śląskiego

CHARAKTERYSTYKA PODPROJEKTU

„W OBLICZU STAROŚCI”

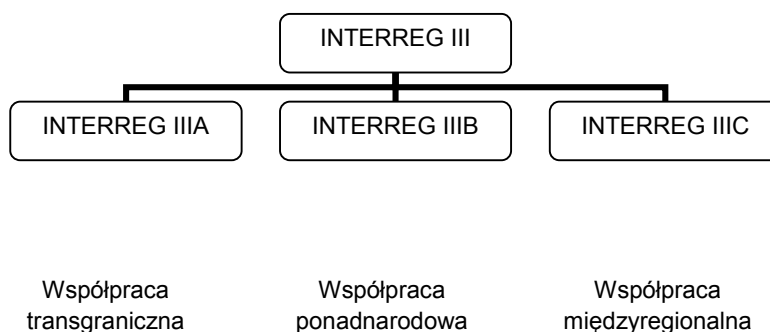
Ogólne Informacje na temat programu INTERREG IIIC

INTERREG jest jedną z inicjatyw wspólnotowych Unii Europejskiej, która powstała w celu wspierania współpracy pomiędzy różnymi regionami UE. Inicjatywa ta jest finansowana ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego (ERDF).

W ramach INTERREG III wydzielono trzy główne komponenty:

- Komponent A, dotyczący współpracy przygranicznej władz publicznych sąsiadujących ze sobą obszarów w celu rozwijania ośrodków gospodarczych i społecznych. Komponent ten jest realizowany poprzez wdrażanie zarówno projektów infrastrukturalnych, jak i „miękkich”, m.in. takich jak:
 - wsparcie inicjatyw społeczności lokalnych (fundusz mikroprojektów),
 - rozwój kapitału ludzkiego i instytucjonalnych form współpracy,
 - wykorzystanie zasobów ludzkich i materialnych w dziedzinie badań naukowych, rozwoju technologicznego, edukacji, kultury przede wszystkim w kontekście kreowania miejsc pracy,
 - stymulowanie przedsiębiorczości i rozwoju małych firm,
 - rozwój wspólnego systemu ochrony środowiska,
 - modernizacja i rozbudowa istniejącej sieci powiązań transportowych w celu zwiększenia dostępności terenów przygranicznych.
- Komponent B, dotyczący współpracy między władzami krajowymi, regionalnymi i lokalnymi w ramach dużych regionów europejskich. Współpraca ta jest ukierunkowana na zrównoważony i skoordynowany rozwój przestrzenny. Realizowane są projekty dotyczące opracowania strategii rozwoju przestrzennego w skali międzynarodowej, jak też projekty z zakresu ochrony środowiska oraz rozwoju społeczeństwa informacyjnego. Większość realizowa-

- nich projektów stanowi podstawę przedsięwzięć infrastrukturalnych, wdrażanych w ramach programów finansowanych z funduszy strukturalnych.
- Komponent C, dotyczący współpracy międzyregionalnej, której celem jest rozwój sieci w zakresie polityki regionalnej, upowszechnianie dobrych praktyk rozwiązywania określonych problemów, a także wymiana informacji i doświadczeń dotyczących szeroko rozumianego rozwoju regionalnego.



Rys. 1. Schemat Programu INTERREG III

Źródło: <http://www.interreg.gov.pl/>

Współpraca w ramach INTERREG IIIC obejmuje całe terytorium Unii Europejskiej, jednak dla celów zarządzania wydzielono cztery Strefy, tj. Północ, Południe, Wschód, Zachód. Program umożliwia też uczestnictwo krajów trzecich. Polska uczestniczy w programie Strefy Północ – pięć województw północnych: zachodniopomorskie, pomorskie, kujawsko-pomorskie, warmińsko-mazurskie, podlaskie oraz w programie Strefy Wschód – pozostałe województwa, w tym województwo śląskie.

Priorytety i działania programu

Nadrzędnym celem programu INTERREG IIC jest poprawa efektywności polityk i instrumentów rozwoju regionalnego oraz spójności. Realizacja celu ma się odbywać poprzez współpracę regionów w skali europejskiej, w tym wymianę informacji oraz wzajemne wykorzystywanie doświadczeń m.in. w zakresie działań mających na celu wspomaganie ekonomicznej i społecznej konwergencji (ujednociania) regionów przeżywających trudności strukturalne, współpracy międzyregionalnej w obszarze rozwoju miejskiego oraz współpracy w zakresie realizacji działań innowacyjnych.

W swoich założeniach program INTERREG IIC zachęca władze regionalne oraz inne organy publiczne do postrzegania współpracy międzyregionalnej jako środka stymulującego ich rozwój, głównie dzięki wykorzystaniu doświadczenia, jakim dysponują inni partnerzy. W ramach programu wyodrębniono typowe działania współpracy międzyregionalnej, które obejmują:

- badania,
- przygotowywanie analiz i studiów pod przyszłe projekty,
- szkolenia, seminaria, warsztaty,
- konferencje,
- wizyty studyjne, wspólne spotkania,
- strategie i działania marketingowe,
- działania informacyjne i PR,
- zarządzanie i koordynację,
- projekty pilotażowe i pokazowe.

Ponadto program podzielono na trzy rodzaje przedsięwzięć:

1. Regionalne Przedsięwzięcia Ramowe (RFO) – miniprogram oparty na ograniczonej liczbie tematów, obejmujący partnerów z przynajmniej trzech krajów, z których przynajmniej dwa są krajami członkowskimi UE.
2. Projekty indywidualne, które koncentrują się na jednym temacie współpracy, obejmują partnerów z przynajmniej trzech krajów, z których przynajmniej dwa są krajami członkowskimi UE.
3. Współpraca sieciowa, która musi się koncentrować na jednym temacie współpracy i obejmować partnerów z przynajmniej pięciu krajów, z których przynajmniej trzy są krajami członkowskimi UE.

Każde przedsięwzięcie ma partnera wiodącego, odpowiedzialnego za zarządzanie, realizację i koordynację działań pomiędzy zaangażowanymi uczestnikami. Partner wiodący składa również formularz wniosku o dofinansowanie projektu ze środków ERDF oraz, w przypadku zakwalifikowania przedsięwzięcia do finansowania, zawiera umowę o dofinansowanie z instytucją zarządza-

jąca, przejmując pełną odpowiedzialność finansową i prawną za całe przedsięwzięcie.

W zależności od wybranego rodzaju przedsięwzięcia potencjalnymi partnerami i beneficjentami mogą być:

- Wszystkie jednostki terytorialne tworzące region lub instytucje upoważnione do działania w imieniu regionów (NUTS II). Każdy partner regionalny w Regionalnym Przedsięwzięciu Ramowym powinien być wspierany przez partnerstwo regionalne, np. grupę publicznych, pozarządowych oraz/lub prywatnych instytucji partnerskich z danego regionu, zaangażowanych w przedsięwzięcie.
- Władze publiczne oraz instytucje równoważne organom publicznym.

Oznacza to, że w programie INTERREG III mogą uczestniczyć wszystkie instytucje publiczne, instytucje quasi-publiczne oraz instytucje sektora prywatnego (MŚP).

Współpraca województwa śląskiego w ramach INTERREG IIIC

Zaistniałe więzy historyczne, gospodarcze i społeczne pomiędzy regionem Nord-Pas de Calais (Francja), Krajem Związkowym Północnej Nadrenii-Westfalii (Niemcy) i województwem śląskim przyczyniły się do nawiązania na początku lat 90. ubiegłego wieku współpracy tych regionów oraz realizacji wspólnych projektów.

W sierpniu 1991 r. w Weimarze zostało podpisane „Wspólne oświadczenie ministrów spraw zagranicznych Francji, Polski i Niemiec”, które stało się podstawą „Porozumienia o współpracy”, podpisanego w 1999 r. oraz w 2000 r. przez Województwo Śląskie, region Nord-Pas de Calais oraz Kraj Związkowy Północnej Nadrenii-Westfalii. W sierpniu 2001 r. regiony te podpisały „Oświadczenie o współpracy regionów europejskich”, w którym wyraziły wolę współpracy w ramach programów europejskich, tworząc jednocześnie projekt pod nazwą „Regionalny Trójkąt Weimarski”. Projekt ten stworzył możliwość poszerzenia oraz pogłębienia istniejących już trójstronnych więzi oraz współpracy między regionami i ich mieszkańcami, w tym także pomiędzy publicznymi i prywatnymi instytucjami regionalnymi.

W ramach „Regionalnego Trójkąta Weimarskiego” wyodrębniono trzy główne cele:

1. Wzmocnienie zrównoważonego rozwoju, wymiana doświadczeń w zakresie restrukturyzacji przemysłu węglowego i żelaza uwzględniająca aspekt gospodarczy, społeczny i środowiskowy.

2. Wzmocnienie spójności społecznej w procesie rekonwersji, wymiana doświadczeń w zakresie rynku pracy oraz równości kobiet i mężczyzn.
3. Wspieranie rozwoju nowoczesnej administracji w poszerzonej Europie.

Dla każdego z powyższych celów zostały utworzone trzy tematy współpracy, tj.: „Restrukturyzacja przemysłu”, którego liderem stał się region Nord-Pas de Calais, „Nowoczesna administracja”, koordynowany przez województwo śląskie oraz „Polityka społeczna” z liderem – Krajem Związkowym Północnej Nadrenii-Westfalii.

Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej Województwa Śląskiego uczestniczył w procesie wypracowywania priorytetów współpracy w temacie „Polityka społeczna”. Zapoczątkowana w 2001 r. współpraca pomiędzy Regionalnym Ośrodkiem Polityki Społecznej Województwa Śląskiego a partnerskimi regionami zaowocowała podjęciem wspólnych przedsięwzięć. Współdziałanie było realizowane poprzez wizyty studyjne mające na celu zapoznanie się z kompetencjami i zakresem prowadzonych zadań, a także wypracowanie przyszłych kierunków i obszarów współpracy. W ramach tej współpracy odbyły się m.in. seminaria oraz warsztaty dotyczące problematyki integracji społecznej w kontekście programów rewitalizacji, organizowane przez ROPS we współpracy z Institut Régional du Travail Social du Nord-Pas de Calais (IRTS), Stowarzyszeniem Francja Polska dla Europy (pod auspicjami rady regionu Nord-Pas de Calais) oraz Stowarzyszeniem Forum Rewitalizacji. Współpraca z Krajem Związkowym Północnej Nadrenii-Westfalii koncentrowała się wokół tematyki dotyczącej aktywnej polityki rynku pracy i polityki społecznej w okresie przemian strukturalnych. Ponadto we współpracy z Arbeiterwohlfahrt Unterbezirk Dortmund (AWO) organizowano spotkania i wizyty studyjne służące wypracowaniu przyszłych tematów współpracy dotyczącej problematyki przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu osób i grup.

W wyniku wspólnie przeprowadzonych w regionach konsultacji zaproponowano następujące obszary tematyczne w realizacji międzyregionalnego projektu INTERREG IIIC:

- przeciwdziałanie długotrwałemu bezrobociu,
- integracja społeczna osób niepełnosprawnych,
- osoby starsze.

Podprojekt „W obliczu starości”

Współpraca zapoczątkowana pomiędzy partnerskimi regionami stała się podstawą opracowania wspólnego projektu. W Regionalnym Ośrodku Polityki

Spółecznej Województwa Śląskiego przygotowano podprojekt bezpośrednio odnoszący się do tematyki osób starszych pt. „W obliczu starości”. Partnerami podprojektu stali się:

- ze strony Kraju Związkowego Północnej Nadrenii-Westfalii – Arbeiterwohlfahrt Unterbezirk Dortmund (AWO),
- ze strony regionu Nord-Pas de Calais – Institut Régional du Travail Social du Nord-Pas de Calais (IRTS).

Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej Województwa Śląskiego podjął się roli lidera podprojektu. Czas trwania projektu wyznaczono od 1 lipca 2005 r. do 31 grudnia 2006 r. Wśród głównych celów podprojektu przyjęto:

- zbudowanie sieci wymiany informacji i doświadczeń dotyczących problematyki osoby starszej w środowisku lokalnym,
- poznanie i upowszechnienie metod oraz narzędzi działań w celu aktywizacji środowiska społecznego na rzecz osób starszych, a także partycypacji społecznej osób starszych.

W założeniach opracowany podprojekt bezpośrednio odwoływał się do realizacji strategicznego celu, zdefiniowanego w Regionalnym Przedsięwzięciu Ramowym Programu INTERREG IIIC jako: *Wzmocnienie spójności społecznej na obszarach objętych procesami restrukturyzacji oraz wymiana doświadczeń szczególnie w obszarze rynku pracy oraz innych głównych tendencji*. Główny temat podprojektu, jakim była wymiana informacji oraz dobrych praktyk w zakresie stwarzania warunków do zaspokajania potrzeb osób starszych, w szczególności potrzeb sprzyjających zachowaniu ich samodzielności i niezależności, został wybrany ze względu na szczególne znaczenie postępującego procesu starzenia się społeczeństw europejskich. Mając na uwadze przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu osób starszych, eliminowanie czynników powodujących ich marginalizację (takich, jak: pozbawienie ról społecznych, obniżenie poziomu życia, pogarszanie kondycji psychicznej, stanu zdrowia czy zmniejszanie mobilności) skoncentrowano się na wymianie informacji w zakresie metod i instrumentów wzmacniających z jednej strony aktywność środowisk lokalnych na rzecz osób starszych, a z drugiej zaangażowanie tych osób w budowanie kapitału społecznego.

W realizacji podprojektu zastosowano model systemowy: wkładu, realizacji i wyniku jako połączonego systemu. Model ten dotyczył wymiany wiedzy i doświadczeń pomiędzy partnerami, z których każdy był wspierany przez partnerstwo regionalne – grupę publicznych i pozarządowych instytucji zaangażowanych w przedsięwzięcie.

W podjętych działaniach wykorzystywano różne formy wymiany informacji, w szczególności: trójstronne spotkania partnerów, spotkania każdego z partnerów we własnym regionie z uczestnikami podprojektu, trójstronne seminaria

organizowane z udziałem ekspertów z poszczególnych regionów, konsultacje z partnerami i ekspertami, trójstronne konferencje podsumowujące, sporządzanie bieżących raportów.

Działania podprojektu były realizowane etapowo (modułowo):

Moduł 1 dotyczył zadań organizacyjnych – wstępnej fazy przygotowania projektu, która dotyczyła:

- przygotowania infrastruktury niezbędnej do prowadzenia projektu w regionach uczestniczących w nim,
- określenia zasad, ram i celów współpracy,
- wyznaczenia oczekiwanych rezultatów, metod i narzędzi współpracy.

Moduł 2 obejmował cykl seminariów na temat:

- „Popularyzacja problemów starzenia się, jego konsekwencje i profilaktyka”, zorganizowanych w województwie śląskim przez ROPS. Warsztaty przybliżyły uczestnikom problematykę osób starszych w perspektywie zachodzących współcześnie procesów demograficznych. Ponadto poruszono tematy dotyczące sytuacji bytowej seniorów, problemów i barier społecznych, z jakimi stykają się na co dzień ludzie starsi.
- „Partycypacja osób starszych na rzecz rozwoju środowiska lokalnego”, zrealizowanych w regionie Północnej Nadrenii-Westfalii przez AWO. Uczestnicy warsztatów zapoznali się z projektami i działaniami podejmowanymi na rzecz osób starszych w poszczególnych regionach. Przedstawiciele partnerskich regionów uczestniczyli w wizytach studyjnych zorganizowanych w placówkach działających na rzecz osób starszych. Celem tych wizyt było zapoznanie się z funkcjonowaniem tego typu placówek w regionie Północnej Nadrenii-Westfalii.
- „Aktywność osoby starszej a zachowanie jej samodzielności i niezależności”, zorganizowanych w regionie Nord-Pas de Calais przez IRTS. Tematyka warsztatów obejmowała m.in. zagadnienia związane ze zdrowiem osób starszych w kontekście zachowania ich samodzielności i niezależności. Ponadto w trakcie trwania warsztatów szeroko dyskutowano na temat funkcjonowania osoby starszej w społeczności lokalnej. Uczestnikami warsztatów byli przedstawiciele regionów partnerskich, w tym służby zdrowia, systemu pomocy społecznej i innych podmiotów działających na rzecz osób starszych.

Moduł 3 dotyczył przygotowania i realizacji międzynarodowej konferencji pt. „W obliczu starości”, zorganizowanej przez ROPS. Celem konferencji było podsumowanie zrealizowanych przedsięwzięć, upowszechnienie wspólnie wypracowanych w ramach podprojektu rozwiązań oraz prezentacja dobrych praktyk.

Moduł 4 polegał na zebraniu sporządzonych przez wszystkich partnerów raportów w jedną całość oraz opublikowaniu rezultatów trójstronnej współpracy.

Podprojekt „W obliczu starości” dzięki międzyregionalnej strategii współpracy partnerów z poszczególnych regionów przyczynił się do:

- poznania i wzmocnienia istniejących w regionach dobrych praktyk w zakresie aktywizacji środowiska lokalnego na rzecz osób starszych i partycypacji społecznej osób starszych,
- rozpowszechnienia wypracowanych rozwiązań – wymiana doświadczeń i know-how uzyskane z realizacji projektu stały się dostępne nie tylko dla partnerów uczestniczących w projekcie, lecz także dla podmiotów spoza partnerstwa,
- wskazania istniejących i poznania nowych metod, które będą mogły być wykorzystane w realizacji przyszłej współpracy,
- wypracowania europejskiej wartości dodanej poprzez wykorzystanie doświadczeń wszystkich partnerów,
- stworzenia możliwości uzyskania długoterminowych efektów i wpływów w szerszej, europejskiej skali.

System zarządzania podprojektem oraz zastosowane procedury

Samodzielny miniprogram, jakim był podprojekt „W obliczu starości”, aby umożliwiał strategiczną współpracę regionów, które zidentyfikowały wspólne problemy i szukają wspólnych rozwiązań, musiał być odpowiednio zarządzany i koordynowany. Celem utworzonego systemu koordynacji i zarządzania było więc stworzenie podstaw do funkcjonowania wydajnej sieci wymiany informacji i doświadczeń dotyczącej problematyki projektu. Zarządzanie całą siecią współpracy polegało na stworzeniu skutecznych struktur informowania i komunikowania się partnerów. System składał się z aktywnych połączeń komunikacyjnych, procedur kontrolowania i sterowania procesem wdrażania projektu. Obowiązki wynikające z realizacji podprojektu zostały rozdzielone pomiędzy partnerów. Każdy z nich był odpowiedzialny za zorganizowanie seminariów oraz sporządzenie protokołów i raportów z przeprowadzonych działań. Zadaniem partnerów było również dbanie o to, aby proces administrowania, komunikowania i dokumentowania przebiegał sprawnie. W tym celu każdy partner utworzył odpowiednie komórki oraz wyznaczył osoby odpowiedzialne za koordynację działań. Osobami zobowiązanymi do przekazywania i obioru informacji ze strony partnera wiodącego podprojektu byli wyznaczony koordynator pod-

projektu oraz menedżer finansowy. Wszystkie dokumenty i materiały będące produktem podprojektu były sukcesywnie zbierane i przekazywane liderowi podprojektu w celu przeprowadzenia kontroli i ewaluacji przebiegu działań. Lider projektu, w odstępach półrocznych, z uzyskanych od partnerów danych przygotowywał zbiorcze raporty i przekazywał je do dyspozycji sekretariatu RFO oraz audytorowi zewnętrznemu.

Zarządzanie funduszami podprojektu odbywało się przez sekretariat RFO. Partnerzy podprojektu w swoich działach księgowości wyznaczyli osoby odpowiedzialne za zarządzanie finansowe podprojektem, czyli za prawidłowość dokonywanych operacji finansowych w odniesieniu do zasad rachunkowości, a także założonego planu finansowego. Partnerzy prowadzili ewidencję wszystkich operacji finansowych, która zawierała zestawienia wpływów i wydatków w ujęciu chronologicznym, a także ich podział według poszczególnych pozycji planu finansowego.

W celu zapewnienia promocji podprojektu na stronie internetowej Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej były zamieszczane sukcesywnie informacje związane z podprojektem. Utworzono także linki do stron internetowych: www.interreg3c.net i www.trireg.net, które szczegółowo mogły przybliżyć zainteresowanym cele i zasady „Regionalnego Trójkąta Weimarskiego” oraz programu INTERREG IIIC. Na stronie internetowej oraz w materiałach powstałych w ramach podprojektu zamieszczono symbole Unii Europejskiej, Programu INTERREG IIIC, „Trójkąta Weimarskiego” oraz loga partnerów podprojektu. Ponadto zostały podjęte działania służące rozpowszechnieniu wypracowanych rozwiązań i rezultatów trójstronnej współpracy.

Zastosowane procedury oraz system zarządzania i koordynacji pozwoliły na precyzyjne i sprawne wdrażanie przedsięwzięć podprojektu oraz na skuteczne prowadzenie działań promocyjnych.

Dane kontaktowe:

Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej Województwa Śląskiego
ul. Powstańców 41 a
40-024 Katowice
tel. (032) 207 79 50
email: rops@silesia-region.pl
www.rops-katowice.pl

Halina Misiewicz

Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej Województwa Śląskiego

PROCES STARZENIA SIĘ LUDNOŚCI W WOJEWÓDZTWIE

ŚLĄSKIM JAKO WYZWANIE DLA

REGIONALNEJ POLITYKI SPOŁECZNEJ

Polityka europejska wobec procesu starzenia się ludności

Demograficzne starzenie się Unii Europejskiej jest faktem, wobec którego żaden kraj członkowski ani Unia jako organizacja nie mogą pozostać obojętne. Potrzebne jest opracowanie polityki wobec ludzi starszych koordynowanej w skali europejskiej. Powinna ona wychodzić daleko poza system zabezpieczenia społecznego i uwzględniać coraz szerszą ofertę zaspokajania potrzeb ludzi starszych. Ludzie starzy są bowiem grupą szczególnie wrażliwą na wykluczenie społeczne, a problem spójności społecznej jest w tym kontekście niezwykle ważny.

Zrewidowana Strategia Spójności Społecznej zatwierdzona przez Europejski Komitet Ministrów na 878 sesji 31 marca 2004 r. podkreśla, że spójność społeczna to nie tylko zwalczanie wykluczenia społecznego i ubóstwa, ale przede wszystkim tworzenie solidarności w społeczeństwie, tak aby zminimalizować wykluczenie oraz posiadanie przez społeczeństwo zdolności zapewnienia dobrobytu wszystkim swoim członkom, zmniejszanie rozbieżności między nimi i unikania polaryzacji. Spójność społeczna to ideał, do którego należy dążyć, a nie cel, który można osiągnąć. Trzeba ją stale pielęgnować, ulepszać i dostosowywać. Każde pokolenie musi na nowo osiągnąć taki punkt równowagi sił, nad jakim da się zapanować. Jest to punkt ciągle przemieszczający się, który musi się dostosowywać do zmian w środowisku społecznym i gospodar-

czym do zmian w technologii oraz do systemów politycznych, krajowych i międzynarodowych¹.

Polska zgodnie z tendencjami istniejącymi we wszystkich krajach UE poświęca szczególnie dużo uwagi określeniu kierunków działań sprzyjających spójności społecznej, w tym programom przeciwdziałającym wykluczeniu społecznemu osób starszych. Omawiając dokumenty programowe nie sposób pominąć tak istotnego dokumentu, jakim jest Strategia Lizbońska. Strategia ta omawia szeroko traktowane zabezpieczenie na starość, wyodrębniając trzy podstawowe obszary działań:

- zapewnienie odpowiedniego poziomu świadczeń emerytalnych,
- zapewnienie stabilności finansowej systemów emerytalnych,
- modernizacja systemów emerytalnych.

Celem tych działań jest m.in.:

- nadanie odpowiedniej rangi polityce społecznej wobec starości,
- uruchomienie aktywów materialnych i niematerialnych (promowanie edukacji ustawicznej, całożyciowej),
- promowanie aktywności i zdrowego stylu życia,
- utrwalanie wspólnot lokalnych,
- elastyczna polityka zatrudnienia (stopniowe przechodzenie na emeryturę, lepsza integracja kobiet z rynkiem pracy, a mężczyzn z rodziną),
- tworzenie różnorodnych form integracji poprzez inwestowanie w społeczeństwo obywatelskie, w organizację struktur i więzi międzypokoleniowych,
- dbałość o materialne podstawy bytu osób starszych, eliminacja ubóstwa poprzez mechanizmy: skutecznej waloryzacji świadczeń, osłon socjalnych, dostępu do usług opiekuńczych i pielęgnacyjnych, promocji oszczędzania, solidarności międzypokoleniowej, wzmacniania rangi rodziny i środowiska lokalnego².

Wzrost populacji starszych osób wywołuje skutki odczuwane przez całe społeczeństwo i wpływa na gospodarkę, stosunki społeczne i kulturę danego kraju. Do niedawna polityka społeczna i związane z nią programy koncentrowały się z reguły na implikacjach zmian demograficznych dla młodzieży i innych grup ludności i nie uwzględniały w należyłym stopniu sytuacji osób starszych. Brakowało rozwiązań adresowanych do tej rosnącej grupy społecznej. Większość krajów rozwijających się nadal ma wystarczająco dużo czasu, aby przygotować się do zadań, jakie stawia proces starzenia się społeczeństw

¹ *Zrewidowana Strategia Spójności Społecznej*. Europejski Komitet Spójności Społecznej (CDCS), Strasburg, 27 kwietnia 2004 r.

² E. Trafiałek: *Zmiany demograficzne a zadania współczesnej polityki społecznej*. W: *Sześćdziesiąt lat polityki społecznej w Polsce. Księga pamiątkowa na jubileusz osiemdziesięciolecia prof. zw. dr hab. Lucyny Frąckiewicz*. Red. A. Rączaszek. Katowice 2006, s. 196-197.

i długowieczność. Warunkiem jest jednak niezwłoczne podjęcie działań. Społeczeństwa będą w stanie utrzymać, a nawet przyspieszyć tempo rozwoju tylko wtedy, gdy uda im się przeprowadzić proces integracji ze starszymi osobami i stworzyć odpowiednie warunki do tego, aby ludzie starsi mogli przyczynić się do rozwoju i odnieść z niego korzyści.

Aby osiągnąć trwały rozwój szybko starzejących się społeczeństw należy zadbać o to, aby osoby starsze nie były poszkodowane ani dyskryminowane ze względu na wiek w żadnej sferze funkcjonowania społeczeństwa i aby miały równy dostęp do rynku pracy, ochrony socjalnej, opieki zdrowotnej, edukacji, produktywnych zasobów, ochrony prawnej i wymiaru sprawiedliwości.

Ważnym dokumentem definiującym cele polityki wobec osób starszych jest Europejska Karta Społeczna (zrewidowana). Art. 23 tej Karty głosi:

W celu zapewnienia skutecznego wykonywania prawa osób w podeszłym wieku do ochrony socjalnej Strony zobowiązują się podejmować lub popierać bądź bezpośrednio, bądź we współpracy z organizacjami publicznymi lub prywatnymi, stosowne środki polegające na:

1. *Umożliwieniu osobom w podeszłym wieku pozostanie pełnoprawnymi członkami społeczeństwa dopóty, dopóki możliwe, poprzez:*
 - a) *zapewnianie odpowiednich zasobów umożliwiających im godziwą egzystencję i aktywny udział w życiu publicznym, społecznym i kulturalnym,*
 - b) *dostarczanie informacji o usługach i ułatwieniach dostępnych dla osób w podeszłym wieku oraz o możliwościach korzystania z nich.*
2. *Umożliwieniu osobom w podeszłym wieku swobodnego wyboru sposobu życia oraz niezależnej egzystencji w znanym im środowisku dopóty, dopóki będą sobie tego życzyły i będą do tego zdolne, poprzez:*
 - a) *zapewnianie mieszkań dostosowanych do ich potrzeb oraz stanu zdrowia lub zapewnianie stosownej pomocy przy adaptacji ich mieszkań,*
 - b) *opiekę medyczną i usługi, których wymaga ich stan.*
3. *Zagwarantowaniu osobom w podeszłym wieku, przebywającym w domach opieki, stosownego wsparcia, z poszanowaniem ich prywatności oraz zagwarantowanie im udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących warunków życia w takiej instytucji³.*

Zadania instytucji polityki społecznej wobec osób starszych powinny być zatem nakierowane na zachowanie jak najdłużej samodzielności seniorów,

³ *European Treaty Series (ETS)/Série des traités européens (STE) Nr 163, Strasburg, 3 maja 1996 r.*

a więc możliwości decydowania o swojej przyszłości, dokonywania wyborów i udziału w życiu społecznym.

Proces starzenia się społeczeństw jako konsekwencja przemian demograficznych

Zachodzące współcześnie procesy demograficzne w krajach europejskich skutkują postępującym procesem starzenia się społeczeństwa. Na całym kontynencie europejskim stale wzrasta odsetek osób powyżej 65 lat w stosunku do ogółu ludności danego kraju.

Polska ma nieco korzystniejsze wskaźniki rozwoju demograficznego. Zgodnie z opracowaną przez demografów „Prognozą ludności dla Polski do 2030 roku”⁴ w polskim społeczeństwie do 2030 r. będzie malała dzietność, a wzrosła długość życia, co powoduje starzenie się społeczeństwa. W latach 2002-2030 liczba osób mających co najmniej 60 lat wzrośnie o 64%, natomiast odsetek osób w wieku 60 lat i więcej zwiększy się z blisko 17% do 30%. W dalszym ciągu będzie następował spadek umieralności i systematyczny wzrost przeciętnej długości życia do poziomu około 77,6 lat dla mężczyzn oraz 83,3 lat dla kobiet.

Tabela 1

Dzietność i trwanie życia do 2030 r.

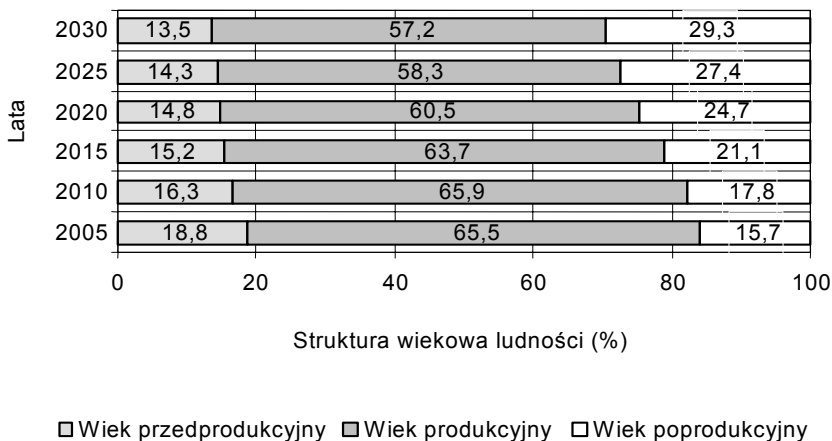
Wyszczególnienie	Lata			
	2002	2010	2020	2030
Dzietność	1,25	1,10	1,20	1,20
Ogółem	74,5	76,9	78,7	80,0
Mężczyźni	70,4	73,3	75,8	77,6
Kobiety	78,8	80,6	81,8	83,3

Źródło: Prognoza ludności Polski do 2030 roku. GUS, www.stat.gov.pl

Prognoza demograficzna na lata 2005-2030 dla Polski zakłada wzrost udziału osób w wieku poprodukcyjnym, przy czym dla województwa śląskiego

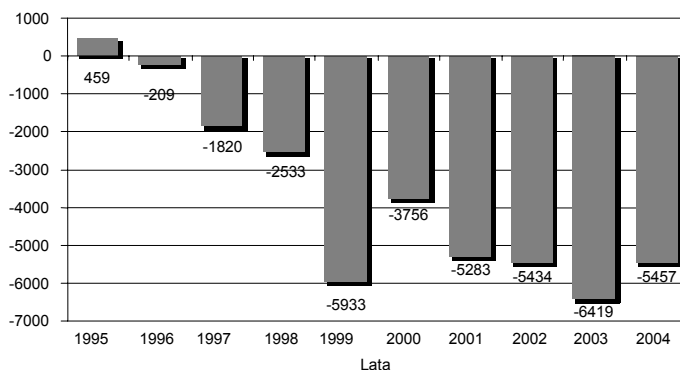
⁴ „Prognoza ludności dla Polski do 2030 roku” została opracowana przez ekspertów Głównego Urzędu Statystycznego, Rządowej Rady Ludności i Komitetu Nauk Demograficznych Polskiej Akademii Nauk na podstawie wyników spisu powszechnego z 2002 r. oraz przewidywalnych trendów w zakresie dzietności, umieralności i migracji.

prognozuje się najwyższy w Polsce wskaźnik obciążenia ludności produkcyjnej ludnością nieprodukcyjną.



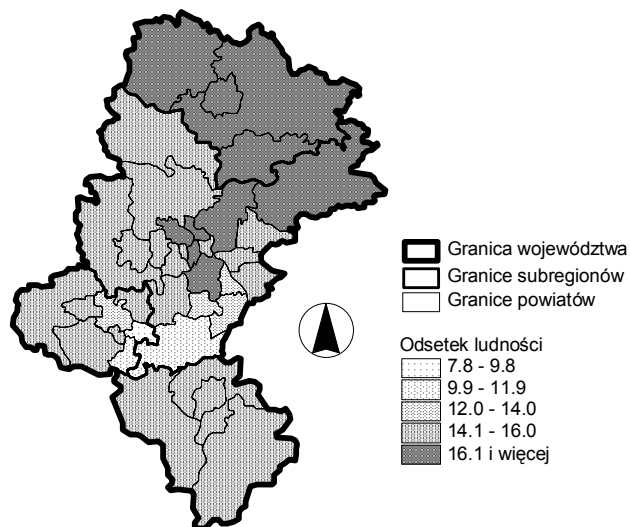
Rys. 1. Prognoza zmian struktury wieku ludności województwa śląskiego na lata 2005-2030

Źródło: Rocznik Statystyczny Województw 2004. GUS, Warszawa 2004.



Rys. 2. Przyrost naturalny w województwie śląskim w latach 1995-2004

Źródło: Roczniki Statystyczne Województwa Śląskiego z lat 2000-2004. Urząd Statystyczny w Katowicach; Bank Danych Regionalnych GUS, www.stat.gov.pl

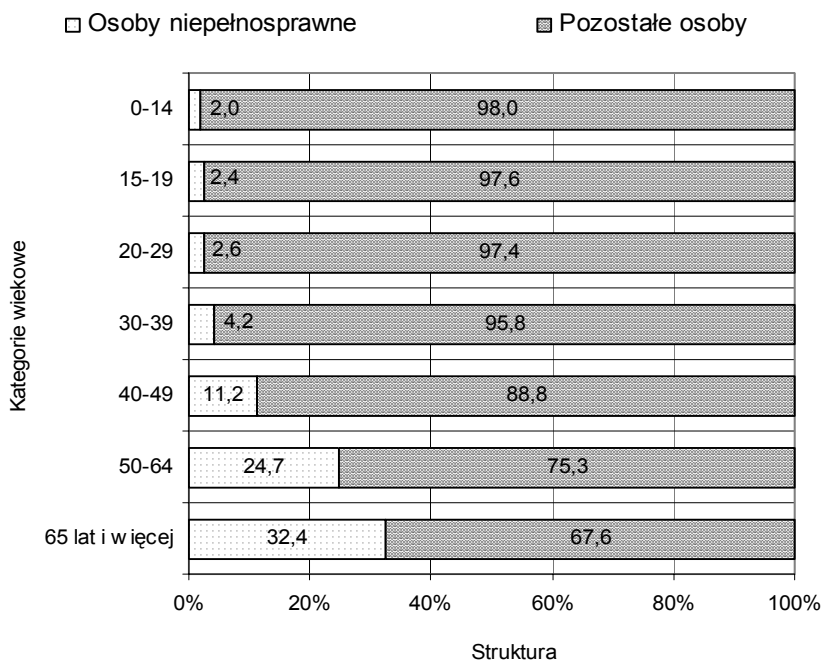


Rys. 3. Osoby starsze w odsetkach ludności województwa śląskiego według powiatów - stan na 31.12.2004 r.

Źródło: Opracowanie własne ROPS na podstawie danych Urzędu Statystycznego w Katowicach; Rocznik Statystyczny Województwa Śląskiego 2005, Katowice 2005.

Proces starzenia się ludności w województwie jest efektem wydłużenia trwania życia, spadku liczby urodzeń oraz procesów migracyjnych (znacznego napływu ludności w wieku produkcyjnym w latach powojennych).

Wzrost liczby osób w starszych grupach wieku przyczynia się do wzrostu liczby osób niepełnosprawnych, osób zależnych (potrzebujących pomocy i opieki), gdyż niepełnosprawność jest silnie skorelowana z wiekiem.



Rys. 4. Udział osób niepełnosprawnych w poszczególnych kategoriach wiekowych w Polsce w 2002 r.

Źródło: Opracowanie własne ROPS na podstawie danych GUS; Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań, Powszechny Spis Rolny; Osoby Niepełnosprawne oraz ich Gospodarstwa Domowe. Cz. I – Osoby niepełnosprawne. Warszawa 2003.

W przyszłości liczba młodszych generacji będzie się zmniejszała, zwiększy się udział osób bezdzietnych, owdowiałych, małodzietnych i samotnych. Rosnący udział osób starszych w społeczności województwa śląskiego będzie wywoływał określone konsekwencje społeczno-ekonomiczne. Jedną z nich będzie coraz częstsze wypełnianie obowiązków opiekuńczych wobec osób starszych z udziałem form instytucjonalnych i pozainstytucjonalnych.

Tabela 2

Seniorzy w Polsce - prognoza na lata 2000-2050

Rok	Udział osób w wieku 85 lat i więcej w ogólnej liczbie ludności (w %)	Wskaźnik dynamiki osób w wieku 85 lat i więcej	Współczynnik potencjalnego wsparcia (liczba kobiet w wieku 45-64 lata w stosunku do liczby osób w wieku 80 lat i więcej)
2000	0,92	100,0	5,12
2010	1,19	128,3	4,64
2020	1,75	185,8	3,64
2030	1,86	191,0	3,15
2040	3,48	341,7	2,11
2050	4,09	383,4	1,69

Źródło: P. Szukalski: *Osoby sędziwe w Polsce i w krajach Unii Europejskiej. Przeszłość, teraźniejszość, przyszłość*. Łódź 2004. Cyt. za: L. Frąckiewicz: *Społeczne problemy ludzi starych*. Katowice 2005 (maszynopis).

Ochrona przed naruszaniem praw i wykluczeniem społecznym

Nawet przy najsilniejszej ochronie prawnej, jaką można by otoczyć prawa człowieka, nigdy nie jest rzeczą prostą zapewnienie wszystkim członkom społeczeństwa, a zwłaszcza najsłabszym, możliwości rzeczywistego korzystania z przysługujących im praw. Paradoksem jest to, że ci, którzy najbardziej potrzebują ochrony swoich praw często są najgorzej przygotowani do ich egzekwowania. Ochronie praw muszą towarzyszyć zdecydowane środki w dyspo-

zycji polityki społecznej⁵. Warto tutaj przytoczyć słowa Jana Pawła II zawarte w encyklice „Centessimus Annus” (49): *Sprawą ogromnie pilną jest popieranie [...] tych dziedzin polityki społecznej, które dotyczą przede wszystkim samej rodziny i pomagają jej, przeznaczając na to odpowiednie zasoby i skuteczne środki w celu wspierania jej zarówno w wychowaniu dzieci, jak i opieki nad ludźmi w podeszłym wieku, unikając oddzielania ich od rodziny i umacniając więzi międzypokoleniowe*⁶.

Osoby starsze napotykają w swoim środowisku bariery społeczne, do których można zaliczyć: trudności w komunikacji z innymi wynikające z wprowadzania nowych technologii użytkowych, trudności w dostępie do opieki medycznej (opieki i rehabilitacji geriatrycznej), negatywny stosunek do starości, przede wszystkim młodszych generacji. Dyskryminacja z powodu wieku, polegająca na posługiwaniu się stereotypami w ocenach i działaniach wobec ludzi starszych występuje we wszystkich krajach członkowskich Unii Europejskiej powodując zagrożenie wykluczeniem społecznym, dlatego konieczne są prowadzenie i wspieranie działań umożliwiających osobom starszym korzystanie z przysługujących im praw, uczestnictwo w życiu społecznym i rozwój w środowisku rodzinnym lub w placówkach spełniających obowiązujące standardy.

Na skutek rozluźnienia więzi międzypokoleniowych pojawia się problem samotnego bytowania ludzi starszych w swoim środowisku. Szczególnie osoby osamotnione, o niskim wykształceniu, mało dbające o swój stan zdrowia, dotknięte różnego rodzaju formami niepełnosprawności, wynikającymi z większych niż w innych regionach zagrożeń środowiskowych, należą do grup narażonych na wykluczenie społeczne. W przyszłości problemem będzie również ubóstwo ludności starszej, która w młodszym okresie pozbawiona pracy nie uzyska odpowiednio wysokich świadczeń emerytalnych, stając się tym samym klientami pomocy społecznej. Sytuacja ta będzie dotyczyła przede wszystkim kobiet często obciążonych obowiązkami macierzyńskimi, które mają mniejsze szanse uzyskiwania pracy w obszarach dotkniętych bezrobociem. Już osoby w tzw. wieku produkcyjnym niemobilnym (44-60/65 lat) napotykają na liczne bariery na rynku pracy. Dla wielu osób starszych zewnętrzne rynki pracy, czyli rynki ponadlokalne są zamknięte. Według danych BAEL w III kwartale 2005 r. wskaźnik zatrudnienia dla osób w wieku 45-59/64 lata wynosił 53,9, zaś dla grupy 60/65 lat i więcej 7,3.

Utrzymaniu sprawności fizycznej i psychicznej, a także podtrzymaniu samodzielności osób starszych sprzyja uczestnictwo w życiu społecznym. Otwarte

⁵ Zrewidowana Strategia Spójności Społecznej. Op. cit.

⁶ Por. Jan Paweł II, Adhort. apost. *Familiaris consortio* (22 listopada 1981), 45: AAS 74 (1982), 136 n.

i przyjazne społeczności lokalne mogą wzmocnić proces budowania kapitału społecznego poprzez angażowanie osób starszych w życie społeczne. Dzięki swej wiedzy i doświadczeniu życiowemu osoby starsze mogą pełnić ważną rolę w rozwoju środowiska lokalnego. Przekonanie tych osób o ich użyteczności stanowi motywację do angażowania się w działalność pomocową w swoim otoczeniu.

Przekazywanie określonych zasobów przez jedną jednostkę (grupę) innej jednostce (grupie) dokonuje się na drodze przepływów międzygeneracyjnych. Wymiana zasobów odnosi się do relacji międzypokoleniowych z punktu widzenia redystrybucji zasobów publicznych lub zasobów rodzinnych. Zarówno w literaturze przedmiotu⁷, jak i w praktyce życia codziennego wyróżnia się następujące formy przepływów międzygeneracyjnych:

- pomoc w postaci materialnej (dar rzeczowy i finansowy),
- pomoc w postaci usług (dar czasu),
- pomoc w postaci użyczenia mieszkania (dar przestrzeni).

Transfery międzypokoleniowe można podzielić na publiczne i prywatne. Transfery publiczne są dokonywane przez państwo i instytucje lokalne w celu zrównania poziomu życia całego społeczeństwa lub jego podgrup w krótkich okresach (świadczenia emerytalno-rentowe, publiczna opieka medyczna, szkolnictwo publiczne, świadczenia rodzinne). Mają one ważne znaczenie w przypadku rodzin bezdzietnych, małodzietnych oraz w sytuacjach, gdy dochodzi do rozpadu rodziny. Transfery prywatne polegają na wyrównywaniu zasobów pomiędzy poszczególnymi generacjami w rodzinie w długich okresach. Przepływy międzypokoleniowe charakteryzują się komplementarnością i są przenośne, ponieważ otrzymanie pomocy uprawdopodobnia udzielenie pomocy następnym pokoleniom – następuje transmisja wzorów pomocy, czyli przenoszenie wzorów zachowań w określonych sytuacjach⁸. Wyzwanie, przed jakim stoją twórcy polityki społecznej polega na utrzymaniu istniejących międzypokoleniowych wzorów społecznej wymiany tak, aby osoby starsze były nadal przydatne swoim rodzinom, społecznościom i całym społeczeństwom. Umocnieniu międzypokoleniowych więzi posłuży również lepsze zrozumienie korzyści, jakie przysparzają społeczeństwu osoby starsze.

⁷ P. Szukalski: *Przepływy międzypokoleniowe i ich kontekst demograficzny*. Łódź 2002; B. Balcerzak-Paradowska: *Rodzina i polityka rodzinna na przełomie wieków*. Warszawa 2004.

⁸ *Ibid.*, s. 15-18.

System opieki nad ludźmi starymi – międzypokoleniowa solidarność, rodzina, społeczność lokalna

System opieki nad ludźmi starymi w Polsce obejmuje trzy kategorie działań wchodzących w zakres zainteresowań polityki społecznej: ubezpieczenia, zaopatrzenie i opiekę medyczną oraz społeczną, które są odpowiedzialne za gwarancję środków utrzymania, pomoc w leczeniu i kompensację obciążenia budżetu⁹. Pomoc społeczna jest w tym systemie uzupełnieniem techniki zaopatrzeniowej i ubezpieczeniowej, instytucją polityki społecznej państwa, która ma na celu umożliwienie osobom i rodzinom przezwycięzenie trudnych sytuacji życiowych, których nie są w stanie pokonać wykorzystując własne środki, możliwości i uprawnienia. Niemożność przezwyciężenia trudnych sytuacji życiowych przez te osoby jest podstawą włączenia się systemu pomocy społecznej.

Pomoc społeczna ma dążyć do uaktywnienia i usamodzielnienia jednostki, aby własną pracą uzyskała podstawę bytu, zaś w przypadku osób starszych ma polegać na aktywnej postawie w jej udzielaniu poprzez wyszukiwanie potrzeb i następnie dążeniu do ich zaspokojenia na zasadzie równości i godności korzystającego i świadczącego. Obowiązek udzielania pomocy społecznej należy do organów administracji rządowej i samorządowej, które realizując go powinny współdziałać z organizacjami pozarządowymi, związkami zawodowymi, osobami prawnymi i fizycznymi¹⁰. Świadczenia z pomocy społecznej są udzielane z urzędu lub na wniosek osoby zainteresowanej, jej przedstawiciela ustawowego bądź na wniosek innej osoby (jednak za zgodą osoby zainteresowanej lub jej przedstawiciela ustawowego)¹¹. Prawo do tych świadczeń przysługuje osobom, które zostały dotknięte co najmniej jednym z powodów złej sytuacji życiowej wymienionych w ustawie o pomocy społecznej¹² oraz które jednocześnie spełniają kryterium dochodowe określone w ustawie¹³. Powodami udzielenia pomocy są przede wszystkim: ubóstwo, sieroctwo, bezdomność, bezrobocie, niepełnosprawność, długotrwała lub ciężka choroba, przemoc w rodzinie, potrzeba ochrony macierzyństwa, bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, szczególnie w rodzinach niepełnych i wielodzietnych, brak umiejętności w przystosowaniu do życia młodzieży opuszczającej placówki opiekuńczo-wychowawcze, trudności w integracji osób, które otrzymały status uchodźcy, trudności w przystoso-

⁹ E. Trafiałek: *Starzenie się i starość. Wybór tekstów z gerontologii społecznej*. Kielce 2006, s. 223.

¹⁰ *Leksykon polityki społecznej*. Red. B. Rysz-Kowalczyk. Warszawa 2002, s. 144.

¹¹ Art. 102 ustawy z 12.03.2004 r. o pomocy społecznej. Dz.U. z 15.04.2004 r., www.mps.gov.pl

¹² *Ibid.*, art. 7.

¹³ *Ibid.*, art. 8 i 9.

waniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego, alkoholizm lub narkomania, zdarzenia losowe i sytuacja kryzysowa, klęska żywiołowa lub ekologiczna.

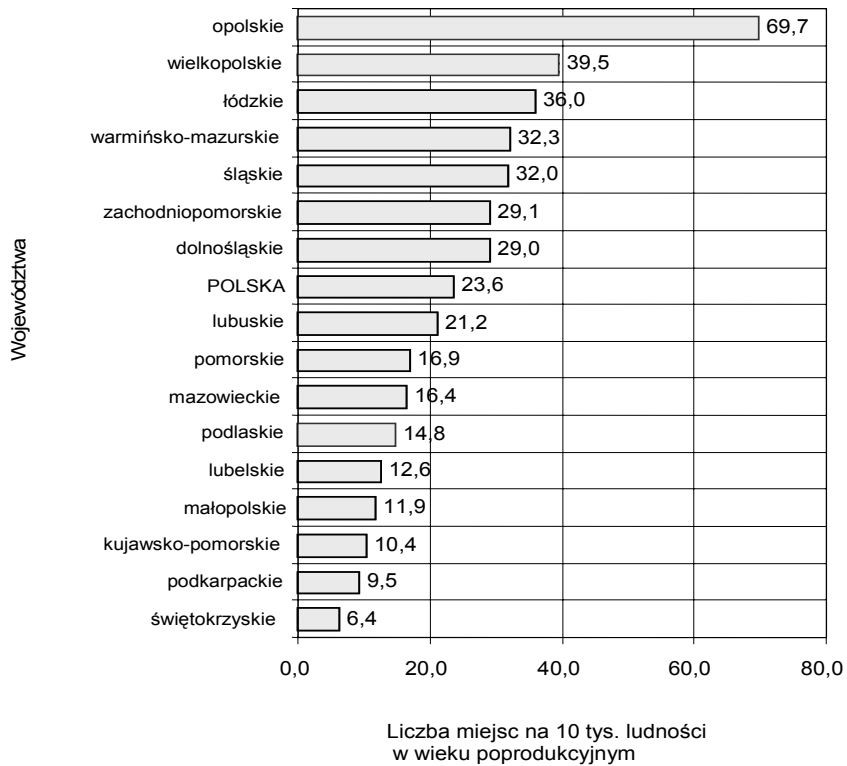
W katalogu różnych rodzajów ryzyka uniemożliwiającego zaspokojenie podstawowych potrzeb życiowych poszczególnych osób i ich rodzin ustawodawca określił instrumenty skierowane do osób w podeszłym wieku. Osoby te mogą liczyć na świadczenia pomocowe o charakterze pieniężnym oraz niepieniężnym¹⁴, na wsparcie instytucji pomocy społecznej, w szczególności:

- ośrodków pomocy społecznej,
- dziennych i stacjonarnych domów pomocy,
- rodzinnych domów pomocy,
- organizacji społecznych,
- klubów seniora,
- Uniwersytetów Trzeciego Wieku,
- komercyjnych placówek zapewniających opiekę całodobową.

W Polsce osoby starsze najczęściej pozostają we własnych mieszkaniach, dlatego dogodną formą opieki nad nimi są dzienne domy pomocy. Tego rodzaju placówki są atrakcyjną formą wsparcia dla osób mogących poruszać się samodzielnie, organizują codzienne życie, pomoc materialną, przygotowują posiłki, zaspokajają potrzeby kulturalne.

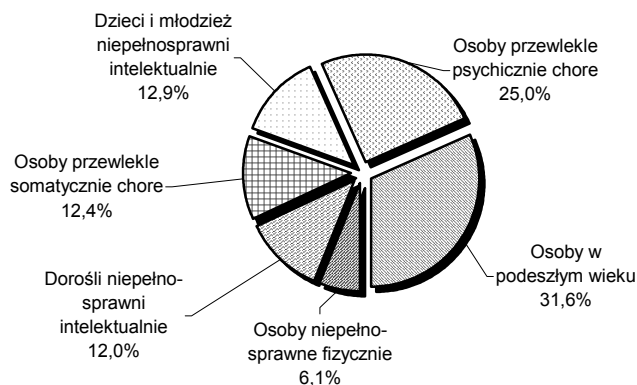
Według danych pochodzących ze Sprawozdania MPiPS-03 na koniec 2005 r. na terenie województwa śląskiego funkcjonowało ogółem 51 dziennych domów pomocy, dysponujących 2359 miejscami. Posiadane zasoby instytucjonalne nie zaspokajają w pełni istniejących potrzeb mieszkańców województwa śląskiego.

¹⁴ Ibid., art. 36.



Rys. 5. Dzielne domy pomocy. Stan na 31.12.2005 r.

Źródło: GUS, www.stat.gov.pl; Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, Sprawozdanie MPiPS-03 za okres I-XII 2005 r.



W przypadku DPS świadczących usługi dla więcej niż jednego rodzaju klientów przyjęto równy podział miejsc pomiędzy poszczególne kategorie.

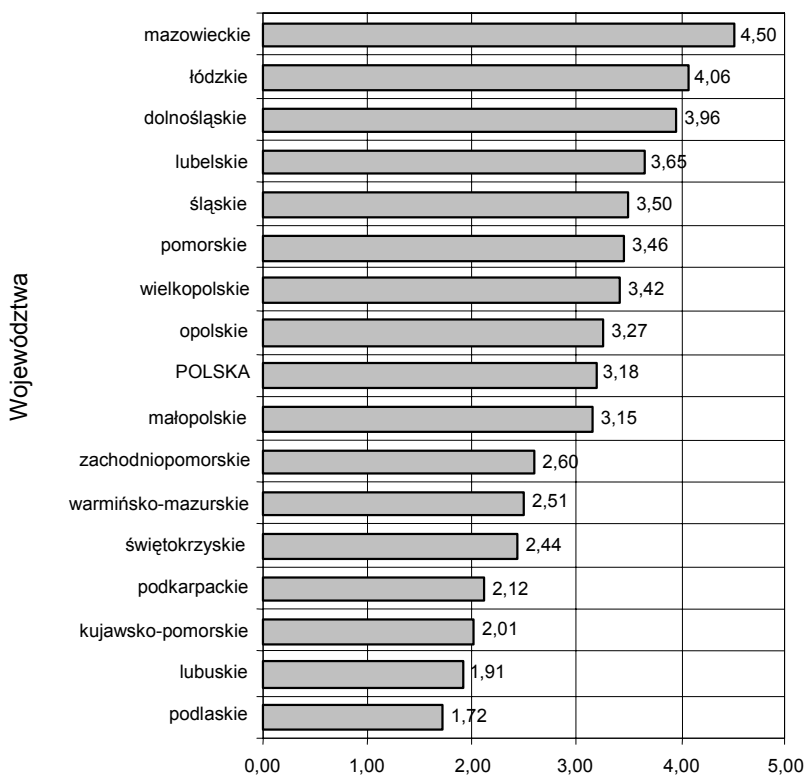
Rys. 6. Domy pomocy społecznej w województwie śląskim – struktura miejsc według rodzaju klientów – stan na 4.10.2006 r.

Źródło: Śląski Urząd Wojewódzki.

Domy pomocy społecznej świadczą usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające i edukacyjne na poziomie obowiązującego standardu, w zakresie i formach wynikających z indywidualnych potrzeb osób w nich przebywających. Te domy, które nie osiągnęły obowiązującego standardu są obowiązane do opracowania i realizacji programu naprawczego do końca 2010 r. Podmiotowi prowadzącemu dom pomocy społecznej, który jeszcze nie osiągnął obowiązującego standardu wojewoda wydaje zezwolenie warunkowe na czas realizacji programu naprawczego. Zezwolenia warunkowe na prowadzenie domu pomocy społecznej wydane przed dniem wejścia w życie ustawy zachowują moc nie dłużej niż do 31.12.2010 r.¹⁵

¹⁵ Art. 55 pkt 1, art. 152 ustawy z 12.03.2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. 2004, nr 64, poz. 593 ze zm.).

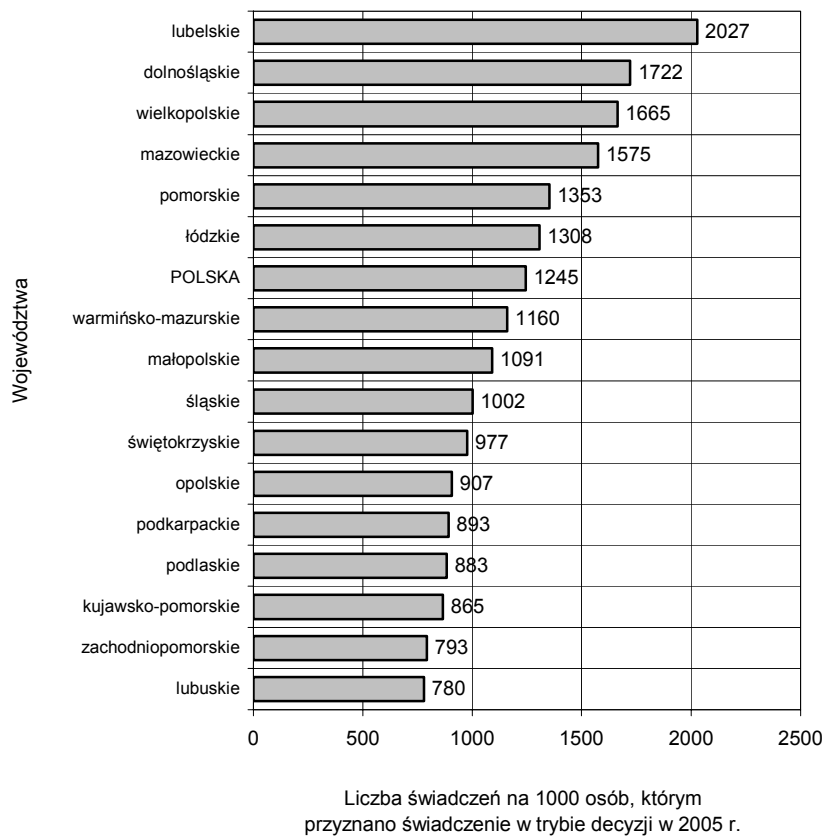
Alternatywę wobec opieki stacjonarnej i półstacjonarnej stanowią usługi opiekuńcze. Świadczone są one w miejscu zamieszkania osoby wymagającej wsparcia, obejmują pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opiekę higieniczną, zleconą przez lekarza pielęgnację oraz w miarę możliwości zapewnienie kontaktów z otoczeniem. Obecnie szczególnie ważne jest wypracowanie i wdrożenie standardów świadczonych usług opiekuńczych.



Odsetek ogółu osób, którym przyznano świadczenie w trybie decyzji w 2005 r.

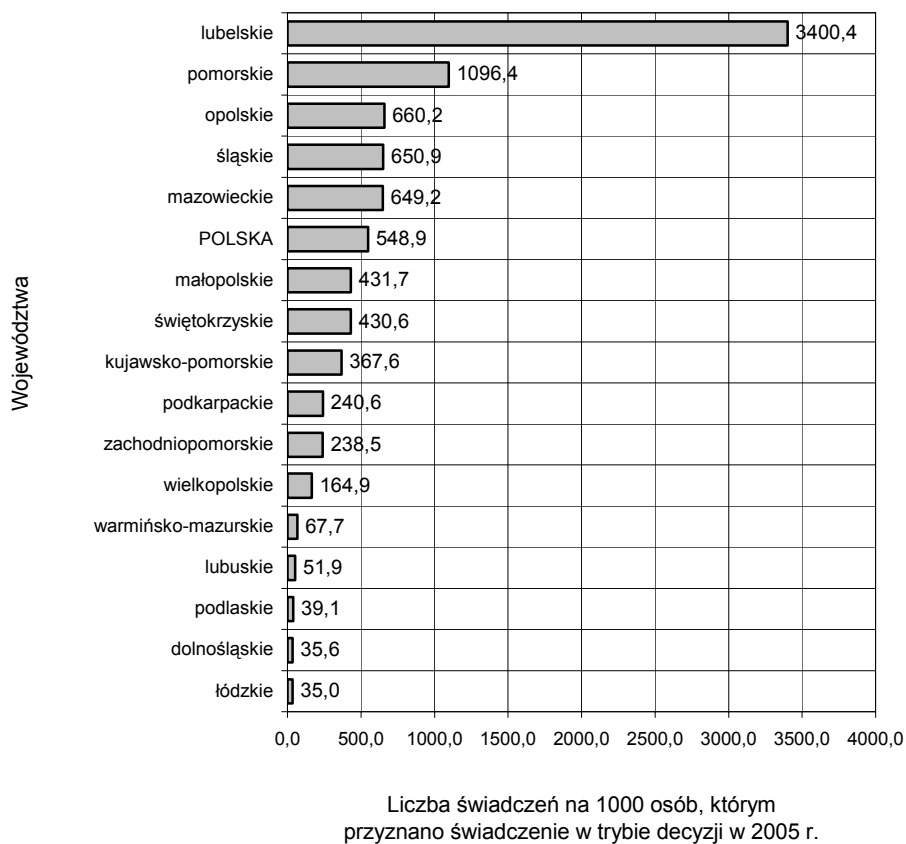
Rys. 7. Osoby objęte pomocą w postaci usług opiekuńczych jako odsetek ogółu osób, którym przyznano świadczenie w trybie decyzji w 2005 roku

Źródło: Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, Sprawozdanie MPiPS-03 za okres I-XII 2005 r.



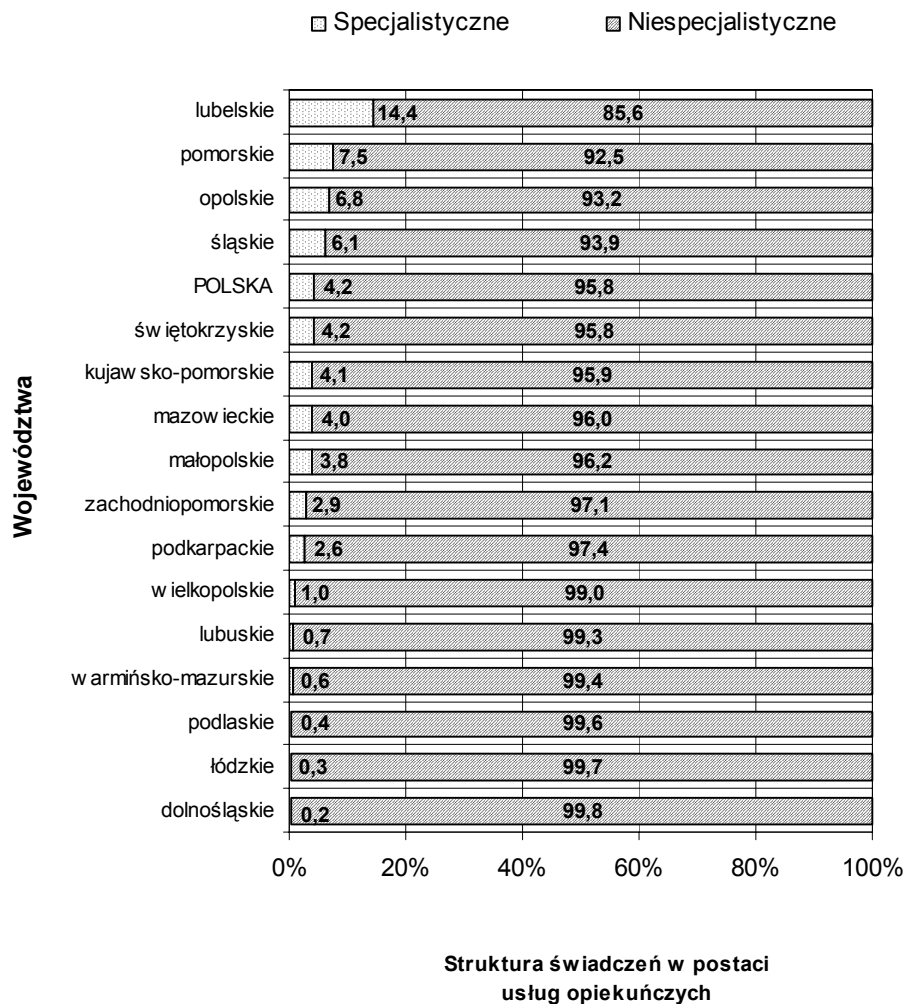
Rys. 8. Usługi opiekuńcze niemające charakteru specjalistycznego

Źródło: Ibid.



Rys. 9. Specjalistyczne usługi opiekuńcze

Źródło: Ibid.



Rys. 10. Struktura świadczeń w postaci usług opiekuńczych

Źródło: Ibid.

Według raportu zrealizowanego przez Instytut Zdrowia Publicznego Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w ramach międzynarodowego projektu badawczego CLESA¹⁶, osiągalność świadczeń pomocy społecznej dla osób starszych w latach 1990-2000 zmniejszyła się w odniesieniu do usług opiekuńczych i zasiłków pieniężnych (od 1993 r.), nieznacznie zwiększyła się w przypadku korzystania z pobytu w dziennym domu pomocy społecznej, zwiększyła się w przypadku starań o miejsce w domu pomocy społecznej dla osób w wieku podeszłym, zaś w placówkach dla przewlekle chorych nadal jest niewystarczająca w stosunku do zgłaszanych potrzeb. Zmieniające się przepisy, w tym określające kryteria przyznawania świadczeń pieniężnych i usług, są jedną z istotnych przyczyn słabej orientacji osób starszych i lekarzy w zakresie świadczeń udzielanych w pomocy społecznej, natomiast znajomość tych zasad przez pracowników socjalnych jest i zawsze była bardzo dobra, ponieważ pozostaje zasadniczym elementem ich pracy. Instytucja domów pomocy społecznej od lat istnieje w świadomości osób starszych oraz lekarzy rodzinnych i pracowników socjalnych, dlatego ich wiedza na temat ubiegania się o pobyt w takiej placówce oraz sposobu kierowania do niej została wysoko oceniona. Dostępność zasiłków pieniężnych ogólnie pogorszyła się, co jest wynikiem znacznego wzrostu zapotrzebowania z powodu poszerzającej się sfery ubóstwa. Bariera, która istotnie ogranicza możliwość skorzystania z zasiłków jest ustalana na bardzo niskim poziomie wartość kryterium dochodowego uprawniającego do świadczeń z pomocy społecznej. Jednocześnie możliwość korzystania z usług opiekuńczych przez osoby starsze pogorszyła się z powodu wprowadzenia współfinansowania usługi przez świadczeniobiorców mających dochody powyżej wspomnianego kryterium. Podobnie dostępność kosztowa DPS i DDPS od 1990 r. pogorszyła się w wyniku stopniowego zwiększania udziału osób starszych (a od 2004 r. także ich rodzin) w częściowym opłaceniu kosztów pobytu w tych placówkach.

Problemy osób starszych należy rozpatrywać kompleksowo, uwzględniając pełny zakres zabezpieczenia społecznego (ubezpieczeń społecznych, ochrony zdrowia i pomocy społecznej). O zakresie pomocy społecznej powinny decydować nie tylko wysokość stałych dochodów i sytuacja rodzinna, ale również zdefiniowane czynniki zdrowotne (takie jak niepełnosprawność fizyczna, psychiczna lub określona choroba przewlekła). W ten sposób instytucja pomocy społecznej mogłaby istotnie wspierać udzielanie opieki długoterminowej prowadzonej w warunkach domowych w stosunku do przewlekle chorych, realizując postulat rozwoju środowiskowych form pomocy. Konieczna jest poprawa

¹⁶ *Dostępność opieki zdrowotnej i pomocy społecznej dla osób starszych w Polsce. Raport z badań.* Red. K. Szczerbińska. Kraków 2006, s. 289-291.

współpracy między instytucjami opieki zdrowotnej (zwłaszcza lekarzami rodzinnymi, pielęgniarkami środowiskowymi) i pomocy społecznej (pracownikami socjalnymi i opiekunkami) oraz organizacjami społecznymi w zakresie udzielania wsparcia osobom starszym. Ponadto istnieje pilna potrzeba określenia standardów usług opiekuńczych oraz wdrożenia systemu monitorowania jakości świadczeń realizowanych w tych instytucjach.

„Strategia polityki społecznej województwa śląskiego na lata 2006-2020” na rzecz osób starszych

Działania na rzecz seniorów zamieszkujących województwo śląskie wyznacza przyjęta uchwałą Sejmiku Województwa Śląskiego nr II/47/3/2006 z 24.04.2006 r. „Strategia polityki społecznej województwa śląskiego na lata 2006-2020”. Na podstawie diagnozy sytuacji społecznej, po określeniu obszarów priorytetowych dla polityki społecznej w województwie śląskim za główny cel (misję) strategii przyjęto *Poprawę warunków i jakości życia mieszkańców województwa śląskiego*. Jednym z celów strategicznych jest *Wspieranie osób starszych w pełnieniu ról społecznych*. Problematyka ta została ujęta w postaci następujących kierunków działań:

- Włączanie osób starszych do działań na rzecz rozwoju środowiska lokalnego.
- Dostosowanie systemu wsparcia, w tym pomocy społecznej, do potrzeb starzejącego się społeczeństwa.
- Upowszechnianie wiedzy na temat starzenia się i jego konsekwencji (profilaktyka starzenia).

Przewiduje się, że przyjęte cele strategiczne i kierunki działań będą sprzyjały rozwojowi:

- kapitału ludzkiego, tj. indywidualnych zdolności osób do radzenia sobie w różnych sytuacjach życiowych,
- kapitału społecznego, tj. różnych form lokalnego życia społecznego, lokalnego społeczeństwa obywatelskiego, w tym lokalnych organizacji pozarządowych, różnych form aktywności wolontarystycznej czy sieci nieformalnych kontaktów,
- kapitału lokalnego, tj. infrastruktury instytucjonalnej, w tym szczególnie infrastruktury lokalnego rynku ekonomicznego¹⁷, a także będą pełniły szczególną

¹⁷ A. Niesporek, K. Wódz: *Grupy zmarginalizowane, przedsiębiorczość społeczna, praca socjalna - strategie rozwoju społeczności lokalnych*. Cyt. za: A.C. Kubisch: *Comprehensive Community Initiatives: Lessons in Neighborhood Transformation*, 1985, www.nhi.org/online/issues/85/compcominit.html. W: *W stronę aktywnej polityki społecznej*. Red. T. Kaźmierczak, M. Rymsza. Warszawa 2003, s. 129.

rolę w tworzeniu i realizowaniu aktywnej polityki społecznej na szczeblu regionu w sposób, który pozwoli na maksymalne wykorzystanie szans wynikających z członkostwa w Unii Europejskiej.

Kapitał ludzki jako kategoria społeczno-ekonomiczna stanowi integralny element kapitału ekonomicznego i społecznego¹⁸. Skumulowany jest w aktywności, wykształceniu, wiedzy obywateli, a proces jego gromadzenia towarzyszy wszystkim fazom życia. Najwyższy potencjał kapitału ludzkiego występuje w wieku dojrzałym i starszym¹⁹. Podstawą rozwoju społecznego i budowania struktur państwa przyjaznego dla człowieka jest więc optymalne wykorzystanie potencjału kapitału ludzkiego skumulowanego we wszystkich grupach społecznych, zawodowych i wiekowych²⁰.

Dane kontaktowe:

Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej Województwa Śląskiego
ul. Powstańców 41 a
40-024 Katowice
tel. (032) 207 79 50
email: rops@silesia-region.pl
www.rops-katowice.pl

¹⁸ *Kapitał ludzki jako cel strategiczny polityki społecznej*. Red. D. Graniewska. Warszawa 1999, s. 89. Cyt. za: E. Trafiałek: Op. cit. s. 209.

¹⁹ E. Trafiałek: Op. cit. s. 209.

²⁰ *Ibid.*, s. 210.

**PRZYKŁADY DOBRYCH PRAKTYK Z REGIONÓW
PARTNERSKICH – WOJEWÓDZTWA ŚLĄSKIEGO,
PÓŁNOCNEJ NADRENI-WESTFALII I NORD-PAS DE CALAIS**

**Popularyzacja problemów starzenia się, jego konsekwencji
i profilaktyki**

Bożena Antończyk

Ośrodek Pomocy Społecznej w Chorzowie

POMOC I WSPARCIE DLA OSÓB STARSZYCH – – MIESZKAŃCÓW CHORZOWA

Szczegółowa analiza demograficzna miasta Chorzowa wykazała, że jest to miasto starzejące się, w którym od kilku lat dynamicznie wzrasta liczba ludności w wieku poprodukcyjnym. Stwarza to ogromne wyzwanie przed władzami miasta oraz instytucjami, których celem jest opieka nad osobami starszymi. Ośrodek pomocy społecznej w Chorzowie odważnie stawia czoła temu wyzwaniu. W dzisiejszych czasach metrykalna granica starości przyjmowana jako zakończenie kariery zawodowej nie powinna w żaden sposób naruszać praw osób starszych do aktywnego uczestnictwa w pozostałych dziedzinach życia. Wiele osób po przejściu na emeryturę szuka sposobu na zagospodarowanie czasu wolnego. Dla jednych jest to wolontariat w działalności społecznej, dla innych raczej poszukiwanie grup rówieśniczych, w kręgu których rozwijają swoją osobowość, zdolności artystyczne i pasje życiowe.

Po zdiagnozowaniu oczekiwań mieszkańców miasta opracowano „Program pomocy i wsparcia na rzecz osób starszych – mieszkańców Chorzowa”. Jego głównym celem jest przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu osób starszych. Działania podejmowane na rzecz osób starszych obejmują różne dziedziny życia istotne i ważne z punktu widzenia utrzymania odpowiedniej kondycji dużej populacji mieszkańców naszego miasta. Trzeba wśród nich wymienić:

- Pomoc środowiskową – aktywizacja społeczna poprzez tworzenie szerokiej oferty zajęć rekreacyjnych, sportowych, edukacyjnych, tworzenie ośrodków wsparcia dziennego, pomoc w organizowaniu się grup nieformalnych, np. klubów seniora, powołanie Uniwersytetu Trzeciego Wieku, informacja i doradztwo, badania socjologiczne pozwalające na ocenę faktycznej sytuacji zdrowotnej, rodzinnej, materialnej tej grupy mieszkańców.
- Pomoc medyczną – wsparcie miasta w tworzeniu specjalistycznej opieki dla osób starszych (oddział geriatryczny w Zespole Szpitali Miejskich, poradnia

geriatryczna, programy profilaktyczno-zdrowotne dla seniorów, zorganizowanie wypożyczalni sprzętu rehabilitacyjnego).

- Tworzenie systemu wsparcia środowiskowego w formie usług opiekuńczych i zabezpieczenia materialnego dla seniorów będących w złej kondycji zdrowotnej i finansowej.
- Zapewnienie opieki całodobowej w różnych formach (na terenie miasta funkcjonują trzy domy pomocy społecznej dla osób starszych, placówki opiekuńcze zapewniające opiekę całodobową na czas określony oraz dwa zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze).

Realizując program pomocy i wsparcia na rzecz osób starszych wszystkie instytucje i organizacje społeczne podejmują działania umożliwiające aktywizację i przeciwdziałanie stagnacji życiowej osób starszych, ale samodzielnych, otwartych na inicjatywy lokalne i z natury aktywnych. Pamiętamy również o tych, którzy ze względu na zły stan zdrowia nie mogą już aktywnie uczestniczyć w życiu środowiskowym.

Dla aktywnych, pragnących kontaktu z innymi ludźmi miasto stworzyło warunki do rozwoju licznych form organizacyjnych. Przykładem mogą być zarówno struktury całkowicie sformalizowane, np. dzienne domy pobytu, jak i mniej formalne, np. kluby seniora, grupy emerytów i rencistów skupiające byłych pracowników jednego zakładu lub branży, grupy parafialne – funkcjonujące w oparciu o wspólnotę środowiska lokalnego najbliższego miejsca zamieszkania. W grupach tych bardzo ważna jest postać animatora prowadzącego zajęcia, pomagającego w załatwianiu spraw urzędowych, pozyskującego środki na dofinansowanie działalności. W Chorzowie działa wiele takich grup liczących 70-100 osób, spotykających się co najmniej raz w tygodniu. Spotkania odbywają się w dużej mierze dzięki możliwości nieodpłatnego korzystania z pomieszczeń w obiektach użyteczności publicznej (szkoły, pomieszczenia ośrodka pomocy społecznej w Centrum Pracy Socjalnej, Domy Kultury). W pomieszczeniach Centrum Pracy Socjalnej spotykają się trzy grupy seniorów (łącznie około 350 osób), dla których oprócz pomieszczenia przygotowywanego na każde z tych spotkań ośrodek zakupił i udostępnił sprzęty kuchenne i niezbędne wyposażenie. Każda grupa ma dostęp do aneksu kuchennego, prawo nieodpłatnego korzystania z wody i możliwość korzystania z kucharek i dzbanków elektrycznych.

Grupa 100 seniorów z dzielnicy Centrum Miasta nieodpłatnie korzysta z pomieszczeń dziennego domu pobytu z prawem użytkowania wszystkich urządzeń i sprzętu rehabilitacyjnego. Przedstawiciele wszystkich grup spotykają się kilkakrotnie w ciągu roku na organizowanych przez ośrodek pomocy społecznej i Chorzowskie Stowarzyszenie Pomocy „SERCE” imprezach okolicznościowych.

Dla osób wymagających większej opieki i usług opiekuńczych prowadzone są dzienne domy pobytu. W Chorzowie funkcjonują dwie takie placówki, obecnie trwają przygotowania do uruchomienia kolejnej. Osoby mające problemy z poruszaniem się są nieodpłatnie dowożone do dziennego domu pobytu samochodem przystosowanym do przewozu osób niepełnosprawnych, będącym własnością ośrodka. Ta forma pomocy jest szczególnie ważna w okresie zimowym, kiedy trudne warunki pogodowe i śliska nawierzchnia dróg uniemożliwiają dotarcie do ośrodków wsparcia.

Domy dziennego pobytu zatrudniają terapeutów zajęciowych i rehabilitantów. Prowadzone zajęcia są zróżnicowane oraz dopasowane do potrzeb i oczekiwań osób w nich uczestniczących. Terapia zajęciowa rozwija i podtrzymuje umiejętności manualne, rehabilitacja i spotkania z lekarzami pomagają w utrzymaniu odpowiedniej kondycji zdrowotnej, a zajęcia sportowe i rekreacyjne służą utrzymaniu dobrego samopoczucia i kondycji fizycznej. Osoby korzystające z pobytu w dziennym domu pomocy mają przydzielonego jednego pracownika socjalnego, który wykonuje swoje obowiązki w tych placówkach. Ułatwia to dostęp, poprawia informację i skraca okres niezbędny do uzyskania świadczeń. Tworzy również swoistą więź pomiędzy tym pracownikiem i jego podopiecznymi. Zamierzeniem władz miasta jest zapewnienie funkcjonowania co najmniej jednego ośrodka wsparcia dziennego w każdej dzielnicy, stanowiącego centrum życia kulturalnego, społecznego i integrującego seniorów w pobliżu ich miejsca zamieszkania.

Zarówno dzienne domy pobytu, jak i kluby seniora spełniają ważną rolę w integracji środowiskowej osób starszych zamieszkujących daną dzielnicę. Najbardziej mobilni wyjeżdżają na liczne wycieczki, turnusy rehabilitacyjne, które przyczyniają się do pogłębienia przyjaźni. Osoby uczestniczące w tych formach życia towarzyskiego nigdy nie pozostają samotne i mogą liczyć na spontaniczną i pełną opiekę w czasie choroby, złego samopoczucia czy w okresie traumatycznych przeżyć osobistych. Dla starszych osób samotnych niezwykle ważne jest wspólne przeżywanie Świąt Bożego Narodzenia. Od wielu lat ośrodek wspólnie z różnymi organizacjami przygotowuje w okresie przedświątecznym spotkania wigilijne. Corocznie bierze w nich udział ponad 1000 osób. Oprócz tradycyjnej wieszki wigilijnej uczestnicy otrzymują paczki żywnościowe oraz upominki w formie pościeli, koców czy ręczników.

Ważnym zadaniem jest zapewnienie opieki socjalnej osobom starszym, które wymagają pomocy w formie usług w miejscu zamieszkania. Zły stan zdrowia, trudna sytuacja materialna i samotność, to elementy, które kumulując się powodują, że pewna grupa seniorów wycofuje się, zamyka przed otoczeniem i spędza resztę życia w całkowitej izolacji. W ośrodku pomocy społecznej utworzono sekcję usług, w której pracownicy socjalni diagnozują potrzeby osób

starszych, organizują opiekę, przydzielają pomoc finansową i rzeczową oraz dbają o to, aby ludzie ci żyli w warunkach „godnych człowieka”, korzystając z przygotowanej z myślą o nich oferty wsparcia i pomocy. Kompleksowa opieka nad osobą niezdolną do samodzielnej egzystencji w środowisku obejmuje:

- Usługi opiekuńcze, których zakres i forma są uzależnione od potrzeb konkretnej osoby.
- Dowóz samochodem na zabiegi rehabilitacyjne zlecone przez lekarza.
- Dostarczanie gorących posiłków.
- Zabezpieczenie materialne, na które składają się: pomoc finansowa na zakup leków, jedna tona opału na sezon grzewczy, pościel jeden raz do roku, paczka żywnościowa świąteczna oraz kołdra i ciepły koc – w miarę potrzeb. Wszystkie osoby objęte usługami otrzymują również nieodpłatnie żywność dostarczaną z Banku Żywności w ramach programu PEAD i pochodzącą z innych akcji (żywność jest dostarczana przez opiekunki środowiskowe).
- Udział wraz z przydzieloną opiekunką w spotkaniach wigilijnych, opłatkowych i wielkanocnych.
- Usługi o charakterze remontowo-naprawczym w mieszkaniu.

Ośrodek zatrudnia osoby mające wysokie kwalifikacje do świadczenia usług specjalistycznych. Osoby starsze mają możliwość korzystania w miejscu zamieszkania z usług masażyisty, fizjoterapeuty, psychologa i terapeuty zajęciowego. Szczególnie ceniona jest pomoc psychologiczna osobom starszym w żałobie, po stracie najbliższej osoby (współmałżonka, dziecka czy faktycznego opiekuna) oraz w sytuacjach występującej przemocy i innych przestępstw, których dopuszczają się osoby bliskie (wykorzystywanie finansowe, okradanie, pozostawianie bez opieki w dniach wolnych od pracy opiekunek środowiskowych).

Cenną inicjatywą podjętą przez ośrodek jest świadczenie usług remontowych oraz naprawy sprzętu gospodarstwa domowego osobom starszym i samotnym. Wiele osób samotnych radzi sobie w czynnościach życia codziennego, ale ma problemy w sprawach wymagających interwencji specjalisty – hydraulika, malarza, tynkarza, instalatora wodno-kanalizacyjnego. W ramach prowadzonych prac społecznie użytecznych i Klubu Integracji Społecznej utworzono grupę, która wykonuje świadczenia w mieszkaniach podopiecznych – odnawiają i naprawiają meble, malują lub tapetują pomieszczenia, naprawiają urządzenia sanitarne, udrażniają odpływy wody. Wszystkie prace wykonywane na rzecz seniorów mają dla nich charakter nieodpłatny. Do odbiorcy prac remontowych należy tylko zakup materiałów niezbędnych do wykonania pracy. Narzędzi używa ośrodek pomocy społecznej. Niektóre prace są wykonywane w warsztacie rzemieślniczym ośrodka, a naprawiony sprzęt jest dostarczany do mieszkania, z którego został zabrany. Zarówno zakup narzędzi, jak i wyposa-

zenie warsztatu sfinansowano ze środków pochodzących z dotacji na realizację projektu konkursowego „Rozwój i wspieranie Klubów Integracji Społecznej”. Osobom znajdującym się w trudnej sytuacji materialnej jest przyznawana pomoc pieniężna na zakup niezbędnych materiałów remontowych.

Osoby starsze znajdujące się w trudnej sytuacji finansowej mogą liczyć również na pomoc w wymianie mebli czy sprzętu gospodarstwa domowego. Ośrodek prowadzi od wielu lat pośrednictwo pomiędzy osobami posiadającymi meble i niepotrzebny sprzęt oraz osobami, które zgłaszają braki w umeblowaniu i wyposażeniu mieszkań. Dostawy do mieszkań odbywają się nieodpłatnie. Transport i obsługę zapewnia ośrodek. W ramach tego programu tylko w bieżącym roku 25 osobom starszym wymieniono zniszczone meble i rozpadające się tapczany. Kilka osób otrzymało duże kolorowe telewizory oraz sprzęt radiowy.

Rozumiejąc, jak ważne jest podtrzymywanie aktywności życiowej mieszkańców domów pomocy społecznej, ośrodek od 2003 r. organizuje coroczny przegląd twórczości osób starszych, mieszkańców tych domów. Impreza odbywa się jesienią. Oprócz prezentacji twórczości artystycznej (malarstwo, rzeźba, hafciarstwo, koronki, prace z zastosowaniem różnych technik) członkowie społeczności domów przygotowują spektakl, który odtwarzają na scenie. Wystawa prac trwa kilka dni i przyciąga mieszkańców całego miasta, głównie osoby starsze. W trakcie wystawy organizowane są warsztaty dla terapeutów zajęciowych domów, wykłady prowadzone przez lekarzy geriatrów oraz szkolenia rehabilitantów. Najlepsze prace i przedstawienia są nagradzane zarówno w formie nagród przyznawanych indywidualnym twórcom, jak i nagród zespołowych dla domów. Impreza cieszy się dużym zainteresowaniem, ma charakter ponadlokalny i corocznie przyciąga nowych uczestników. Środki na finansowanie pochodzą z dotacji PFRON-u oraz Urzędu Miasta.

Koniec kariery zawodowej i przejście na emeryturę wcale nie musi oznaczać końca aktywności społecznej. Dla wielu osób koniec aktywności zawodowej oznacza zmianę formy, w jakiej mogą nadal wykorzystywać zdobyte przez lata doświadczenia i wiedzę. Jedną z takich form jest wolontariat, wykonywany przede wszystkim w organizacjach charytatywnych i opiekuńczych (hospicjum, szpitale, domy pomocy społecznej). Miasto dostrzega najbardziej zaangażowanych wolontariuszy wyróżniając corocznie kilka osób Nagrodą Prezydenta Miasta przyznaną w Dniu Pracownika Socjalnego.

Niniejszy materiał nie prezentuje wszystkich działań podejmowanych przez miasto na rzecz poprawy warunków życia osób starszych. Są to: pewne aspekty polityki mieszkaniowej, likwidacja barier w obiektach użyteczności publicznej, oferta edukacyjna w postaci Uniwersytetu Trzeciego Wieku, dotowanie organi-

zacji pozarządowych pracujących na rzecz osób starszych i wiele innych, które sprawiają, że życie seniorów jest atrakcyjne i ciekawe.

Ośrodek pomocy społecznej w Chorzowie świadomie zrezygnował z części zadań przekazując je do realizacji podmiotom niepublicznym i organizacjom społecznym, a partnerstwo i współpraca zdecydowały o rozwoju systemu wsparcia i pomocy seniorom, tworzeniu ciągle nowych form dostosowanych do specyfiki potrzeb tej grupy mieszkańców i ich oczekiwań. Najlepszymi wyrazami wdzięczności seniorów są zaproszenia na liczne spotkania oraz słowa *Dobrze jest być seniorem w Chorzowie*.

Dane kontaktowe:

Ośrodek Pomocy Społecznej
ul. Kruszcowa 22
Chorzów
tel. (032) 249 62 28,
249 62 66, 249 62 79

Helena Hrapkiewicz

Uniwersytet Trzeciego Wieku w Uniwersytecie Śląskim w Katowicach

DZIAŁALNOŚĆ UNIWERSYTETÓW TRZECIEGO WIEKU

NA PRZYKŁADZIE UNIWERSYTETU TRZECIEGO WIEKU

W UNIWERSYTECIE ŚLĄSKIM W KATOWICACH

Twórcze podejście do życia to przede wszystkim życie aktywne. Przejście na emeryturę często nazywane jest zasłużonym odpoczynkiem, ale to nie jest równoznaczne z nicnierobieniem. Zakończenie działalności zawodowej powinno być początkiem zmiany aktywności jednostki na inną, różną od dotychczasowej, ale przyczyniającą się do jej rozwoju. Ma na to wpływ jednostka, jej chęć bycia aktywną, jak również sprzyjające tej aktywności warunki środowiskowe. Poczucie własnej wartości jest równoznaczne z życiem godnym i mądrym, a to wyraża się w zgodzie na trud ciągłego rozwoju, niezależnie od wieku, stanu zdrowia i okoliczności. Trud rozwoju nierozzerwalnie łączy się z ciągłym uczeniem się, czyli poznawaniem i rozumieniem zmieniającej się rzeczywistości. Jedną z placówek, która oferuje możliwość uczenia się są Uniwersytety Trzeciego Wieku.

W wyniku starań o włączenie ludzi starszych do systemu kształcenia ustawicznego w 1973 r. powołano we Francji, przy Uniwersytecie w Tuluzie, placówkę dydaktyczną dla tych osób nazwaną Uniwersytetem Trzeciego Wieku (UTW). Twórcą tej placówki był profesor prawa Pierre Vellas. W krótkim czasie na terenie całej Europy i poza nią zaczęły powstawać podobne placówki. Obecnie Międzynarodowe Stowarzyszenie Uniwersytetów Trzeciego Wieku AIUTA informuje, że na świecie funkcjonuje już blisko 2000 UTW, z czego połowa w Europie¹.

Założenia organizacyjne i formy pracy UTW są zależne od lokalnego środowiska i jego potrzeb, ale nadal większość z nich organizuje swoje spotkania

¹ Z. Zorska: *Dodać życia do lat*. Lublin 1997.

na terenie wyższych uczelni, z udziałem wykładowców będących pracownikami tych instytucji.

Pierwszy Uniwersytet Trzeciego Wieku w Polsce powstał w 1975 r. w Warszawie, w ramach Podyplomowego Centrum Kształcenia Kadr Medycznych. Organizatorką tego Uniwersytetu i propagatorką idei Uniwersytetów Trzeciego Wieku w Polsce była profesor nauk medycznych Halina Szwarc. UTW zaczęły powstawać przede wszystkim w dużych miastach pod patronatem wyższych uczelni, ale nie tylko. Obecnie na terenie naszego kraju ciągle powstają nowe placówki tego rodzaju, a ich liczba wzrasta z dnia na dzień.

W Polsce istnieją dwa typy Uniwersytetów Trzeciego Wieku. Pierwszy reprezentowany jest przez placówki stanowiące integralną część wyższej uczelni, kierowany przez pełnomocnika rektora danej uczelni. Tak np. funkcjonują UTW w Katowicach, Krakowie, Kielcach. Drugi typ stanowią uniwersytety luźno związane z wyższą uczelnią, najczęściej powołane jako samodzielne stowarzyszenia o nazwie Uniwersytet Trzeciego Wieku (np. w Poznaniu czy w Łodzi) lub przyjmujące formy pracy innego stowarzyszenia, np. Towarzystwa Wolnej Wszechnicy Polskiej, lecz równocześnie funkcjonujące pod patronatem wyższej uczelni (np. w Lublinie). Do tej grupy należą również uniwersytety związane z innymi organizacjami, prowadzące działalność popularnonaukową oraz kulturalno-rekreacyjną (np. UTW przy Oświęcimskim Centrum Kultury). Niektóre uniwersytety mają filie, pomagając w ten sposób środowiskom bardziej oddalonym od centrów akademickich.

Zadania postawione Uniwersytetom Trzeciego Wieku przez ich twórców to:

- włączenie osób starszych do systemu kształcenia ustawicznego,
- aktywizacja intelektualna, psychiczna i fizyczna słuchaczy,
- opracowanie metod edukacji i wdrażania profilaktyki gerontologicznej,
- prowadzenie obserwacji i badań naukowych nad zbiorowością ludzi starych.

Wraz z upływem czasu funkcjonowania Uniwersytetów Trzeciego Wieku zakres przedstawionych zadań wymaga poszerzenia o przygotowanie starszych ludzi do pracy na rzecz innych osób, mniej sprawnych, bardziej zagubionych, oczekujących pomocy. Kolejnym zadaniem UTW jest więc przygotowywanie wolontariuszy, głównie do pracy z osobami starszymi.

Jak już wspomniano, coraz liczniejsza jest grupa osób, które zakończyły pracę zawodową, pozostając na emeryturze lub rencie. Ważna jest adaptacja tych osób do: nowych dla nich warunków, emerytury, ograniczeń finansowych, zmniejszającego się grona znajomych i przyjaciół, częstszych dysfunkcji zdrowotnych, czyli uczenie się racjonalnego funkcjonowania w tej nowej sytuacji.

W myśl teorii psychologicznych adaptacja może przebiegać bardzo różnie. Może polegać na wycofywaniu się z dotychczasowej aktywności albo na zmianie tej aktywności na inną. W każdym przypadku człowiekowi potrzebna jest

wiedza o sobie, o swoich możliwościach, a równocześnie o środowisku, którego jest członkiem. Aktywność osób wynikająca z przynależności do UTW pozytywnie wpływa na ich rozwój, ukierunkowuje procesy poznawcze, wzbogaca wiedzę, pozwala na oderwanie się jednostki od myśli depresyjnych i zobaczenie w tej aktywności sensu swojego życia. Włączenie osób starszych do systemu kształcenia ustawicznego pobudza ich aktywizację, która wyraża się w chęci poznawania świata, kontaktu z drugim człowiekiem, w przekonaniu o tym, że jest się komuś potrzebnym i ogólnie w posiadaniu celu życia. Uczestnictwo w zajęciach, konieczność koncentracji uwagi w czasie wysłuchiwanie wykładu w celu zrozumienia przekazywanych treści aktywizują intelektualnie, a podjęte zadania, systematyczny obowiązek, kontakty z drugim człowiekiem sprzyjają aktywizacji zarówno psychicznej, jak i fizycznej, nadając życiu sens. Poznanie mechanizmów funkcjonowania człowieka wymaga ciągłych badań z uwagi na zmiany zarówno jego środowiska bliższego, jak i dalszego oraz zmiany samej jednostki. Poznanie tych mechanizmów w życiu starszych ludzi umożliwia uzupełnianie wiedzy na ich temat, przygotowanie i wdrożenie metod pracy z nimi, aby ich życie było godne i w miarę możliwości szczęśliwe.

Zajęcia w ramach UTW sprzyjają integracji osób zbliżonych wiekiem, o podobnych zainteresowaniach i problemach. Po przejściu na emeryturę krąg znajomych zdecydowanie się zmniejsza, a dzięki uczestnictwu w zajęciach można poznać nowe osoby, nawiązać przyjaźń, a tym samym zaspokoić potrzeby społeczne. Uczestnictwo w UTW pełni funkcję rewalidacyjną. Zainteresowanie nowo poznanymi zjawiskami, zdobyte wiadomości mobilizują jednostkę zarówno psychicznie, jak i fizycznie, wzrasta jej aktywność. Równocześnie udział w zajęciach fizycznych, jak gimnastyka czy basen, pomaga w utrzymaniu przez długie lata sprawności fizycznej oraz wpływa na lepsze samopoczucie. Przebywanie w dużej grupie osób-słuchaczy UTW zaspokaja potrzebę udzielania pomocy drugiej osobie, a równocześnie otrzymywania pomocy ze strony innych.

Zajęcia prowadzone na UTW mają charakter zajęć obowiązujących na wyższych uczelniach. Podstawową formą są wykłady, których tematyka jest zróżnicowana. Problematyka wykładów, uwzględniająca zainteresowania słuchaczy, jest ustalana przez Radę Programową, tj. wybrany zespół słuchaczy danego uniwersytetu wraz z opiekunem naukowym. Częstotliwość organizowania wykładów jest zróżnicowana, zależy od zainteresowania słuchaczy (zapotrzebowania), a także od możliwości finansowych i lokalowych poszczególnych placówek. Po zakończeniu każdego wykładu istnieje możliwość pytań i dyskusji z wykładowcą, co pomaga we wzroście aktywności. Najwięcej pytań wywołuje tematyka medyczna, zaś najciekawszą dyskusję problemy współczesnego świata, czy najnowszej historii, której uczestnikami często byli słuchacze uni-

wersytetu. Bywa i tak, że głos w dyskusji słuchacza UTW pozwala wykładowcy na uzupełnienie znajomości faktów. Zaangażowanie i zdyscyplinowanie słuchaczy UTW jest podkreślane przez wykładowców i porównywane z zaangażowaniem studentów studiów dziennych, często na niekorzyść tych ostatnich.

Ćwiczenia w małych grupach obejmują przede wszystkim języki obce. Jest to jedno z nielicznych zajęć w ramach UTW, do którego słuchacze przygotowują się w domu, odpowiadają na zadawane pytania i w sposób opisowy są oceniani. Zajęcia z psychologii mają charakter zajęć warsztatowych, w czasie których słuchacze wykonują, pod okiem psychologa, różne ćwiczenia, np. z zakresu komunikacji interpersonalnej, a następnie poznają od strony teoretycznej ogólne mechanizmy swoich zachowań. Jeszcze inny charakter mają zajęcia z literatury i malarstwa. W trakcie tych zajęć słuchacze zapoznają się z kierunkami literatury i sztuki, a następnie próbują swoich zdolności literackich czy malarskich pod okiem specjalisty. Zajęcia tego rodzaju dają wiele satysfakcji uczestnikom, często są okazją do odkrycia nieujawnionych do tej pory uzdolnień.

Wartość ruchu w utrzymaniu zdrowia i sprawności człowieka w każdym wieku jest podkreślana przez wszystkich wykładowców przedstawiających problematykę medyczną. Aktywność fizyczna opóźnia procesy starzenia się, zapobiega powstawaniu wielu chorób, dlatego zajęcia ruchowe należą do podstawowego kanonu zajęć w Uniwersytetach Trzeciego Wieku. Są to przede wszystkim gimnastyka i pływanie. W zależności od możliwości placówki gimnastyka ma charakter gimnastyki leczniczej dla osób z określonymi schorzeniami lub gimnastyki klasycznej, utrzymującej i poprawiającej kondycję fizyczną. Zajęcia na basenie pełnią tę samą funkcję, a dla osób, które nie potrafią pływać uczestnictwo w nich jest okazją przyswojenia sobie tej umiejętności.

Turystyka piesza i autokarowa na pewno sprzyja poznaniu najbliższych okolic i miejsc godnych zobaczenia w naszym kraju, a także za jego granicami. Ten rodzaj zajęć jest również istotny ze względów finansowych. Prawdopodobnie duża część słuchaczy nie dysponuje odpowiednimi zasobami materialnymi, aby samodzielnie wyjeżdżać i poznawać nowe, ciekawe miejsca. Wspólne wyjazdy oprócz walorów poznawczych, towarzyskich są z reguły tańsze, a tym samym dostępne i dla tych osób, których dochody nie są za wysokie.

Imprezy okolicznościowe, jak np. spotkania noworoczne, nie mają charakteru dydaktycznego, jednak oprócz bycia ze współuczestnikami w świątecznym nastroju pełnią one funkcję kształcącą i wychowawczą. Są okazją do ukazania aktywności, a zarazem inicjatyw poszczególnych członków jako współorganizatorów tej uroczystości, do spotkania drugiego człowieka i do nawiązania z nim bliższych kontaktów.

Wiedza zdobywana przez człowieka dotyczy jego samego, otaczającego świata i relacji „ja-świat”². Wiedza o sobie obejmuje stany własnego organizmu, właściwości psychiczne, posiadane atrybuty, związki i zależności między stanami organizmu. Wiedza ta pozwala człowiekowi na podejmowanie różnych zadań, ich właściwą realizację dla dobra innych i realizację samego siebie. Informacje o świecie dotyczą zarówno sytuacji aktualnych, jak i przeszłości oraz przyszłości. Poza wiedzą merytoryczną, związaną z wykształceniem i wykonywanym zawodem, człowiek gromadzi takie informacje, które są ważne dla niego ze względu na wykonywane zadania czy pełnione role pozazawodowe, jego bezpieczeństwo czy konieczność adaptacji do nowych warunków. Wiedza o świecie uświadamia człowiekowi, czy ma on wpływ na zdarzenia dziejące się wokół niego, czy może bezpośrednio ingerować w te zdarzenia, czy nadaża za nimi. Brak kontroli nad zdarzeniami, które dzieją się wokół człowieka powoduje, że świat jest dla niego nieprzewidywalny i wywołuje u niego brak poczucia bezpieczeństwa, które to uczucie często towarzyszy człowiekowi w starszym wieku. Informacje o relacji człowieka ze światem dotyczą przyrody i środowiska społecznego, wpływają na jego kontakty z drugim człowiekiem.

Człowiek, niezależnie od wieku, w miarę swoich sił i możliwości powinien być aktywnym członkiem zdarzeń, które dzieją się wokół niego i z nim, a tylko uczenie się jest instrumentem optymalizacji jego aktywności, a więc w każdym wieku powinien mieć dostęp do nauki.

Tematyka podejmowana na zajęciach Uniwersytetu Trzeciego Wieku jest ilustracją przedstawionych wyżej skrótowych rozważań na temat informacji, które człowiek zdobywa w ciągu życia.

Wiedza o sobie obejmuje problemy zdrowia i choroby, a więc problematykę medyczną, psychologiczną, socjologiczną, pedagogiczną. Człowiek, szczególnie w starszym wieku, będąc mocno skoncentrowany na sobie potrzebuje informacji, które wyjaśnią mu przyczyny jego złego samopoczucia, wskażą mechanizmy starzenia się, a równocześnie sposoby opóźniania tego procesu, sposoby zapobiegania czy leczenia chorób. Tematyka medyczna zajmuje ważne miejsce w wykładach UTW. Podobnie tematyka psychologiczna ukazująca mechanizmy zachowań człowieka, wyjaśniająca prawidłowości i zaburzenia tych zachowań jest często podejmowana na spotkaniach słuchaczy uniwersytetu. Praktyczne ćwiczenia z psychologii o charakterze warsztatowym cieszą się dużym zainteresowaniem jako sytuacje do tej pory nieznanne, nowe przeżycia, z którymi słuchacze spotykają się po raz pierwszy. Doświadczenie zdobyte w trakcie tych ćwiczeń można przenieść do swoich codziennych zachowań społecznych w rodzinie czy w gronie znajomych. Przeżycia doznawane w trak-

² W. Łukaszeński: *Szanse rozwoju osobowości*. Warszawa 1989, s. 204-211.

cie ćwiczeń psychologicznych odgrywają często dużą rolę w odzyskaniu równowagi psychicznej osób starszych.

Podobnie są traktowane zajęcia z zakresu zdrowej żywności czy ziołolecznictwa. Starzenie się organizmu wymaga zmiany przyzwyczajeń żywnościowych, co często jest niemożliwe bez pomocy z zewnątrz. Człowiekowi starszemu potrzebna jest informacja skierowana bezpośrednio do niego, jakie przyzwyczajenia dietetyczne są właściwe, a jakie trzeba zmienić, aby organizm funkcjonował prawidłowo. Zalew rynku tak różnorodnymi produktami spożywczymi, różnego rodzaju specyfikami, poparty reklamami w środkach masowego przekazu powoduje zagubienie człowieka, który często wybiera te produkty, które swoim wyglądem przyciągają wzrok, a nie te, które są dla niego najzdrowsze. Skromne warunki materialne znacznej grupy emerytów zmuszają ich do oszczędzania i zastępowania często drogich leków ziołami.

Wiedza o świecie obejmuje aktualne zagadnienia, które dzieją się na naszych oczach, jak i zagadnienia z przeszłości. Zagadnienia aktualne to przede wszystkim problemy naszego kraju. Transformacja ustrojowa w Polsce i jej skutki w postaci zmian społecznych, gospodarczych, politycznych i ich wpływ na nasze życie, a także problemy ekologiczne u nas i na świecie to najczęściej poruszane tematy budzące ciekawość słuchaczy. Żywym zainteresowaniem cieszą się również tematy z historii, szczególnie naszego kraju i regionu. Zagadnienia najnowszej historii interesują słuchaczy również z tego powodu, że byli oni ich świadkami, często bardzo intensywnie zaangażowanymi w ich bieg. Część słuchaczy brała bowiem udział w drugiej wojnie światowej, jak również uczestniczyła w organizowaniu naszej społeczno-politycznej rzeczywistości powojennej.

Możliwość poznania dzięki środkom masowego przekazu najdalszych zakątków świata, dotarcia do innych krajów stała się przyczyną dążenia do poznania języków obcych, z których angielski i niemiecki wysuwają się na pierwsze miejsce. Motywacja uczenia się języków obcych przez osoby starsze jest związana z możliwością odwiedzenia kraju, którego języka się uczą, poznania kultury innych państw, panujących tam zwyczajów i przypomnienia sobie języka, który był im znany w młodości. Dążenie do poznania innych języków jest również znakiem czasów, w których brak znajomości języków obcych jest przejawem zubożenia osobowości jednostki.

Zmiana wyposażenia mieszkania, zakup nowoczesnych urządzeń, do których np. należy telewizor, telefon komórkowy, komputer i często konieczność posługiwania się nimi implikuje dążenie do zdobycia umiejętności posługiwania się tymi urządzeniami, a to wymaga regularnej nauki. A więc kolejny przedmiot uczenia się w ramach zajęć UTW to ćwiczenia komputerowe, radzenie sobie z komputerem w celu zdobywania informacji z Internetu czy posługiwanie się

nim w celu przygotowywania różnych pism. Umiejętność posługiwania się nowoczesnymi urządzeniami ma walor prestiżowy, którym jest np. uznanie ze strony wnuka, że babcia czy dziadek umieją pracować z komputerem, potrafią zdobyć informacje z Internetu czy przesłać informację w postaci SMS-a. Zdobyta w czasie zajęć wiedza przyczynia się do podtrzymywania samodzielnego działania jednostki, tak ważnej w każdym okresie życia, a tym samym w okresie starzenia się człowieka.

Podana ogólna problematyka zajęć dotyczy wszystkich uniwersytetów, ale równocześnie należy zaznaczyć, że każdy uniwersytet jest placówką autonomiczną i dostosowuje szczegółową problematykę zajęć do zainteresowań swoich słuchaczy, możliwości współpracy z wykładowcami i specyfiki regionu, w którym się znajduje. Podejmowana problematyka zależy również od dojrzałości placówki. Uniwersytety nowe, funkcjonujące niewiele lat są często na etapie poszukiwania problematyki interesującej słuchaczy. Uniwersytety o dłuższym stażu, znające zainteresowania swoich uczestników podejmują problematykę szczegółową, ujętą w bloki tematyczne.

UTW w Uniwersytecie Śląskim funkcjonuje już od 24 lat i tak, jak wszystkie tego rodzaju placówki w kraju cieszy się dużą popularnością, która wyraża się m.in. dużą liczbą uczestników. Fakt ten przyczynił się do powstania oprócz grupy w Katowicach, dwóch grup słuchaczy - w Jastrzębiu (2002 r.) i w Sosnowcu (2004 r.). Grupy te działają bardzo pręźnie przy wydatnej pomocy władz miast, w których się znajdują.

Aktywność człowieka starszego jest bardzo istotna w utrzymaniu jego sprawności fizycznej i psychicznej, a także w podtrzymaniu jego samodzielności. Ogólnopolskie badania wykazują jednak, że na pierwszym miejscu wśród form aktywności ludzi w starszym wieku jest podawane oglądanie telewizji (84% badanych). Spotkania w klubie seniora czy dokształcanie w ramach UTW zajmuje odległe miejsce³. Zdecydowanie przeważa bierne zachowanie badanych osób nad aktywnym, dlatego bardzo istotne są działania władz lokalnych, samorządowych, organizacji pozarządowych pomocne w tworzeniu sytuacji sprzyjających podtrzymywaniu aktywności ludzi starszych, ich samodzielności, aby chronić ich przed wykluczeniem społecznym.

Dane kontaktowe:

Uniwersytet Trzeciego Wieku w Uniwersytecie Śląskim
40-125 Katowice, Grażyńskiego 53
tel. (032) 359 97 18, utw@us.edu.pl

³ *Polska starość*. Red. B. Synak. Gdańsk 2003, s. 204-207.

Christine Gilbert

Seniorenbüro Dortmund

BIURA SENIORÓW JAKO PLACÓWKI KOORDYNUJĄCE

POMOC I OPIEKĘ DLA OSÓB W PODESZŁYM WIEKU

NA TERENIE MIASTA DORTMUND

Dortmund liczy około 587 tys. mieszkańców. 12 okręgów miasta jest podzielonych na 74 części, które są obszarami zróżnicowanymi pod względem socjokulturowym. Różne standardy mieszkaniowe, środowiska społeczne oraz składowiska etniczne (szczególnie tureckiej narodowości i przesiedleńcy z byłego ZSSR) kształtują specyfikę miasta. 25% ogółu ludności, czyli około 151 tys. jest w wieku powyżej 60 lat. 5% ogółu ludności, czyli około 25 tys. ma więcej niż 80 lat (dane z maja 2006 r.). Badania przeprowadzone w 2002 r. na temat pomocy osobom starszym w wybranych dzielnicach miasta (Instytut Naukowy Gerontologii) wykazały pewne deficyty w zaspokajaniu potrzeb osób starszych. Deficyty te dotyczyły osób w wieku 60 lat bądź starszych, przewlekle chorych lub cierpiących na demencję, którym groziła izolacja społeczna. Opinia prof. dr Gerharda Naegele, profesora gerontologii społecznej i dyrektora Instytutu Gerontologii w Uniwersytecie Dortmund, stała się podstawą do przeprowadzenia restrukturyzacji opieki nad osobami starszymi w Dortmundzie.

Konieczność powstania nowych struktur w opiece nad osobami starszymi była spowodowana:

- wzrostem liczby seniorów potrzebujących pomocy, w tym osób samotnych,
- systematycznym spadkiem liczby rodzin sprawujących opiekę nad starszym członkiem rodziny,
- niewłaściwą alokacją wykorzystania stacjonarnej opieki przez osoby wymagające niewielkiej pomocy oraz przez osoby z demencją,
- wzrostem liczby pacjentów – seniorów poddawanych leczeniu w systemie opieki stacjonarnej w szpitalach bez kontynuacji opieki po pobycie w szpitalu,

- wzrastającym napięciem ciężącym na rodzinach, które muszą zapewnić opiekę seniorom,
- w niektórych przypadkach brakiem długookresowej pomocy.

Z powyższego wyniknęły następujące cele:

- opóźnianie lub unikanie przeprowadzek do domów opieki dla osób starszych,
- odciążenie istniejących systemów opieki (domów opieki, służby zdrowia, służb porządkowych – policja, straż pożarna),
- bezpośrednie doradztwo dotyczące opieki nad osobami starszymi przez biura seniorów w poszczególnych okręgach miasta,
- odciążenie członków rodziny opiekujących się osobami starszymi przez nowe oferty usług gospodarczych¹, szczególnie przydatne w opiece nad osobami z demencją,
- rozbudowa i wsparcie ochotniczych służb pomocniczych (wolontariat, sąsiedztwo),
- usprawnienie komunikacji w kontaktach służby zdrowia ze stacjami opieki (organizacja zarządzania wypisami ze szpitala),
- w pojedynczych przypadkach stosowanie casemanagementu (zarządzania działaniami wspierającymi).

W celu koordynacji opieki nad osobami starszymi w dzielnicy Śródmieście Zachodnie (Innenstad-West) oraz Hörde stworzono biura seniorów, które są miejscami doradztwa i informacji dla osób starszych i członków ich rodzin. Ponadto jako placówki koordynujące powinny wzmocnić współpracę wszystkich podmiotów z obszaru opieki nad osobami starszymi. Ich celem jest profesjonalne doradztwo w dziedzinie opieki, zarządzanie przypadkami jednostkowymi, szczególnie po przyłączeniu się do systemu pomocy oraz praca sieciowa w okręgu miasta. Zadania biur seniorów, skierowane do osób powyżej 50 roku życia, są następujące:

- przygotowywanie ofert dotyczących spędzania wolnego czasu,
- świadczenie usług gospodarczych (np. opieka, pomoc domowa, odwiedziny, towarzystwo oraz inne),
- opieka ambulatoryjna, częściowo stacjonarna i stacjonarna,
- propozycje opieki nad pacjentami, troska o ich opiekunów,
- świadczenie opieki zgodnej z wymogami ustawy o opiece socjalnej,
- pomoc przy składaniu wniosków i finansowaniu usług opiekuńczych,
- informacje na temat mieszkania stosownego do wieku.

Ponadto biura seniorów oferują członkom rodzin seniorów i osobom z ich sąsiedztwa pomoc związaną z pielęgnacją lub opieką.

¹ Według terminologii *Vademecum Seniors*. Warszawa 2002.

Tabela 1

Instytucje i inne podmioty systemu opieki nad osobami starszymi

Kooperanci	Biorący udział w procesie	Kooperanci i/lub biorący udział w procesie
Szpitalne służby socjalne	Urząd zabezpieczenia jakości opieki (miasto Dortmund)	Służba opieki socjalnej
Policja	Inne urzędy/organy władzy	Socjalna służba psychiatryczna
Rada seniorów	Centrum serwisowe ds. demencji	Ambulatoryjne służby opieki
Rada ds. obcokrajowców	Instytucje doradcze	Instytucje kościelne, Caritas
	Stowarzyszenia/związki	Lekarze
	Spółdzielnie mieszkaniowe	

W ramach podejmowanej przez biura seniorów pracy doradczej za najważniejsze uznaje się:

- rozwój casemanagementu w opiece nad osobami starszymi poprzez wizyty domowe,
- konsultacje i wsparcie przy organizowaniu pomocy,
- pomoc osobom starszym udzielana w ramach długotrwałych kontaktów,
- inicjowanie nowych ofert działań o niskim stopniu trudności, w szczególności dla chorych na demencję,
- uwzględnianie interesów starszych imigrantów.

Doradztwo biura seniorów w dzielnicy Śródmieście Zachodnie (Innenstadt-West) polega na zwiększaniu dostępu do informacji osób potrzebujących pomocy przez połączenie działań profesjonalnych i nieprofesjonalnych. Osoba potrzebująca dzwoni lub przychodzi do biura. W razie potrzeby pracownik biura odwiedza ją w domu, a następnie sporządza indywidualny plan pomocy. Właściwe udzielanie pomocy osobie starszej obejmuje:

- ustalenie zapotrzebowania na pomoc i opiekę,
- informację dotyczącą istniejących ofert, wszystkich możliwych instytucji, wybór odpowiedniej oferty,
- pośrednictwo w dostępie do instytucji,
- współpracę z instytucjami (w razie potrzeby),
- kontrolę efektów u osób zainteresowanych lub w instytucjach w przypadku zaistnienia współpracy,

– badanie opinii klientów; gdy zaistnieje taka potrzeba, biuro pośredniczy pomiędzy instytucją i osobą szukającą porady.

Członkowie rodzin opiekujący się seniorami otrzymują w tym czasie wsparcie i porady. W ramach pracy terenowej najważniejsze jest:

- dbanie o przejrzystość systemu w pracy terenowej poprzez wymianę informacji i promocję,
- wsparcie przy łączeniu różnych usług i tworzeniu nowych możliwości współpracy,
- monitorowanie potrzeb i poszukiwanie nowych rozwiązań,
- poszukiwanie i wzmacnianie kontaktów z wolontariuszami,
- wzmacnianie reprezentacji interesów seniorów.

W pracy terenowej biur seniorów ważną rolę odgrywają posiedzenia „okrągłego stołu ds. opieki nad osobami starszymi“. Odbywają się one raz na kwartał przy udziale instytucji dla osób starszych, policji, lekarzy, przedstawicieli handlu, spółdzielni mieszkaniowych, rad seniorów, szpitali itd. Do zadań uczestników tych posiedzeń należą:

- regularna wymiana doświadczeń,
- ujawnianie braków w opiece,
- uzgadnianie procedury udzielania pomocy,
- rozwiązywanie problemów u źródła ich powstawania,
- rozwijanie procedury casemanagementu i testowanie działań zgodnie z zaplanowaną pomocą indywidualną.

Zadania, które należy rozwiązywać poprzez współpracę przy „okrągłym stole” są opracowywane w małych grupach roboczych. Biura seniorów organizują, koordynują, prowadzą oraz dokumentują narady.

Biura seniorów potrzebują działań promocyjnych. Ważne jest, aby rozpoznać szeroką ofertę biur w lokalnej prasie. Przeprowadzono kampanię polegającą na wysyłaniu listów z informacjami o ofercie biura seniorów do wszystkich mieszkańców powyżej 70 roku życia. Zachęca się służbę zdrowia do udzielania pomocy seniorom po ich pobycie w szpitalu. Mobilizuje się także inne podmioty do tworzenia nowych strategii działań, współdziałania oraz dzielenia się wiedzą z zakresu pomocy osobom starszym.

Dotychczasowymi tematami roboczymi podejmowanymi przez biura seniorów były „Samotność i izolacja”, „Braki w opiece społecznej – pomoc opiekuńcza”, „Demencja”. Instytucje społeczne oraz służby opiekuńcze coraz częściej zauważają problem wzrastającej izolacji ludzi starszych, ich brak kontaktów społecznych i możliwości codziennych rozmów. Powodem tego jest fakt, że wiele starszych osób w swoim otoczeniu napotyka bariery przestrzenne, zajmuje mieszkania niedostosowane do ich potrzeb, a ich zamiana jest dużym problemem. W przyszłości głównym zadaniem pracy środowiskowej będzie

podejmowanie działań prewencyjnych w stosunku do osób samotnych, które pozwolą na zapobieganie fizycznym i psychicznym schorzeniom powstałym wskutek zaniedbań i izolacji.

Czasami pomoc medyczna udzielana seniorom wymaga uzupełnienia usługami gospodarczymi – sprzątanie, towarzyszenie w wizytach lekarskich, w zakupach lub przygotowywanie posiłków. Z doświadczeń wynika, że takiej pomocy potrzebują osoby po pobytach w szpitalu, przewlekle chore i z ograniczoną mobilnością. Biuro seniorów udziela w takich przypadkach informacji o systemie pomocy socjalnej i pomaga w wyborze odpowiedniej formy pomocy. Seniorzy, których nie stać na pomoc w formie usług opiekuńczych mogą się ubiegać o rozwiązanie tego problemu na szczeblu gminy.

Praca doradcza biur seniorów wykazuje, że osoby z demencją nie zwracają się samodzielnie o pomoc, ponieważ większość z nich z powodu zaawansowanego stadium choroby nie jest do tego zdolna. Rodziny opiekujące się takimi chorymi obok znacznego przeciążenia fizycznego i psychicznego borykają się z konfliktami rodzinnymi, dlatego pracownicy biura seniorów starają się w taki sposób organizować pomoc, aby członkowie rodzin mogli psychicznie odpocząć.

Zadania projektów modelowych „Dalszy rozwój domu Eugen-Krautscheid-Haus“ oraz „Małe sieci w pomocy osobom starszym“ są realizowane w kooperacji pomiędzy AWO (Arbeiterwohlfahrt Unterbezirk Dortmund – Związek Opieki Społecznej dla Robotników, Podokręg Dortmund) i miastem Dortmund w tzw. zespole tandemowym, składającym się z pracownika AWO i Urzędu Miasta.

Po modelowym utworzeniu dwóch biur seniorów w Dortmundzie, latem 2006 r. otwarto dziesięć kolejnych biur w tym mieście. Tym samym biuro seniorów działa w każdej dzielnicy. W tym roku po raz pierwszy w projekcie uczestniczyły gminy i niezależne związki opieki społecznej (Freie Wohlfahrtsverbände). Warunkiem odniesienia sukcesu jest systematyczna współpraca ze służbą zdrowia i instytucjami opieki społecznej, urzędami i usługodawcami, jak również organizacjami charytatywnymi działającymi na danym obszarze.

Dane kontaktowe:

Seniorenbüro
Innenstadt-West
Langestrasse 44
44137 Dortmund
tel. 0049 231-88088110
e-mail: cgilbert@stadtdo.de

Michael Bille, Frank Czwikla

Arbeiterwohlfahrt Unterbezirk Dortmund

PRACA WOLONTARIATU W DOMACH SPOTKAŃ

„ARBEITERWOHLFAHRT” W DORTMUNDZIE

Związek „Arbeiterwohlfahrt” (Związek Opieki Społecznej dla Robotników), w skrócie AWO, powstał w 1919 r. i jest obecnie największym związkiem niezależnej opieki społecznej działającej na terenie Republiki Federalnej Niemiec. Obecnie AWO jest nowoczesnym przedsiębiorstwem świadczącym usługi społeczne, a równocześnie związkiem zrzeszającym wolontariuszy, którzy jako obywatele czują się współodpowiedzialni za podejmowanie działań na rzecz innych. Głównym celem związku jest działalność na rzecz seniorów. Obejmuje ona doradztwo, spotkania, kształcenie, rekreację, pomoc domową, domy dla seniorów, opiekę domową itp. Realizacją tych zadań zajmują się pracownicy etatowi oraz wolontariusze. Zadania pełnione przez tę organizację muszą uwzględniać interesy rosnącej liczby starszych klientów oraz starzejącej się grupy wolontariuszy.

Ponad 140 tys. mieszkańców Dortmundu osiągnęło wiek 60 lat, co stanowi 23% ogółu ludności. Według prognoz Krajowego Urzędu Statystycznego Landu Północnej Nadrenii-Westfalii w Dortmundzie już w 2015 r. około 30% ludności przekroczy 60 rok życia, przy czym odsetek seniorów w zaawansowanym wieku ciągle rośnie i będzie wzrastał. Ten kierunek zmian demograficznych spowoduje konsekwencje w różnych obszarach życia społecznego. Zmiany demograficzne powodujące konsekwencje ekonomiczne i społeczne są odzwierciedleniem zmian zachodzących w naturalnych strukturach społecznych. Poprzez jakościową i ilościową zmianę modelu rodziny oraz wydłużenie czasu trwania życia osób samotnych pojawia się coraz więcej ograniczeń w zakresie wypełniania funkcji opiekuńczych przez rodziny. Obserwuje się zmianę w postrzeganiu opiekuńczej funkcji rodziny wobec osób starszych. Większą

rolę odgrywa środowisko przyjaciół i sąsiadów, a więc najbliższe środowisko społeczne i przestrzenne¹.

Utworzenie domów spotkań w Dortmundzie zaktywizowało seniorów do pracy na rzecz społeczności lokalnej. AWO pomaga osobom, które znalazły się w trudnej sytuacji życiowej lub które borykają się z problemami zdrowotnymi. Obok wydłużenia czasu trwania życia obserwuje się inny, zasadniczy przełom społeczny. Polega on na tym, że osoby odchodzące na emeryturę nie przekraczają tym samym granicy starości. Z reguły osoby w wieku około 65 lat są nadal zdrowe i aktywne. Spadek aktywności życiowej, narastające dolegliwości i niedołężność następują znacznie później.

Obecnie AWO stoi przed następującymi wyzwaniem: musi funkcjonować jako rynkowe przedsiębiorstwo społeczne, kontynuować działalność w charakterze organizacji członkowskiej oraz pełnić obowiązki reprezentanta interesów. Po określeniu zasad finansowania państwa socjalnego po zakończeniu drugiej wojny światowej państwo przejęło wiele zadań należących tradycyjnie do AWO. Nowe obszary działań społecznych zostały przekazane profesjonalnym placówkom realizującym zadania przedsiębiorstwa społecznego. Do lat 80. XX w. istniało zabezpieczenie finansowe opieki społecznej jako przedsiębiorstwa społecznego. W tym czasie nastąpiła reorganizacja państwa socjalnego zarówno pod względem ideologicznym, jak i finansowym. Nawet używany powszechnie język polityczny odzwierciedla ten trend. Takie wyrażenia, jak: własny udział, samopomoc, prywatne zabezpieczenia i subsydiarność stały się nieodłączną częścią naszej codzienności. W miarę upływu czasu pojawiły się problemy społeczne (bezrobocie, ograniczony dostęp do edukacji, brak dostatecznej pomocy dla osób starszych i chorych) i demograficzne (niski przyrost naturalny). Organizacje członkowskie AWO znajdują się w centrum zainteresowania społeczeństwa.

Problem coraz bardziej starzejącego się społeczeństwa był znany od dawna, a więc należało rozpocząć poszukiwania odpowiedniego „defibrylatora do reanimacji serca” – pierwotnego centrum AWO. Pojawiło się pytanie o odpowiednie miejsce „dla przeprowadzenia reanimacji”. Po bliższym zapoznaniu się ze strukturami związków lokalnych (organizacji członkowskich AWO) w Dortmundzie dostrzeżono, że aktywność tych związków ogranicza się głównie do tradycyjnie pojmowanych działań, nowe inicjatywy są podejmowane niechętnie, a pełnowymiarowa współpraca związków z wyspecjalizowanymi podmiotami jest raczej sporadyczna.

¹ *Sprawozdanie społeczne z roku 1999. Opieka Społeczna dla Robotników – Związek Federalny*, s. 75 i nast.

Za prowadzenie domów spotkań odpowiadają związki lokalne. Jest to inicjatywa skierowana wyraźnie w stronę seniorów, ponieważ do związków lokalnych należą osoby starsze. Taki kierunek działań jest uzasadniony względami demograficznymi, jednak powoduje ograniczanie działań prowadzonych w społeczności lokalnej na rzecz młodszych grup wiekowych. Tradycyjnie dominująca motywacja altruistyczna nie jest zgodna z duchem czasu. Młodzi ludzie pragną zdobywać nowe doświadczenia w grupie rówieśniczej i w grupach zainteresowań, dążą do samorealizacji i rozwoju. W coraz większym stopniu takie podejście staje się udziałem również starszych wolontariuszy. Niedawno pojawiła się nowa inicjatywa polegająca na opracowaniu projektów, które uwzględniałyby w swoich działaniach pracę wolontariuszy niebędących członkami „Opieki Społecznej dla Robotników”. Nabór do tych projektów odbywałby się zasadniczo w ramach wolontariatu. Należałoby jednak oszacować czy pojawi się zagrożenie zdublowania działalności organizacji członkowskich (AWO i lokalnych związków) przez rozszerzone działania w ramach tych projektów.

Wyzwaniem na przyszłość jest wspieranie samodzielności seniorów oraz unikanie tak długo, jak jest to możliwe konieczności całodobowej opieki. Takie podejście pozwala na realizowanie potrzeb i oczekiwań starszych osób oraz na redukcję kosztów opieki ponoszonej przez samorządy. Potrzeba pomocy psychosocjalnej i domowej świadczonej seniorom oraz dotycząca ich aktywnego udziału w życiu społecznym rośnie wprost proporcjonalnie do zanikania więzi rodzinnych oraz więzi w najbliższym otoczeniu – środowisku przyjaciół i sąsiadów. Z tego względu koniecznością staje się zaangażowanie starszych osób w pracę na rzecz wspierania członków starzejącego się społeczeństwa. Oferowana pomoc nie powinna mieć jednak charakteru dodatkowej pomocy, lecz powinna pełnić rolę przygotowania do okresu, który następuje po odejściu z życia zawodowego i aktywnego życia rodzinnego. Ponadto należy wspierać samopomoc. Mając na uwadze przyszłe wyzwania sformułowano następujące cele:

- uwrażliwienie społeczeństwa na problem starzenia,
- wzmocnienie solidarności międzypokoleniowej; ten czynnik stanowi podstawę działań, które Komisja Europejska w 1993 r. uznała za nieodzowne w rozwiązywaniu problemu starzenia się społeczeństwa,
- zaangażowanie starszych osób w proces integracji europejskiej,
- promowanie koncepcji będących odpowiedzią na zmiany demograficzne.

Przy realizowaniu projektów należy wziąć pod uwagę:

- Jakie są możliwości wspierania zaangażowanych seniorów.
- Jakie rozwiązania mogłyby poprawić sytuację starszych kobiet.
- Jakie są projekty przejściowe i pomocnicze dla osób odchodzących na emeryturę.

- Jakie są pomysły i projekty pomocnicze dla osób potrzebujących pomocy i opieki.
- Jakie proponuje się rozwiązania, które chroniłyby osoby starsze przed izolacją społeczną i osamotnieniem oraz zapewniały ich udział w życiu społecznym.
- Jakie są możliwości wzajemnego uczenia się i wymiany doświadczeń w ramach europejskiej współpracy międzynarodowej.

Domy spotkań dla seniorów istnieją w Dortmundzie od ponad 40 lat. Działają w ramach związków AWO i miasta Dortmund. Cechą łączącą te działania jest chęć intensywnej współpracy mającej na celu sprostanie problemom pojawiającym się wraz ze zmianami demograficznymi. W ramach samorządowego planowania opieki nad starszymi ludźmi rozpatrywano zasady funkcjonowania domów spotkań. W sprawozdaniu Towarzystwa Gerontologii na 2002 r. znajduje się następująca opinia na temat ich działalności: *Jako klasyczne jednostki otwartej pomocy dla seniorów domy spotkań i kluby seniorów zasadniczo nie są przygotowane na sprostanie potrzebom coraz to liczniejszego pokolenia seniorów. W niemal wszystkich przypadkach liczba ich członków maleje, zaś członkowie to zazwyczaj osoby starsze, brak jest młodej kadry, co zagraża ich dalszej egzystencji. Słyszane często apele o stworzenie szans dla rozwoju domów spotkań, postulaty odwrótu od komercyjnych ofert na rzecz tych, które wspierają osoby w wieku aktywnym i produkcyjnym, pozostają w praktyce bez odzewu.* Nieodzowne jest zatem szukanie i wdrażanie nowych koncepcji. Takie działania podjęła grupa składająca się z przedstawicieli AWO i miasta Dortmund. Pierwsze wyniki jej prac przedstawia następujące sprawozdanie: *Dortmund składa się z 12 okręgów. W każdym okręgu należy stworzyć centralną placówkę dla seniorów oferującą możliwie szeroką współpracę i gamę projektów. Placówki te powinny działać na zasadzie otwartych domów obywatelskich dla seniorów, do których dostęp nie powinien być ograniczony żadnymi barierami. Placówki powinny działać min. 6 dni w tygodniu i być kierowane przez wolontariuszy. W 72 dzielnicach Dortmundu należy stworzyć możliwie gęstą sieć otwartych domów spotkań umożliwiających nieograniczony dostęp wszystkim seniorom pochodzącym z danej dzielnicy, niezależnie od przynależności religijnej czy związkowej. Placówki powinny działać min. 3 dni w tygodniu. Placówki te prowadzą wolontariusze, którym towarzyszy etatowy pracownik danej jednostki finansującej. Niezbędna jest współpraca z centralnymi placówkami okręgowymi miasta, aby umożliwić ewentualne pokierowanie osób potrzebujących pomocy lub porady.*

Praca seniorów stanowi jeden z głównych pionów działalności AWO. Związek działając na zasadzie etatowej pracy społecznej stał się uznanym partnerem w systemie świadczenia usług społecznych, jednak w dalszym ciągu wo-

Wolontariusze AWO stanowią trzon organizacji, wzmacniając związek od wewnątrz i budując jego pozycję na zewnątrz. W domach i w miejscach spotkań w Dortmundzie, gdzie seniorzy angażują się w ramach otwartej pracy AWO działa obecnie 900 kobiet i mężczyzn. Celem istnienia domów spotkań jest udostępnienie osobom starszym w pobliżu ich miejsca zamieszkania usług kulturalnych i społecznych oraz wsparcie na drodze do samodzielności, samookreślenia i integracji społecznej w okresie starości. Domy spotkań AWO są odwiedzane głównie przez osoby w zaawansowanym wieku, w tym częściej przez kobiety. Z powodu załamania się systemu pomocy rodzinnej już teraz nabierają szczególnego znaczenia. Dla osób samotnych są one często jedynym miejscem nawiązywania kontaktów społecznych. W tworzeniu lokalnych struktur społecznych są ważnym elementem wyprzedzającym etap pełnej opieki.

Wolontariat nie może jednak zastąpić etatowej pracy. Może skutecznie uzupełniać pomoc profesjonalną. W myśl tej zasady wolontariusze nie powinni przejmować zadań związanych z opieką pielęgniarstwa, jednak mogą przekazać starszym osobom to, na co etatowi pracownicy (np. opieka domowa) nie mają czasu. Domy spotkań spajają zróżnicowany system pomocy. Bez zaangażowania wolontariatu nie byłoby możliwe prowadzenie wielu placówek pomocy. Zadania domów spotkań są bardzo zróżnicowane. Związek AWO zgadza się z opinią Kuratorium Deutsche Altenhilfe, które sformułowało w swoim statucie następującą definicję domów spotkań: *Poprzez stworzenie ofert zajęciowych i możliwości kształcenia się oferowanych przez dzienne domy/domy spotkań seniorów wnoszą one swój wkład w rozwój i ponowne odkrycie umiejętności przez osoby starsze. Korzystanie z ofert ma przyczyniać się do wzmocnienia poczucia własnej wartości i samodzielności.*

Starsi potrzebują bezpieczeństwa i pomocy, kontaktów społecznych oraz osobistego wsparcia, jak również ponoszenia odpowiedzialności za konkretne zadania. Domy spotkań oferują:

- informację i doradztwo w zakresie ofert pomocy,
- pomoc i porady w sytuacjach kryzysowych,
- wsparcie w codziennym funkcjonowaniu,
- pewność otrzymania pomocy w potrzebie,
- pomoc w pobliżu miejsca zamieszkania,
- możliwość pozostania w znanym otoczeniu,
- miejsca spotkań w pobliżu miejsca zamieszkania,
- kontakty społeczne i okazję do spotkań seniorów,
- możliwość podejmowania działań,
- oferty aktywnego spędzania wolnego czasu.

W przyszłości domy spotkań zamierzają:

- Kontynuować strategię współpracy jednostek finansujących, a tym samym optymalnie wykorzystywać zasoby, aby osiągnąć synergję w działaniu.
- Przekwalifikowywać i uelastyczniać istniejące oferty. Może to nastąpić np. poprzez wydłużenie czasu otwarcia domów oraz zróżnicowanie ich według potrzeb odwiedzających i potrzebujących, zwiększenie różnorodności ofert pomocy.
- Wykorzystywać wizyty osób potrzebujących w domach i miejscach spotkań w celu przekazywania im informacji o strukturach pomocy, możliwościach zaangażowania się sąsiadów i rodziny, a także zmobilizowania do tego samych seniorów. Celem jest samopomoc i tworzenie lokalnych, sąsiedzkich struktur społecznych przydatnych w sytuacjach wymagających np. zrobienia zakupów, drobnych napraw lub potrzeby kontaktu z drugim człowiekiem.
- Przekazywać informacje o sytuacji w najbliższym sąsiedztwie oraz prowadzić analizę potrzeb, aż do wyszukania konkretnej oferty.
- Rozbudowywać strukturę organizacyjną z udziałem seniorów. Dla pewnej grupy tych osób będących w sytuacji kryzysowej domy i miejsca spotkań są jedynym punktem odniesienia i mają tym samym stabilizujący wpływ na te osoby.
- Lepiej wykorzystywać potencjał ofert pomocowych dla seniorów. Oprócz podstawowych funkcji, jakie pełnią na rzecz seniorów, domy spotkań otrzymały obecnie funkcję udzielania pomocy i porad dla osób samotnych, w żałobie, osób przewlekle chorych, chorych psychicznie, cierpiących na demencję oraz ich rodzin.
- Stwarzać dodatkowe oferty dla starszych migrantów w zakresie informacji, doradztwa czy budowania porozumiewania się z innymi. Cenne doświadczenia w prowadzeniu tego typu działań ma projekt zainicjowany przez Dom im. Eugena Krautscheida i przez jeden z domów spotkań AWO w Nordstadt.
- Przygotowywać strukturę ofert domów spotkań, aby mogła ona sprostać rosnącym potrzebom pracy na rzecz seniorów. Jest to jeden z ważniejszych elementów wyprzedzających etap opieki całodobowej.

Mianem wolontariatu określa się różne formy nieodpłatnego zaangażowania na rzecz społeczeństwa. Obecnie 2/3 wolontariuszy stanowią kobiety, a w odniesieniu do zadań socjalnych jest ich aż około 90%. Spełnione, szczęśliwe życie w zaawansowanym wieku jest możliwe wszędzie tam, gdzie kobiety i mężczyźni po odejściu z tzw. aktywnej fazy życia zawodowego oraz po wychowaniu dzieci odnajdują nowe zadania nadające sens ich życiu. Poczucie, że jest się potrzebnym jest dla większości ludzi bardzo ważne. Dla wielu zaawansowanych wiekowo wolontariuszy pracujących w domach spotkań na

pierwszym planie znajduje się motywacja altruistyczna. W ramach spotkań otwartych wolontariusze przygotowują za niewielką opłatą dla przychodzących poczęstunek (kawę, ciasto, kanapki). Często „starzeją się wraz z odwiedzającymi”. Są osobami znanymi w środowisku i znającymi sytuację życiową wielu odwiedzających, a tym samym cieszą się dużym zaufaniem. Są pierwszymi osobami, które zauważają potrzebę działania, niesienia pomocy. Starają się o wsparcie dla osób dotkniętych trudną sytuacją życiową i pełnią w dalszym ciągu rolę ważnych pośredników. Bardzo ważna w podejmowaniu pracy ochotniczej jest motywacja zarówno starszych, jak i młodszych osób. Motywami podejmowania pracy wolontarystycznej są:

- możliwość realizacji i rozwoju osobowości,
- odnalezienie akceptacji społecznej,
- radość i przyjemność,
- możliwość zdobywania doświadczeń zawodowych,
- możliwość dalszego kształcenia,
- aktywność społeczna,
- możliwość udzielania bezpośredniej pomocy osobom potrzebującym.

Silna motywacja u seniorów pracujących jako wolontariusze powstaje z potrzeby kontaktu i komunikacji, a także możliwości zaangażowania się i wykorzystania swoich umiejętności. Osobista potrzeba akceptacji, uznania i rozwoju indywidualnego jest tu równorzędna z motywacją altruistyczną.

Czy obecnie słabnie zainteresowanie wolontariatem? Zmienił się sposób zaangażowania w pracę ochotniczą. Zaangażowanie związane na stałe z określoną organizacją (Kościoły, związki, partie polityczne) w przeszłości zdominowało wolontariat. Obecnie coraz bardziej podkreślane jest pojęcie „dobrowolności”. Wraz ze zmianami definicji zachodzą zmiany w oczekiwaniach angażujących się osób. Gotowość do dobrowolnego zaangażowania w problemy społeczne jest zawsze wysoka, gdy:

- mamy do czynienia z konkretnym projektem, z którym osoba zaangażowana może się w sposób szczególny identyfikować,
- istnieje możliwość wykorzystania własnych zainteresowań,
- istnieje możliwość wykorzystania kompetencji osób zaangażowanych.

Dane kontaktowe:

AWO UB Dortmund
Klosterstrasse 8-10,
44135 Dortmund
tel. 0049 231-88088113
f.czwikla@awo-dortmund.de

Andrea Kutscha

Arbeiterwohlfahrt Unterbezirk Dortmund

**USŁUGI ŚRODOWISKOWE NA RZECZ SENIORÓW,
WYPRZEDZAJĄCE ETAP OPIEKI CAŁODOBOWEJ
NA PRZYKŁADZIE PROJEKTU
„WSPÓLNOTA SENIORÓW W DORTMUNDZIE“**

Pojęcie „usług świadczonych w środowisku“ obejmuje usługi wspomagające funkcjonowanie seniorów na co dzień w ich gospodarstwach domowych, nie jest jednak obowiązujące i jednoznacznie zdefiniowane. Do oferty usługodawców, którymi są prywatne przedsiębiorstwa i związki opieki społecznej należą usługi związane z prowadzeniem gospodarstwa domowego – sprzątanie, pranie, zakupy, drobne naprawy oraz wizyty i pomoc w poruszaniu się poza domem. Odbiorcami tych usług są w większości osoby starsze. W tym kontekście mówimy także często o „usługach wyprzedzających etap całodobowej opieki“ traktując oba pojęcia jako synonimy.

W tym miejscu nie będziemy zajmować się szczegółowo przytaczanym wielokrotnie pojęciem „zmian demograficznych“. Prognozy przewidujące, że w 2050 r. ponad połowa mieszkańców Niemiec przekroczy 48, a 1/3 60 rok życia, mówią same za siebie i sygnalizują rosnące w niedalekiej przyszłości zapotrzebowanie na wsparcie dla seniorów. Nie można jednak wychodzić z założenia, że około 70-80% świadczeń z zakresu pomocy i opieki na rzecz seniorów będzie świadczonych, jak dotychczas, nieformalnie (nielegalnie). Przewiduje się coraz większe ograniczenia rodzin w sprawowaniu opieki nad starszymi osobami¹.

¹ Zob. M.T. Krings-Heckemeier: *Potencjał mieszkań dla seniorów* – Referat z 21.11.2005 r. zaprezentowany na spotkaniu: *Współpraca między wspólnotą a Niezależną Opieką Społeczną dla Robotników w Dortmundzie*, handout s. 8.

Korzystanie z ofert opieki w placówkach stacjonarnych dla seniorów napotyka na bariery w postaci olbrzymich kosztów związanych z tym rodzajem opieki. Poza tym większość seniorów nie chce żyć w placówce stacjonarnej. Seniorzy pragną być samodzielni i żyć według własnego uznania tak długo, jak tylko pozwala im na to stan zdrowia.

Czy w sposobie myślenia seniorów zaszła jakaś zmiana? Czy też może jesteśmy dziś bardziej skłonni wsłuchiwać się w ich potrzeby od czasu, kiedy stali się stosunkowo znaczącą finansowo grupą społeczeństwa niemieckiego i od kiedy zwiększył się nacisk na publiczne kasy opieki? Istnieje wiele ofert mieszkań, które łączą przeprowadzkę do mieszkania przystosowanego dla potrzeb seniorów z różnymi dodatkowymi usługami. Dlaczego jednak nie zacząć wcześniej i „dostarczać” niezbędne usługi w najbliższym, znanym otoczeniu? Przecież potrzeba samostanowienia w zaawansowanym wieku zawiera także życzenie, aby móc żyć w swoim środowisku, wśród sąsiadów, gdzie można się czuć, jak u siebie w domu.

W dokumentacji z IV warsztatów opracowanej w ramach programu modelowego „Mieszkania umożliwiające samostanowienie w wieku zaawansowanym” cytowane są wyniki Panelu Socjoekonomicznego (SOEP), które wykazują, że 64% najemców lokali, a nawet 86% właścicieli mieszkań i domów nie chce zmienić miejsca zamieszkania². Panel jest okresowym sondażem w wybranych gospodarstwach domowych w Niemczech Wschodnich i Zachodnich (reprezentatywna próba losowa). Pytanie o pomoc domową zadane w ramach sondażu zalicza się do standardu tego typu badań. Dodatkowa analiza SOEP 2002 wykazała, że zakres korzystania z pomocy domowej koreluje z wiekiem respondentów. Potwierdzona została hipoteza, że osoby starsze w większym stopniu oczekują pomocy domowej. Spośród 3,6 mln gospodarstw domowych w Niemczech, które podały, że zatrudniają pomoc domową, udział gospodarstw domowych, w których żyją starsi członkowie rodziny wynosi 69%³.

Oczekiwania seniorów w odniesieniu do usług są bardzo zróżnicowane. Stowarzyszenie Badań Konsumenckich (GfK) przeprowadziło w 2002 r. sondaż w grupie 50-latków, którego wyniki świadczą o występowaniu określonych preferencji. Poniżej przedstawiono odpowiedzi grupy osób w przedziale wieku od 70 do 79 lat na pytanie: Jakie usługi lub oferty powinny być łatwo i szybko do-

² Mieszkanie powiązane z usługami to przyszłościowa koncepcja mieszkaniowa – dokumentacja 4. workshop opracowana w ramach programu modelowego *Mieszkania umożliwiające samostanowienie w wieku zaawansowanym* Ministerstwa ds. Rodziny, Seniorów, Kobiet i Młodzieży. ISG Sozialforschung und Gesellschaftspolitik GmbH, Kolonia 2000.

³ C. Weinkopf: *Usługi świadczone w środowisku seniorów*. Ekspertyza do 5. sprawozdania rządowego dotyczącego seniorów. Instytut Pracy i Techniki/Centrum naukowe landu Północna Nadrenia-Westfalia w Gelsenkirchen, styczeń 2005.

stępane? (odsetki podane w nawiasach odnoszą się do wyników otrzymanych od ogólnej liczby respondentów):

- pomoc w sprzątaniu i pomoc domowa 40% (34%),
- centrala alarmowa 38% (37%),
- opieka pielęgniarstwa 35% (34%),
- dostarczanie żywności 28% (24%),
- pomoc w zakupach 28% (24%),
- dowóz do lekarza/urzędów 28% (23%),
- transport 24% (21%),
- pomoc w praniu 21% (17%),
- drobne naprawy 21% (17%),
- pomoc w wypełnianiu formularzy 21% (14%),
- prace ogrodowe/odśnieżanie/sprzątanie klatki schodowej 20% (19%),
- naprawy 18% (16%),
- miejsce spotkań dla seniorów/oferty dotyczące spędzania czasu wolnego 17% (15%),
- poradnie 11% (12%),
- pomoc w sprawach finansowych 11% (9%)⁴.

Mimo dużych potrzeb seniorów w zakresie pomocy domowej oficjalne statystyki dotyczące rynku pracy nie wykazują wzrostu korzystania z tego typu usług. Dowodem na to są wyraźne rozbieżności między liczbą 3,6 mln gospodarstw domowych, które podają, że zatrudniają pomoc domową oraz liczbą osób zatrudnionych i podlegających ubezpieczeniu społecznemu, która od kilku lat znajduje się niezmiennie na poziomie około 40 tys. osób⁵. Agencje oferujące usługi, które wyrastają obecnie „jak grzyby po deszczu” i próbują zapewnić sobie udział na rynku, napotykają jednak znany i trudny problem – nielegalną pracę. Ponadto praca w charakterze pomocy domowej nadal nie cieszy się uznaniem w społeczeństwie i jest traktowana raczej jako „pomoc sąsiedzka” lub „praca dorywcza”, tym bardziej, że czas pracy nie przekracza kilku godzin tygodniowo. Poza tym seniorzy-odbiorcy usług nie są w stanie zapłacić stawki godzinowej wyższej od stawki oferowanej na nielegalnym rynku pracy. Wyniki sondażu przeprowadzonego w gospodarstwach domowych na terenie landu Północna Nadrenia-Westfalia wykazują, że oferty elastyczne, uwzględniające indywidualne potrzeby, gwarantujące wysoką jakość są konkurencyjne dla tańszych usług oferowanych na rynku pracy nielegalnej⁶.

⁴ Ibid., s. 7.

⁵ Ibid., s. 14.

⁶ Ibid., s. 27.

Świadczenie usług seniorom w ich środowisku z jednej strony przyczynia się do opóźnienia lub uniknięcia opieki stacjonarnej, z drugiej ma określony wpływ na politykę rynku pracy i zatrudnienia. W ramach inicjatywy utworzonej z myślą o osobach starszych, które od dłuższego czasu pozostają bez pracy na terenie landu Północna Nadrenia-Westfalia, w 2004 r. ówczesne Ministerstwo Gospodarki i Pracy oraz Dyrekcja Regionalna ogłosiły przetarg na projekt dotyczący integracji starszych pracowników na rynku pracy. AWO Podrejon Dortmund wraz ze swoją spółką Qualifizierungs-und Beschäftigungsgesellschaft dobeq GmbH wzięła udział w przetargu i została wybrana wraz z 32 innymi placówkami spośród około 110 organizacji do realizacji projektu modelowego. Prace rozpoczęto 1 stycznia 2005 r. i mają zakończyć się w lipcu 2007 r. W projekcie, który uzyskał największą akceptację, podjęto próbę innowacyjnego sprostania wyzwaniom, jakie stawia życie społeczne w Niemczech, w tym konstruktywnego przeciwdziałania skutkom zmian demograficznych i związanemu z nimi zjawisku wysokiego bezrobocia, zwłaszcza wśród osób starszych. Planowane działania miały przebiegać w dwóch równoległych procesach, umożliwiając realizację wytyczonych celów:

1. Strukturalny, długofalowy rozwój nowego obszaru zatrudnienia „pomoc wyprzedzająca etap całodobowej opieki/usług w środowisku“ na terenie Dortmundu. We współpracy ze strategicznymi partnerami z Dortmundu miała powstać nowa oferta usług w środowisku, wyprzedzających etap opieki całodobowej, której struktura podstawowa, logistyczna i finansowa miała zapewnić nowe trwałe miejsca pracy.
2. Zatrudnienie, kwalifikacje i pośrednictwo członków rodziny grupy docelowej „osoby starsze pozostające dłuższy czas bez pracy” w zakresie pomocy wyprzedzającej etap opieki całodobowej. Za pomocą krótkich szkoleń, coachingu⁷ i nauki związanej z pracą można rozwijać atuty osób starszych, jakimi są doświadczenie życiowe i zawodowe oraz kompetencje społeczne. W szczególności należałoby podjąć próbę weryfikacji przydatności usług świadczonych w ramach pomocy domowej przez bezrobotnych w celu znalezienia źródła stałych lub dodatkowych dochodów lub w celu założenia własnej działalności gospodarczej. Kontynuacja pracy będzie możliwa dzięki zagwarantowaniu stałych źródeł finansowania.

Łączny okres trwania projektu wyniósł 18 miesięcy. Spółka-córka AWO, występująca jako placówka przejmująca opiekę nad seniorami, zatrudniła

⁷ Coaching – proces doskonalenia kompetencji w obszarze, który chce rozwijać klient. Jest oparty na partnerskiej relacji i wzajemnym zaufaniu między osobistym trenerem a klientem. Pomaga ludziom osiągnąć postawiony sobie cel. „Coach” jest osobistym, psychologicznym trenerem. Nie musi być ekspertem w branży, dla której pracuje jego klient. Najistotniejsze są kompetencje związane z procesami uczenia (przypis red.), <http://pl.wikipedia.org/wiki/Coaching> (9.01.2007).

w 3 modułach każdorazowo 16 byłych bezrobotnych w przedziale wiekowym powyżej 50 lat w ramach subwencionowanych stosunków pracy zawieranych na okres 6 miesięcy. W tym okresie pracownicy opiekowali się seniorami potrzebującymi szczególnej opieki społecznej. Usługi obejmowały wizyty domowe i pomoc w poruszaniu się poza domem, robienie zakupów i załatwianie drobnych sprawunków, jak również prace domowe. Współpracownicy firmy Qualifizierungs-und Beschäftigungsgesellschaft dobeq GmbH towarzyszyli projektowi. Wynagrodzenie uczestników było finansowane głównie przez lokalny urząd pracy oraz miasto Dortmund, natomiast środki pochodzące z landu Północna Nadrenia-Westfalia oraz z Europejskiego Funduszu Społecznego przeznaczono na podniesienie wysokości wynagrodzeń i sfinansowanie etatów współpracowników projektu oraz na pokrycie kosztów materiałowych.

Początkowo skupiono się na 4-tygodniowym szkoleniu uczestników, które odbywało się w całodobowych zakładach opieki oraz w miejscach spotkań dla seniorów AWO. Następnie jeden ze współpracowników projektu przedstawiał seniorom uczestników i przydzielał im tygodniowy plan pracy. Każdego dnia jeden uczestnik pełnił opiekę nad dwoma gospodarstwami domowymi. Niektóre z gospodarstw były odwiedzane przez uczestników kilkakrotnie w ciągu tygodnia. Plan pracy przewidywał czas na rozmowy i wspólne przedsięwzięcia z klientami.

Owocna współpraca z placówkami opieki społecznej miasta Dortmund, placówkami opieki ustawowej, szpitalami i innymi miejscami pierwszego kontaktu dla seniorów przyczyniła się do popularyzacji projektu. Po jego zakończeniu z bezpłatnych usług regularnie korzystało około 140 gospodarstw domowych. Celem projektu było także znalezienie zatrudnienia na rynku pracy dla uczestników w trakcie lub po zakończeniu stosunku pracy. Jeden ze współpracowników projektu występując w charakterze instruktora zajął się wraz z uczestnikami poszukiwaniem miejsc pracy, pomagał im w sporządzaniu pism i podań o pracę oraz przygotowywał do rozmowy kwalifikacyjnej. Był również osobą „pierwszego kontaktu” w sytuacji wystąpienia problemów osobistych lub trudności pojawiających się podczas pracy w gospodarstwach domowych. Regularne spotkania całej grupy dawały uczestnikom możliwość wymiany doświadczeń. Trening komunikacji interpersonalnej pomagał dostrzec potrzeby życiowe seniorów. Dysponent personalny⁸ nawiązywał kontakty z potencjalnymi pracodawcami. Istniała również możliwość odbycia krótkiej praktyki u potencjalnych pracodawców.

⁸ Pojęcie to jest bezpośrednim tłumaczeniem z języka niemieckiego, może zostać zastąpione pojęciem "asystent personalny". W obu przypadkach chodzi o osobę oddelegowaną do pomocy lub świadczącą pomoc w ramach wolontariatu konkretnej osobie potrzebującej tej pomocy. Definicja i określenie znaczenia tego pojęcia wynikają z kontekstu tłumaczonego tekstu (przypis tłum.).

Wyniki ewaluacji projektu:

1. Współpraca z partnerami.

Po prawie roku trwania projektu zauważalny był nieproporcjonalny wzrost zainteresowania usługami w urzędzie socjalnym, szpitalach i placówkach opieki ustawowej, w szczególności w drugiej połowie roku – porównując dane do pierwszego półrocza. Regularne kontakty z partnerami pozwalały na szybką reakcję w przypadku niezadowolenia z usług uczestników. Pozytywny odzew oraz rosnący popyt stały się dla firmy Qualifizierungs-und Beschäftigungsgesellschaft dobeq GmbH znakiem świadczącym o wysokim standardzie oferowanych usług.

2. Sondaż w gospodarstwach domowych seniorów.

Po upływie odpowiedniego czasu każde gospodarstwo domowe otrzymało kwestionariusz. Seniorzy mieli możliwość oceny projektu zachowując przy tym anonimowość. Prawie wszystkie gospodarstwa domowe skorzystały z tej możliwości. Pytania dotyczyły w pierwszej kolejności oceny własnej sytuacji życiowej przed korzystaniem z pomocy. Następnie poproszono seniorów o podanie czy i w jakim zakresie skorzystali z opieki. Kwestionariusz dawał poza tym możliwość wyrażenia własnych opinii w formie komentarza, sugestii i krytyki. Wyniki były pozytywne – ponad 70% respondentów podawało, iż wskutek oferowanej opieki polepszył się ich stan zdrowia. Nawet jeśli przyjmiemy, że taka ocena jest bardzo subiektywna, była ona dla firmy Qualifizierungs-und Beschäftigungsgesellschaft dobeq GmbH pozytywnym sygnałem. Dla klientów ważne okazało się, że są to osoby także w starszym wieku. Większe doświadczenie życiowe oraz związane z tym często większe kompetencje społeczne dają seniorom poczucie, że ich świat nie jest tak daleki od świata ich opiekunów.

3. Regularna wymiana doświadczeń wśród uczestników.

Regularny kontakt umożliwiały nie tylko spotkania grupowe uczestników. Spotykali się oni wielokrotnie w ciągu tygodnia w biurze placówki koordynującej, aby odebrać i omówić plan pracy. Było to miejsce krótkiej wymiany zdań. Współpracownicy projektu mający wieloletnie doświadczenie w zakresie kształcenia i zatrudniania byli zadowoleni z wysokiego poziomu motywacji i zaangażowania wśród starszych uczestników. Poziom zwolnień lekarskich poniżej średniej interpretują jako wskazówkę mówiącą o tym, że uczestnicy projektu identyfikują się ze swoją pracą i po dłuższym okresie bezrobocia cieszą się poczuciem bycia potrzebnym. Pośredniczenie w znalezieniu zatrudnienia na rynku pracy było jednak pomimo dużej motywacji trudne. Chociaż po zakończeniu praktyki pracodawcy opiniowali większość swoich praktykantów pozytywnie, preferowali jednak młodszych kandydatów.

Co roku, na zlecenie Ministerstwa na rzecz Pokoleń, Rodziny, Kobiet i Integracji landu Północna Nadrenia-Westfalia wyróżnia się innowacyjne rozwiązania w zakresie pomocy dla seniorów. W 2005 r. firma Qualifizierungs-und Beschäftigungsgesellschaft dobeq GmbH zajęła ze swoim projektem trzecie miejsce. Umożliwiła seniorom z niższymi dochodami korzystanie z pomocy domowej, a tym samym umożliwiła im samodzielne życie w dotychczasowym otoczeniu. Spółka-córka Opieki Społecznej dla Robotników zadbała o wsparcie z innych programów rynku pracy i stworzyła równoległe do projektu dodatkowe możliwości zatrudnienia dla osób pozostających przez dłuższy czas bez pracy, które będą długofalowo finansowane. Po zakończeniu projektu osoby te mogłyby kontynuować sprawowanie opieki nad seniorami. Na obecnym etapie opieka jest zagwarantowana do 15 września 2007 r., a jej finansowanie po upływie tego terminu może być przedłużone.

Dane kontaktowe:

AWO UB Dortmund
Langestr. 44
44137 Dortmund
Tel. 0049 231-88088124
a.kutscha@dobeq.de

**Partycypacja osób starszych w rozwoju
środowiska lokalnego**

Zygmunt Jaksz

Dom Opieki „Samaritanin” w Bielsku-Białej

TRÓJPOKOLENIOWA SPOŁECZNOŚĆ DOMU OPIEKI

„SAMARYTANIN” I JEJ INTEGRACJA

ZE SPOŁECZNOŚCIĄ LOKALNĄ

Szukając alternatywy klasycznego modelu domu pomocy społecznej kierownictwo Domu Opieki „Samaritanin” w Bielsku-Białej - ośrodka należącego do Kościoła Adwentystów Dnia Siódmego – zwróciło uwagę na tradycyjny model domu rodzinnego, w którym w dobrych relacjach żyją przedstawiciele trzech pokoleń: dziadkowie, ich dzieci oraz wnuki. Zauważono, że w takich domach dobra atmosfera rodzinnej społeczności wynika właśnie z wzajemnych pozytywnych oddziaływań międzypokoleniowych. Na początku lat 90. ubiegłego wieku podjęto więc w „Samaritanie” działania mające na celu przekształcenie go w dom pomocy społecznej oparty na modelu trójpokoleniowego domu rodzinnego. Pensjonariusze domu opieki – osoby starsze i doświadczone miały być pokoleniem dziadków, pracownicy mieszkający na terenie ośrodka pokoleniem ich dzieci, a dzieci pracowników miały pełnić rolę pokolenia wnuków.

Dzieje „Samaritanina” sięgają 1960 r., kiedy Kościół przeznaczył zabytkowy ceglano-drewniany budynek (nazwany później pawilonem A) w Kamienicy koło Bielska-Białej na działalność domu opieki. W cztero- i pięcioosobowych pokojach zamieszkało wówczas 25 seniorów.

W 1980 r. dobudowano pawilon B wyposażony w zaplecze gastronomiczne, gabinety rehabilitacji, terapii zajęciowej oraz zespół opiekuńczo-terapeutyczny. W nowym pawilonie zamieszkało 50 pensjonariuszy. W późniejszych latach do pawilonu B dobudowano od strony południowo-zachodniej przeszkloną salę widokową dziennego pobytu, obejmującą poziom parteru oraz antresole pierwszego i drugiego piętra. Pomieszczenie to poprzez umieszczenie w nim dużej ilości kwiatów i zieleni spełnia również rolę ogrodu zimowego. W 1993 r. odda-

no do użytku pawilon C, w którym na parterze zakwaterowano sprawniejszych mieszkańców „Samarytanina”, a na pozostałych dwóch piętrach rodziny pracowników wraz z dziećmi. Wtedy właśnie, od czasu zamieszkania w pawilonie C przedstawiciele trzech różnych pokoleń, rozpoczęło realizację programu budowania społeczności trójpokoleniowej. Wymagało to sukcesywnego tworzenia dogodnych warunków do dalszego rozwoju programu. Wybudowano boisko i teren zabaw, zlokalizowane w odpowiedniej odległości od pawilonów zamieszkałych przez osoby starsze, aby nie przeszkadzały im ewentualne hałasy dobiegające z tych miejsc.

Zamieszkiwanie na jednym terenie zarówno mieszkańców, jak i rodzin pracowników domu opieki stworzyło warunki do nawiązywania bliskich przyjacielskich więzi, które miały przynosić korzyści wszystkim stronom. Przykładem obopólnej współpracy jest historia matki samotnie wychowującej dzieci, dla której wielkim wsparciem była pomoc jednej ze sprawniejszych mieszkanek domu. Pomoc ta polegała na opiece nad dziećmi, kiedy matka musiała czasowo opuścić dom. Przejawem przyjaźni ze strony matki było zapraszanie tej starszej osoby na różne uroczystości domowe czy wspólne spacerowanie, co zaspokajało potrzebę bezpieczeństwa, aktywności i użyteczności społecznej oraz zbliżało obie kobiety.

Przebywanie małych dzieci w otoczeniu osób starszych i niepełnosprawnych uczy dzieci poprawnych postaw wobec niedomagań podeszłego wieku, szacunku dla seniorów oraz troski o ich potrzeby. Często zdarza się, że mieszkańcy stają się współwychowawcami dzieci, a te liczą się z ich autorytetem. Okazją do integracji mieszkańców z lokalną społecznością są mecze piłki nożnej, w których uczestniczą pracownicy domu i ich dzieci oraz dzieci i młodzież z sąsiednich posesji, które sprowadzają na teren ośrodka całe rodziny zawodników. Najzwyklejszą możliwością towarzyszenia pracownicy udającej się z małym dzieckiem na spacer jest dla mieszkańca domu olbrzymią radością i okazją do miłej rozmowy. Obecność dzieci stwarza podopiecznym „Samarytanina” namiastkę domu rodzinnego; często mówią o tych dzieciach, jak o swoich wnukach. Są to momenty bardzo budujące i zachęcające do rozwijania i kontynuowania przyjętego programu.

Prezentowany program zakłada stwarzanie mieszkańcom domu opieki okazji do kontaktów z dziećmi tak częstych, jak to tylko możliwe. Nawiązano więc kontakty z przedszkolami, szkołami, świetlicami środowiskowymi, z których dzieci i młodzież często prezentuje w „Samarytaninie” różnorodne programy. Zapraszane są również zespoły muzyczne i grupy teatralne. Mieszkańcom domu zwraca się szczególną uwagę na potrzeby dzieci ze świetlic środowiskowych, które najczęściej pochodzą z rodzin dysfunkcyjnych i patologicznych. Na terapii zajęciowej mieszkańcy przygotowują prezenty dla odwiedzających

ich dzieci. Wszelkie występy i spotkania z osobami z zewnątrz wnoszą ożywienie i ciepło w życie mieszkańców domu. Są okazją do nawiązywania znajomości i przyjaźni. Wszyscy z niecierpliwością oczekują kolejnych takich spotkań.

Zamieszkiwanie na jednym terenie trzech pokoleń stwarza też niekiedy problemy. Nie wszyscy starsi dobrze znoszą obecność dzieci, a i te nie zawsze zachowują się wobec nich poprawnie. „Samarytanin” stara się rozwiązywać takie sytuacje poprzez odpowiednie działania wychowawcze, mediacje i regulamin. Zebrane w okresie 12 lat doświadczenia pozwalają na stwierdzenie, że wprowadzenie w domu opieki trójpokoleniowego modelu życia społecznego przyniosło zdecydowanie więcej plusów niż minusów i że model ten jest godny szerszego upowszechniania.

Niezależnie od realizacji swojego podstawowego zadania, czyli opieki nad starszymi i niepełnosprawnymi mieszkańcami domu, „Samarytanin” niesie również pomoc innym potrzebującym z terenu Bielska-Białej i okolic poprzez prowadzenie na ich rzecz różnorodnych działań o charakterze charytatywno-pomocowym. Jednym z takich działań jest prowadzenie już od ponad 13 lat Chrześcijańskiego Telefonu Zaufania, który służy wsparciem osobom znajdującym się w kryzysowych sytuacjach. Służba ta działa dzięki wolontariuszom, którymi są pracownicy domu opieki mieszkający w nim na stałe. Dyżurują oni przy telefonie udzielając rozmówcom informacji, doradzając, wspierając i kierując w razie potrzeby do wyspecjalizowanych instytucji pomocowych. Często zdarza się, że wydawałoby się wielki problem rozwiązuje spokojna, rzeczowa, prowadzona w przyjaznym tonie rozmowa, która pozwala rozmówcy ocenić realną wielkość problemu i wrócić do równowagi, poprawia jego samopoczucie i przywraca nadzieję.

Inną formą pomocy jest wydawanie darmowych posiłków osobom ubogim i bezdomnym. Jadalnia wydaje posiłki każdego dnia około godziny 14.00. W tej czynności uczestniczą nie tylko pracownicy domu, ale również jego mieszkańcy, pomagając w przygotowaniu stołów, a potem je sprzątając. Posiłki dla ubogich częściowo są przygotowywane z żywności, która pozostaje po wydaniu posiłków mieszkańcom domu, a częściowo z produktów kupowanych za środki pozyskiwane od sponsorów. Średnio wydawanych jest dziennie 15-20 posiłków.

W „Samarytaninie” działa również oddział Chrześcijańskiej Służby Charytatywnej, prowadzący punkt rozdawnictwa używanej odzieży osobom kierowanym tu przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej. Wolontariuszami są pracownicy „Samarytanina” oraz jego mieszkańcy. Służba ta nie ogranicza się jedynie do wydawania potrzebującym odzieży. Pozyskaną odzież trzeba posortować, nieraz wyprać, naprawić i w ten sposób przygotować do wydania. Wy-

maga to wielu zabiegów i poświęcenia czasu, ale też przynosi dużo satysfakcji osobom zaangażowanym w tę działalność.

Od 10 lat „Samarytanin” stara się nieść pomoc osobom, które chcą powrócić do normalnego życia po doświadczeniach uzależnień, bezdomności czy konfliktu z prawem. Zwykle na terenie domu przebywają stale dwie lub trzy takie osoby. Na początku oferowane jest im zakwaterowanie, wyżywienie i drobne środki finansowe na zaspokojenie podstawowych potrzeb. W zamian oczekuje się od nich zaangażowania w wykonywaniu różnych prostych prac na terenie ośrodka. Jednocześnie wymaga się od tych osób zachowywania abstynencji oraz utrzymywania poprawnej społecznie postawy wobec otoczenia. Okazywane im zaufanie, jasno sprecyzowane wymagania oraz możliwość codziennego przebywania w środowisku mieszkańców i pracowników domu, przyglądania się ich pracy i życiu wywołuje u tych podopiecznych pragnienie zmiany życia, rozpoczęcia go od nowa, uporządkowania spraw rodzinnych czy w ogóle założenia rodziny. Niekiedy osoby te są zatrudniane w domu opieki na czas określony. W ten sposób stwarza się im szansę i daje czas na całkowite usamodzielnienie się i powrót do normalności.

Szeroko pojmowana i realizowana działalność pomocowa na rzecz społeczności lokalnej przynosi liczne korzyści wszystkim zainteresowanym, zarówno tym, którzy służą pomocą, jak i tym, którzy z niej korzystają. Służy integracji społecznej pokonując bariery pokoleniowe, majątkowe i wyznaniowe. Daje satysfakcję, wzbudza wdzięczność i inspiruje do pomagania innym. Sprzyja zdrowiu i lepszemu samopoczuciu, ale nade wszystko działalność ta jest spełnieniem ewangelicznego przesłania miłości bliźniego, obecnego w nazwie domu opieki – „Samarytanin”.

Dane kontaktowe:

Dom Opieki „Samarytanin”
pod Zarządem Kościoła Adwentystów DS w Polsce
ul. Bednarska 10
43-316 Bielsko-Biała
tel. (033) 814 21 92

Kirsten Kleinsimlinghaus

Sozialforschungsstelle (SFS) w Dortmundzie

DZIAŁANIA WOLONTARIUSZY-SENIORÓW W UŁATWIANIU STARTU ZAWODOWEGO MŁODZIEŻY W LÜNEN

W dobie obniżenia wzrostu gospodarczego, oszczędności budżetowych i rosnącej liczby osób w trudnej sytuacji coraz ważniejsze stają się więź społeczna i przejmowanie osobistej odpowiedzialności za siebie i innych. Zaangażowanie społeczne i projekty łączące pokolenia w tym kontekście znajdują się w centrum zainteresowania życia społecznego i politycznego. Działania łączące pokolenia stają się konieczne ze względu na zmiany struktury wieku ludności i przemiany demograficzne. Na tle przemian takie projekty są nie tylko pożądane, lecz wręcz nieodzowne dla naszego społeczeństwa. Aby społeczeństwo mogło prawidłowo funkcjonować pokolenie dojrzałe, pomimo zakończenia życia zawodowego będzie zmuszone do przejęcia odpowiedzialności za utrzymanie siebie i innych. W Niemczech w latach 1994 i 2001 zostały nagrodzone inicjatywy łączące pokolenia w ramach konkursu federalnego „Solidarność pokoleń”¹.

Część projektu „Starsi-młodzi” została nazwana „Seniorzy jako pomocnicy w starcie zawodowym”. Seniorzy są aktywnymi partnerami na rzecz solidarnego zaangażowania między pokoleniami. Ich długie doświadczenie życiowe i zawodowe ma być wykorzystane w rozwiązywaniu problemów młodzieży doświadczających trudności w starcie zawodowym. Na pomoc tę składają się wybór odpowiedniego kierunku i motywacji zawodowej, jak również przygotowanie do kształcenia i nauki zawodu oraz pośrednictwo w zdobywaniu miejsc praktyki zawodowej. Młodzież otrzymuje profesjonalną pomoc, w tym psychosocjalną. Seniorzy pomagają w napisaniu podania z prośbą o przyjęcie na praktykę. Dzięki wykorzystaniu dawnych kontaktów zawodowych wyszukują

¹ Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO) e. V.: Senioren als Mentoren für junge Berufseinsteiger. Eine neue Projektsparte im freiwilligen Handlungsfeld „Alt hilft Jung“, 2001.

odpowiednie miejsca praktyki oraz „patronują” młodzieży podczas całego procesu kształcenia. Znamienne jest, że w inicjatywach „pomocy w starcie zawodowym” udział biorą przeważnie mężczyźni znajdujący się w fazie pozazawodowej, pomimo że w dziedzinie ochotniczej pracy na rzecz innych mają mniej przedstawicieli niż kobiety. Ten innowacyjny pomysł spowodował wzrost zaangażowania obywatelskiego i wykorzystanie nieodkrytego dotąd potencjału osób starszych.

Z trzeciego sprawozdania Ministerstwa Federalnego do Spraw Rodziny, Seniorów, Kobiet i Młodzieży z 2001 r., dotyczącego sytuacji starszego pokolenia wynika, że nastąpiła zmiana motywacji w podejmowaniu pracy przez wolontariuszy. Zmiana ta polega na odejściu od idei chrześcijańskiej miłości bliźniego, bezinteresownej pomocy czy ponoszenia odpowiedzialności za innych do chęci podejmowania nowych wyzwań, czerpania satysfakcji z zaangażowania i przekazywania zdobytych umiejętności. Wolontariusze pomagający w starcie zawodowym młodzieży muszą być nie tylko gotowi do zainwestowania dużej ilości swojego czasu. Powinni być także doradcami i wzorami w drodze zawodowej, osobami, z którymi można się identyfikować. Długie życie zawodowe pełne sukcesów, dążenie do wyznaczonych celów i zawieranie kompromisów dają konkretne umiejętności, nieodzowne do przekazywania reguł gry świata pracy. Kontakt z młodymi osobami, towarzyszenie im w drodze zdobywania samodzielności zawodowej daje wymierną satysfakcję. Porażki nie mogą zniechęcać, lecz należy je wykorzystywać w konstruktywny sposób. Typowy związek „starszy-młodszy” zakłada proces wzajemnego uczenia się od siebie. Transfer wiedzy nie jest jednostronny, co oznacza, że również osoba starsza w partnerstwie może nauczyć się czegoś od przedstawiciela młodszego pokolenia, np. może poszerzyć swoją wiedzę na temat warunków życiowych młodzieży oraz nauczyć się obsługi komputera.

Prezentowany niżej projekt pomocy w starcie zawodowym powstał w 2003 r. w Lünen (w pobliżu Dortmundu). Jego działania koncentrowały się na jednej z dzielnic miasta.

Jeszcze 20 lat temu 17,5 tys. mieszkańców Lünen było zatrudnionych w sektorze produkcyjnym. Obecnie jest ich już tylko 6 tys. Tym samym została ograniczona liczba miejsc praktyki zawodowej i miejsc pracy dla młodych ludzi. W Lünen liczba osób bezrobotnych wśród młodzieży i „młodszych” dorosłych jest podobna i wynosi około 800 osób. W latach 2002-2003 bezrobocie dotyczyło szczególnie młodzieży osiągającej słabe wyniki w nauce oraz pochodzącej z rodzin imigrantów. Słaba znajomość języka niemieckiego, negatywne przeżycia w swojej ojczyźnie, niekorzystne środowisko społeczne młodzieży (getta, rozbite rodziny) skutkują dużymi brakami w wykształceniu. Dzielnice Lünen-Süd, Gahmen i Brambauer zamieszkują młodzi imigranci, którzy żyją w tzw.

dynastiach pomocy socjalnej, co oznacza, że ani rodzice, ani dziadkowie nie przekazali im normy związanej z regularnym życiem zawodowym. Młodzieży tej często brakuje tzw. kwalifikacji kluczowych w pracy zawodowej, jak punktualność, wytrwałość i solidność. Często nie są oni w stanie w prawidłowy sposób ocenić swoich umiejętności. Młodzież ta bardzo rzadko opuszcza swoją dzielnicę, dlatego dla wzrostu jej mobilności konieczne jest wspieranie finansowania kursów prawa jazdy. Wydaje się, że problem ten można by było rozwiązać, gdyby młodzież mogła poznać pracę od strony praktycznej. Potrzebne jest udzielanie indywidualnego wsparcia polegającego m.in. na uświadamianiu jej „mocnych stron”. Młodzież pochodzenia tureckiego potrafi dobrze zajmować się dziećmi, dysponuje szczególnie umiejętnościami komunikacyjnymi i międzykulturowymi. Młodzież ta wymaga wsparcia prowadzącego do samopomocy.

Projekt ma na celu zintegrowanie młodzieży i dorosłych pochodzących z młodszych grup wiekowych z pierwotnym rynkiem pracy, czyli z procesem kształcenia lub z zatrudnieniem. Do wypełnienia tego zadania miałyby zostać połączone siły lokalnych patronów poprzez służby gminy (Urząd ds. Młodzieży i Spraw Socjalnych, stowarzyszenia zajmujące się pomocą w starciu zawodowym młodzieży) i lokalnych urzędów pracy w celu stworzenia gminnego punktu koordynacyjnego. Partnerami projektu są instytucje szkolące. Kościoły, izby, związki rzemieślnicze i zawodowe, wolontariusze oraz inicjatywy społeczne mają być pośrednikami między środowiskiem młodzieżowym i przedsiębiorstwami. Na podstawie tej współpracy uczniowie klas 9 i 10 szkoły Achenbachschule w dzielnicy Brambauer mają być systematycznie przygotowywani do życia zawodowego poprzez doradztwo, a następnie już jako młodzi dorośli po rozpoczęciu pracy zawodowej mają nadal otrzymywać wsparcie.

Oprócz służb miejskich, urzędów pracy i różnych instytucji szkoleniowych miasto Lünen postanowiło zaprosić do współpracy przy projekcie lokalnych decydentów i czołowe organizacje społeczne, takie jak Kościół czy kluby sportowe. Współpraca partnerów miała przyczynić się do wypromowania młodzieży jako potencjału dla miasta Lünen i przedsiębiorstw znajdujących się na tym terenie.

Inicjatywa obywatelska powinna być podmiotem kampanii publicznej, która ma związek z programem działania miasta. Obywatelskie zaangażowanie i pośrednictwo są konieczne w celu stworzenia porozumienia między środowiskiem młodzieżowym i środowiskiem małych i średnich przedsiębiorstw, „otwarcia drzwi” przedsiębiorstw dla młodzieży oraz przygotowania młodzieży do wymogów świata zawodowego. Istotne jest, aby przedsiębiorstwa stały się otwarte na młodzież, aby znaleźć odpowiednich „patronów”. Inicjatywa „Lünen

ich potrzebuje“ ma na celu również opiekę nad promotorami młodzieży, ich patronami.

Po wstępnych rozmowach z przedstawicielami „Inicjatywy bezrobotnych Lünen-Brambauer” pochodzących ze związków zawodowych górnictwa, chemii i energii, 17 marca 2003 r. doszło do pierwszego spotkania z lokalnymi decydentami. Głównym tematem spotkania było stworzenie inicjatywy obywatelskiej, która zakładałaby trzy płaszczyzny działań:

- 1) promowanie tej inicjatywy przez osoby kluczowe w lokalnej społeczności,
- 2) powołanie grupy podmiotów rozumianych jako instancja koordynująca, odpowiedzialnych za kampanię,
- 3) powołanie do współpracy ochotników pomagających w starcie zawodowym młodzieży.

Na początku przeprowadzono kampanię w prasie lokalnej. W celu pozyskania patronów nawiązano kontakt z parafiami ewangelickimi. Na synodzie okręgowym 30 czerwca 2003 r. projekt został przedstawiony przez Instytut Badań Socjalnych Dortmund. Nawiązano kontakt z Dziełem Diakonicznym, poprzez który do kręgu patronów dołączyły dwie wolontariuszki. „Inicjatywa bezrobotnych Lünen-Brambauer” pozyskała pięciu patronów. Dodatkowo powołano grupę wsparcia „Zarządzanie ochotnikami“. Grupa ta składa się z etatowych pedagogów (Ośrodek Oświaty Pozaszkolnej Lünen, Centrum Wspierania Kobiet Lünen, Agencja Wolontariuszy Unna) oraz dwóch seniorów-wolontariuszy (Kościelne Centrum Pracy Społecznej). Dzięki zaangażowaniu emerytowanego dziennikarza ukazały się artykuły prasowe, przeprowadzono akcje informacyjne w przedsiębiorstwach prywatnych i publicznych w celu zainteresowania tą inicjatywą pracowników będących na końcowym etapie drogi zawodowej. Grupa wsparcia „Zarządzanie ochotnikami” zamieściła swoją prezentację na stronie internetowej miasta Lünen oraz została włączona do strategii marketingowej.

Co roku przy okazji forum „Lünen-Młodzież-Praca” przeprowadzana jest w mieście konferencja na temat złej sytuacji zawodowej młodzieży, w tym doświadczanych przez nią trudności w starcie zawodowym. Na konferencji omawiane są także potencjał młodzieży oraz więź społeczna, która sprzyja wykorzystaniu tego potencjału w mieście. Forum stanowi platformę do dyskusji oraz umożliwia wymianę doświadczeń. W jego ramach został przedstawiony program działania inicjatywy obywatelskiej na następny rok.

Wraz z zamknięciem kopalni na początku lat 90. XX w. został utracony największy pracodawca dzielnicy miasta Brambauer, a z nim miejsca praktyk dla uczniów pochodzących głównie z rodzin górniczych, a także z rodzin tureckich. Wysoki odsetek imigrantów, wysoka stopa bezrobocia i rozwodów w Brambauer doprowadziły do wzrostu liczby rodzin utrzymujących się z zasiłku dla osób bezrobotnych lub z zasiłku socjalnego. Dotychczasowa szkoła stała się szkołą

całodzienną, czyli połączyła naukę z zagospodarowaniem czasu wolnego. Odciążała dzieci i młodzież od obowiązków domowych. Otrzymywane wsparcie jest szansą rozwoju dzieci i młodzieży. Działania te zapoczątkowało kolegium nauczycieli szkoły Achenbachschule, administracji szkolnej, inicjatywy obywatelskiej „Lünen ich potrzebuje“, urzędu pracy oraz przedstawicieli przedsiębiorstw z Brambauer. Na pierwszym planie znajdowało się wprowadzenie długoterminowych praktyk i tworzenie patronatów między uczniami i zawodowo doświadczonymi seniorami. Następnie szkoła Achenbachschule przedstawiła projekt długoterminowych praktyk przedsiębiorstwom w Brambauer. Celem takiej praktyki jest zainteresowanie ucznia życiem zawodowym oraz rozwój praktycznych umiejętności, a z drugiej strony zniwelowanie uprzedzeń wśród przedsiębiorców. Pomimo starań szkoły Achenbachschule przedsiębiorcy z Brambauer nie dali się łatwo przekonać. Dopiero dzięki wsparciu inicjatywy obywatelskiej i zaangażowaniu seniorów w znajdowanie miejsc praktyki zawodowej pojawiły się miejsca praktyk dla wszystkich uczniów. Obejmowanie patronatem, opieką przez zawodowo doświadczonych seniorów ma być kontynuowane podczas pierwszego roku kształcenia zawodowego.

Start życiowy i zawodowy patronów-seniorów przebiegał w bardziej sprzyjających warunkach niż w przypadku młodzieży z Lünen. Wspierane były ich mocne strony, czego nie doświadczyła młodzież z problematycznych rodzin. Aby znaleźć odpowiednie miejsca praktyk zawodowych seniorzy wykorzystują swoje umiejętności społeczne, kontakty z życia zawodowego i działalności w stowarzyszeniach na rzecz lokalnych przedsiębiorców. Przekonują przedsiębiorców do tworzenia miejsc praktyk, do zmiany decyzji po złych doświadczeniach z uczniami. Są bardzo dumni z tego, że udało im się znaleźć miejsca praktyk dla wszystkich uczniów 9. klasy. Do sukcesów związanych ze znalezieniem miejsc praktyk mają dołączyć sukcesy związane ze znalezieniem miejsca kształcenia zawodowego.

Praktyki długoterminowe zakończyły się wielkim sukcesem. W styczniu 2004 r. dokonano bilansu, który wykazał, że niektóre przedsiębiorstwa proponują swoim praktykantom miejsca kształcenia zawodowego. Dwa przedsiębiorstwa wyraziły gotowość do zaangażowania się w cały projekt. Zaczęły informować o własnych potrzebach i oczekiwaniach związanych z pracą z młodzieżą, a także podkreślały znaczenie kontaktu z patronami młodzieży.

Opieka nad uczniami w projekcie obejmuje następujące działania:

- wsparcie młodzieży w nauce,
- ukierunkowanie zawodowe,
- wsparcie przy prowadzeniu rozmów z urzędami pracy i przedsiębiorstwami, trening aktywnego poszukiwania pracy oraz trening podstawowych kompetencji społecznych,

- poznawanie podstaw prawa pracy,
- rozwój umiejętności oceny własnych możliwości i szans na rynku pracy.

Podczas treningów aktywnego poszukiwania pracy wykorzystywane są pedagogiczne umiejętności seniorów. Senior, który pełni rolę patrona uczy przydzielonego mu praktykanta, w jaki sposób najlepiej się zaprezentować podczas rozmowy kwalifikacyjnej. Ponadto prowadzone są symulacje rozmów kwalifikacyjnych, a całość jest nagrywana na wideo.

Głównym powodem trudnego przebiegu startu zawodowego młodzieży jest brak wsparcia ze strony rodziny. Podstawowe znaczenie w realizacji projektów „Starsi-młodszy” ma okazywanie młodzieży cierpliwości i wyrozumiałości, co prowadzi do wyrównywania indywidualnych deficytów. Seniorom pomagają w tym etatowi pedagodzy. Mimo wszystkich odniesionych sukcesów seniorzy muszą się również liczyć z porażkami, jakimi są np. rezygnacja z praktyki lub brak inicjatywy ze strony praktykanta. Negatywne doświadczenia seniorów są wspólnie z pedagogami omawiane na spotkaniach i seminariach, np. na temat „Kryzysy rozwojowe w wieku młodzieńczym”. Seniorzy cieszą się, gdy w mieście zostaje zauważona ich praca, np. przez uhonorowanie przez burmistrza. Poprzez inicjatywy obywatelskie i kampanie można utrzymać motywację emerytów-wolontariuszy jako *wyzwania stojącego przed ludźmi u końca ich drogi zawodowej poprzez kontakt z młodzieżą pozbawioną szans w celu podnoszenia własnych kwalifikacji oraz zdobycia nowej wiedzy*². W omawianym projekcie przeszkodą nie jest brak chętnych seniorów do zaangażowania w pracę na rzecz młodzieży, ale czasami postawa młodzieży: jej brak motywacji i bierność.

Zaangażowani seniorzy nie uważają się za konkurencję pracowników biura młodzieżowego. Praca pracowników społecznych i etatowych uzupełnia się dla dobra młodzieży. Od czasu do czasu występują różnice zdań w ocenie różnych metod pracy z młodzieżą – zarówno wśród wolontariuszy, jak i pomiędzy wolontariuszami i pracownikami etatowymi. Pojawiające się problemy są omawiane podczas comiesięcznych spotkań bądź na spontanicznych posiedzeniach nadzwyczajnych. Wzajemna otwartość, mimo czasami bardzo kontrowersyjnych poglądów dotyczących stosowanej formy pracy, jest receptą na sukces zespołu z Neu-Isenburg. Wszyscy są jednak świadomi tego, że to *pracownicy etatowi ponoszą główną odpowiedzialność. Na początku wszyscy byliśmy trochę sceptyczni, ponieważ nasze pokolenia mają mało ze sobą do czynienia* – w ten sposób opisuje dyplomowany pedagog Klaus-Peter Martin swoje odczu-

² Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO) e. V.: Senioren als Mentoren für junge Berufseinsteiger. Eine neue Projektsparte im freiwilligen Handlungsfeld. „Alt hilft Jung“ 2001; K. Kleinsimlinghaus: *Kommunale Koordinierung - Neue Wege in die Arbeitswelt*. Ein Projekt zur Integration Jugendlicher mit besonderen Berufsstartschwierigkeiten in den 1. orten. Arbeitsmarkt in Lünen und Selm. Sozialforschungsstelle, Dortmund 2004.

cia dotyczące współpracy z seniorami w biurze młodzieżowym. *Ale młodzież uważnie słucha, gdy spostrzeże, że osoba pomagająca jest kompetentna i troskliwa. W projekcie młodzież zostaje postawiona w nowej sytuacji – jest zmuszona do współpracy z aktywną grupą 60-latków.*

Zastanawiano się, jak odnieść sukces w tak złożonej współpracy. Okazało się, że prawdziwy duch pracy zespołowej i potencjał wiedzy praktycznej seniorów-wolontariuszy pozwoliły na szybkie zdobycie zaufania uczestników projektu. Jakkolwiek w biurach młodzieżowych wolontariusze spotykają się ze zbyt dużą pewnością siebie pracowników etatowych, związaną ze sferą kompetencji zawodowych, jednak nie wpływa to negatywnie na ich uczestnictwo w pracach projektu. Wpływ na dobrą współpracę i bilans całości mają przede wszystkim doświadczenia i wiedza zawodowa pracowników społecznych, ich znajomość lokalnego rynku pracy oraz ich kontakty osobiste. Cytowany wcześniej pedagog Klaus-Peter Martin nie chce, aby zabrakło mu wsparcia ochotników: *Zespół pracujący w biurze nie byłby w stanie samodzielnie osiągnąć takich efektów, jakie daje praca w małych grupach.*

Dane kontaktowe:

Sozialforschungsstelle (SFS) Dortmund
Eviger Platz 17
D-44339 Dortmund
tel. 0049 231 859 61 75
fax. 0049 231 859 61 00-101
email: kleinsimlinghaus@sfs-dortmund.de

Gisele Therain, Susana Lescomffe

Stowarzyszenie „Grandparenfant“ (Dziadkowie - dzieci)

CELE I DZIAŁANIA STOWARZYSZENIA

„GRANDPARENFANT” (Dziadkowie - dzieci)

Stowarzyszenie „Grandparenfant” powstało w 1994 r. w Wasquehal, położonym niedaleko Lille w regionie Nord-Pas de Calais w północnej Francji. Inspiracją do powstania Stowarzyszenia stały się śmierć ojca nauczyciela pracującego w szkole im. Charlesa de Gaulle’a w Wasquehal i konsekwencje, jakie ta śmierć wywarła na jego matce, która po tym wydarzeniu nie potrafiła odnaleźć się w nowej sytuacji. Pozbawiona codziennych kontaktów z dorosłymi już dziećmi, a teraz obecności męża poczuła się niepotrzebna. Ponieważ osób starszych z podobnymi problemami w tym mieście było więcej, stworzono nieformalną grupę, której celem miało być prowadzenie działań na rzecz lokalnej społeczności, szczególnie nakierowanych na uczniów i seniorów. Następnie założono Stowarzyszenie „Grandparenfant”.

Celem działania Stowarzyszenia „Grandparenfant” jest chęć przyczynienia się do rozwoju społeczeństwa bardziej humanitarnego, w którym każdy ma swoje miejsce, czuje się doceniony, a nie wykluczony. Dla działaczy „Grandparenfant” wiąże się to z koniecznością poznania drugiej strony, wysłuchania jej, uznania jej specyficznej roli, a przede wszystkim z wolą zrobienia czegoś razem. Pierwszą inicjatywą tego Stowarzyszenia była organizacja warsztatów teatralnych dla uczniów miejscowej szkoły. Seniorzy wraz z nauczycielami i rodzicami raz w tygodniu organizowali dla dzieci spotkania teatralne oraz wycieczki. Od dorosłych zaangażowanych w to przedsięwzięcie oczekiwano bardziej umiejętności bycia z dziećmi, poświęcania im czasu i okazywania serca niż kompetencji zawodowych. Obecnie po dziesięciu latach warsztaty pozostają nadal jednym z ważnych działań Stowarzyszenia. Doświadczenia wyniesione z tych spotkań okazały się wzbogacające dla młodego i starszego pokolenia. Ujawniły niedostatki dzieci wynikające ze zmian społecznych i kulturowych

(rozbitych rodzin, braku wzorców dla młodych, izolacji między poszczególnymi pokoleniami, barier kulturowych).

Spośród licznych działań Stowarzyszenia można wymienić spotkania „Estamémoire”, spotkania „Słowa i obrazy” oraz współpracę ze Stowarzyszeniem „Szkoła Europejskich Dziadków”. Pierwsze z nich – „Estamémoire” to zbitka dwóch wyrazów, które w języku francuskim oznaczają „estaminet” - „knajpka” i „mémoire” – pamięć. Począwszy od 1994 r. osoby reprezentujące różne pokolenia i kultury spotykają się w jakiejś „knajpce” na zaproszenie „Grandparentant”, aby opowiadać ciekawe zdarzenia z własnego życia, umiejscowione na tle wydarzeń historycznych, dzielić się swoim doświadczeniem życiowym z młodym pokoleniem i przekazywać nieprzemijające wartości. Spotkania te pozwalają młodym ludziom na budowanie swojej tożsamości, co nie jest łatwe w obecnych czasach. Tematami dotychczasowych spotkań były: „Imigracja – bogactwo i trudności”, „Zawód wczoraj i dzisiaj”, „Energia i środowisko”, „Życie we dwoje czy samemu?”, „Nasza wiara pomaga nam żyć”. Przez udział w spotkaniach osoby starsze zaspokajają potrzebę bycia społecznie użytecznym, tworzą się więzi społeczne na szczeblu dzielnicy czy miasta. Działania te przysparzają także pewnych trudności, które wynikają z barier w swobodnym wypowiedzianiu się i braku aktywności osób młodych, a także z tego, aby poza ciekawymi anegdotami odkryć ponadczasowe wartości życiowe. Bariery te skłoniły uczniów i nauczycieli do włożenia większego wysiłku w przygotowywanie spotkań. Efektem był wzrost zaufania i zaangażowania uczestników.

Drugi przykład działań to „Słowa i obrazy”, czyli spotkania dzieci, nauczycieli i działaczy Stowarzyszenia (często także mediatora międzypokoleniowego) z seniorami przebywającymi w domach opieki. Na spotkaniach uczestnicy oglądali film bądź sztukę teatralną (ewentualnie przygotowywali rysunki), po których wywiązywała się dyskusja. Podczas spotkań okazywało się, że dzieci, nawet te najbardziej nieśmiałe, ceniły sobie przede wszystkim doświadczenia życiowe i rozmowy z seniorami, a ponadto zajęcia zupełnie inne niż ich codzienne zabawy, jak np. grę w domino czy czytanie bajek. Starsi preferowali śpiew, szczególnie piosenki „z dawnych lat” oraz używanie sprzętów domowych z czasów ich młodości (np. młynka do kawy). Dla osób starszych ważna była uprzejmość dzieci wobec nich oraz serdeczne pożegnania (pocałunki).

Jak podkreśla Régis Menet, mediator Stowarzyszenia, praktyka „Słów i obrazów” pokazuje powolny proces powstawania nici porozumienia między przedstawicielami różnych grup wiekowych, opartego na zrozumieniu, przyjaźni i poszanowaniu osób starszych. Trudności, które były związane z tymi spotkaniami dotyczyły: słabej motywacji seniorów do wzięcia udziału w spotkaniach, braku animatorów spotkań oraz zbyt dużego podkreślenia roli zmysłu mowy ze szkodą dla innych zmysłów. Obecnie, aby uczynić spotkania jeszcze ciekaw-

szymi, wolontariusze ze Stowarzyszenia przygotowują wcześniej temat zaproponowany przez nauczyciela, szukają odpowiednich dokumentów (przedmiotów, piosenek, plakatów, książek czy filmów), które ilustrują ten temat przy wsparciu mediatora (ze Stowarzyszenia), a także uczestniczą w prowadzeniu dyskusji poprzez wniesienie do niej świadectw ze swojego życia.

Trzeci przykład dotyczy pracy z najmłodszymi dziećmi w wieku 6 i 7 lat nad odkrywaniem wartości czytelnictwa. Działania te są prowadzone ze Stowarzyszeniem „Szkoła Europejskich Dziadków”. Jego celem jest to, aby dzieci polubiły czytanie książek. Współcześni rodzice są zapracowani, interesują się nauką dzieci, organizowaniem im rozrywki, dbają o ich wygląd zewnętrzny, ale dziecięce życie potrzebuje większej bez troski i spokoju. Taką bez troskę i spokój znajdują w relacjach z seniorami podczas spotkań w ramach różnych warsztatów. Podsumowując można powiedzieć, że celem Stowarzyszenia jest zmiana relacji między obywatelami w społeczeństwie, które popycha ich ku indywidualizmowi i dehumanizacji. Poprzez wspólne działania trzech pokoleń seniorzy zyskują poczucie bycia użytecznym dla społeczeństwa oraz poczucie szacunku dla samych siebie.

Dane kontaktowe:

41 avenue de Flandre
59290 WASQUEHAL - France
tel. 0033 3 20 89 82 93
<http://www.grandparentfant.asso.fr/>

Paul Giovannetti

Institut Régional du Travail Social w Lille

INICJATYWA „AR'TOIT 2 POKOLENIA”

W przeciwieństwie do działającego już od 12 lat Stowarzyszenia „Grandparentfant”, „Ar'toit 2 pokolenia” to inicjatywa, która dopiero została zapoczątkowana. „Ar'toit” to zbitka dwóch wyrazów francuskich – „Artois”, które oznacza rejon miasta Arras oraz „toit” – dach. Projekt ten zapoczątkowała Nathalie Gheerbrant. Impulsem do powstania tej inicjatywy stały się wydarzenia lata 2003 r. we Francji, które były prawdziwym wstrząsem psychologicznym dla populacji i środowisk zawodowych zajmujących się opieką nad seniorami w terenie. Wielkie upały, które miały miejsce w 2003 r. stały się przyczyną pośrednią bądź bezpośrednią 15 tys. zgonów, głównie osób starszych, zarówno mieszkających samotnie, jak i mieszkających w placówkach opieki (domy spokojnej starości). Ten wstrząs psychologiczny spowodował, że radni, służby sanitarne i socjalne, a także inne osoby odpowiedzialne postawiły sobie pytanie: dlaczego do tego doszło, a także co robić, aby w przyszłości takie zdarzenia nie miały miejsca?

Pomysł zrodził się po lekturze artykułu prasowego mówiącego o inicjatywie istniejącej od kilku lat w Hiszpanii, która polega na zaproponowaniu starszym ludziom, aby bezpłatnie zakwaterowali u siebie studentów w zamian za wykonywanie drobnych czynności. Jakkolwiek w regionie nie ma większego problemu izolacji seniorów, to dużym problemem jest brak mieszkań dla studentów, np. około 400 studentów uniwersytetu w Arras mieszka w mieście akademickim, chociaż w państwowych domach akademickich znajduje się jedynie 80 miejsc. Wiele miast regionu chcąc się rozwijać tworzyło ośrodki uniwersyteckie, nie zawsze dostrzegając problemy mieszkaniowe. N. Gheerbrant podjęła próbę zaadaptowania doświadczenia hiszpańskiego w regionie Nord-Pas de Calais i we wrześniu 2005 r. utworzyła Stowarzyszenie „Ar'toit 2 pokolenia” w rejonie Arras (Pas de Calais). Następnie zorganizowała kilka spotkań, aby przedstawić własny pomysł i nawiązać współpracę z zainteresowanymi. Swoją działalność w terenie Stowarzyszenie rozpoczęło od otwarcia biura. Pracujący w biurze zbierali wnioski od zainteresowanych osób starszych i studentów. Osoby te otrzymywały informacje na temat inicjatywy i musiały załączyć odpowiedni

wniosek oraz list motywacyjny. Wniosek zawierał deklarację do podpisu i formularz, różny w zależności od wnioskodawcy (osoba starsza czy też student). W przypadku osoby starszej formularz zawierał krótką charakterystykę mieszkania (powierzchnia, liczba pomieszczeń), warunki zakwaterowania oraz jakiej pomocy w domu miałyby podjąć się student (gotowanie, wynoszenie śmieci, zajmowanie się zwierzęciem domowym, robienie zakupów). Należy uściślić, że osoba starsza miała się zobowiązać do zaproponowania minimum jednego pokoju bez opłacania czynszu (natomiast po uzgodnieniu student mógł uczestniczyć finansowo w opłatach za wodę i prąd). Poza tym rodzina osoby starszej miała być o tym powiadomiona i wyrazić zgodę celem uniknięcia jakichkolwiek problemów. W przypadku studenta formularz zawierał propozycje różnych czynności, które student mógłby wykonywać. Należy dodać, że studenci musieli być pełnoletni (powyżej 18 lat). Po bardzo dokładnej selekcji studenci byli przyjmowani na rozmowę i organizowało się ogląd mieszkania. Następnie dochodziło do pierwszego spotkania osoby starszej i studenta, bez obecności przedstawicieli Stowarzyszenia. W przypadku dokonanych uzgodnień obie strony podpisywały umowę na okres jednego roku, w której zobowiązywały się do przestrzegania swoich obowiązków.

Raz na dwa miesiące pracownik pomocy społecznej ze Stowarzyszenia koordynującego działania w zakresie gerontologii udaje się do mieszkania osoby starszej, żeby upewnić się o właściwym funkcjonowaniu projektu. Spotyka się on oddzielnie z osobą starszą i studentem. Na koniec pierwszego roku sporządza się bilans zysków i strat. Jeżeli wszystko przebiegło właściwie, to umowa może być przedłużona na następny rok. Od uczestników inicjatywy wymagane jest wniesienie opłaty członkowskiej (30 euro rocznie dla osoby starszej i 10 euro rocznie dla studenta) celem sfinansowania monitorowania działań. Ze względu na korzyści wynikające z tego projektu kilka innych instytucji stało się jego partnerami.

Chciałbym przybliżyć dwa przykłady studentów mieszkających u osób starszych. Pierwszy z nich to 18-letni student pierwszego roku historii, który mieszka u 86-letniej pani, która ma problemy z zachowaniem równowagi. Obecność tego młodego człowieka daje kobiecie poczucie bezpieczeństwa. Student robi zakupy, rozmawia ze starszą panią. W zamian za to korzysta z pokoju w centrum miasta. Druga osoba to studentka mieszkająca u starszego małżeństwa. Starsza kobieta cierpi na chorobę Parkinsona. Zadaniem studentki jest czuwanie w nocy nad starszą kobietą lub w czasie, gdy męża nie ma w domu.

Wdrożenie tego pomysłu sprawiło jego założycielce kilka niespodzianek. Myślała, że projekt spotka się z większym zainteresowaniem ze strony seniorów niż studentów. Okazało się, że jest odwrotnie. N. Gheerbrant od kilku miesięcy spotyka się z osobami starszymi, żeby przekonać ich do tej inicjatywy.

Uznała, że przystępując do projektu nie wzięła pod uwagę pewnych czynników psychologicznych: bariery przed wpuszczeniem do mieszkania obcej osoby, uznania, że nie jest się w pełni samodzielnym, tendencji, żeby nie prosić o pomoc, nawet, gdy się jej faktycznie potrzebuje.

W 2050 r. 40% populacji francuskiej będzie miało ponad 60 lat. Konieczne jest zatem rozwijanie relacji i dialogu między pokoleniami. Wiele osób starszych zamierza pozostać we własnym mieszkaniu, nawet, jeśli czasami samodzielne życie powoduje pewne trudności. Powoduje to jednak pewną izolację osoby starszej, zwłaszcza, jeżeli rodzina jest oddalona geograficznie. Jest to powszechne zjawisko w społeczeństwie, w którym trzeba przemieszczać się, aby znaleźć pracę. Przyjmując młodego człowieka osoba starsza czuje się potrzebna, ponieważ wyświadcza rzeczywistą przysługę w zamian za uspokajającą i stymulującą obecność. Senior pełni rolę „przekaznika historii”, co przyciąga wielu studentów. Wszyscy kandydaci do zakwaterowania z osobami starszymi chcą takiego typu relacji, ponieważ albo wcześniej mieszkali z dziadkami, albo nigdy tego nie zaznali i potrzebują takich kontaktów. Podsumowując można powiedzieć, że przyjmując studenta osoba starsza podejmuje ryzyko zerwania z pewnymi przyzwyczajeniami i spokojem oraz ustąpienia kawałka swojego osobistego terytorium.

Dane kontaktowe:

AR'TOIT 2 GENERATIONS
Madame Nathalie GHEERBRANT
Présidente
106 rue Anatole France
62223 St NICOLAS LEZ ARRAS
tel. (03-21) 48 64 29
fax. (03-21) 48 29 29
e-mail: n.gheerbrant@wanadoo.fr

Paul GIOVANNETTI
IRTS Nord Pas-de-Calais
Rue Ambroise Paré - BP 71
59373 Loos cedex
tel. (03-20) 62 53 84
e-mail: pgiovannetti@irtsnpcd.fr

**Aktywność osoby starszej a zachowanie przez nią samodzielności
i niezależności. Starość a zdrowie**

Michèle Rougerie

Ośrodek dla osób niepełnosprawnych z wadami narządu wzroku i innymi upośledzeniami „Le Soleil Bleu” w miejscowości Quesnoy sur Deule k. Lille

PROJEKT „LE SOLEIL BLEU” (NIEBIESKIE SŁOŃCE)

W ośrodku „Le Soleil Bleu”, prowadzonym przez Stowarzyszenie pod tą samą nazwą, przebywa 30 osób dorosłych – kobiet i mężczyzn w wieku 18-59 lat, którzy są umieszczeni w trzech skrzydłach budynku. Każdy z mieszkańców ośrodka jest dotknięty co najmniej dwoma upośledzeniami, w tym jednym intelektualnym (od lekkiego do głębokiego). 3/4 osób jest dotkniętych upośledzeniami wzroku (od ciężkiej krótkowzroczności po zupełną ślepotę). Ośmiu pensjonariuszy jest dotkniętych porażeniem mózgowym, trzech porusza się na wózkach inwalidzkich, pozostali cierpią z powodu poważnych zaburzeń układu ruchowego. Kilku pensjonariuszy cierpi z powodu zaburzeń reagowania i chorób psychicznych stabilizowanych poprzez leczenie, takich jak schizofrenia lub psychoza. Dwóch pensjonariuszy ma choroby genetyczne, jeden ma uraz czaszki w wyniku wypadku drogowego. Kilku pensjonariuszy to epileptycy, w tym dwóch niestabilnych mimo zaawansowanego leczenia farmakologicznego. Wiadać więc, że pensjonariusze tego ośrodka są bardzo różnorodni, co implikuje podejmowanie wobec nich zindywidualizowanych działań.

Początkowo personel składał się z wyspecjalizowanych wychowawców i pracowników Pomocy Medyczno-Psychologicznej (AMP). Bardzo szybko dyrekcja ośrodka zdała sobie sprawę, że w obliczu postępującego procesu starzenia się ludności oraz pojawiania się różnych typów niepełnosprawności, w dotkliwy sposób będzie się odczuwać brak personelu medycznego. Niejednokrotnie personelowi edukacyjnemu było bardzo trudno stawiać czoła pewnym sytuacjom związanym ze stanem zdrowia pensjonariuszy (ataki epilepsji, regularne podawanie zastrzyków).

Ze Stowarzyszeniem opracowano projekt dotyczący tzw. medykalizacji¹ części struktury. W 1994 r. konsultanci medyczni z DDASS², CRAM³ oraz Rady Departamentu Nord przeprowadzali ewaluację przyjętych pensjonariuszy i stwierdzili, że około 15 z nich nie było już uprawnionych do korzystania z ośrodków o podwójnym finansowaniu lub Domu Pomocy Specjalnej (MAS). Zaplanowano więc medykalizację 10 łóżek w ośrodku podwójnego finansowania (ośrodki dla dorosłych z ciężkimi upośledzeniami finansowane z kasy chorych i ze środków departamentu). Złożono wnioski w Regionalnym Komitecie ds. Organizacji Sanitarnej i Społecznej (CROSS) oraz w instytucji nadzorującej (Rady Departamentu Nord i DDASS). Wniosek został przyjęty w listopadzie 1999 r. 1. stycznia 2000 r. w mieście został utworzony ośrodek podwójnego finansowania. Zatrudniono personel opiekuńczy w wymiarze: 1/2 etatu pielęgniarki, 1/2 etatu kinezyterapeuty, 2 i 1/2 etatu personelu opiekuńczego, a poza tym przygotowano miejsca dla ergoterapeuty, fizjoterapeuty psychoruchowego, psychiatry, psychologa i lekarza zajmującego się reedukacją funkcjonalną. We wrześniu 2002 r. powstało czwarte skrzydło ośrodka, gdzie zakwaterowano 10 osób zapewniając im opiekę medyczną. 10 nowych pensjonariuszy zostało przyjętych do ośrodka terapii zajęciowej.

Obecnie żyjemy dłużej, a przewidywana długość życia znacznie wzrosła. Podobnie jest w odniesieniu do osób niepełnosprawnych. Analizując wraz z zarządem kwestię medykalizacji części ośrodka, poruszono temat starzenia się populacji. Rodzice pensjonariuszy byli zaniepokojeni tym, że z czasem ich dzieci osiągną wiek 60 lat i ze względu na limit wieku będą musiały opuścić ośrodek. Do wydłużenia czasu przebywania w ośrodku zmobilizowało członków Stowarzyszenia i zainteresowane rodziny otrzymanie przez jedną z pensjonariuszek w dniu 60. urodzin decyzji COTOREP⁴ dotyczącej ustania prawa do opieki i konieczności opuszczenia ośrodka. W czerwcu 2001 r. ojciec jednej z podopiecznych został wybrany prezesem ARPHA (Regionalne Stowarzysze-

¹ Zjawisko to zostało zdefiniowane na konferencji światowej Organizacji Zdrowia w Alma-Acie w 1978 r. jako *proces, w wyniku którego naturalne zdarzenia wpisane w życie każdego człowieka traktowane są jako problemy medyczne, wymagające medycznej diagnozy i kontroli, z położeniem nacisku na ryzyko, patologię i leczenie*. Za oczywiste uznaje się rutynowe stosowanie środków farmakologicznych i zabiegów bez weryfikowania ich skuteczności. W tym opracowaniu medykalizacja oznacza dostosowanie warunków panujących w ośrodku pomocy do standardów medycznych przewidzianych dla danej grupy wiekowej i jednostki chorobowej oraz zmianę statusu prawnego placówki, która wiąże się z pozyskiwaniem dochodów ze źródeł sektora służby zdrowia (przyp. red.), <http://kobieta.gazeta.pl/rodzicpoludzku/1,71935,3187608.html>, http://www.rodzicpoludzku.pl/opieka/rozdzial_41.html (9.01.2007).

² Dyrekcja Departamentalna ds. Sanitarnych i Socjalnych.

³ Regionalna Kasa Chorych.

⁴ Francuski odpowiednik Komisji ds. Orzekania o Niepełnosprawności.

nie na rzecz Promocji Osób Dorosłych Niepełnosprawnych). Do Stowarzyszenia natychmiast zwróciły się niektóre rodziny i osoby z branży w sprawie opieki nad starzejącymi się osobami upośledzonymi. Pod koniec 2001 r. Stowarzyszenie powołało komisję ds. starzenia się, która przez rok miała obserwować zmiany związane z upływem czasu zachodzące u starszych pensjonariuszy. Na koniec czerwca 2002 r. komisja przedstawiła swoje wnioski zarządowi. Co roku – od 10 lat – są organizowane spotkania wicedyrektorów i szefów działów z całej Francji kierujących ośrodkami dla osób z wadami narządu wzroku dotkniętych wieloma dysfunkcjami. Podczas tych spotkań prowadzone są dyskusje na temat starzenia się osób upośledzonych i wielu z zaproszonych gości podkreśla, że u dużej części pensjonariuszy widać oznaki przedwczesnego starzenia się.

Pod koniec 2001 r. Rada Departamentu Nord w ramach opracowywanej strategii na rzecz osób starszych i niepełnosprawnych wyraziła swoje stanowisko, które polega na tym, że osoba dorosła w wieku 60 lat może zachować status osoby niepełnosprawnej (a więc i świadczenie dla dorosłej osoby niepełnosprawnej – AAH) oraz pozostać w strukturze pomocowej, w której aktualnie przebywa. Takie rozszerzenie opieki stawia nowe wyzwania przed instytucjami. W „Soleil Bleu” przebywają młodzi pensjonariusze w wieku 20 lat i pensjonariusze w wieku 55 lat i starsi. Kohabitacja powoduje czasem problemy. Kiedy „młodzi” chcą się zabawić, „starsi” chcą iść wcześniej spać! Panna Roselyne S., najstarsza pensjonariuszka, budzi się rano między godz. 5.00 a 5.30 i hałasując przygotowuje sobie kawę. Często zasypia około godziny 21.00, kiedy inni pensjonariusze oglądają telewizję w salonie usytuowanym obok jej pokoju. Podobnie, jeśli chodzi o zajęcia, pensjonariusze mają odmienne potrzeby. Pan Matthieu R. lat 29 uwielbia basen, rower, piłkę nożną i spacerować. Pani Roselyne S. lubi słuchać muzyki i prace ręczne. Matthieu i Roselyne rzadko spotykają się w ramach tych samych zajęć. Pomiedzy pensjonariuszami istnieje przedział wieku 44 lata, co oznacza różnicę trzech pokoleń. Czy wychowawcy i opiekunowie są wystarczająco dobrze przeszkoleni, aby sprostać nowym formom towarzyszenia (asystencji)?

Trzeba przypomnieć, że sektor „Dorośli” istnieje w zależności od regionów dopiero od około 15-20 lat. Kształcenie pracowników sektora medyczno-społecznego zostało dostosowane do nowych potrzeb dorosłych osób niepełnosprawnych i powinno się jeszcze zreorganizować w kolejnych latach, aby odpowiedzieć na proces starzenia się i towarzyszenia (asystowania) tej populacji u schyłku życia. Pojawia się wiele pytań: Czy rytm życia ośrodków terapii zajęciowej lub ośrodków zmedyalizowanych jest dostosowany do starzenia się niektórych dorosłych pensjonariuszy? Czy można mówić o przedwczesnym starzeniu się tego typu populacji? Kto i w jaki sposób ma towarzyszyć tym oso-

bom do końca życia? Czy należy dzielić ośrodki na grupy wiekowe, aby respektować rytm życia każdego pensjonariusza? Czy należy przewidzieć tworzenie nowych struktur dla starzejących się dorosłych niepełnosprawnych?

Stowarzyszenie zdecydowało o utworzeniu specjalistycznej instytucji dla starzejących się i starszych dorosłych z wadami narządu wzroku dotkniętych wieloma dysfunkcjami. Celem było utworzenie ośrodka zmedykalizowanego, ale ze względów finansowych, na początku 2008 r., zostanie utworzona struktura z 30 łózkami: 18 miejsc w Ośrodku Pobytu Zmedykalizowanego oraz 12 miejsc w Ośrodku Terapii Zajęciowej. Podczas badań prowadzonych w związku z otwarciem tej nowej struktury zauważono, że pewna liczba pensjonariuszy z ciężkimi upośledzeniami starzeje się przedwcześnie. Takie same obserwacje poczynił dr Philippe Gabbai, dyrektor służb medycznych Fundacji Johna Bosta⁵. Podkreśla on, że przedwczesne starzenie się daje się zaobserwować w przypadkach patologii genetycznej, jak trysomia 21, syndromach głębokiego niedorozwoju umysłowego i encefalopatii. Prognozowana długość życia osób dotkniętych wieloma upośledzeniami jest większa niż w poprzednim wieku. Duża ich liczba ma około 40 roku życia objawy przedwczesnego starzenia się. U pozostałych chorych można zaobserwować dwa inne zjawiska: regresji, pojawiające się między 40 i 60 rokiem życia (stan dezadaptacji, przedwczesnego zakłócenia równowagi) oraz „zużycia”, szczególnie u osób upośledzonych ruchowo. Dr Gabbai podkreśla, że długość życia osób niepełnosprawnych jest proporcjonalna do stopnia upośledzenia, ale wiąże się także bezpośrednio z jakością terapii i opieki, a także z jakością środowiska, w którym żyje pacjent. Wiek 40 lat bywa nazywany wiekiem kluczowym w procesie starzenia się osób niepełnosprawnych. Wielokrotnie był również cytowany podczas dwóch konferencji pt. „Starzenie się osób niepełnosprawnych”, zorganizowanych przez CCAH⁶ w kwietniu 2000 r. i w grudniu 2001 r., jako wiek „prooczy/wróźebny”. U pewnej liczby osób lekko upośledzonych objawy starzenia się pojawiają się w tym samym czasie, co u całej populacji. Przedwczesne starzenie się dotyczy jedynie osób ciężko upośledzonych lub zaliczających się do trzech wcześniej wspomnianych grup. Można z tego wyciągnąć wniosek, że populacja osób z wadami narządu wzroku dotkniętych wieloma dysfunkcjami, z uwagi na swoje liczne upośledzenia, a nawet rzadkość tych upośledzeń jest zagrożona, a pewna liczba osób już podlega przedwczesnemu procesowi starzenia się.

⁵ *Starzenie się osób niepełnosprawnych*. Badania francuskie i europejskie Gerarda Zribi i Jacquesa Sarfaty. ENSP 1992, s. 66.

⁶ Comité national de Coordination de l'Action en faveur des personnes Handicapées - Krajowy Komitet Koordynacji Działań na rzecz Niepełnosprawnych.

Opiekunowie osób niepełnosprawnych mają za zadanie obserwację oznak starzenia się i branie ich pod uwagę w codziennej opiece. Wiąże się to z nabyciem nowych umiejętności. W kolejnych latach trzeba będzie się przygotować do towarzyszenia w ostatnim etapie życia osobom niedowidzącym, dotkniętym wieloma dysfunkcjami. Takie przygotowanie jest konieczne, tym bardziej, że personel czuje się związany emocjonalnie z pensjonariuszami.

Towarzyszenie w ostatnim etapie życia osobie dotkniętej wieloma upośledzeniami ma i będzie miało miejsce, ponieważ wiek nie jest czynnikiem podstawowym dla procesu starzenia się tej populacji. Należy podjąć pracę ze strukturami specjalistycznymi (służby/oddziały gerontologiczne, opieka paliatywna) opartą na zasadzie partnerstwa oraz wspierać opiekunów starzejących się osób niepełnosprawnych. Wsparcie osoby z zewnątrz jest potrzebne zwłaszcza w przypadku chorób przewlekłych i związanych z bólem (choroby degeneratywne, nowotwory). Każda śmierć pensjonariusza jest przeżywana inaczej, w zależności od więzi łączących każdego opiekuna z pensjonariuszem, jego upośledzenia i środowiska rodzinnego. Cierpienie, jakie staje się udziałem rodziny i opiekunów jest często związane z trudnością zaakceptowania śmierci, ale może się także wiązać z czynnikami zewnętrznymi, jak np. organizacja pracy towarzyszącego personelu, brak porozumienia w grupie i często niedoceniając w pracy. Psychoterapeuta zewnętrzny może pozwolić grupie zwerbalizować trudności i obawy związane z końcem życia. W dłuższej perspektywie czasowej bardziej raniące niż bliskość śmierci są starość naznaczona bezradnością, towarzyszące upośledzenia fizyczne, demencja czy przewlekła choroba. Starość niekiedy może się okazać bardziej przerażająca niż sama śmierć.

Towarzyszyć osobie z wadą narządu wzroku dotkniętej wieloma dysfunkcjami u schyłku jej życia, to przede wszystkim towarzyszyć życiu tej osoby, ale także życiu jej rodziny i życiu opiekunów, dla których powolne „gaśnięcie” powierzonego pensjonariusza to trudny moment pracy zawodowej.

Dane kontaktowe:

„Le Soleil Bleu”
6 rue Chêne
59890 QUESNOY SUR DEULE - FRANCE
tel. (00-33) 320 42 07 99

Silvana Sion

Służby społeczne w Groupe Hospitalier de l'Institut Catholique w Lille

SYSTEM OPIEKI ZDROWIA I OPIEKI SPOŁECZNEJ

SENIORÓW W REGIONIE NORD-PAS DE CALAIS

W 1950 r. przewidywana długość życia we Francji wynosiła 63,4 lata dla mężczyzn i 69,2 lat dla kobiet, zaś w 2000 r. odpowiednio 74,6 i 82,2 lata. Z danych tych wynika, że liczba osób w wieku 65 lat i więcej stale rośnie. Z 15,9% w 2003 r. zwiększy się do 16,9% w 2010 r., aby osiągnąć 28% w 2050 r. Wpłynie to w zasadniczy sposób na system ochrony zdrowia, a zwłaszcza na opiekę zdrowotną osób starszych. Ludność zamieszkującą w regionie Nord-Pas de Calais charakteryzuje wyższa średnia wieku niż średnia krajowa. Populacja departamentu Nord jest w 95% populacją miejską lub mieszka w strefie podmiejskiej. H. Falco z Sekretariatu Stanu na rzecz Osób Starszych wyznaczył następujące kierunki działań dotyczących miejsca i roli seniorów w społeczeństwie:

- Afirmować i dowartościowywać rolę seniorów w społeczeństwie (np. wspierać wolontariat).
- Pozwolić każdemu godnie się starzeć (np. promować aktywność fizyczną i sportową oraz zdrowy tryb życia w dzielnicach).
- Promować prawa osób starszych (np. walczyć z przemocą w rodzinie i instytucjach o prawo do godności i pełne prawa obywatelskie).
- Zaadaptować ofertę związaną z opieką nad osobami starszymi (np. poprawić jakość ośrodków i kształcenia opiekunów).
- Promować stanowiska pracy związane z opieką w domu.

W politykę zdrowia na rzecz osób starszych we Francji zaangażowane są instytucje ubezpieczeń społecznych, szpitale i lekarze. Miejsce osób starszych w systemie opieki zdrowia precyzuje okólnik nr 101/DHOS z 5 marca 2004 r. Wynika z niego, że absolutnym priorytetem w opiece nad osobą starszą jest opieka świadczona w pobliżu miejsca zamieszkania. Poza tym okólnik ten postuluje zwiększenie dostępu do opieki w pobliżu miejsca zamieszkania (lekarze

medycyny ogólnej, szpitale lokalne i ośrodki opieki medycznej), wdrożenie krótkich procedur, jeśli konieczna jest hospitalizacja, poprawę warunków hospitalizacji krótkotrwałej, rozwój form opieki szpitalnej w domu (HAD) oraz tworzenie sieci terapii gerontologicznej. Wydatki ze środków publicznych przeznaczone na rzecz bezradnych osób starszych są oceniane na około 15 mld euro, z udziałem instytucji ubezpieczenia społecznego w 60%, departamentów w 20% i państwa w 10%.

W opiece szpitalnej po pierwsze należy zapobiegać stanom bezradności poprzez rozwój wielowymiarowej ewaluacji geriatrycznej, przystosowanie wyposażenia i struktury, rozwój polityki zapobiegania bezradności oraz testy stanu pamięci osób starszych. Po drugie, należy sprzyjać samodzielności niesprawnych osób starszych przez stosowanie odpowiednich instrumentów ewaluacji stanu samodzielności. Po trzecie, trzeba dostosować opiekę szpitalną do specyfiki osób starszych i przygotowywać personel medyczny do życzliwego i pełnego troski przyjęcia ich w szpitalu. Związane jest to z ograniczaniem nagłych przypadków u osób starszych, uwrażliwianiem personelu na potrzeby osób starszych oraz rozwojem opieki uwzględniającej patologię charakterystyczne dla podeszłego wieku.

Pomoc medyczno-społeczna jest świadczona osobom starszym na trzech szczeblach: krajowym przez państwo (ministerstwo, CNSA – Kasa Krajowa na rzecz Solidarności i Samodzielności), departamentu przez Wydział ds. Osób Starszych i Niepełnosprawnych, lokalnym przez gminę (CCAS – Gminna Rada Pomocy Społecznej i CLIC – Lokalna Komisja Informacji i Komunikacji). Na strukturę pomocy medyczno-społecznej składają się zakłady opieki niemedycznej (ośrodki społeczne dla osób starszych) oraz zakłady opieki medycznej. Oprócz tego istnieją zakład dla osób dorosłych bezradnych (EHPAD), zakład specjalistyczny dla osób starszych cierpiących na chorobę Alzheimera (CANTOU EHPAD) i oddziały geriatryczne, czyli struktury opieki medycznej dla osób o dużym stopniu bezradności. Ponadto 60% osób starszych pozostaje w domu dzięki pomocy rodzin. W różnych sektorach ubezpieczeń społecznych pracują opiekunki społeczne. Opieka w domu jest sprawowana przez pielęgniarki, lekarzy, kinezyterapeutów, którzy są opłacani przez ubezpieczonego oraz otrzymują zwrot z ubezpieczenia społecznego. CLIC, czyli Lokalne Ośrodki Informacji i Koordynacji koordynują opiekę w miejscu zamieszkania (lekarz, opiekun społeczny, pielęgniarki itd.). CLIC najpierw zdobywa informację o osobie starszej, następnie układa dla niej indywidualny plan pomocy oraz świadczy właściwą pomoc. Kolejnym podmiotem w opiece nad osobą starszą jest tzw. personel pomocniczy życia społecznego. Jego świadczenia są częściowo finansowane ze środków przeznaczonych na świadczenia emerytalne dla osób starszych (pomoc w zakupach, sprzątaniu, towarzyszenie w życiu

codziennym). Funkcjonują również telefony alarmowe dla osób wymagających pomocy prowadzone przez departament oraz przez stowarzyszenie. Inną formą pomocy stworzoną przez gminy i finansowaną przez osoby starsze w zależności od dochodów jest dostarczanie posiłków.

Sieci opieki gerontologicznej działają w miejscu zamieszkania koordynując swoje przedsięwzięcia z CLIC pod kątem zdrowotnym. Ta mobilna ekipa jest złożona z geriatry, ergoterapeuty, psychologa i pielęgniarki. Istnieje silne współdziałanie między CLIC, sieciami opieki gerontologicznej i szpitalami. Utworzono także sieci opieki domowej w celu zapobiegania upadkom lub w związku z problemami utraty pamięci. Gdy osoba starsza nie jest w stanie podjąć obowiązków dnia codziennego, wykonać prostych czynności, ona sama, jej rodzina lub służby społeczne mogą na drodze prawnej wystąpić o ustanowienie opieki nad nią. W regionie Nord-Pas de Calais działają rodziny zastępcze, które za zgodą Rady Departamentu przyjmują u siebie, na stałe lub czasowo, osoby starsze lub niepełnosprawne. Ta forma opieki jest bardziej rozwinięta na wsi niż w mieście.

Osoba starsza może otrzymać przyznawane przez Rady Departamentu na prośbę zainteresowanego, jego rodziny albo szpitala indywidualne świadczenie na rzecz samodzielności (APA). Kryterium otrzymania tego świadczenia stanowi stopień autonomii (zależności/niezależności) osób starszych:

- GIR 1-7 (Groupe Iso-Ressources – grupy klasyfikacji osób w zależności od stopnia utraty samodzielności),
- GIR 1-4: silna zależność – możliwość uprawnień APA,
- GIR 5-6: słaba zależność – brak możliwości uprawnień APA.

Ewaluacja przeprowadzana jest w domu przez przedstawiciela Rady Departamentu i opiekunkę społeczną. Świadczenie to jest wypłacane zarówno osobie przebywającej we własnym domu, jak i w zakładzie opieki. Naliczane jest ze stawki dziennej. Służy sfinansowaniu niezbędnej pomocy umożliwiającej pozostanie seniora w miejscu zamieszkania. Może być wypłacane rodzinie, jeśli jest ona głównym opiekunem. Wyzwaniem na przyszłość jest wsparcie opiekunów poprzez stworzenie większej liczby miejsc pobytu czasowego i pobytu dziennego w istniejących strukturach EHPAD. Celem jest stworzenie gotowych projektów zakładających podejście indywidualne do każdego pacjenta.

Dane kontaktowe:

Groupe Hospitalier de l'Institut Catholique de Lille (GHICL)
Hôpital St. Vincent de Paul, Boulevard de Belfort
BP 387 59020 LILLE cedex
tel. (03-20) 87 48 10
e-mail: Sion.silvana@ghicl.net

Jean-Louis Playe

Stowarzyszenie „Access” zajmujące się opieką nad osobami chorymi na Alzheimera

OPIEKA NAD OSOBĄ DOTKNIĘTĄ CHOROBAŁ ALZHEIMERA

Zachorowania na chorobę Alzheimera stanowią ważny problem polityki ochrony zdrowia. Z raportu Cécile Gallez z zakresu epidemiologii wygłoszonego w 2005 r. przed Zgromadzeniem Narodowym wynika, że we Francji na chorobę Alzheimera choruje 855 tys. osób, rocznie ujawnianych jest 225 tys. nowych przypadków, a w 2020 r. prognozuje się liczbę chorych na 1300 tys. przypadków. 40% osób chorych znajduje się pod opieką instytucjonalną, zaś 60% chorych opiekują się rodziny.

Leczenie farmakologiczne chorych na chorobę Alzheimera polega głównie na zahamowaniu rozwoju zaburzeń funkcji poznawczych. W leczeniu stosuje się inhibitory acetylocholinesterazy i memantynę. Leczy się także zaburzenia neuropsychiczne towarzyszące chorobie. Niefarmakologiczne metody terapii to: warsztaty pamięciowe, stymulacja codzienna i wspomnienia. Pacjentom należy zapewnić maksimum komfortu duchowego i psychicznego, trzeba pomagać ich opiekunom. W leczeniu chorych na Alzheimera ważne jest, aby rozwijać i stosować niefarmakologiczne formy terapii.

We Francji, a szczególnie w regionie Nord-Pas de Calais, dostrzega się duże niedobory w zakresie opieki zdrowotnej nad chorymi na Alzheimera. Na 1000 chorych dotkniętych chorobą Alzheimera przypada 3,48 psychiatrów. Ponadto brakuje geriatrów i lekarzy, którzy mają kwalifikacje w zakresie opieki nad tymi chorymi. Francja ma system opieki pielęgniarstwa w domu (SSIAD), który dysponuje 5 tys. miejsc. Oprócz tego systemu działają CLIC (Lokalne Ośrodki Informacji i Koordynacji w dziedzinie gerontologii), które pod koniec 2004 r. tworzyły sieć 504 ośrodków. W Nord-Pas de Calais i Pikardii działa sieć zajmująca się opieką nad chorymi na Alzheimera, do której należą 104 ośrodki niewyspecjalizowane. Na rzecz osób chorych na chorobę Alzheimera działają dwie sieci wyspecjalizowane w terapii pamięciowej: MEOTIS w Nord-Pas de Calais i ośrodek w regionie paryskim. W 2003 r. przeprowadzono 232 konsultacje w zakresie terapii pamięciowej. Organizowana jest pomoc opiekunom osób chorych. We Francji działa 237 stowarzyszeń na rzecz osób chorych na

Alzheimerera. 61% pensjonariuszy placówek dziennych cierpi na otępienie. Na 1000 chorych na Alzheimerera przypada 4,85 miejsc w dziennych domach opieki, a równocześnie na 1000 chorych 11,69 miejsc jest przeznaczonych na pobyt czasowy. Problemem są niewystarczające środki publiczne, różnice między poszczególnymi DRASS (Dyrekcje Regionalne ds. Sanitarnych i Społecznych), niewystarczająca liczba promotorów, czy też obawy tych struktur związane z zajmowaniem się problemem chorych na Alzheimerera (obecnie świadczenie na opiekę w EHPAD – Placówkach Pobytu dla Osób Starszych Bezradnych jest takie samo bez względu na to, czy podejmowana jest tego typu inicjatywa czy też nie).

W utworzonym w 1998 r. domu opieki dla osób starszych 70% mieszkańców to osoby z zespołem otępiennym, które jednak mogą się poruszać. Choć większość z nich dość łatwo zintegrowała się z domem pomocy, mają trudności z poruszaniem się po korytarzach i pokojach. Niektórzy odczuwają lęk w zbyt obszernych pomieszczeniach, w których szybciej traci się orientację. Aby zaradzić zaistniałym problemom w 2002 r. otworzono dwa ośrodki posiadające po 12 łóżek, charakteryzujące się umieszczeniem pokoi wokół sali zajęciowej w ten sposób, aby całość była widoczna przez opiekunów oraz wyposażeniem w małą kuchnię, w której podaje się posiłki przygotowywane z udziałem pensjonariuszy. Ośrodki te mają małe, bezpieczne ogródki otwarte na ośrodek, w pobliżu których znajdują się zagrody ze zwierzętami. Każdy ośrodek jest pilotowany przez dwóch opiekunów, pracownika pomocy społecznej lub medyczno-psychologicznej – odpowiednio przygotowanych do pracy w tego typu ośrodkach. Całość jest koordynowana przez geriatrę, służby medyczne, psychologa, ergoterapeutę, animatorkę, a także dyplomowaną pielęgniarkę. W placówce pracują również ochotnicy, przede wszystkim animatorka klubu czytelniczego, która co tydzień prowadzi rozmowy dotyczące historii mieszkańców północnej Francji lub czyta zainteresowanym książki. Ponadto w ramach EHPAD odbywają się w placówce comiesięczne spotkania integracyjne mające na celu omówienie prowadzonej terapii. Parę osób (maksymalnie dwie na ośrodek) jest przyjmowanych na pobyt dzienny, aby dzielić życie pensjonariuszy i pomóc w ten sposób ich opiekunom. Życie w tych domach jest proste, zorganizowane wokół codziennych czynności, urozmaicane wydarzeniami, takimi jak zajęcia z animatorem bądź klub czytelniczny, przygotowywanymi przez zespół na podstawie obserwacji i dyskusji pensjonariuszy. Poza tradycyjnymi klubami artystycznymi, gotowaniem, gimnastyką, śpiewami i tańcem organizuje się spacerów wokół domu, do hodowanych zwierząt, warzywniaka lub wycieczki wymagające większego przygotowania: do pobliskiego sadu, na targowisko, do supermarketu, do kawiarni z tarasem w sąsiednim mieście, na wystawę kwiatów itp.

Osoby chore na Alzheimera odczuwają niepokój, są często agresywne i prześladowuje je myśl o ucieczce. Ponieważ w przypadku tych osób nie jest możliwe odtworzenie utraconych funkcji poznawczych, celem jest odwołanie się do wspomnień, zmysłów chorego, aby jak najprzyjemniej przeżył ten ostatni etap życia. Cel ten jest często osiąganym w małych placówkach. Chorzy odnajdują w nich poczucie bezpieczeństwa, łatwiej się odprężają i stają się spokojniejsi.

Ważną rolę w opiece nad osobami dotkniętymi otępieniem funkcji poznawczych odgrywa bliska rodzina (współmałżonek, dzieci) i dalsze otoczenie (np. inni krewni). Doznają oni często rozterek natury moralnej, czy powinni umieścić bliskiego chorego w placówce czy opiekować się nim w domu aż do śmierci. Do tego dochodzą oskarżenia pochodzące często od krewnych, którzy z tym problemem mają niewiele wspólnego. Stan otępienia jest często nieakceptowany i nieprzyjmowany do wiadomości przez otoczenie chorego. Dochodzi do nacisków na instytucję czy opiekę lekarską, aby przywrócić pamięć bliskim chorym. Kiedy okazuje się, że pragnienia i żądania przywrócenia choremu pamięci są nierealne dochodzi do krytyki, a nawet agresji w stosunku do pracowników placówki. W jaki sposób wytłumaczyć rodzinie chorego, że zadaniem placówki nie jest przywracanie funkcji poznawczych osobie otępionej, że wysiłki są skierowane na podtrzymanie istniejącego stanu, zachowanie tego, co się już osiągnęło, zachowanie godności chorych i umożliwienie im szczęśliwego życia? Stąd tak ważne jest prowadzenie rozmów z rodzinami chorych i uświadamianie im naszych możliwości. Rodziny chorych na Alzheimera mogą uczestniczyć w życiu różnych stowarzyszeń lub grup wsparcia, spotykać się na indywidualnych rozmowach z psychologiem, ergoterapeutą czy służbami medycznymi.

Wyzwaniem na przyszłość jest prowadzenie akcji informacyjnych, przygotowanie systemu opieki zdrowia publicznego, wspieranie opiekunów osób chorych, przygotowanie wystarczającej liczby miejsc w placówkach dziennych lub tymczasowego pobytu, które zapewniłyby jak najlepsze warunki życia chorych, w tym poszanowanie ich godności.

Dane kontaktowe:

DR PLAYE
7 rue Joseph Dollet
59277 RIEUX EN CAMBRESIS - France
tel. (00-33) 3 27 72 19 20
e-mail: Acces2@wanadoo.fr
<http://www.acces-asso.fr/>

Jarosław Derejczyk

Szpital Geriatryczny im. Jana Pawła II w Katowicach

PROPOZYCJE ROZWIĄZAŃ UŁATWIAJĄCYCH OPIEKĘ MEDYCZNĄ I LECZENIE LUDZI STARSZYCH

Od szóstej dekady życia, a w szczególności od ósmej pomiędzy zdrowiem, którego zasoby maleją a chorobami, których ilość rośnie nie sposób wytyczyć wyraźnej granicy. Owe malejące zasoby zdrowia są podłożem, z którego wystają wielochorobowość (polipatologia), wielolekowość (polipragmazja) i skąpoobjawowość przebiegu chorób. Dodatkowo komplikują lekarską diagnostykę osób starszych: częste występowanie otępienia, zaburzeń nastroju, ubytki wzroku i słuchu, pogorszenie ruchomości, samoleczenie, ukrywanie i wypieranie objawów niewydolności mózgu. Osoby starsze różnią się od młodych większą złożonością problemów i wielorakością potrzeb społeczno-zdrowotnych. Częstość występowania czterech głównych problemów zdrowotnych (nadciśnienia, cukrzycy, depresji i otępienia) wyraźnie różni ludzi młodych i starszych. W porównaniu grupy 65-latków i 85-latków odsetkowe różnice w częstości występowania nadciśnienia wynoszą odpowiednio 50 i 70%, cukrzycy 20 i 65%, otępienia 10 i 40%, depresji 15 i 25%¹. W prezentowanych danych widać, jak różni zdrowotnie są ludzie w tych przedziałach wieku.

Wiedzę o chorobach osób starszych – na podobieństwo pediatrii zajmującej się chorobami wieku dziecięcego – tworzy geriatryka. Jest to dziedzina interny o profilaktyce starzenia się organizmu oraz o diagnozowaniu i leczeniu chorób „trzeciej trzydziestki”. Opiera się na znajomości patofizjologii starzenia, poszerzonej o wiedzę z psychologii, psychiatrii, neurologii, ortopedii. Geriatryka zajmuje się zatem wieloma aspektami zdrowia osób starszych. Podejmuje się leczenie różnych defektów narządowych tak, żeby lecząc jeden narząd nie szkodzić drugiemu. W słabnących rezerwach zdrowia geriatryka najskuteczniej wyszukuje możliwą do zachowania i utrzymania drogę optymalnej jakości życia. Odru-

¹ *The Merck Manual*. CD version. 1995; F.U. Stainberg: *Care of the Geriatric Patient*, 1983.

chowy lęk przed starością, niechęć do tematu i niewiedza o starzeniu, jakie towarzyszą potocznym relacjom pomiędzy samym zjawiskiem a jego odbiorem powodują, że większość ludzi jest zaskakiwana przez ich własne i ich bliskich problemy zdrowotne i psychosocjalne, które powoduje proces starzenia.

Geriatrya jako dyscyplina medyczna nie może być utożsamiana ani z opieką hospicyjną, ani opieką długoterminową czy społeczną, chociaż z takimi współdziała. Te dziedziny dysponują swoimi własnymi strukturami organizacyjnymi i standardami oraz inaczej zorganizowaną bazą medyczno-opiekuńczą. Opieka geriatryczna w głównym założeniu koncentruje się na poprawie jakości życia ludzi starych poprzez:

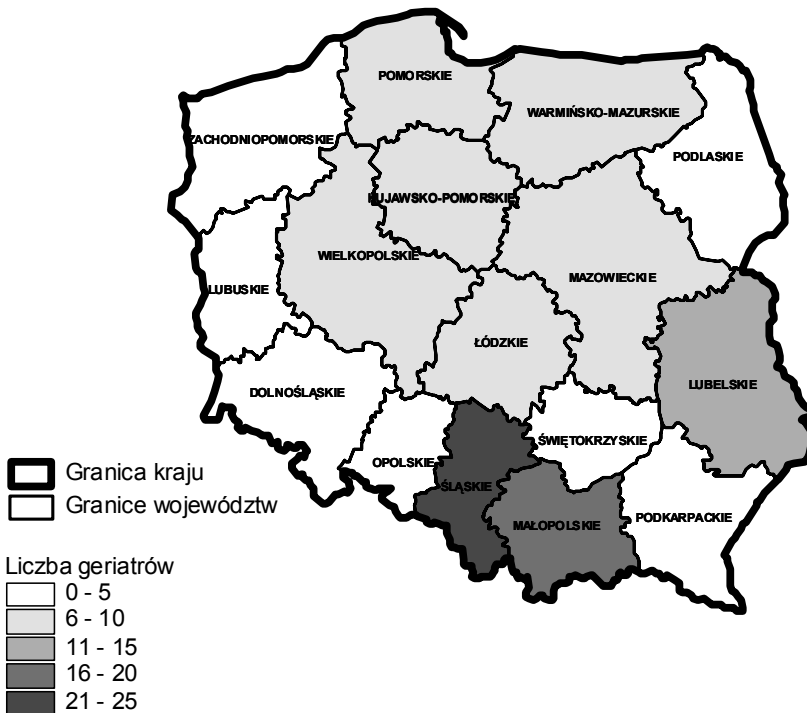
- profilaktykę przed przedwczesnym starzeniem, zapobieganie chorobom w starości i powikłaniom chorób towarzyszących starości,
- rozpoznawanie i leczenie zaostrzeń chorób przewlekłych i ostrych powikłań chorobowych typowych dla wieku podeszłego we współpracy z innymi specjalistami,
- usprawnianie i rehabilitację osób starszych zagrożonych niesprawnością i niepełnosprawnych,
- pomoc w utrzymaniu lub przystosowaniu do samodzielnego życia w środowisku domowym poprzez współpracę z innymi profesjonalistami i edukację opiekunów.

W Polsce pewnym problemem jest bardzo mała liczba czynnych zawodowo geriatrów (około 90), przy potrzebach większych minimum 6-krotnie. W Niemczech w 2003 r. było 1800 lekarzy tej specjalności. W naszym kraju istnieją jeszcze województwa, w których brakuje aktywnych lekarzy geriatrów. W ciągu minionych 9 lat o 200 spadła w kraju ilość łóżek w oddziałach prowadzonych przez geriatrów i obecnie jest ich około 300. W oddziałach geriatrycznych w przeciwieństwie do oddziałów chorób wewnętrznych przyjmowani są wyłącznie chorzy powyżej 60 roku życia, a średnia wieku leczonych osób przekracza 80 lat.

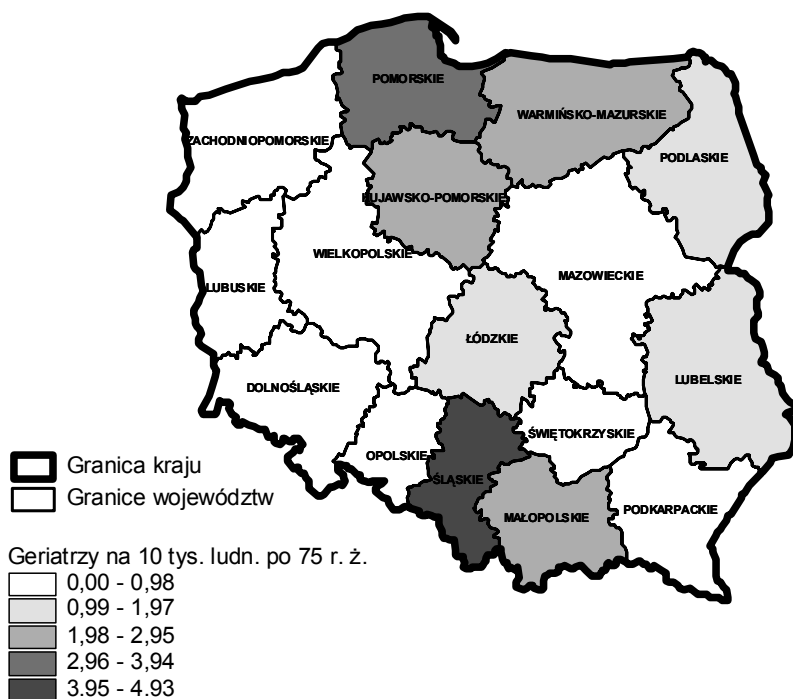
Strategicznymi celami w systemie zdrowotnym, gdzie wprowadzono opiekę geriatryczną są:

- przedłużenie okresu przeżycia i sprawności osób starszych,
- poprawa w zakresie celowości kierowania do opieki długoterminowej,
- obniżenie kosztów w zakładach pielęgnacyjnych,
- wzrost form domowych opieki,
- zmniejszenie zapotrzebowania na hospitalizację osób starszych,
- zmniejszenie kosztów opieki medycznej nad osobami starszymi,
- ograniczenie obciążeń emocjonalnych i czasowych opiekunów osób chorych przewlekle.

Województwo śląskie wyróżnia się względem pozostałych województw stosunkowo dużą ilością czynnych geriatrów i łóżek w oddziałach geriatrycznych. Tych ostatnich jest w województwie 8 z łączną ilością 184 łóżek. Oddziały geriatryczne istnieją w Katowicach, Częstochowie, Chorzowie, Tychach, Rydułtowach, Sosnowcu, Tarnowskich Górach, a od 2007 r. planowane jest uruchomienie dwóch kolejnych w Bielsku Białej i Raciborzu. Aktualnie otwartą specjalizację z geriatryki realizuje 8 lekarzy, a osoby pracujące ze skończoną specjalizacją to grupa 25 lekarzy. Na terenie województwa jest 17 poradni geriatrycznych (rys.1 i 2). Bardzo dotkliwie odczuwany jest brak oddziałów i ośrodków prowadzących rehabilitację ruchową osób starszych z dysfunkcjami ruchowymi spowodowanymi postępującą degeneracją stawów, przebytymi urazami i udarami. Niekontraktowanie przez NFZ usług z zakresu rehabilitacji geriatrycznej skazuje osoby starsze na niepełnosprawność i zależność.



Rys. 1. Liczba lekarzy geriatrów w Polsce według województw (w liczbach bezwzględnych)



Rys. 2. Liczba lekarzy geriatrów w Polsce przypadająca na 10 tys. ludności po 75 roku życia

Okres minionych trzech lat to kolejne nowe reformy w ochronie zdrowia, zagrażające coraz poważniej leczeniu ludzi starszych i ujawniające braki systemowe zabezpieczenia finansowego takiego leczenia. W bieżącym roku w warunkach kontraktowania świadczeń w geriatricii nastąpiła niebezpieczna zmiana, którą spowodowały zapisy wprowadzone do katalogu świadczeń na 2006 r. W oddziałach geriatricznych, jakie pozostały w kraju wprowadzono w porównaniu z oddziałami internistycznymi zakaz leczenia (bo tak należy odczytać niemożność rozliczeń z płatnikiem) wielu jednostek chorobowych występujących u osób starszych. Różnica katalogów to około 100 jednostek i procedur, które zawiera katalog chorób wewnętrznych, a na próżno ich szukać w katalogu dla geriatricii.

W oddziałach prowadzonych przez geriatrów uniemożliwiono m.in. diagnozowanie i leczenie: zapalenia wsierdza, przewlekłej postaci zapalenia wątroby, śródmiąższowego zapalenia nerek, aktywnej nadczynności tarczycy, ostrej niewydolności nerek, zaostrzeń dyskopatii, stopy cukrzycowej z prowadzeniem intensywnej insulinoterapii. Zamknięto geriatrom możliwość diagnostyki i leczenia: rozpoznanej w trakcie pobytu w oddziale choroby nowotworowej, organicznych chorób przewodu pokarmowego, szpitalnych zapaleń płuc będących konsekwencją powikłań terapii w innych ośrodkach, przełomu nadnerczowego, nadczynności przytarczyc, gorączki niejasnego pochodzenia, pierwszorazowego napadu padaczkowego, zdarzającego się u osób starszych często jako objaw przejściowego niedokrwienia mózgu. Do procedur „zakazanych” dla geriatrów, poprzez katalogowy zapis dołączono ocenę zaawansowania nowotworów przewodu pokarmowego, cukrzycę typu 2 w okresie niewyrównania metabolicznego, guzy i/lub choroby rozrostowe OUN. Lekarze geriatrzy są zmuszani, aby podjąć decyzję, czy leczyć pacjenta na otępienie czy na współistniejące zapalenie płuc, jednoczesne leczenie obydwu tych jednostek – według zasad kontraktowania – jest ekonomicznie niemożliwe. W przypadku placówek geriatrycznych niedobór środków z kontraktu wynosi około 30%. Geriatrom zabrano również ustawowe uprawnienia do zapisywania sprzętu rehabilitacyjnego.

Środowisko geriatrów od początku wprowadzenia katalogu świadczeń apelowało do władz NFZ, Ministerstwa Zdrowia i parlamentarzystów o zmianę metody kontraktowania świadczeń, gdyż obowiązująca metoda narzuca nieprawdziwy obraz procedur wykonywanych w geriatрії i doprowadza do likwidacji kolejnych oddziałów geriatrycznych, w których nie można rozliczyć faktycznie poniesionych kosztów leczenia chorych. Informując NFZ o wadach zapisów w katalogu na bieżący rok wnioskowano, aby podstawą rozliczeń w geriatрії był katalog świadczeń szpitalnych dla oddziałów chorób wewnętrznych, poszerzony o procedury występujące w katalogach innych oddziałów specjalistycznych, pozostających integralną częścią faktycznie wykonywanych procedur w oddziałach geriatрії. Przekazano też podnoszoną wcześniej uwagę o konieczności zwiększenia finansowania wartości ceny za punkt w geriatрії. Ten ostatni postulat wynika z wysokich standardów opieki lekarskiej, pielęgniarskiej i rehabilitacyjnej, jakich wymagają chorzy po 80 roku życia.

W Szpitalu Geriatrycznym im Jana Pawła II w Katowicach zatrudnionych jest obecnie 5 specjalistów geriatрії, kilkunastoosobowy zespół pielęgniarski oraz rehabilitanci i fizyoterapeuci, którzy z udziałem oceny psychologicznej i terapii zajęciowej stworzyli zespół przywracający lepszy stan zdrowia starszym pacjentom, gwarantujący powrót do własnego środowiska. Oddział Geriatryczny specjalizuje się w rozpoznawaniu i leczeniu chorób wewnętrznych u osób po 60 roku życia oraz w prowadzeniu diagnostyki i terapii wczesnych

faz zespołów otępiennych. Hospitalizacja w oddziale odbywa się w salach 2-,3- i 4-osobowych. Średni czas pobytu pacjenta wynosi 11 dni. Średnia wieku chorych to 85 lat. Liczba hospitalizowanych wynosi około 1000 rocznie. Drugie tyle przyjmuje poradnia geriatryczna. Choć szpital jest niewielki, posiada zaledwie 40 łóżek, wykorzystanie łóżek jest wysokie, a czas oczekiwania na przyjęcie wynosi około miesiąca. Szpital ma za sobą 45 lat istnienia. Zakres badań w tego typu placówkach dotyczy m.in. innymi testów oceny stanu funkcjonalnego chorych, testów oceny depresji, stanu funkcji poznawczych, testów równowagi. W diagnostyce wczesnych faz otępienia wykorzystywane są testy oceny zdolności uczenia i badania neuroobrazowe. Powszechność oceny funkcji poznawczych i testów oceny pamięci wynika z często występującego otępienia u osób po 80 roku życia. W standardzie badań laboratoryjnych u przyjmowanych do leczenia chorych są: oznaczanie poziomu witaminy B12, badania stężeń hormonów tarczycy i wykonanie testu obciążenia glukozą. Dzieje się tak z powodu częstych niedoborów witaminy B12 u osób starszych, zaburzeń czynności tarczycy, które występują u (15%) osób po 85 roku życia i występowania cukrzycy (65% osób) po 85 roku życia.

Poradnia Geriatryczna obsługuje województwo śląskie oraz prowadzi działalność konsultacyjną dla chorych z terenu kraju. Badania pozwalają na ustalenie optymalnych zasad profilaktyki przed przyspieszonym starzeniem mózgu i naczyń. Z praktyki wynika, że naturalny, niezwiązany z chorobami powodującymi otępienie spadek zdolności uczenia i zapamiętywania, zauważalny po 50 roku życia, powoduje wzrost zapotrzebowania na badania neuropsychologiczne. Psycholog znacznie podnosi skuteczność diagnostyczną u osób poddawanych całościowej ocenie geriatrycznej. U osób po 80 roku życia 15-20% przyjęć do szpitali pochodzi z interakcji lekowych, które powstają ze względu na zwiększoną podatność na występowanie objawów niepożądanych. Eliminacja tych jatrogennych przyczyn może poprawić ekonomikę systemu ochrony zdrowia.

Obok Poradni Geriatrycznej w szpitalu funkcjonują też poradnie: ortopedyczna, otolaryngologiczna z punktem doboru aparatów słuchowych, ginekologiczna, okulistyczna z możliwością doboru szkieł, neurologiczna, psychologiczna, kardiologiczna i urologiczna. Ta ostatnia zajmuje się też leczeniem nietrzymania moczu. Własna baza diagnostyczna to pracownie RTG, USG, laboratorium. Wymogiem przyjęcia jest skierowanie wystawione przez lekarza rodzinnego.

Zgodnie z prognozami, w 2030 r. będziemy rejestrować najwyższy w dotychczasowej historii procent populacji w wieku powyżej 70 roku życia. W najbliższych latach finansowanie publicznej służby zdrowia w dużym zakresie będzie związane z potrzebami ludzi starszych. Obecne zasady kontraktowania świadczeń oparte na katalogowych grupach jednostek chorobowych mają

w przypadku geriatry charakter dyskryminujący seniorów. Nie przewidują one możliwości łączenia kilku procedur diagnostycznych lub terapeutycznych stosowanych u jednego pacjenta i nie pozwalają na rozliczenie za leczenie dużej ilości chorób, które występują u ludzi starszych. Taka polityka narzucana przez NFZ powinna ulec zmianie.

Duży wzrost zapotrzebowania na świadczenia medyczne dla seniorów znacznie się pojawiać od 2008 r., kiedy roczniki 1948-1955 osiągną uprawnienia do emerytury. W 2010 r. liczba ludności w wieku poprodukcyjnym wyniesie w kraju 6431 tys., aby za następne 10 lat wzrosnąć do 9600 tys. Istnieje potrzeba rozbudowy sieci ośrodków rehabilitacyjnych, w których niepełnosprawności będzie się zapobiegać ćwiczeniami wysiłkowymi i ruchem, w połączeniu z nauką określonych zachowań prozdrowotnych, gdzie będzie ułatwiony dostęp do fizykoterapii, a ludzie starsi znajdą pomocnych przyjaciół w osobach dietetyków i rehabilitantów. Pojawia się czas, aby tego typu placówki wychodziły z ofertą adresowaną do starszych osób. Obecnie w kraju w grupie osób po 65 roku życia, 45% jest zależnych od opiekuna; jest to grupa licząca 2 257 800 osób. Przypada na nią 79 547 miejsc w ośrodkach opieki długoterminowej, co daje zabezpieczenie dla 3,8% osób. Jest to przynajmniej 2-krotnie za mało w stosunku do potrzeb².

Potrzeby zdrowotne starzejącego się społeczeństwa powinny być uwzględnione w polityce zdrowotnej prowadzonej przez Ministerstwo Zdrowia i władze lokalne. W okresie minionych 10 lat w kraju rozwinięto system opieki paliatywno-hospicyjnej i system opieki długoterminowej. Oba systemy miały zaplanowane wieloletnie budżety na rozwój, według których były one finansowane. Tworzenie opieki długoterminowej jako odpowiedzi systemu na postępujący proces starzenia jest działaniem dostosowawczym, jednak w ofercie nie powinna się znajdować jedynie opieka instytucjonalna. Dotychczasowe rozwiązania i propozycje wskazują szukanie łatwiejszego sposobu, jakim jest tworzenie sieci zamkniętych ośrodków opieki długoterminowej, często w związku z zamknięciem oddziałów i restrukturyzacją szpitali. Zapewnienie powstających wolnych łóżek starszymi, często bardzo chorymi ludźmi w oddziałach o niskim standardzie z nieprzygotowanym personelem i zespołem lekarskim pod szyldem zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego lub zakładu opiekuńczo-leczniczego niejednokrotnie wieńczy tzw. proces restrukturyzacji jednostki. Takie rozwiązanie, przyzwalające na niskie stawki narzucane przez scentralizowany Narodowy Fundusz Zdrowia, trwa od początku zmiany, którą w 2004 r. rozpoczął minister zdrowia. Mimo kilkakrotnych zmian w obsadzie stanowiska ministra zdrowia

² B. Bień, P. Błędowski: *Specificities of the family caregiving for the older people in Poland - legal aspects of care*. "Assemblée Nationale" 2005, 29 November.

w ostatnich kilku latach, problem opieki i leczenia ludzi starszych jest nierozwiązany, zaś jakość leczenia w oddziałach długoterminowych przy istniejącym poziomie finansowania nie pozwala na utrzymanie odpowiedniej jakości leczenia i opieki. Rodziny opiekujące się ludźmi w starszym wieku, z niesprawnością w razie zaostrzeń chorób przewlekłych w celu uzyskania szybkiej pomocy coraz częściej uciekają się do pomocy prywatnych gabinetów lekarskich i wolą prowadzić leczenie oraz organizować opiekę w domu, znając wcześniejsze odmowy z izb przyjęć szpitali dyżurnych, czy leczenie podaniem kroplówki i odsyłaniem do domu swoich wiekowych rodziców. Takie rozwiązania wymagają jednak odpowiednich możliwości finansowych.

Dla osoby chorej nieuleczalnie i zależnej od opieki niejednokrotnie jakościowo lepszym rozwiązaniem niż opieka w licznie powstałych zakładach opieki długoterminowej jest rozwój form opieki domowej i środowiskowej realizowanej w ośrodkach opieki dziennej. Przykładem tworzenia infrastruktury umożliwiającej osobom starszym z ograniczoną sprawnością udział w życiu społecznym są domy dziennego pobytu. Znaczenie rozwiązań opiekuńczych i aktywizujących w miejscu zamieszkania stanie się ważne wobec przewidywanego wzrostu liczby osób po 75 roku życia zamieszkujących w zbiorowych gospodarstwach domowych. Z 3,2 tys. w 2002 r. liczba tych osób wzrośnie do 39 tys. w 2030 r.³. Takie formy powinny być alternatywne wobec opieki instytucjonalnej. Nie może być tak, jak to ma miejsce obecnie, że deficyt w opartym na standardach postępowania, diagnozowaniu, leczeniu, i opiece osób starszych na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej, na poziomie szpitala rejonowego i na poziomie oddziału specjalistycznego, będzie powodował kierowanie ludzi starszych niezdiagnozowanych właściwie i źle leczonych do placówek opieki długoterminowej jako nieuleczalnie chorych. Zjawisko niewłaściwej diagnozy i niewłaściwego leczenia, nazywane niedoleczeniem – *undertreatment*, jest jedną z form dyskryminowania ludzi starszych w systemach ochrony zdrowia. W miejsce konsultacji w oddziale szpitalnym czy w specjalistycznym oddziale geriatrycznym wystawiane są źle diagnozowanym i leczonym chorym wnioski do zakładów opieki długoterminowej, a procedura skierowania pozostawiona jest pod nikłym nadzorem lekarskim. Ocena wniosku przez lekarza konsultanta, który nie bada chorego w dniu przyjęcia do zakładu opieki długoterminowej, a opiniuje jedynie dokumenty wystawione kilkanaście, a czasem kilkadziesiąt dni wcześniej nie jest dobrym rozwiązaniem dla zdrowotnego interesu chorego.

Obecnie funkcjonujące rozwiązania i praktyki podążają w kierunku opieki instytucjonalnej, a problem rozwoju opieki długoterminowej zarówno w kraju,

³ L. Frąckiewicz: *Spoleczno-ekonomiczne konsekwencje procesu starzenia się ludności województwa śląskiego*. Katowice 2004.

jak i w województwie śląskim czeka na podjęcie merytorycznej dyskusji w gronie polityków zdrowotnych i społecznych. Odczuwa się brak skoordynowanej polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki chorób wieku podeszłego i planowanego spójnego systemu opieki środowiskowej, opieki długoterminowej, paliatywnej i geriatrycznej, zaplanowanego do wdrożenia. Obowiązujące zasady diagnostyczne i lecznicze opisane w Standardach Geriatrycznych w 2003 r., opracowanych przez stowarzyszenia lekarzy geriatrów i gerontologów⁴ nie są realizowane. W kilku miejscach w kraju specjaliści wojewódzcy i osoby cieszące się autorytetem w dziedzinie gerontologii opracowują samodzielnie lokalne, niespójne w skali kraju programy. Widoczne są też odczuwane przez pensjonariuszy i opiekunów braki nadzoru nad standardami jakości w zakładach opieki długoterminowej.

Specjalistyczna opieka medyczna nad osobami w wieku podeszłym stanowi w Polsce nierozwiązany problem dla organizatorów opieki zdrowotnej. Wynika to przede wszystkim z braku lekarzy specjalistów, braku personelu pielęgniarskiego, rehabilitantów, psychologów, terapeutów i innych osób przygotowanych do pracy ze specyficzną grupą pacjentów, jaką są pacjenci starsi. Tak więc poprawa edukacji zarówno przed-, jak i podyplomowej personelu medycznego z zakresu specyfiki medycyny geriatrycznej jest warunkiem wprowadzenia zmian w systemie opieki zdrowotnej nad starszymi pacjentami. Ochrona zdrowia ludzi starszych powinna stanowić główny element polityki społecznej państwa wobec starości i ludzi starych. Wątek ten był dobitnie podkreślany na II Światowym Zgromadzeniu na temat Starzenia w Madrycie w kwietniu 2002 r. Konferencja wytyczyła strategię wdrażania międzynarodowego planu działania w kwestii starzenia się, w którym jedno z przyjętych zobowiązań podkreśla potrzebę poprawy stanu zdrowia i jakości życia ludzi starych poprzez rozwijanie usług zdrowotnych i socjalnych w pełnym zakresie⁵.

Obecnie system opieki zdrowotnej w kraju nadal skupia wydatkowanie środków na leczeniu istniejących schorzeń u dzieci i osób w średnim wieku z naciskiem na kardiologię, kardiochirurgię, medycynę naprawczą i ratunkową, pomijając prowadzenie działań profilaktycznych w grupie powyżej 60 roku życia. Profilaktyka geriatryczna staje się ważnym efektem działalności branży wobec narastającej potrzeby zachowania w zdrowiu populacji osób do 70 roku życia w celu podtrzymania ich zasobów zdrowia na poziomie umożliwiającym utrzymanie częściowej aktywności zawodowej. Zatrudnianie osób w tym przedziale wieku jest potrzebą globalną i w wielu krajach jest wpisane w politykę

⁴ J. Derejczyk i wsp.: *Standardy geriatryczne*. „Gerontologia Polska” 2005, T. 13.2.

⁵ B. Bień: *Miejsce geriatry w opiece zdrowotnej nad osobami w wieku podeszłym. Place of geriatrics at health care for the older people*. Klinika Geriatrii Akademii Medycznej w Białymstoku. Kierownik dr hab. med. Barbara Bień.

społeczno-gospodarczą. Byłoby dobrze, aby takie programy tworzone w Polsce, gdzie nazbyt szybko rośnie liczebność grupy tzw. młodych emerytów z prywatyzowanych zakładów pracy.

Inne obszary wspólnych działań polityki społecznej i zdrowotnej to trwająca od kilku lat dyskusja o koszyku medycznych świadczeń gwarantowanych, który ma być określony w Polsce w 2007 r. i utorować drogę do przerzucenia części kosztów opieki medycznej na obywateli w formie dodatkowych ubezpieczeń. Etap dyskusji trwa długo, gdyż społeczeństwo niechętnie przyjmuje zmianę bezpłatnej służby zdrowia i odpowiedzialności państwa za zdrowie obywateli na własną odpowiedzialność za zdrowie, które staje się dobrem osobistym. Odczuwalny brak ubezpieczeń pielęgnacyjnych, które będą mogły częściowo pokryć koszt opieki domowej i poprzez współfinansowanie poprawić jakość niedofinansowanej opieki długoterminowej jest obecnie zastępowany działaniami wprowadzającymi tę inicjatywę przez nowy rząd. Problemem europejskim są osoby samotne i ubogie bez własnego majątku, których w związku ze starzeniem społeczeństw przybywa. Pozbawianie osób po 60 roku życia dostępu do specjalistycznej, opartej na wiedzy opieki medycznej najefektywniej podnoszącej zasoby zdrowia, jaką jest geriatryka, ogranicza możliwość zachowania podstawowej dla seniorów wartości, czyli zdrowia. Skuteczniejsza walka z przejawami dyskryminacji osób starszych w obszarze ochrony zdrowia to krok w kierunku pokazania, że istniejące tendencje demograficzne, określane mianem „sivego zmierzchu Europy” to wyzwanie, które musi podlegać działaniom politycznym umożliwiającym uzyskanie z nich sukcesu, w postaci lepszej jakości życia ludzi starszych⁶.

W sposobach poprawy zdrowia starzejącego się społeczeństwa kraju i Europy należy również pamiętać o wprowadzaniu od najmłodszych lat właściwego stylu życia i racjonalnych zasad żywienia – ograniczania powstawania nadwagi, niedoborów białkowo-witaminowych, pozostawania w bezruchu. Na możliwość niepełnego korzystania z systemów pomocy społecznej i ochrony zdrowia mają wpływ negatywna postawa ludzi młodych wobec starości, zła sytuacja finansowa i ubóstwo ludzi starszych, brak przygotowania do starości i brak akceptacji starości w społeczeństwie. Dyskryminacji i izolacji, jakiej poddawani są ludzie starsi należy zapobiegać o wiele skuteczniej niż odbywa się to obecnie. Widoczny jest brak programów przedszkolnych i szkolnych adresowanych do dzieci i młodzieży pokazujących w przystępny sposób życie w społeczeństwie, w którym są licznie obecni ludzie starsi. Informacje o zmianach narzą-

⁶ K. Wieczorowska-Tobis i wsp.: *Program polityki zdrowotnej na rzecz osób starszych* – wytyczne Kolegium Lekarzy Specjalistów Geriatrii w Polsce dla opracowania strategii polityki społecznej Polski na lata 2007-2013.

dowych, zdrowotnych, psychospołecznych i makroekonomicznych zachodzących naturalnie w przebiegu procesu starzenia społeczeństwa są nieznane adeptom wyższych uczelni medycznych i tym samym w ogromnej większości nie wykorzystują ich lekarze podstawowej opieki zdrowotnej – lekarze rodzinni. Rektorzy wyższych uczelni medycznych w Polsce nie zdecydowali się na obowiązkowe zajęcia z geriatry dla studentów medycyny. W powszechnej opinii społecznej, którą kreują rynkowo funkcjonujące media reklamowe deformuje się widzenie społeczeństwa z jego potencjałem, jakim są wszyscy uczestnicy życia społecznego w każdym wieku. Duże billboardy używane w kampaniach reklamowych, gazetowe reklamy kosmetyków, bielizny, odzieży i wielu produktów wykorzystują instynktowne reakcje odbiorców w młodym i średnim wieku, epatując elementami witalności, seksapilu i kultu ciała, stwarzają nieprawdziwy obraz społeczności, w której nieobecni, wykluczeni pozostają ludzie starsi. Taki typ reklamy będzie ulegał zmianie, w miarę jak będzie wzrastała siła nabywczą coraz starszych grup klientów. Obecnie jednak taka polityka rynków reklam wywiera działanie dyskryminujące i izolujące przez wykluczenie „starości” ze świadomości młodszej części społeczeństwa. Opisane działania reklamy w gospodarce nastawionej za wszelką cenę na zysk powodują zafałszowany obraz ludzi żyjących w społeczeństwie uwolnionym wirtualnie od osób starszych, niesprawnych, wymagających pomocy i nierzadko poświęcenia. W świadomości tworzonej przez media, reklam takich ludzi miało nie być, tymczasem starzejący się mózg dostarcza dowodów, że już od 50 roku życia widoczne są objawy wolniejszego uczenia, łatwości w zapadaniu na depresję, gorszego znoszenia stresów. Warunki społeczno-środowiskowe i systemowe, w jakich ludzie w drodze fizjologicznego starzenia stają się mniej wydolni i przechodzą w zaawansowanej starości do grupy ludzi z niewydolnością, zależnością i niedołęstwem powinny być tak zmienione, aby wykorzystały zmniejszające się rezerwy zdrowotne bez dyskryminowania i wykluczania ludzi z powodu ich wieku. Systemy opieki zdrowotnej i społecznej należy tak zmieniać, aby na podstawie wiedzy dostarczały celowanej pomocy socjalno-medycznej i rehabilitacyjnej. Optymalnym rozwiązaniem wydaje się szkolenie lekarzy z geriatry i równoległy rozwój różnych form opieki długoterminowej oraz rehabilitacji geriatrycznej, które powinny być potraktowane jako sprawa pilna. W połączeniu ze szkoleniem lekarzy rodzinnych z zakresu geriatry będzie to najskuteczniejszy sposób oszczędzania kosztów leczenia i podniesienia jakości opieki medycznej seniorów. Z pomocą przygotowanej kadry można stworzyć wraz z pracownikami socjalnymi zespoły specjalistów docierające do osób starszych w miejscu ich przebywania: w domu, w oddziale szpitalnym, w ośrodku klinicznym, zakładzie opieki długoterminowej.

Tylko z praktycznym wykorzystaniem wiedzy na temat starzenia udostępnimy starzejącemu się coraz szybciej społeczeństwu Polski lepszą jakość życia, tymczasem widoczny jest brak debaty na temat zaspokajania specyficznych potrzeb zdrowotnych starszych osób teraz i w nadchodzącej przyszłości. Kilku kolejnych ministrów zdrowia, urzędnicy kas chorych, a obecnie Narodowy Fundusz Zdrowia i krajowy nadzór konsultacyjny nie podejmują działań na tyle skutecznych, aby zrównoważyć szanse na równoprawne leczenie osób młodych i starszych. Głosy osób upominających się o dostęp dla chorych w starszym wieku do specjalistów geriatrów są ignorowane. Coraz szerszy dostęp do kardiochirurgii, medycyny estetycznej, naprawczej, chirurgicznego leczenia otyłości, implantologii, medycyny ratunkowej, dializoterapii, nowych leków na półkach aptecznych, coraz lepszego sprzętu diagnostycznego, to konsekwencje otwarcia systemu na mechanizmy rynkowe, jakie pojawiły się w Polsce w minionych 15 latach w ochronie zdrowia. Kruchy ekosystem zdrowotny ludzi starszych i ich nie najwyższa siła nabywcza ograniczają korzystanie w pełni z wszystkich opisanych nowości. Głównymi beneficjentami tego postępu są więc ludzie młodzi i w średnim wieku, coraz częściej charakteryzujący się wyższymi zarobkami. Stąd ujawniła się pilna potrzeba na polityków społecznych, ekonomistów, polityków zdrowotnych, specjalistów zdrowia publicznego, lekarzy specjalistów chroniących człowieka starszego przed nadmiarem leków, niepotrzebnym zabiegiem, osób planujących indywidualne, dostosowane do potrzeb chorego, najlepsze rozwiązania w diagnostyce, leczeniu i rehabilitacji, które połączą niewielkie rezerwy zdrowia z dobrą jakością życia. Zastosowanie geriatry – dziedziny medycznej kierującej diagnozą i leczenie w kierunku utrzymania niezależności i psychofizycznego optimum człowieka w starszym wieku, jest odpowiedzialnym połączeniem gospodarki rynkowej, gdzie liczy się zysk, z wiedzą o potrzebach zdrowotnych osób najstarszych. To wspólnie prowadzone polityka społeczna i zdrowotna wobec ludzi starszych powinny gwarantować dostarczenie choremu tego co jest mu najpotrzebniejsze i służy najefektywniej. Niekorzystne dla chorego jest pozostawianie go w roli konsumenta, któremu proponuje się w systemie to, co najbardziej opłaca się producentowi. Taka polityka podraża funkcjonowanie całego systemu opieki medycznej, gdyż eliminuje element racjonalnego ekonomicznie racjonowania opieki, który powinien istnieć przy coraz bardziej ograniczonych ilością potrzeb i nowymi technologiami, funduszach. Jest to warunek utrzymania poprawy zdrowia w jak najliczniejszej grupie potrzebujących.

Kadra medyczna nie jest przygotowana do leczenia osób starszych. Każda osoba 90-letnia z powodu niewydolności węzła zatokowego (choroba częsta w starości polegająca na zwolnieniu akcji serca i wymagająca wszczęcia rozrusznika) z następowym niedokrwieniem mózgu zareaguje zaburzeniami

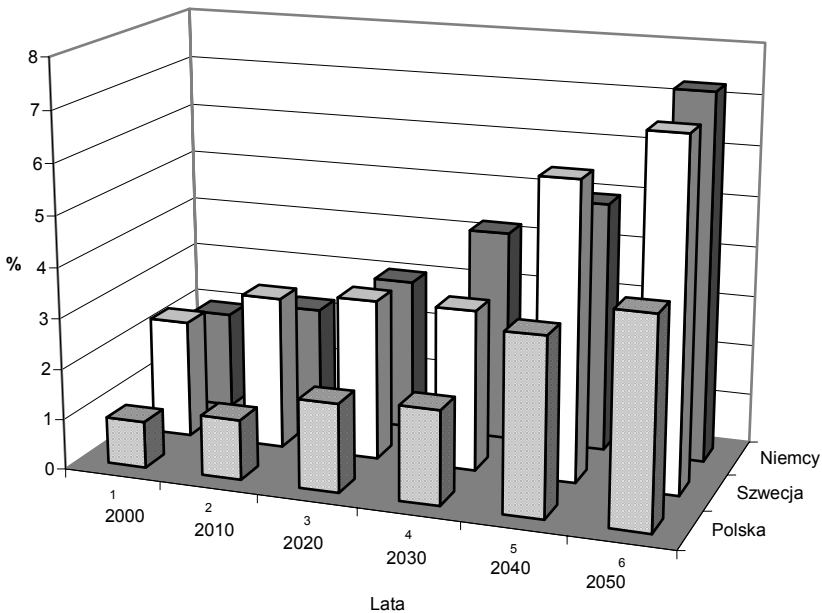
zachowania i majaczeniem. Decyzja o wszczęciu rozrusznika będzie należała do kierownika oddziału, który na co dzień decyduje o losie osób młodszych o 30 lat. Jeśli lekarz nie powiąże zaburzeń zachowania z wolną akcją serca i nie uzna, że mimo wieku choroba jest odwracalna po wszczęciu rozrusznika, przypadek zostanie potraktowany jako otępienie u starej osoby, a to upoważnia do dyskwalifikacji drogich procedur leczniczych, gdyż osoba chora przekroczyła normę średniej długości życia. Z powodu niskiej wiedzy i schematyzmu myślowego tworzy się podejście do „społecznie uzasadnionej” eutanazji. Ta sama osoba po wszczęciu rozrusznika, po podaniu leków tłumiących zaburzenia zachowania i po włączeniu leczenia prokognitywnego (wzmacniającego funkcje pamięci) może zostać wypisana do domu, gdzie wśród kochającej rodziny przeżyje jeszcze kilka lat. Cena kilku lat życia 90-letniej osoby w cywilizacji europejskiej nie jest tą samą ceną, którą przypisuje się kilku latom życia 20 czy 50-latką. Im mniej o takiej dyskryminacji będą wiedzieli i myśleli młodzi politycy, kiedy tworzą ramy norm w życiu społecznym i politycznym, tym częściej będą sami zaskakiwani negatywnymi następstwami nieprzystosowania młodszej części społeczeństwa do uznawania praw i potrzeb ludzi starszych w okresie ich własnej starości i w okresie ich własnych słabości. Protekcyjizm grupowy, jakim otaczają się politycy gwarantując sobie lepszy dostęp do świadczeń zdrowotnych (wyższe budżety dla szpitali resortowych obejmujących leczeniem osoby z tzw. rządowej listy VIP-ów) oprócz tego, że jest przykładem łamania zasad solidaryzmu społecznego, które literalnie są umieszczane w wielu statutach i uchwałach, również daje pozorne zabezpieczenie, gdyż kadry szpitali resortowych nie są przygotowane do leczenia osób starszych, a po okresie wyjazdów sanatoryjnych dla większości osób z sędziwą starością pojawi się czas większej ilości trudnych do leczenia współistniejących chorób, czas niesprawności i zależności.

Koordinowanie pomocy społecznej z opieką zdrowotną w przypadku odbiorników, jakimi są ludzie starsi jest jedyną drogą do osiągnięcia celu i wydaje się działaniem najbardziej odpowiedzialnym wobec tej grupy. W celu zrealizowania działań aktywizujących i koordynujących oba obszary na rzecz ludzi starszych podejmowane są przez organizacje pozarządowe i środowiska naukowe związane z gerontologią, geriatrią, neurologią, psychiatrią, psychoneurologią i psychogeriatricą, próby powołania Rady ds. Ludzi Starszych oraz Narodowego Programu Promocji Zdrowego Starzenia. Obydwie inicjatywy zostały przesłane jako propozycje do Ministerstwa Zdrowia i oczekują na reakcję ze strony ministra. Celem proponowanych zmian jest rozwój sektora opieki geriatrycznej w Polsce poprzez poprawę w uzyskaniu przez ludzi starszych dostępu do specjalistycznej opieki opartej na sieci placówek geriatrycznych zintegrowanych z podstawową opieką zdrowotną oraz stworzenie warunków do promocji

zdrowia i rehabilitacji ukierunkowanych na osoby powyżej 60 roku życia. Również uczestnicy VIII Międzynarodowej Konferencji Opieki Długoterminowej, zorganizowanej we wrześniu 2005 r. w Toruniu pod hasłem „Kierunki rozwoju usług medycznych dla osób w podeszłym wieku”, mając na uwadze poprawę jakości pielęgnowania osób z ograniczoną zdolnością do samoopieki, wystosowali apel do ministra zdrowia oraz ministra polityki społecznej o określenie w drodze rozporządzenia standardu podstawowej pielęgnacji, który będzie obowiązywał w publicznych i niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej oraz w domach opieki. Jeszcze nie wprowadzono jednak takiego standardu.

Starość nie może być synonimem niemocy. Jest to kolejny etap naszego życia i wymaga od nas wszystkich działań przygotowujących do jego lepszego przeżycia. Moralne zobowiązania młodszej części społeczeństwa wobec ludzi starszych, zapisane decyzjami polityków Ministerstwa Zdrowia zostały splotone przez systemowe akceptowanie działań i rozwiązań pozornych, niedbałych, niedofinansowanych. Dalsze utrzymywanie takiego status quo w polityce wobec ludzi starszych jest jawną, akceptowaną dyskryminacją i zaprzecza konstytucyjnym zasadom społeczeństwa obywatelskiego: zaufaniu, lojalności i solidarności. Głosy organizacji i osób upominających się o zmianę zasad kwalifikacji do zakładów opieki długoterminowej i zmianę systemu finansowania tej opieki nie przekraczają form akademickich, a wprowadzenie nowych, bezpieczniejszych rozwiązań jest przesuwane z roku na rok. Taka polityczna praktyka pozostaje w sprzeczności z danymi demograficznymi i zdrowotnymi celami populacyjnymi.

Wraz z wiekiem nasila się zjawisko niepełnosprawności. Według danych Narodowego Spisu Powszechnego przeprowadzonego w 2002 r., najliczniejszą grupę osób niepełnosprawnych w województwie śląskim odnotowano w przedziale wiekowym 75 lat i więcej, tj. 39,4%. W grupie 800 tys. mieszkańców Śląska po 60 roku życia populacja osób w wieku 75 lat i więcej stanowi 32%. Jest to więc już obecnie grupa licząca 256 tys. osób wymagających często kompleksowej opieki geriatrycznej, w tym rehabilitacji medycznej i społecznej. W kraju populacja osób 60-letnich wynosiła w 1999 r. 6,3 mln, co stanowiło 16% całej populacji. Analogiczne porównanie w 2050 r. ma wynieść 12,1 mln, co będzie stanowiło 33% populacji. Na kosztocłonność systemu opieki zdrowotnej największy wpływ będzie jednak miała liczba osób po 85 roku życia, gdyż w tym i wyższych przedziałach wieku rośnie ona kilkakrotnie względem średniego wieku.



Rys. 3. Osoby w wieku 85 lat i więcej w latach 2000-2050

Średnia długość trwania życia w kraju wydłuża się, a jednocześnie dla coraz większej grupy osób wchodzących w wiekową kategorię „ludzie starsi” pojawia się perspektywa pogorszenia jakości życia i utrudnionego dostępu do innego niż dotychczas rodzaju świadczeń zdrowotnych, z których te osoby zaczną korzystać. W 2001 r. odsetek osób w wieku 60 lat i powyżej przekroczył 16%, a w wieku powyżej 65 lat 12%. Według norm ONZ przekroczyliśmy tym samym jako społeczeństwo próg zaawansowanej starości demograficznej.

Nasuwają się pytania: W jaki sposób spadająca liczba dorosłych w wieku produkcyjnym będzie wspomagała rosnącą liczbę ludzi starszych? W jaki sposób pogodzić systemy zabezpieczeń socjalnych ze wzrostem gospodarczym? Jak planować finansowanie systemu opieki zdrowotnej, aby zaspokajał on potrzeby rosnącej populacji ludzi starszych przy malejącej sile nabywczej ich portfela?

W planowaniu zaspokajania potrzeb zdrowotnych tej populacji należy zwrócić szczególną uwagę na osoby po 75 roku życia. Od tego wieku szybko rośnie zależność i pojawiają się objawy niewydolności wielu narządów. W najbliższych 20 latach liczebność tej grupy osób wzrośnie w kraju w bardzo widoczny sposób. Monitorowanie stanu zdrowia i potrzeb zdrowotnych grupy osób po 75 roku życia jest niepełne i nie odpowiada epidemiologii występowania chorób. Pozyskiwanie danych pomija np. stan funkcji poznawczych, co przekłada się na brak w ocenach statystycznych osób chorujących na otępienie, tymczasem w ośrodkach opieki długoterminowej osoby z otępieniem stanowią ponad połowę przyjmowanych chorych, a w niektórych ośrodkach ten profil chorób stanowi 90% przyczyn przyjęć. Dostosowanie systemu sprawozdawczości medycznej do zachodzących zmian demograficznych powinno warunkować w polityce zdrowotnej alokację środków finansowych dla najdroższych chorych. Wprowadzenie kryterium wieku przy określaniu tzw. stawek kapitacyjnych nie było powszechnie stosowane we wszystkich kasach chorych w trakcie prowadzonej w Polsce od kilku lat reformy ochrony zdrowia.

Chorzy w okresie ostatnich miesięcy swojego życia są konsumentami 2/3 środków finansowych, jakie składają się na koszt całonocnych potrzeb zdrowotnych. Dla wszystkich płatników wzrastająca liczba ludzi starszych stanowi trudny do rozwiązania problem z powodu wielkości nakładów finansowych niezbędnych na pokrycie potrzeb zdrowotnych tej części społeczeństwa. Liczne systemy ubezpieczeń o różnorodnych zakresach gwarancji świadczeń i fundusze ubezpieczeniowe związane z obecnością przewlekłej choroby są rozwiązaniami, jakie pojawiają się w państwach zaliczanych do starych na podstawie kryterium demograficznego. Wprowadzane są również różne formy opłat i dopłat z pełną refundacją dla osób, których nie stać na leczenie. Raczej nie kryterium wieku, a stopień ubóstwa powinien być powiązany z refundacją.

Powielany często schemat, który mówi o przewadze czynników zewnętrznych warunkujących zdrowie jednostki, kładzie nacisk na styl życia, czynniki środowiskowe, czynniki genetyczne, podstawową opiekę medyczną i na ostatnim miejscu na specjalistyczną opiekę zdrowotną, której w tym rozkładzie przypisuje 2% udziału. To podejście dotyczy osób młodych z rezerwami adaptacyjnymi i jest w kontrowersji z opinią, że spośród czynników powodujących izolację ludzi starszych najważniejszymi izolatorami na poziomie środowiskowym są braki w dostępie do lekarzy przygotowanych na podtrzymywanie mocno już ograniczonych zasobów zdrowia – geriatrów. Każdy rodzaj izolacji, czy to fizycznej, społecznej czy ekonomicznej wraz z poczuciem bezużyteczności są znanymi czynnikami ryzyka szybszej śmierci.

Cele, jakie zakładają tworzone przez środowiska medyczne programy mogą być realizowane jedynie we współpracy z odpowiedzialnymi za kreowanie poli-

tyki zdrowotnej państwa reprezentacjami władzy. Środowisko geriatrów czeka na taką współpracę 30 lat. Wśród większości dziennikarzy nie widać również osób podejmujących inicjatywy medialne o profilu podnoszącym jakość leczenia pacjentów w starszym wieku. Akcje „rodzić po ludzku”, „szpital przyjazny dziecku” koncentrują się na dzieciach, akcja „szpital przyjazny dla seniora” czeka na chętnych do jej zainicjowania. Wstępny etap rozwoju medycyny przyjaznej dla ludzi starszych w Polsce jest nadal przed nami. Zobowiązania emerytalne państwa wraz ze środkami na ochronę zdrowia mogą za 20 lat wzrosnąć o 100% względem obecnych, co spowoduje ograniczenie dostępu do świadczeń medycznych i już dziś należy myśleć o infrastrukturze umożliwiającej racjonalizację w wydawaniu środków. Obecne pokolenie 40-50-latków dzisiejszymi decyzjami buduje system zabezpieczenia swoich potrzeb zdrowotnych, jakie będzie mieć za 25 lat. Pełną odpowiedź uzyskamy za 10 lat, spoglądając na dostępność i jakość pomocy medycznej dla chorych w podeszłym wieku, szacując ilość osób, które uzyskały specjalizację, ilość konsultantów z geriatry w wieloprofilowych szpitalach, stan łóżek w ośrodkach specjalistycznych sprofilowanych na leczenie i rehabilitację osób starszych. Takimi sposobami można poprawić jakość opieki zdrowotnej dla coraz liczniejszej grupy osób starszych.

Dane kontaktowe:

Szpital Geriatryczny im. Jana Pawła II
ul. Morawa 31
40-353 Katowice
tel. (032) 256 81 49

Teresa Trzeciak

Stowarzyszenie „Hospicjum” w Katowicach

HOSPICYJNA OPIEKA DOMOWA ZESPOŁU WOLONTARIUSZY STOWARZYSZENIA „HOSPICJUM” W KATOWICACH

Hospicjum w Katowicach powstało w październiku 1987 r. (zawiązała się grupa nieformalna) jako wspólnota bezinteresownie działających wolontariuszy medycznych i niemedycznych na rzecz chorych w terminalnym okresie choroby nowotworowej. Dramat umierającego człowieka stał się wyzwaniem dla tej wspólnoty. Być tylko dla chorego, być na każde jego życzenie, na każdy gest zbolącego ciała, być zaprzeczeniem tej długiej ciszy, jaka niejednokrotnie zalega szpitalne korytarze po cichym: „siostrze.....”. Czyni się wszystko, co jest możliwe, aby zrozumieć człowieka, być mu pomocą i wsparciem. Próbuje się dociec, jakie są przyczyny cierpienia chorego i w miarę możliwości usunąć lub przynajmniej złagodzić źródła cierpienia. Nie dopuścić do osamotnienia w tym najtrudniejszym okresie życia, kiedy nierzadko opuszczają człowieka przyjaciele, a zainteresowanie chorym nawet przez najbliższą rodzinę ogranicza się do wykonywania niezbędnych i trudnych zabiegów pielęgnacyjnych. W takim oglądzie hospicjum to drugi życzliwy człowiek na odległość wyciągniętej ręki. Podmiotem staje się chory, a nie jego choroba, a najważniejszym celem uwolnienie go od lęku i trwogi poprzez stałe towarzyszenie, aż po kres Jego życia.

Wzorem służby hospicyjnej była dla nas Dame Cicely Saunders – twórczyni Hospicjum św. Krzysztofa w Londynie, pierwszego hospicjum w nowoczesnej Europie, powstałego w 1967 r. jako stacjonarne, a po dwóch latach również sprawujące opiekę domową. To ona – pielęgniarzka, a potem lekarz „zaraziła” wielu inicjatorów tworzenia opieki hospicyjnej nie tylko w Europie, ale i w Kanadzie, USA czy Afryce Południowej.

W Polsce pierwsze hospicjum powstało w pierwszej połowie lat 80. ubiegłego wieku w Gdańsku z inicjatywy pallotyna ks. Eugeniusza Dutkiewicza, który

w październiku 1987 r. przyjechał do Katowic, aby zachęcić nas do sprawowania opieki nad osobami terminalnie chorymi. W czerwcu 1994 r. grupa nieformalna (założycielska) została zarejestrowana jako Stowarzyszenie „Hospicjum” w Katowicach, zyskując osobowość prawną. W lutym 1996 r. Stowarzyszenie powołało Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej jako hospicjum (domowe) obejmujące opieką chorych mieszkających w Katowicach. Zgodnie ze statutem, na podstawie którego funkcjonuje Stowarzyszenie, podstawowym jego celem jest pomoc: medyczna, psychologiczna, duchowa, socjalna choremu i wsparcie jego rodziny w tym trudnym dla niej okresie. Sprawowana przez hospicjum opieka jest zawsze zespołowa. Jest ona całkowicie bezpłatna ze strony chorego. Opieka ta jest sprawowana w domu chorego (wychodząc z założenia, że chory w terminalnym okresie swego życia nie powinien być oderwany od środowiska, w którym dotychczas przebywał).

Po pięciu latach posługiwania chorym, w lutym 1993 r. powołana została Wspólnota Rodzin Hospicyjnych. Skupia ona tzw. osieroconych, tj. rodziny podopiecznych hospicjum. W ścisłej łączności z hospicjantami łatwiej im przeżywać żałobę i smutek rozstania z bliskimi. Szczególnej pomocy oczekują dzieci, których matki lub ojcowie zmarli.

Służbę chorym rozpoczynaliśmy w gronie składającym się z samych wolontariuszy tj.:

- 9 lekarzy,
- 2 pielęgniarek,
- 16 osób mających zawody niemedyczne,
- 1 księdza (kapelana hospicyjnego).

Wolontariusze rekrutują się spośród osób, które chcą opiekować się chorymi, a ich motywacją jest chęć pomocy potrzebującemu bliźniemu, pobudki religijne – miłość samarytańska, dowartościowanie się, sprawdzenie swoich umiejętności, wdzięczność za opiekę nad jego najbliższą, chorą osobą. Rola wolontariusza (niemedycznego) przy łóżku chorego umierającego jest następująca:

- towarzyszenie choremu, bycie z nim blisko, przysłowiowe „trzymanie za rękę”,
- zdobycie zaufania chorego poprzez dyspozycyjność i inne cechy,
- próba uwolnienia chorego od lęku przed samotnością, bezradnością, niepokojem o los bliskich, śmiercią,
- wykonywanie wielu czynności pielęgnacyjnych, jak: umycie, zmiana pampersa, zmiana bielizny i pościeli, karmienie, podanie leków, zmiana opatrunku odleżyn,

Wolontariusz, aby stać się hospicjantem, powinien mieć następujące predyspozycje:

- otwartość, życzliwość, komunikatywność, serdeczność,

- empatia, umiejętność słuchania drugiego człowieka,
- obowiązkowość, punktualność, uczciwość,
- delikatność i takt, dyspozycyjność czasowa,
- odpowiedzialność za słowa i czyny, opanowanie i spokój,
- przemyślany stosunek do własnej śmierci.

Oprócz predyspozycji, szczególnie wolontariusze niemedycyjni muszą nabyć wiedzę i umiejętności w zakresie opieki paliatywno-hospicyjnej. W tym celu hospicja kierują kandydatów na wolontariuszy na szkolenia organizowane przez wyspecjalizowane w tym zakresie ośrodki, np. zespół z Kliniki Medycyny i Opieki Paliatywnej Akademii Medycznej w Poznaniu, Klinika Psychiatrii w Gdańsku, Hospicjum św. Łazarza w Krakowie i inne. Organizatorem szkoleń, kursów i seminariów jest Ogólnopolskie Forum Ruchu Hospicyjnego, które skupia blisko 140 hospicjów w Polsce, w tym 35 stacjonarnych. Każde hospicjum ma obowiązek, w miarę własnych możliwości, dokształcać swoich wolontariuszy, kierować na staż do innych hospicjów itp.

Z uwagi na to, że stale rośnie liczba chorych kierowanych do naszego hospicjum, liczby posługujących zmieniają się i zaszła potrzeba zatrudnienia lekarzy i pielęgniarek na umowie zleceniu. Obecnie w katowickim hospicjum jest:

- 9 lekarzy wolontariuszy i 5 lekarzy na umowie zleceniu,
- 10 pielęgniarek wolontariuszek i 7 na umowie-zleceniu,
- 1 rehabilitantka wolontariuszka,
- 1 psycholog wolontariusz,
- 27 wolontariuszy niemedycznych, w tym 70% z wyższym wykształceniem,
- 1 kapelan.

Hospicjum dysponuje własnym samochodem, którym „zespół wyjazdowy” złożony z lekarza i pielęgniarki stara się w ciągu 24 godzin od chwili zgłoszenia chorego do opieki, dotrzeć do niego. Jest to szczególnie ważne, gdy u chorego występuje nieopanowany ból lub duszność. Lekarz podaje leki przeciwbólowe, a w przypadku duszności dostarcza się do domu chorego koncentrator tlenu.

Hospicjanci pełnią dyżury w poradni hospicyjnej (siedziba Stowarzyszenia). Odbywają się one 4 razy w tygodniu (dwugodzinne) i służą do udzielania porad i informacji, a przede wszystkim do przyjmowania zgłoszeń chorych do opieki (osobiście i telefonicznie). W latach 1988-2005 (pierwsza chora zmarła 20 stycznia 1988 r.) hospicjum w Katowicach opiekowało się blisko 2000 chorych. Czas trwania opieki wynosił od kilku godzin po zgłoszeniu do 3 lat, średnio 2-3 miesiące. Pod jednoczesną opieką znajduje się 28-35 chorych.

Od 1994 r. hospicjum katowickie otrzymywało dotacje od wojewody i władz miasta, od 1999 r. wizyty u chorych finansowała Śląska Kasa Chorych, a obecnie Narodowy Fundusz Zdrowia. Otrzymywane fundusze są przeznaczane na zakup sprzętu medycznego, jak: łóżka, wysoko specjalistyczne materace prze-

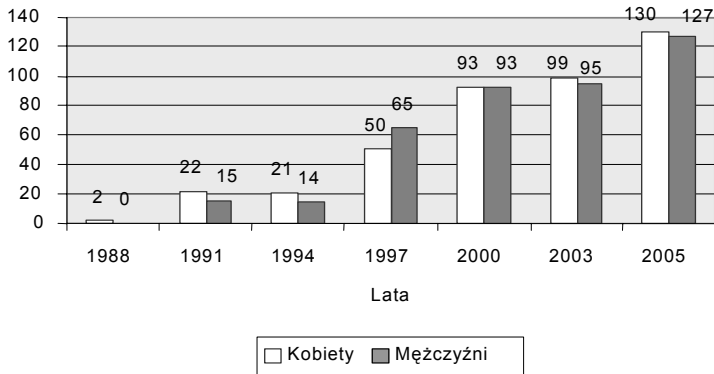
ciwodleżynowe, koncentratory tlenu, pompy infuzyjne, wózki inwalidzkie, chodziki, krzesła toaletowe oraz środków opatrunkowych, przeciwdleżynowych i materiałów higienicznych, jak pampersy i podkłady. Z tych środków finansuje się również wynagrodzenie osób zatrudnionych na umowie-zleceniu oraz zwrot kosztów dojazdu do chorych. Z uwagi na to, że tych funduszy nie można przeznaczać na pomoc socjalną dla dotkniętych podwójną niedolą: chorobą i ubóstwem, np. na zakup leków, pościeli, opału, nieraz żywności, przyborów szkolnych i odzieży dla dzieci chorej(go), hospicjum musi zdobywać środki na te cele organizując koncerty, kwesty, pozyskując nawiązki sądowe. Stowarzyszenie otrzymuje nieraz większe lub mniejsze ofiary pieniężne od osób dobrej woli.

Formacja jest siłą i odniesieniem w bezinteresownej posłudze umierającym. Comiesięczne spotkania wszystkich hospicjantów rozpoczynają się lub kończą mszą św. odprawianą przez kapelana. Raz w roku katowickie hospicjum organizuje 3-dniowe dni skupienia dla wolontariuszy z całej Polski (głównie Polski Południowej). Odbywają się one w domu rekolekcyjnym w Brennej lub Kokoszycach koło Wodzisławia Śląskiego. Dni te są okazją do wyciszenia się, przemyślenia spraw związanych z posługą chorym, a także do wymiany doświadczeń i poglądów. Formacja duchowa jest m.in. sposobem zapobiegania tzw. wypaleniu hospicyjnemu. Działalność hospicjum w Katowicach spotyka się stale z życzliwością i pomocą władz oraz instytucji kościelnych (kwesty, nieodpłatne udostępnienie pomieszczeń magazynowych, pomoc kleryków Śląskiego Wyższego Seminarium Duchownego, anonse w tygodniku „Gość Niedzielny”). Również władze administracyjne, a szczególnie Urząd Miasta ustosunkowują się do naszej działalności życzliwie i pomocnie (bezpłatne użyczenie lokalu siedziby hospicjum, pomoc Prezydenta Miasta Katowic oraz Wydziału Zdrowia i Kształtowania Środowiska Urzędu Miasta Katowice w trudnych sprawach bytowych i życiowych naszych podopiecznych). Dobrze układa się współpraca hospicjum z Miejskim Ośrodkiem Pomocy Społecznej w Katowicach, szczególnie w przypadkach załatwiania spraw socjalnych dla chorych.

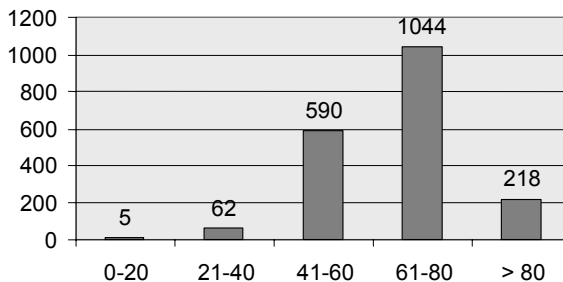
Jak wcześniej wspomniano, hospicjum w Katowicach jest członkiem Ogólnopolskiego Forum Ruchu Hospicyjnego, które nie tylko organizuje zjazdy i kursy szkoleniowe, ale również wydaje biuletyn kwartalny, który informuje o bieżących sprawach hospicyjnych w kraju i na świecie, konferencjach, spotkaniach informacyjnych, obowiązujących aktach prawnych i nowościach wydawniczych o tematyce hospicyjnej.

Trudną sprawą do rozwiązania jest problem samotnych ludzi chorych, niemających rodziny lub mających współmałżonka też chorego lub niepełnosprawnego. Nie możemy opiekować się nimi 24 godziny, a stan zdrowia często tego wymaga. Nie wystarcza życzliwa pomoc sąsiedzka. W takich przypadkach staramy się umieszczać chorego w hospicjum stacjonarnym w Katowicach,

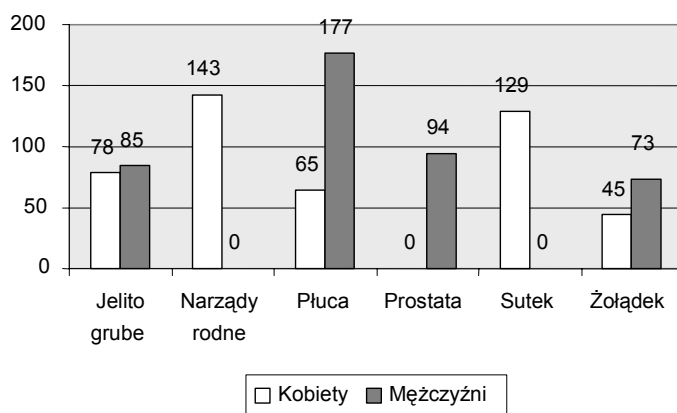
które jest w strukturach Caritasu, kierujemy też do hospicjum „Cordis” w Mysłowicach lub do Chorzowa. Niestety, liczba łóżek w stosunku do potrzeb jest niewystarczająca. Nasze hospicjum zamierza w przyszłości utworzyć hospicjum stacjonarne. Problemem jest również zbyt mała liczba wolontariuszy medycznych i niemedycznych. Raz po raz kierujemy poprzez media i spotkania apel do ludzi dobrej woli, aby ofiarowali swoje serce, ręce i czas dla czekających na nich ludzi chorych i umierających.



Rys. 1. Liczba osób objętych opieką w poszczególnych latach



Rys. 2. Liczba osób i wiek chorych objętych opieką w latach 1998-2005



Rys. 3. Najczęstsze umiejscowienie nowotworów u chorych objętych opieką w latach 1988-2005

KARTA HOSPICJUM

1. Hospicjum powołuje się do sprawowania wszechstronnej opieki medycznej, psychologicznej, duchowej i społecznej nad chorymi znajdującymi się w terminalnym okresie choroby nowotworowej oraz dla opieki nad ich rodzinami.
2. Celem hospicyjnej opieki jest umożliwienie choremu najpełniejszego przeżycia terminalnego okresu choroby poprzez leczenie objawowe, pielęgnację oraz towarzyszenie choremu i jego rodzinie w trudnej drodze cierpienia, jaką przechodzą.
3. Aby to osiągnąć, opiekę i towarzyszenie choremu podejmuje zespół hospicyjny, w skład którego wchodzi: lekarze, psychologowie, socjolodzy, pielęgniarki, farmaceuci, osoby duchowne i pracownicy niemedyczni przez współpracę z rodziną chorego.
4. Działalność hospicjum może być prowadzona jako:
 - Zespół opieki domowej.
 - Hospicjum stacjonarne.
 - Szpitalny oddział hospicyjny zapewniający choremu również opiekę hospicyjną w domu.
 - Oddział opieki dziennej.

5. Hospicjum może działać pod patronatem instytucji państwowych, organizacji społecznych, samorządowych, Kościoła i innych. Patronat określa założenia i zasady opieki hospicyjnej.
6. Organizacja wewnętrzna, jej struktury, ich funkcje i regulamin stanowią zadanie własne i autonomiczne każdego hospicjum.

Dane kontaktowe:

Stowarzyszenie „Hospicjum” w Katowicach
ul. Plebiscytowa 8
40-035 Katowice
tel. (032) 251 70 32

Ks. Zenon Ryzner

Archidiecezjalny Dom Hospicyjny im. Jana Pawła II w Katowicach

STACJONARNA OPIEKA HOSPICYJNA NA PRZYKŁADZIE ARCHIDIECEZJALNEGO DOMU HOSPICYJNEGO IM. JANA PAWŁA II W KATOWICACH

Termin „hospicjum”, podobnie jak „hospitalis” – szpital, pochodzi od łacińskiego słowa „hospes” – gość, gościna. Hospicja istniały wcześniej niż szpitale, będąc domami gościnnymi dla chorych i cierpiących. Działały najczęściej przy domach zakonnych lub na pielgrzymich szlakach. Pragnienie, aby miejsca, gdzie umierają chorzy stały się na nowo „gościnnymi izbami” przyświecały dr Cicely Saunders, gdy otworzyła w 1967 r. w Londynie Hospicjum św. Krzysztofa przeznaczone dla chorych w terminalnej fazie życia. Umierający w hospicjum to najczęściej człowiek w terminalnym okresie choroby nowotworowej. Człowiek, który bardzo cierpi, kończy swoje życie będąc tego świadomy i przygotowuje się na spotkanie z Bogiem, z Wiecznością. Takiego chorego spotyka się w hospicjum. Nasze hospicjum wypracowuje i ciągle doskonali filozofię specjalistycznej opieki, której zasadami są:

- towarzyszenie choremu na drodze jego umierania poprzez zespołową opiekę lekarzy, pielęgniarek, duchownych i wolontariuszy,
- pomoc choremu i jego rodzinie przez 24 godziny na dobę, czyli zawsze, gdy zachodzi taka potrzeba,
- ścisła współpraca i współdziałanie zespołu hospicyjnego z rodziną.

Archidiecezjalny Dom Hospicyjny działa od 2001 r., jako pomnik Roku Jubileuszowego dedykowany Janowi Pawłowi II. Ksiądz Arcybiskup Damian Zimoń poświęcił dom 7 grudnia 2000 r. Pierwszy pacjent został przyjęty 11 lutego 2001 r., w dniu, w którym przypada Światowy Dzień Chorego.

Hospicjum to nie tylko pacjenci, wspólnotę domu tworzą wraz z pacjentami personel medyczno-pielęgnacyjny-opiekuńczy oraz wolontariusze. Wśród tych ostatnich szczególnie miejsce zajmują klerycy Wyższego Śląskiego Seminarium Duchownego. W 2001 r. w domu hospicyjnym było zatrudnionych 27 osób, w 2005 r. 43 osoby, w 2006 r. 75 osób. Wzrost liczby osób zatrudnio-

nych był możliwy dzięki poszerzeniu działalności o pielęgniarską opiekę długoterminową (w 2002 r.) oraz dwa nowe oddziały (w 2006 r.): zakład opiekuńczo-leczniczy w Katowicach i zakład opiekuńczo-leczniczy dla chorych apalicznie¹ w Krzyżowicach koło Żor. Podobnie przedstawia się liczba przyjęć i zgonów. W 2001 r. przyjętych było 114 pacjentów, a zmarło 85, natomiast w 2005 r. przyjęto 215 pacjentów, a zmarło 195. Do hospicjum przeważnie trafiają pacjenci z terenu miasta Katowice (około 80% chorych).

Jakość życia chorego

Każdy z nas jest poddany życiowym doświadczeniom – cierpieniu, nie-szczęściom. Osoby terminalnie chore, „skonfrontowane ze śmiercią” mogą przechodzić przez pięć etapów: odrzucenia i izolacji, irytacji i złości, targowania się, depresji i akceptacji.

Stan odrzucenia i izolacji to stan czasowego szoku, który następuje natychmiast po usłyszeniu wiadomości o poważnej chorobie. Chorego ogarnia wewnętrzna samotność, czuje się odseparowany od osób zdrowych, którzy nadal snują swoje plany. Kiedy odrzucenie i odmowa nie mogą być dalej pielęgnowane, chorzy najczęściej poddają się uczuciom irytacji, złości i poczuciu niesprawiedliwości. Faza irytacji jest trudna do przyjęcia przez rodzinę i opiekunów, ponieważ chory „rozsiewa” swoją agresywność we wszystkich kierunkach. W czasie, kiedy chory zajmuje stanowisko obronne wobec śmierci, a opiekun zachowuje się podobnie wobec agresywności pacjenta, tworzy się łańcuch reakcji, gdzie jeden boi się agresywności drugiego. Zdrowa relacja staje się możliwa tylko wtedy, gdy każdy ośmieli się przyznać do własnych reakcji agresji, lęku, a nawet zniechęcenia. Targowanie się to etap mniej znany, krótszy, jakby próba opóźnienia terminu ustalenia odległości między śmiercią a sobą. W wielu przypadkach w przetargi wciągany jest Bóg, któremu chory składa obietnice ofiary, dary, modlitwy i nawrócenia. Jest więc bardzo ważne, aby chory mógł o tym mówić wybranej osobie świeckiej bądź duchownej. Następnemu etapowi może towarzyszyć depresja. Wszystkie źródła terapeutyczne zostały wyczerpane i pogarszanie się stanu zdrowia chorego staje się z dnia na dzień poważniejsze. Zespołowi opieki pozostaje jedynie podtrzymywanie

¹ Stan apaliczny to efekt bardzo rozległych uszkodzeń półkul mózgowych lub zaburzeń komunikacji pomiędzy półkulami a pniem mózgu. Stan wegetatywny (apaliczny) jest zespołem objawów występujących w przebiegu ciężkiego uszkodzenia mózgu, a zwłaszcza tworzącego siatkowego, wzgórze zakrętu obręczy i układu limbicznego. Jego symptomem jest nieprzespany, ciągnący się tygodniami "sen-nie sen". W medycynie odróżnia się stan apaliczny od śpiączki, która jest najgłębszym stanem zaburzeń przytomności, spowodowanej uszkodzeniem pnia mózgu (przypis red.), <http://normartmark.blox.pl/html/1310721,262146,21.html?57178> (28.11.2006 r.).

opieki, która zmniejsza ból, zwiększa komfort życia, wspiera wszelkie możliwe jeszcze relacje z otoczeniem. Poprzez słowa, spojrzenie, gesty ujawnia się strach, jakiego doświadcza chory i którego nazbyt często nie ośmiela się bezpośrednio wyrazić. Na tym depresyjnym etapie trzeba mieć na uwadze, że kiedy chory mówi: *Proszę zostać na moment przy mnie*, to chwilę później może być już za późno, aby odpowiedzieć na jego wołanie. W takiej optyce lekarz, pielęgniarka, duszpasterz są powołani do przeżywania głębokiego sensu własnego zawodu, własnej funkcji: bycia zmiennikiem towarzyszenia. Oczywiście, są różne sytuacje i różni chorzy i takie towarzyszenie nie zawsze jest możliwe, mimo że otoczenie by sobie tego życzyło. W kierunku takiego towarzyszenia powinno się zmierzać z umiarem, serdecznością, umiając akceptować ewentualne porażki właściwe danej sytuacji czy nam samym... Ostatni etap to stan akceptacji. Jest to czas, w którym rodzina najbardziej potrzebuje pomocy i zrozumienia. Oznacza to, że relacja opiekunów z rodziną jest bardzo ważna, wręcz konieczna. Potrzebna jest jeszcze pewna dojrzałość opiekuna, aby żałoba innych nie stała się źródłem poczucia winy, często wspartym jeszcze przez skrupowanie, wstydlivość, zmęczenie itp., które rzeczywiście sprawia, że relacja opiekunów do rodziny będącej w żałobie staje się trudna „jak gdyby bycie żyjącym i zdrowym stanowiło zniewagę dla tej rodziny”.

Towarzyszenie chorym

Istnieje potrzeba stworzenia niezastąpionej relacji z osobą chorą. „Niezastąpiona relacja” to ta, w której chory ma prawo być tym, kim jest tu i teraz. Przy łagodzeniu bólu nie chodzi już o pragnienie wyzdrowienia czy podtrzymywanie życia za wszelką cenę. Bo kiedy się podtrzymuje życie za wszelką cenę, to chce się życia za bylejaką cenę. Cierpienie człowieka wynika bardziej ze strachu przed cierpieniem i pozostaniem samemu niż ze strachu przed śmiercią.

Pacjenci terminalnie chorzy stawiają swoim opiekunom trudne pytania, np. *Czy masz dla mnie cierpiącego czas?* Wypełniając naukę Chrystusa nie można przejść obojętnie obok Boga cierpiącego w drugim człowieku. Dobry samarytanin to ten, kto zatrzyma się i pochyli nad potrzebującym pomocy, aby zmniejszyć jego lęk, oddalić przynębenie i ukazać chrześcijańską nadzieję. Szczególną rolę w opiece nad osobami chorymi terminalnie odgrywa opieka pielęgniarska. Praca wśród chorych ma wartość „skarbu na życie wieczne”. Chrystus uczy nas, że nie ma większej miłości nad tę, gdy ktoś oddaje życie swoje za swego brata. Różne mogą być sposoby oddawania życia za chorego: męczący dyżur, wyczerpujący niepokój o to, czy uczyniło się wszystko, co

w ludzkiej mocy, aby ratować człowieka, możliwość zarażenia się, znieślawienie, podejrzenie ze strony pacjenta, rodziny czy współpracowników... Ważne jest częste stawianie sobie pytania: *Czy moja służba choremu jest świadectwem, czy antyświadectwem chrześcijaństwa?* Stawianie sobie takich pytań przez opiekunów, stała troska o odpoczynek i higienę psychiczną oraz tzw. „dopasowanie charakterów” to skuteczna obrona przed syndromem wypalenia zawodowego.

Służba w hospicjum nie byłaby możliwa bez wzajemnego zaufania pomiędzy pacjentami a personelem. Opieka nad chorym i umierającym pacjentem wymaga szczególnej relacji międzysobowej. Jest ona spotkaniem zaufania i świadomości (Jan Paweł II, *Przemówienie do uczestników Kongresu Medycyny i Chirurgii*, 27.10.1980 r.). Człowiek naznaczony cierpieniem ma zaufanie tylko do kogoś, na kogo może liczyć w czasie największego doświadczenia, jakim jest choroba. Choroba wówczas nie jest nigdy dla lekarza i pielęgniarki przypadkiem klinicznym – anonimową jednostką, wobec której stosują posiadaną wiedzę, ale zawsze człowiekiem, do którego podchodzą ze szczerą postawą sympatii. Pacjent wyrwany ze środowiska, które dobrze znał, w nowej sytuacji czuje się obco. Obawia się samotnego przeżywania bólu, zależności od obcych, braku kontroli nad fizjologicznymi potrzebami. Można temu zaradzić okazując choremu człowiekowi miłość, dyspozycyjność, zrozumienie, życzliwość, cierpliwość, poświęcając mu uwagę, a nieraz prowadząc z nim bardzo trudny dialog. Ze strony pielęgniarki ważny, a nieraz ważniejszy niż terapia jest uścisk dłoni, uśmiech, rozmowa, zmniejszanie bólu. Przesłanie Chrystusa: *Poznaście prawdę, a prawda was wyzwoli* (J 8,32) jest wciąż aktualne. Prawda umiejętnie dawkowana jest najskuteczniejszym środkiem leczniczym w przypadku przyrodzonym, jak i nadprzyrodzonym. Dialog między pacjentem, szczególnie tym, który jest bliski śmierci, i tymi, którzy mu asystują nie może być oparty na udawaniu. Nigdy taka postawa nie jest godna człowieka i nie przyczynia się do humanizacji choroby. Chrystus jest naprawdę ukryty w człowieku cierpiącym i czeka, aby z Nim porozmawiać, posiedzieć przy Nim...bo więcej radości jest w dawaniu niż w braniu.

Towarzyszenie w rozpacz jest rzeczą trudną. W jaki sposób należy okazywać współczucie? Pytanie jest ważne, gdyż bywa, że współczucie przybiera „cechę maski”. Każda osoba cierpiąca ma nadzieję, nie zawsze będąc tego świadoma, że nie będzie zredukowana do cierpienia, które uczyni z niej tylko przedmiot troski, pocieszenia i niepokoju. To oznaczałoby dla niej, że jest postrzegana jako przedmiot współczucia, a nie jako osoba. Współczucie zwraca się po imieniu do osoby cierpiącej, a nie do jej bólu.

Pomoc w trudnościach religijnych

Święty Piotr apostoł przestrzega: *Bądźcie trzeźwi, czuwajcie!. Przeciwnik wasz diabeł, jak lew ryczący krąży szukając, kogo pożreć. Mocni w wierze przeciwstawiajcie się jemu!* (1P5,8n). Oddziały szpitalne przypominają niekiedy scenę kuszenia Jezusa na pustyni (por. Mk 4,1-11). W rozmowie z Jezusem próbuje działać podstępnie, aby zachwiać zaufanie do Boga. Złym sugestiom, złudnym obietnicom ulegają także chorzy i ich rodziny. Wówczas rodzą się poważne wątpliwości co do sensu życia, cierpienia i dobroci Boga. Kryzys, który powoduje choroba zmusza do szukania światła prawdy, jakie tylko wiara dać może. Cierpienie chorego, tak jak cierpienie niewinnego Hioba, należy przyjąć jako misterium, które człowiek nie jest zdolny do końca przeniknąć swoim rozumem (por. Jan Paweł II, *List apostolski Salvifici Doloris*, 1984). Kiedy zrobiło się wszystko co było w naszej ludzkiej mocy, możemy powiedzieć jak Jezus w Ewangelii św. Łukasza: *Słudzy nieużyteczni jesteście. Wykonaliście tylko to, co powinniście wykonać* (Łk 17,10).

Pomoc rodzinom

Ta pomoc zależy od właściwego zachowania każdej rodziny. Jest więc niemożliwe przekazywanie jednolitych wskazówek, niemniej należy podkreślić, że zarówno pomoc chorym, jak i rodzinom zależy od ducha towarzyszenia, jaki posiada opiekun, od słuchania, od werbalnej czy pozawerbalnej komunikacji, nawet takiej, jak np. wzięcie za rękę, przesłanie spojrzenia, które oznacza: „wszystko w porządku, nie bój się”. Wśród wszystkich trudności, którym opiekunowie muszą stawić czoła w służbie umierającym, najczęściej przywoływaną jest brak czasu – bądź choroba posuwa się bardzo szybko, bądź są przeciążenia i zajęcia niezbędnymi pracami. Tutaj staje przed nami problem pierwszeństwa: Jaka jest waga pomocy, którą może przynieść opiekun umierającemu? Które z prośb i pytań w jego oczach są najważniejsze i jaki czas im poświęcić? Właściwa gotowość bycia obecnym, który potrzebuje lepszej jakości niż dyspozycyjności. Innym problemem może być staranie się, aby ktoś był zawsze dostępny, aby stworzyć możliwość zawołania kogoś innego.

Śmierć jest objawem życia każdego

Kiedy umiera ktoś bliski odczuwamy to bardzo osobiście – tak, jakby umarła część nas samych. Kiedy umrze ktoś bliski przenika nas ból, który daremnie

próbujemy ubrać w słowa. Kiedy umrze ktoś bliski stajemy się uczestnikami dramatu, który od wieków rozgrywa się na naszej planecie. Błogosławiony Papież Jan XXIII w swoim dzienniku zanotował: *Każdy dzień jest dobry na to, by się narodzić, i każdy dzień jest dobry na to, by umrzeć*. Tak jak dobre życie jest wielką sztuką, tak i chrześcijańskie umieranie też jest wielką sztuką. Warto się jej uczyć, byśmy przeżyli jak najpiękniej ten najważniejszy moment naszego życia, czyli śmierć. Dobra śmierć to wielka łaska. O nią trzeba się jak najczęściej modlić, m.in. *Od nagłej i niespodziewanej śmierci – zachowaj nas Panie*. By zrozumieć to, co kryje w sobie prośba o eutanazję jest ważne, aby poznać to, co jest nienormalne w eutanazji, nie tylko dlatego, że jest ona złem, ale dlatego, że „odślania” zło. Tym złem jest dehumanizacja relacji z chorym, dehumanizacja samej śmierci. To brak ludzkich relacji z chorym wzbudza prośbę o eutanazję.

„Milczenie, które przekracza słowa”

W końcu życia pacjenta przychodzi chwila, kiedy ból ustępuje, kiedy człowiek zapada w sen bez majaczeń, kiedy potrzeba jedzenia staje się minimalna, a otoczenie niknie w ciemności. Jest to czas, kiedy za późno na słowa, ale wtedy właśnie ci, co pozostają najgłośniejszemu wołają o pomoc – słowami lub bez słów. Jest to najcięższy czas dla kogoś, kto z jednej strony chciałby już to wszystko mieć za sobą, a kto rozpaczliwie trwa przy tym, kogo traci na zawsze. Jest to czas na terapię milczenia wobec pacjenta. Potrzeba w tym czasie wyboru osoby, która ma dość siły, żeby czuwać przy umierającym. Osoba ta staje się w tym wypadku terapeutą pacjenta, a rodzina ma świadomość, że pacjent nie pozostał sam. Ci, którzy mają dość siły i miłości, by trwać przy umierającym *w milczeniu, które przekracza słowa*, wiedzą, że nie jest to moment ani straszny, ani bolesny, ale spokojne ustanie funkcji życiowych bliskiej osoby. Uświadamia nam, że mamy ograniczony czas bytowania. Niewielu z nas żyje dłużej niż biblijne „trzy razy po dwadzieścia lat i dziesięć”, a jednak każdy w tym krótkim okresie pisze unikalny życiorys i wplata się w tkaninę ludzkich dziejów.

Dane kontaktowe:

Archidiecezjalny Dom Hospicyjny im. Jana Pawła II
Caritas Diecezji Katowickiej
ul. Różyckiego 14 d
tel. (032) 257 21 24
fax. (032) 609 22 44

Dominika Błasiak

Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej Województwa Śląskiego

Wiesława Walkowska

Uniwersytet Śląski

RAPORT Z KONFERENCJI „W OBLICZU STAROŚCI”

ZORGANIZOWANEJ W RAMACH PROGRAMU INTERREG III C

W PAŹDZIERNIKU 2006 ROKU

W dniach 10-11 października 2006 r. w Ustroniu odbyła się międzynarodowa konferencja, która jest zwińczeniem podprojektu „W obliczu starości”, współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej. Podprojekt stanowi część projektu RFO „Regionalny Trójkąt Weimarski” i jest realizowany w ramach programu INTERREG III C. Organizatorem konferencji był Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej Województwa Śląskiego w Katowicach – jeden z trzech, obok Arbeiterwohlfahrt Unterbezirk (AWO) z Regionu Północnej Nadrenii-Westfalii oraz Institut Régional du Travail Social (IRTS) z Regionu Nord-Pas de Calais, partnerów projektu.

Inspiracją do podjęcia tego tematu przez Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej Województwa Śląskiego stały się zachodzące współcześnie w Europie zmiany demograficzne, w tym szczególnie proces starzenia się ludności, wydłużenie przeciętnego czasu trwania życia, spadek przyrostu naturalnego i zmiany modelu rodziny. Zachodzące procesy demograficzne powodują poważne konsekwencje, które już są widoczne w regionach partnerskich. Dla starzejącego się społeczeństwa bardzo ważne jest właściwe przygotowanie systemu opieki nad seniorami, w tym opieki rodzinnej i środowiskowej, systemu ubezpieczeń społecznych, mieszkalnictwa oraz przygotowanie do pracy wolontariatu.

W konferencji uczestniczyli przedstawiciele świata nauki reprezentowani przez Instytut Pracy i Spraw Socjalnych – prof. zw. dr hab. L. Frąckiewicz oraz

dr hab. B. Balcerzak-Paradowską, dyrektora Instytutu, prof. zw. dr hab. K. Wódcz z Uniwersytetu Śląskiego, prof. zw. dr hab. A. Kurzynowskiego ze Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie, prof. dr hab. Małgorzatę Baron-Wiaterek z Politechniki Śląskiej, prof. dr hab. Elżbietę Trafiałek z Akademii Świętokrzyskiej oraz przedstawicieli innych wyższych uczelni. Wśród praktyków najliczniejsze grono stanowili przedstawiciele różnego typu jednostek organizacyjnych pomocy społecznej oraz organizacji działających na rzecz osób starszych, przedstawiciele Uniwersytetów Trzeciego Wieku, reprezentanci kolegiów pracowników służb społecznych.

Uroczystego otwarcia konferencji dokonał wicemarszałek województwa śląskiego S. Karpiński, który przybliżył realizowany projekt, omówił jego główne cele i założenia oraz poziomy współpracy. Zwrócił uwagę na koszty społeczne dyskryminacji ze względu na wiek oraz na procesy demograficzne zachodzące w Europie. Podkreślił, że trzeba podjąć działania, aby osoby starsze jak najdłużej utrzymywały sprawność, niezależność i samodzielność, przy czym należy zwrócić uwagę na jakość życia seniorów. Dodał, że projekt „W obliczu starości” koresponduje z celami „Strategii Polityki Społecznej Województwa Śląskiego na lata 2006-2020”, a także z działaniami podjętymi przez UE, zwłaszcza, że 2007 r. będzie obchodzony jako Europejski Rok na rzecz Równych Szans dla Wszystkich.

Prof. zw. dr hab. L. Frąckiewicz przedstawiła temat „Starość jako problem społeczno-ekonomiczny”. Zwróciła uwagę na różnice demograficzne występujące nie tylko pomiędzy krajami, ale także regionami, czego przykładem jest województwo śląskie, gdzie obciążenie demograficzne pokazuje, że na tym obszarze będą występowały większe problemy niż w innych regionach Polski. Jako badacz zwróciła uwagę na problemy z dostępem do danych i informacji oraz podkreśliła, że konieczny jest system monitoringu i ewaluacji. Wobec zachodzących procesów do starości musimy się przygotować wszyscy, a niezwykle ważne, zwłaszcza w dłuższym horyzoncie czasowym, będą świadczenia i usługi dla osób starszych. Powinny one charakteryzować się wysoką jakością, ale także należy zwrócić uwagę na ciągłą potrzebę zmian. To, w jaki sposób ludzie starsi spędzają czas, a nawet, jak realizują swoje marzenia jest uzależnione w dużej mierze także od ich wykształcenia. Podejmując działania dotyczące osób starszych szczególną uwagę należy zwrócić na potrzeby osób niepełnosprawnych oraz chorych. Powinny one mieć zapewnione poczucie bezpieczeństwa, komfortu, a nie zostać zepchnięte na margines społeczny.

Prof. zw. dr hab. A. Kurzynowski przedstawił temat „Osoby starsze na rynku pracy”, ale podkreślił, że zainteresowania ze strony podmiotów polityki społecznej potrzebują również osoby starsze, które opuściły rynek pracy. Profesor nawiązał do prowadzonych w latach 1964-1967 przez J. Piotrowskiego mię-

dzynarodowych badań, których tezy są wciąż aktualne, zmieniała się tylko skala problemu. Instrumentem prowadzącym do celu przy rozwiązywaniu problemu starości może być koncepcja zrównoważonego rozwoju, która może być drogą do sukcesu, ponieważ integruje zarówno kapitał społeczny, gospodarczy, jak i środowisko naturalne. Realizacja tak pojętych działań powinna się rozkładać na trzech poziomach: lokalnym, regionalnym i krajowym oraz powinna być wpisana w poszczególne strategie polityki społecznej. Następnie prof. A. Kurzynowski przedstawił dane statystyczne dotyczące aktywności zawodowej, w tym także osób powyżej 65 roku życia, z których wynika, że aktywność zawodowa jest bardzo niska, a wyjątek stanowią przedstawiciele tzw. wolnych zawodów, przedsiębiorcy i pracujący w rolnictwie. Zwrócił uwagę na dyskryminację ze względu na wiek i omówił rynki pracy mniej lub bardziej otwarte dla osób w wieku produkcyjnym i poprodukcyjnym. Koncepcja rynków pracy i globalizacji wskazuje, że w przyszłości mobilność pracowników na rynkach pracy będzie wzrastała, możliwe więc, że jest to pewna szansa na rynkach krajowych dla ludzi starszych. Nawiązał także do procesu bolońskiego, który zakłada, że kapitał ludzki musi być doinwestowywany, stąd po okresie studiów najczęściej wymogiem będzie ukończenie trzech, a nawet czterech rodzajów studiów podyplomowych w trakcie aktywności zawodowej. Ważne jest, aby poszukiwać alternatywnych sposobów aktywizowania osób starszych, gdyż praca jest wartością i może stanowić szansę, zwłaszcza na gruncie lokalnym, na rozwój sektora usług. Na zakończenie swojego wystąpienia prof. Kurzynowski przytoczył tezę J. Piotrowskiego – wciąż aktualną – o dochodach jako warunku godnego życia i zaspokajania potrzeb na odpowiednim poziomie.

Tematem wystąpienia dr hab. B. Balcerzak-Paradowskiej była „Rodzina i polityka rodzinna wobec osób starszych”. Choć sytuacja osób starszych w Polsce jest bardzo zróżnicowana, to jednak należy zauważyć, że osoby starsze w większości są niezależne finansowo i posiadają mieszkanie. Wprawdzie standard mieszkań jest mniej niż przeciętny, jednak jest to często dorobek życia tych ludzi. Ze względu na małą aktywność zawodową, ludzie ci mają małe możliwości poprawy swojej sytuacji materialnej. Wyróżnikiem polskiej rodziny są silne związki oparte na wymianie międzygeneracyjnej. Oprócz pomocy materialnej ze strony osób starszych ważną pomoc stanowią także pomoc pozamaterialna oraz przekazywane wartości, postawy i tradycja. Rozwój technologii informacyjnych powoduje jednak, że narastają trudności w komunikowaniu i zrozumieniu, co często prowadzi do osłabienia autorytetu dziadków. Starzenie się społeczeństw powoduje zmianę struktury wieku całej populacji, wobec czego maleje liczba osób młodych, która będzie mogła zaopiekować się starszymi członkami z rodziny. Przewiduje się, że w przyszłości sieć powiązań międzygeneracyjnych będzie malała także z powodu ograniczenia dzietności, bez-

dziełności z wyboru, oddalenia przestrzennego, migracji i wielu innych czynników.

Przeprowadzone przez dr hab. B. Balcerzak-Paradowską analizy badawcze i symulacje prowadzone w środowiskach decydenckich pozwalają na ocenę następstw zmian wprowadzonych w systemie emerytalnym, które mogą powodować poważne konsekwencje, także dla zagrożenia ubóstwem ludzi starszych. Drugi filar systemu emerytalnego, a więc źródło, które miało zasilać fundusz świadczeń emerytalnych dopiero się rozwija, dlatego pojawi się konieczność pomocy wewnątrzrodzinnej i zewnątrzrodzinnej, czyli pomocy społecznej. Uznała, że dla polityki społecznej bardzo ważna jest odpowiedź na pytanie, ile pomocy osobom starszym powinna udzielić rodzina, a ile państwo. Pomoc taka powinna iść w dwóch kierunkach. Z jednej strony należy rozwijać formy pomocy rodzinie, z drugiej rozwijać pozarodzinne formy opieki (w ośrodkach zamkniętych). Nie należy także zapominać o wykorzystywaniu indywidualnej aktywności seniorów, w tym działań samopomocowych oraz działań typu starsi-starszym, starsi-młodemu pokoleniu. Niezastąpioną rolę w tym procesie mogą odegrać organizacje pozarządowe. W wykorzystaniu kapitału ludzkiego tkwiącego w osobach starszych powinni być zaangażowani także przedstawiciele systemu pomocy społecznej i to nie tylko w perspektywie zwiększania się zasobów ilościowych w przyszłości, ale i obecnie dla budowania więzi lokalnych i kształtowania społeczeństwa obywatelskiego.

Tematem wystąpienia G. Kieninger, posłanki do Landtagu Północnej Nadrenii-Westfalii i przewodniczącej AWO Subdistrict Dortmund było „Miasto bez barier dla wszystkich generacji”. Zostały omówione cztery przykłady modelowych projektów AWO mających na celu pomoc rodzinie oraz osobom starszym: „Szkoła dla rodziców”, „Dzienni rodzice”, „Gospodarka seniorów” i „Praca społeczna”. Podsumowując omawiane projekty G. Kieninger odwołała się do stwierdzenia, że *przy narodzinach dziecko dostaje wózek, a na starość człowiek znów musi się przemieszczać na wózku*, dlatego projekt AWO zajmuje się także przystosowaniem mieszkań do potrzeb osób starszych, w tym likwidacją barier architektonicznych. W Dortmundzie jest wiele placówek, które mają bogatą ofertę spędzenia czasu. Pracuje w nich wyszkolony personel, także na zasadzie wolontariatu. AWO prowadzi domy dla osób starszych, które zajmują się całodobową opieką. Tego typu domy odciążają rodziny w opiece nad starszym członkiem rodziny czy dzieckiem w przypadku, kiedy potrzebują wyjechać na urlop czy po prostu odpocząć.

D. Depecker, trener IRTS z regionu Nord-Pas de Calais z Francji, zapoznała zebranych z „Pracą opiekuna domowego” (AMP). Omówiła historię tworzenia się zawodu opiekuna domowego we Francji, pełnione przez niego funkcje, kompetencje zawodowe, proces kształcenia opiekunów domowych, tak aby

mogli pracować w ramach sieci IRTS, oraz szczególne uwarunkowania związane z tą pracą w regionie Nord-Pas de Calais. Podkreśliła, że obecnie organizuje się wiele szkoleń dla opiekunów rodzinnych, wyspecjalizowanych szczególnie w opiece nad ludźmi chorymi psychicznie. W stronę opiekuna domowego kierowane są duże oczekiwania społeczne, ale też istnieje popyt na jego usługi i znaczny deficyt w tym zakresie.

F. Robinet, trener IRTS z regionu Nord-Pas de Calais we Francji, swoje wystąpienie poświęciła roli, jaką w systemie wsparcia osobom starszym pełni AVS, czyli osoba świadcząca pomoc w miejscu zamieszkania. Omówiła zasadnicze „kamienie milowe” tego zawodu, kompetencje AVS i zasady szkolenia oraz różnice pomiędzy zawodem AMP i AVS. Podkreśliła, że w pracy ważne jest okazywanie szacunku osobie, której się pomaga, zachowywanie dyskrecji, wsłuchiwanie się w potrzeby klienta i obserwacja. We Francji jest to zawód sfeminizowany, w którym pracuje najwięcej kobiet w wieku 20-30 lat, w tym około 80% na pół etatu.

Następnie zabrała głos dr M. Zralek z Uniwersytetu Śląskiego wygłaszając referat „Od dziecka do starości”. Przedstawiła prognozy GUS dotyczące liczby ludności w wieku 65 lat i więcej, omówiła katalog podstawowych praw ludzi starych sformułowany przez ONZ oraz najważniejsze działania podmiotów międzynarodowych w kwestii starzenia się społeczeństw. Proces wydłużania się przeciętnego trwania życia powoduje poważne konsekwencje, do których można zaliczyć: rosnące koszty świadczeń społecznych, wzrost zapotrzebowania na usługi medyczne, opiekuńcze i socjalne, konieczność rozbudowy odpowiedniej infrastruktury społecznej oraz zmianę wizerunku osób starszych. Do najważniejszych potrzeb staroego człowieka należy zaliczyć: zdrowie i jego utrzymanie, bezpieczeństwo ekonomiczne, odpowiednie mieszkanie, integrację społeczną, bezpieczeństwo w środowisku zamieszkania oraz samorealizację i kształcenie się. System pomocy osobom starszym powinien się opierać na fundamentalnej zasadzie jak najdłuższego pozostawiania osób starszych w określonym środowisku lokalnym, przy jednoczesnym stopniowym zwiększaniu poziomu i rodzaju usług z poszanowaniem swobody wyboru miejsca pobytu przez zainteresowane osoby starsze.

Dr J. Derejczyk, zastępca dyrektora Szpitala Geriatrycznego w Katowicach, przedstawił „Opiekę medyczną i leczenie ludzi starszych”. Omówił typowe zespoły geriatryczne dla osób powyżej 75 roku życia, przykłady upośledzonej adaptacji oraz skale i testy medyczne stosowane w diagnostyce osób starszych. Przedstawił także założenia projektu rozwoju systemu opieki geriatrycznej w województwie śląskim oraz zasygnalizował konieczne rozwiązania w tym zakresie.

S. Schneidhorst, reprezentująca Urząd Miasta Dortmund, omówiła „Praktyczny przykład wspólnego życia wielu pokoleń, Park Tremonia – projekt mieszkalnictwa wielopokoleniowego”. Odwołała się do historii terenu, na którym powstał projekt i do historii budowania Tremonii. Obszar, na którym powstała Tremonia to teren dawnej kopalni węgla, a potem kopalni doświadczalnej. Podkreśliła, że projekt zyskał naśladownictwo w postaci dwóch kolejnych osiedli, z tym, że jedno z nich nie jest projektem własnościowym, lecz będzie działało na zasadzie wynajmu wybudowanych przez inwestora mieszkań.

W drugim dniu konferencji prof. zw. dr hab. K. Wódcz przedstawiła „Kształcenie pracowników socjalnych”, nawiązując do ważnych zmian w pracy socjalnej po 1989 r., jaką była ustawa o pomocy społecznej. Zaznaczyła, że konsekwencją zachodzących przemian w szkolnictwie wyższym było również to, że od początku lat 90. ubiegłego wieku kształcenie pracowników socjalnych prowadzi uczelnie wyższe, co ma dobre i złe strony. W niektórych środowiskach brakuje bowiem tradycji w tym zakresie, co doprowadziło do sytuacji, że różnią się standardy kształcenia, co utrudnia porównywalność dyplomów. Trwające od kilku lat dyskusje na ten temat nie doprowadziły do żadnych konkluzji. Następnie pani profesor przedstawiła problemy, jakie wystąpiły w związku z zachodzącymi zmianami w oświacie, czego konsekwencją była również likwidacja wielu szkół policealnych i tworzenie kolegiów, które wprawdzie mają status szkoły średniej, ale, jeśli mają patronat wyższej uczelni umożliwiają kontynuowanie studiów uzupełniających, co ma duże znaczenie. Podsumowując dodała, że dużym problemem jest to, że nie ma porozumienia co do statusu pracownika socjalnego. Należałoby więc jak najszybciej podjąć wysiłek w tym zakresie, biorąc pod uwagę także standardy kształcenia.

Tematem wystąpienia B. Protto z Francji, trenera IRTS w regionie Nord-Pas de Calais była „Praca socjalna we Francji oraz ewolucja zawodu pracownika socjalnego”. Pracownicy pomocy społecznej we Francji to osoby przede wszystkim z przygotowaniem ogólnym, ponieważ ta profesja wymaga ciągłego dokształcania. Pracownicy pomocy społecznej ciągle stoją przed nowymi wyzwaniami, stąd muszą być nastawieni na kształcenie ustawiczne. Niezwykle ważną sprawą w tej pracy jest kodeks etyczny, który powinien cechować każdego pracownika socjalnego. B. Protto dodała, że ma doświadczenia zarówno w zakresie pracy socjalnej, jak i w pracy naukowej. We Francji istnieją szerokie możliwości edukacji i szkoleń, które są związane z instytucjami zatrudniającymi pracowników socjalnych. Charakterystyczne jest także to, że jest to zawód sfeminizowany, co wynika z uwarunkowań historycznych. Dodała również, że studenci w Nord-Pas de Calais kształcą się w zakresie zdrowia psychicznego, pracują także z osobami bezdomnymi, ubogimi i chorymi, które nie przyjmują takiej pomocy od lekarzy. Mają dyżury w szpitalach, ułatwiają dostęp do dia-

gnostyki. Ponadto pracownicy społeczni są przygotowywani do pracy z osobami w podeszłym wieku, często z emerytowanymi górnikami. Pomagają swoim klientom, szczególnie starszym, w pracach domowych, a także rodzinom, które opiekują się seniorami, świadczą pomoc osobom niepełnosprawnym. Podsumowując swoje wystąpienie B. Protto podkreśliła, że w pracy pracownika socjalnego ważne jest zagwarantowanie mu godziwych zarobków, a ponadto przestrzegła przed tworzeniem zbyt wielu specjalizacji, które nie miałyby pokrycia w podjęciu późniejszej pracy.

W dyskusji panelowej „Nowe wyzwania polityki społecznej w świetle decentralizacji”, dyrektor Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej Województwa Śląskiego H. Misiewicz podkreśliła znaczenie poszczególnych tematów, jakie pojawiły się w trakcie konferencji, wspomniała także o nowych wyzwaniach dla polityki społecznej w Polsce – o nowym okresie programowania EFS na lata 2007-2013, o Programie Operacyjnym „Kapitał Ludzki” oraz o zmianach w ustawie o pomocy społecznej.

Prof. dr hab. E. Trafiałek mówiła o swoich wczesnych doświadczeniach zawodowych związanych z pracą pracownika socjalnego oraz o konieczności podniesienia jego prestiżu społecznego. Stwierdziła, że w stronę pracownika socjalnego są kierowane duże oczekiwania społeczne, natomiast on sam ma małe kompetencje.

P. Giovannetti, dyrektor IRTS w Lille, stwierdził, że proces decentralizacji przyniósł pozytywne zmiany w polityce społecznej. Państwo nie narzuca własnego modelu rozwiązywania problemów społecznych. Z drugiej jednak strony regiony, które dotyka najwięcej problemów społecznych należą również do regionów najuboższych, a więc posiadają najmniej środków do ich rozwiązywania. Nawiązał do zdarzeń z ubiegłego roku we Francji, kiedy bezrobotni obywatele francuscy, potomkowie przybyszów pochodzących z dawnych kolonii francuskich, stali się inicjatorami zamieszek. Uznał, że nie była to inicjatywa jakiejś małej grupy, lecz do takich zachowań przyczyniły się długoletnia izolacja środowisk emigrantów mieszkających w dzielnicach-gettach oraz brak ich dostępu do pracy w kolejnych pokoleniach.

Prof. zw. dr hab. L. Frąckiewicz nawiązała do pojęcia „spójności społecznej” w pracy socjalnej, a dr hab. inż. M. Baron-Wiaterek wspomniała o znaczeniu zasady subsydiarności w pomocy społecznej, o wadze potencjału społeczności lokalnej, w tym samopomocy. Prof. dr hab. E. Trafiałek stwierdziła, że organizacja skutecznej polityki społecznej wobec osób starszych musi uwzględniać ich fazy życia, wydłużenie życia ludzkiego nie może oznaczać wydłużenia starości, należy zwracać uwagę na podmiotowe traktowanie ludzi starszych, kształcić już od dzieciństwa w dziedzinie gerontologii, stale prowadzić diagnozę

sytuacji osób starszych w społeczeństwie m.in. poprzez prowadzenie badań jakościowych.

Podsumowując dyskusję dyrektor Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej Województwa Śląskiego H. Misiewicz nawiązała do początków powstania projektu, do cennych doświadczeń zawodowych partnerów oraz do znaczenia relacji międzyludzkich w osiągnięciu sukcesu, jakim jest realizacja podprojektu „W obliczu starości”. Podziękowała za możliwość uczestniczenia w wizycie studyjnej, która pozwoliła polskim partnerom na poznanie pracy instytucji wsparcia dla seniorów, prowadzonych przez organizację AWO w Dortmundzie. Wyraziła także chęć kontynuowania dalszej współpracy międzyregionalnej.

PODSUMOWANIE

Inspiracją do podjęcia tematu trójstronnej współpracy przez Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej Województwa Śląskiego stały się zachodzące współcześnie w Europie zmiany demograficzne, w tym szczególnie proces starzenia się ludności. Zachodzące procesy demograficzne powodują poważne konsekwencje, które już dziś są widoczne w regionach partnerskich. Przygotowania wymagają m.in. system opieki nad seniorami, szczególnie usług środowiskowych, standardy leczenia osób starszych, system ubezpieczeń społecznych, infrastruktura podtrzymująca aktywność osób starszych, mieszkalnictwo oraz system kształcenia ustawicznego. W przyszłości niebagatelną rolę w opiece nad osobami starszymi będzie odgrywał wolontariat (także zaangażowanie seniorów z młodszych grup wiekowych).

Podprojekt „W obliczu starości” stanowiący odpowiedź na problemy związane z przemianami demograficznymi, w tym szczególnie na proces starzenia się społeczeństw europejskich, pozwolił na osiągnięcie kilku celów. Przyczynił się do wymiany doświadczeń zawodowych między partnerami – Regionalnym Ośrodkiem Polityki Społecznej Województwa Śląskiego w Katowicach (ROPS), Arbeiterwohlfahrt Unterbezierk (AWO) w Dortmundzie oraz Institut Régional du Travail Social (IRTS) w Lille. W ramach podprojektu partnerzy zorganizowali seminaria i konferencje: w Katowicach na temat „Popularyzacja problemów starzenia się, jego konsekwencji i profilaktyki”, w Dortmundzie na temat „Partycypacja osób starszych na rzecz rozwoju środowiska lokalnego”, w Lille na temat „Aktywność osoby starszej a zachowanie przez nią samodzielności i niezależności. Starość a zdrowie”. Seminaria te przyczyniły się do wymiany wiedzy na temat sytuacji społeczno-ekonomicznej osób starszych, w tym charakteru problemów społecznych oraz struktury ludności w regionach partnerskich – w województwie śląskim, w regionie Północnej Nadrenii-Westfalii oraz w Nord-Pas de Calais. Umożliwiły dokonanie porównań danych statystycznych, w tym prognoz odnoszących się do populacji osób starszych. Seminaria były połączone z wizytami studyjnymi, w ramach których zaproszeni goście mogli zapoznać się z systemami opieki instytucjonalnej i pozainstytucjonalnej oraz z przykładami dobrych praktyk w służbie zdrowia. Partnerzy i osoby zaproszone do udziału w seminariach zaznajomiły się także z systemami kształcenia pracowników socjalnych w krajach partnerskich. Wizyty studyjne w instytucjach działających na rzecz osób starszych przybliżyły zainteresowanym sposoby funkcjonowania tych ośrodków.

Ostatnim etapem projektu była zorganizowana przez Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej Województwa Śląskiego międzynarodowa konferencja pt. „W obliczu starości”. Partnerzy i zaproszeni goście reprezentujący różnego typu jednostki organizacyjne pomocy społecznej oraz organizacje działające na rzecz osób starszych, Uniwersytety Trzeciego Wieku, kolegia pracowników służb społecznych i środowiska naukowe wysłuchali interesujących wystąpień na temat opieki nad seniorami w kontekście demograficznym i ekonomicznym oraz poznali przykłady dobrych praktyk z regionów partnerskich.

Ze względu na to, że liczba materiałów merytorycznych zgromadzonych podczas seminariów i konferencji przerosła ramy niniejszej publikacji, zrodziła się inicjatywa wydania książki, która stanowiłaby wartość dodaną podprojektu.

Podprojekt „W obliczu starości” był poddawany monitoringowi i ewaluacji na każdym jego etapie. Prowadzenie systematycznej ewaluacji miało się przyczynić do osiągnięcia wymiernych efektów w projekcie. Ewaluacja, w tym samoewaluacja, jako narzędzia stosowane przez wiele partnerstw międzynarodowych, pozwalają na bieżąco ingerować w poszczególne fazy projektu i dokonywać potrzebnych zmian. Monitoring umożliwia efektywne pokonywanie poszczególnych etapów, zaś dzięki ewaluacji można przewidzieć wypracowanie wartości dodanej.

Na pierwszym spotkaniu spośród osób zaangażowanych w realizację projektu wybrano koordynatora ds. ewaluacji. W czasie trwania prac nad projektem koordynator ds. ewaluacji przedstawił krótki schemat samoewaluacji i przesłał go do wypełnienia partnerom. Samoewaluacja odnosiła się do:

- oceny aktualnie podejmowanych działań,
- porównania działań zrealizowanych z wcześniej zaplanowanymi,
- wykorzystania wyników samoewaluacji do przyszłych działań,
- wypracowania ram czasowych dla poszczególnych etapów działań.

W schemacie samoewaluacji pojawiły się pytania:

- Jakie wymierne rezultaty i produkty zrodziły się w trakcie projektu?
- Jakie tematy powinny być poddane ewaluacji?
- Jak powinny być zbierane informacje na ten temat?
- W jaki sposób powinno się omawiać rezultaty projektu?
- W jaki sposób zamierzamy wykorzystać wyniki ewaluacji projektu w jego kolejnych fazach?

Po uzupełnieniu schematu wyniki ewaluacji zostały przesłane do wszystkich partnerów. Po ich przedyskutowaniu partnerzy omówili plany związane z dalszymi pracami nad projektem. Ustalono, że ewaluacja podprojektu będzie opublikowana w oddzielnym raporcie.

Podsumowując można stwierdzić, że w kontekście starzenia się społeczeństw spośród trzech regionów partnerskich województwo śląskie cechują

najkorzystniejsze wskaźniki demograficzne. Rodziny zamieszkujące w województwie śląskim cechują się trwalszymi więziami społecznymi niż w pozostałych regionach partnerskich. Za szczególnie ważne uznano przepływy międzygeneracyjne w Polsce, które oznaczają transfer czasu, przestrzeni i środków finansowych pomiędzy trzema pokoleniami w rodzinie. Stwierdzono, że w dalszym ciągu należy wzmacniać postawy obywatelskie w społecznościach lokalnych, promować wolontariat i wspierać samopomoc.

Dobre praktyki odnoszące się do wielowymiarowej opieki nad osobami starszymi wskazały w podejmowanych działaniach na konieczność uwzględniania zasady subsydiarności, która przyczynia się do wzmacniania społeczeństwa obywatelskiego. Obszar społeczeństwa obywatelskiego jest tutaj rozumiany jako całość relacji między jednostkami i społecznościami pośrednimi, które powstają i występują na poziomie podstawowym dzięki „twórczej podmiotowości obywatela”¹. Na podstawie zasady subsydiarności wszystkie społeczności wyższego szczebla powinny przyjąć postawę nastawioną na ich wspieranie, popieranie i rozwój. W ten sposób pośrednie ciała społeczne mogą właściwie pełnić te zadania, które do nich należą, bez konieczności odstępowania ich innym organizacjom i instytucjom społecznym wyższego szczebla, przez które mogłyby zostać wchłonięte i zastąpione, aby w końcu podważyć ich godność i przestrzeń życiową. Zasada ta narzuca się także dlatego, że każda osoba, rodzina i pośredni organizm społeczny mają do zaoferowania wspólnocie coś oryginalnego, niepowtarzalnego².

Na koniec warto przytoczyć słowa L. Dyczewskiego, że *[...] społeczeństwo nawet najbardziej nastawione na nowoczesność nie może obyć się bez ludzi starych [...] wnoszą oni bowiem w jego życie specyficzne dla ich wieku wartości, których odrzucenie pozbawiłoby społeczeństwo czegoś bardzo dlań istotnego, czegoś, co należy do istoty życia ludzkiego jako całości i czegoś, co daje podstawę do utrzymania tożsamości i rozwoju społeczeństwa*³.

¹ Jan Paweł II: *Encyklika Sollicitudo rei socialis*, 15. Cyt. za: *Kompendium nauki społecznej Kościoła*. Papieska Rada Iustitia et Pax. Kielce 2005, s. 122.

² *Ibid.*, s. 123-124.

³ L. Dyczewski: *Ludzie starzy i starość w społeczeństwie i kulturze*. Lublin 1994, s. 78.

SUMMARY

FACING OLD AGE. A DESCRIPTION OF AIMS AND GOOD PRACTICE

The present publication is a result of the cooperation within the INTERREG IIIC Programme, sub-project *Facing old age*, between the partner regions – the Silesian Voivodeship, the federal state North Rhine-Westphalia and Nord-Pas de Calais. The sub-project constitutes a part of the RFO project called *The Regional Triangle of Weimar*. The project was led by the Regional Centre of Social Policy of the Silesian Voivodeship located in Katowice, and its partner from the German side was Arbeiterwohlfahrt Unterbezirk Dortmund (AWO) and from the French side – Institut Régional du Travail Social du Nord-Pas de Calais (IRTS).

The idea of addressing triangular cooperation by the Regional Centre of Social Policy of the Silesian Voivodeship was inspired by demographic changes affecting modern Europe, in particular the ageing process, growing average life expectancy, falling birth-rate and a changing family model. The current demographic processes produce a number of serious consequences already observable in the partner regions. Given the ageing society it is extremely important to provide a proper care system for seniors, including family and environmental care, a social insurance system, housing and preparation for voluntary jobs. The aim of the project was to exchange information, knowledge and experience among the partners, each of them being supported by regional partnership (a group of public and non-governmental institutions). The time of the project was determined between July 1st 2005 and December 31st 2006.

The first part of the book *Facing old age. A description of aims and good practice* offers an outline of the sub-project, i.e. general information on the INTERREG IIIC Programme and the sub-project *Facing old age*, including priorities, types of undertakings, potential beneficiaries as well as the system of managing the sub-project and the procedures used.

The second part of the publication, *The population's ageing process in the Silesian Voivodeship as a challenge to the regional social policy*, familiarizes the reader with the project's theme: it deals at length with demographic issues regarding current as well as predicted changes in the structure and age of Poland's and Europe's population. This section contains information about rights,

policy and the latest European documents concerning the elderly and, in addition, about the most recent strategic document referring, among other things, to elderly people: *The Strategy for Social Policy of the Silesian Voivodeship for the years 2006-2020*. Helping the elderly can be particularly stimulated by solidarity in the family and in a local community as well as by the direction of inter-generational transfers. Moreover, this part of the publication has been provided with current data as to the number and the type of social aid institutions in the Silesian Voivodeship which offer support for seniors.

The subsequent part of the elaboration shows examples of good practice taken from the partner regions: the Silesian Voivodeship, the federal state North Rhine-Westphalia and Nord-Pas de Calais. The topical areas were divided into three parts, according to the themes of single workshops. The first one was *Popularising problems of ageing, its consequences and prevention*; the second one – *Elderly people's participation in developing local environment*; and the third one – *Elderly person's activity vs. maintaining independence and self-sufficiency. Old age and health*.

Here we have examples of good practice taken from the three partner regions which have been achieved in various public institutions and social organizations. The Polish side has adduced the following examples of good practice: *Help and support for the elderly inhabitants of Chorzów* by B. Antończyk, *The activity of universities of the third age illustrated by the example of UTA at the University of Silesia* by H. Hrapkiewicz, *The three-generational community of the charity centre 'Samarytanin' and its integration with the local environment* by Z. Jaksz, *Proposals solutions facilitating medical care and treatment for elderly people* by J. Derejczyk, *The hospice care* by T. Trzeciak, *Facing old age - dignified death* by Z. Ryzner. The German side has presented the following topics: *Voluntary work in meeting houses of 'Workmen's welfare' in Dortmund* by M. Bille and F. Czwikla, *Seniors offices as institutions coordinating aid and care for the elderly within the city of Dortmund* by Ch. Gilbert, *Environmental services for seniors superseding the stage of round-the-clock care within the aid for seniors illustrated by the example of the project 'Seniors' community in Dortmund'* by A. Kutscha and *Senior volunteers' help for the young in starting their professional career in Lünen* by K. Kleinsimlinghaus. The French side has described the following issues: *The aims and actions of the 'Grandparentant' association* by G. Therain and S. Lescomffe, *The 'Ar'toit 2 generations' initiative* by P. Giovannetti, *The project 'Le Soleil Bleu' ('The blue sun')* by M. Rougerie, *The system of healthcare and welfare for seniors in Nord-Pas de Calais* by S. Sion and *Caring for a person with Alzheimer's disease* by J.-L. Playe.

The next part of the publication includes a report from the conference *Facing old age* held in Ustroń on October 10th-11th under the auspices of the Mar-

shal of the Silesian Voivodeship, Michał Czarski. The conference culminated the sub-project *Facing old age*. It was organized by the Regional Centre of Social Policy of the Silesian Voivodeship. Apart from German and French partners, the conference was attended by scientists represented by the Institute of Labour and Social Studies: Prof. L. Frąckiewicz and Dr. B. Balcerzak-Paradowska (the Institute Director), Prof. K. Wódz from the University of Silesia, Prof. A. Kurzynowski from the Warsaw School of Economics as well as representatives of other academic institutions. As regards practitioners, the largest group were constituted by representatives of various social aid organizations as well as those helping the elderly, representatives of third age universities and colleges of social work. The conference provided an array of interesting presentations. In addition, examples of good practice from the partner regions were shown. Summing up the conference talks, the Director of the Regional Centre of Social Policy, Halina Misiewicz, turned back to the time when bonds with the partners were being established. She also stressed the importance of interpersonal relations in the successful accomplishment of the sub-project. Mrs Misiewicz expressed her gratitude for the opportunity of participating in a studio visit which made it possible for the Polish partners to become familiar with the activity of senior-oriented institutions managed by the AWO organization in Dortmund. She also declared herself willing to continue the interregional cooperation.

The publication closes with a summary containing a preliminary evaluation of the sub-project *Facing old age*.

BIBLIOGRAFIA

- Auleytner J.: *Polityka społeczna, czyli ujarzmianie chaosu społecznego*. Warszawa 2002.
- Balcerzak-Paradowska B.: *Rodzina i polityka rodzinna na przełomie wieków*. Warszawa 2004.
- Białecki I., Czepulis-Rutkowska Z., Sztanderska U., Wóycicka I.: *Nowy model społeczny*. Biała Księga 2003. Część VI. Gdańsk-Warszawa 2003.
- Błądowski P.: *Lokalna polityka społeczna wobec ludzi starych*. Warszawa 2002.
- Błądowski P.: *Pomoc społeczna*. W: *Polityka społeczna*. Red. A. Kurzynowski. Warszawa 2002.
- Błądowski P.: *Pomoc społeczna w Polsce i w Unii Europejskiej*. W: *System zabezpieczenia społecznego po przystąpieniu Polski do Unii Europejskiej*. Red. K. Głąbicka. Warszawa 2003.
- Czapiński J.: *Quo vadis homo? Zrównoważony rozwój, jakość życia i złudzenie postępu*. W: *Wymiary życia społecznego*. Red. M. Marody. Warszawa 2002.
- Deregowska J.: *Śmierć i przemijanie człowieka w dobie współczesnych przemian cywilizacyjnych*. W: *Człowiek w obliczu wykluczenia i marginalizacji społecznej. Wokół zagadnień teoretycznych*. Red. K. Białobrzaska i S. Kawula. Toruń 2006.
- Diagnoza społeczna 2005. Warunki i jakość życia Polaków*. Red. J. Czapiński i T. Panek. Warszawa 2006.
- Dostęp do praw społecznych w Europie*. Raport przygotowany przez Mary Daly, Queen 's University. Warszawa 2004.
- Dostępność opieki zdrowotnej i pomocy społecznej dla osób starszych w Polsce*. Raport z badań. Red. K. Szczerbińska. Kraków 2006.
- Draft Joint Report on Social Inclusion 2001*. Part. I: The European Union, Including Executive Summary.
- Dziewięcka-Bokun L.: *Systemowe determinanty polityki społecznej*. Wrocław 1999.
- Dziewięcka-Bokun L.: *Ekсклюza społeczna – istota, przyczyny*. W: *Wokół teorii polityki społecznej*. Red. B. Rysz-Kowalczyk i B. Szatur-Jaworska. Warszawa 2003.
- Elastyczny rynek pracy i bezpieczeństwo socjalne. Flexicurity po polsku?* Red. M. Rymśa. Warszawa 2005.
- Frąckiewicz L.: *Karta Praw Człowieka Starego*. Warszawa 1985.
- Golinowska S., Topińska I.: *Pomoc społeczna – zmiany i warunki skutecznego działania*. Warszawa 2002.

- Jędrasik-Jankowska I.: *Pojęcia i konstrukcje prawne ubezpieczenia społecznego*. Tom 1, 2. Warszawa 2006.
- Kapitał społeczny*. Red. L. Frąckiewicz i A. Rączaszek. Katowice 2004.
- Koczur W.: *Zabezpieczenie społeczne. Podstawowe zagadnienia*. W: *Polityka społeczna w okresie transformacji*. Red. A. Frąckiewicz-Wronka i M. Zrałek. Katowice 2000.
- Koczur W.: *Zadania samorządu terytorialnego w zakresie pomocy społecznej*. W: *Samorządowa polityka społeczna*. Red. A. Frąckiewicz-Wronka. Warszawa 2002.
- Koczur W.: *Publiczna pomoc społeczna w województwie śląskim – charakterystyka ogólna*. W: *Obraz społeczny Śląska na przełomie wieków*. Red. Z. Pisz. Opole 2004.
- Kręgi integracji i rodzaje tożsamości*. Red. W. Wesółowski i J. Włodarek. Warszawa 2005.
- Krzyszkowski J.: *Między państwem opiekuńczym a opiekuńczym społeczeństwem. Determinanty funkcjonowania środowiskowej pomocy społecznej na poziomie lokalnym*. Łódź 2005.
- Ledkiewicz A., Radzik-Kazenas B.: *Ubezpieczenia społeczne w Polsce: informacje, fakty*. Warszawa 2004.
- Leksykon polityki społecznej*. Red. B. Rysz-Kowalczyk. Warszawa 2002.
- Między transformacją a integracją. Polityka społeczna wobec problemów współczesności*. Red. P. Błędowski. Warszawa 2004.
- Muras M.: *Pojęcie wykluczenia społecznego*. W: *Diagnoza społeczna 2005. Warunki i jakość życia Polaków*. Red. J. Czapiński i T. Panek. Warszawa 2005.
- Nowa Strategia na rzecz spójności społecznej*. Strasburg 2004.
- Okólski M.: *Demografia zmiany społecznej*. Warszawa 2004.
- Orczyk J.: *Polityka społeczna. Uwarunkowania i cele*. Poznań 2005.
- Orzechowska G.: *Seniorzy wobec marginalności i marginalizacji społecznej*. W: *Człowiek w obliczu wykluczenia i marginalizacji społecznej. Wokół zagadnień teoretycznych*. Red. K. Białobrzaska i S. Kawula. Toruń 2006.
- Polska starość*. Red. B. Synak. Gdańsk 2002.
- Problemy społeczne, pomoc społeczna, praca socjalna*. Red. J. Krzyszkowski i R. Majer. Warszawa 2004.
- Raport społeczny Polska 2005*. Red. S. Golinowska. Warszawa 2005.
- Scenariusze polityki ludnościowej dla Polski. Badanie eksperckie Delphi*. Red. I.E. Kotowska. Warszawa 2005.
- Socjologia i polityka społeczna a aktualne problemy pracy socjalnej. Dylematy teorii i praktyki społecznej*. Red. K. Wódz i K. Piątek. Warszawa 2004.
- Społeczne aspekty ubezpieczenia*. Red. T. Szumlicz. Warszawa 2005.

- Spoleczne włączanie*. Raport Komisji Europejskiej, październik 2001.
- Strategia Polityki Społecznej 2007-2013*. Warszawa 2005.
- Systemy emerytalne w krajach Unii Europejskiej*. Red. T. Szumlicz i M. Żukowski. Warszawa 2004.
- Sytuacja rodzin i polityka rodzinna w Polsce*. Red. D. Graniewska. Warszawa 2004.
- Szatur-Jaworska B.: *Starość i ludzie starzy w polityce społecznej*. Warszawa 2000.
- Szatur-Jaworska B., Błędowski P., Dziegielewska M.: *Podstawy gerontologii społecznej*. Warszawa 2006.
- Szczepański M.: *Dylematy reformy polskiego systemu emerytalnego*. Poznań 2006.
- Sześćdziesiąt lat polityki społecznej w Polsce. Księga pamiątkowa na jubileusz osiemdziesięciolecia prof. zw. dr hab. Lucyny Frąckiewicz*. Red. A. Rączaszek. Katowice 2006.
- Szukalski P.: *Przełomy międzypokoleniowe i ich kontekst demograficzny*. Łódź 2002.
- Szumlicz T.: *O systemie zabezpieczenia społecznego – podobnie i inaczej*. W: *O roztropną politykę społeczną*. Red. J. Auleytner. Warszawa 2003.
- Szumlicz T.: *Ubezpieczenie społeczne. Teoria dla praktyki*. Warszawa 2005.
- Trafiałek E.: *Polska starość w dobie przemian*. Katowice 2003.
- Trafiałek E.: *Przestrzeń życiowa i socjalna ludzi starych – wymiary marginalizacji*. „Problemy polityki społecznej”. Forum. Problemy demograficzne Polski, nr 5/2003.
- Trafiałek E.: *Starzenie się i starość. Wybór tekstów z gerontologii społecznej*. Kielce 2006.
- Ubezpieczenia społeczne i na życie. Stan i perspektywy*. Red. H. Worach-Kardas. Łódź 2004.
- Ubóstwo i wykluczenie społeczne, badania, metody, wyniki*. Red. S. Golińska. Warszawa 2005.
- Uścińska G.: *Europejskie standardy zabezpieczenia społecznego a współczesne rozwiązania polskie*. Warszawa 2005.
- Uścińska G.: *Świadczenia z zabezpieczenia społecznego w regulacjach międzynarodowych i polskich. Studium porównawcze*. Warszawa 2005.
- Warunki życia ludzi starszych i ich zachowanie na rynku*. Red. A. Kusińska. Warszawa 2002.
- Warzywoda-Kruszyńska W., Grotowska-Leder J., Krzyszkowski J.: *Lokalna polityka wobec biedy. Bieda poza granicami wielkiego miasta*. Łódź 2003.

W stronę aktywnej polityki społecznej. Red. T. Kaźmierczak i M. Rymsza. Warszawa 2003.

Wygrani i przegrani polskiej transformacji. Red. M. Jarosz. Warszawa 2005.

Zalewski D.: *Opieka i pomoc społeczna. Dynamika instytucji.* Warszawa 2005.

Zapobieganie wykluczeniu społecznemu. Red. L. Frąckiewicz. Katowice 2005.

Zaworska-Nikoniuk D.: *Marginalizacja starości w dobie późnonowoczesnego konsumeryzmu – spojrzenie feminologii na media masowe.* W: *Człowiek w obliczu wykluczenia i marginalizacji społecznej. Wokół zagadnień teoretycznych.* Red. K. Białobrzaska i S. Kawuła. Toruń 2005.

Zrewidowana Strategia Spójności Społecznej. Strasburg 2004.

ZAŁĄCZNIK

