

FRANTIŠEK DROZD

PODNOŠENIE JAKOŚCI ŻYCIA SENIORÓW NA SŁOWACJI ZA POMOCĄ ŚRODOWISKOWYCH USŁUG OPIEKUŃCZYCH W ŚWIETLE DOŚWIADCZEŃ OBYWATELSKIEGO STOWARZYSZENIA „FAMILIARIS”

ABSTRAKT

Artykuł analizuje jakość życia seniorów w środowisku naturalnym oraz w placówce na przykładzie doświadczeń słowackiego obywatelskiego stowarzyszenia „Familiaris”. Przedstawiono w nim rodzaje usług opiekuńcze/pielęgniarskich, wsparcie i opiekę nad seniorami. Omówione zostały standardy i kontrola jakości świadczenia usług społecznych, udział rodziny w świadczeniu usług pielęgniarstwa w formie terenowej, finansowanie usług społecznych (modele finansowania), kwalifikacje opiekunów czy nadzór i ustawiczne kształcenie w ramach usług opiekuńczych.

Słowa kluczowe: seniorzy, usługi opiekuńcze, usługi społeczne

WPROWADZENIE

Słowacja nie różni się wiele od innych krajów Unii Europejskiej pod względem postępujących procesów starzenia się społeczeństwa. Wprawdzie odsetek osób starszych w globalnej liczbie obywateli nadal jest relatywnie niski w porównaniu z innymi krajami UE (European Commission, 2015), to mimo wszystko rośnie potrzeba dostosowywania oferty edukacyjnej, pomocowej i opiekuńczej dla najstarszych obywateli. Jedną z form skutecznej pomocy seniorom w środowisku otwartym stają się usługi opiekuńcze.

Na Słowacji są one świadczone w domu osoby starszej, w tzw. środowisku otwartym, jako jedna z form usług społecznych w myśl ustawy nr 448/2008 o usługach społecznych na rzecz osoby fizycznej, która jest

zdana na pomoc innej osoby fizycznej, w zależności od stopnia niesamodzielności (Zákon z 30. października 2008 o sociálnych službách..., 2008). Chodzi o beneficjenta usługi społecznej, który potrzebuje pomocy podczas wykonywania podstawowych czynności higienicznych, zajmowania się gospodarstwem domowym i podstawowych działań społecznych według załącznika nr 4 (tamże). W dokumencie, który opublikowało Ministerstwo Pracy, Spraw Społecznych i Rodziny Republiki Słowackiej (RS), zatytułowanym „Państwowe priorytety rozwoju usług społecznych w latach 2015–2020” (Národné priority rozvoja sociálnych služieb na roky 2015–2020, 2014) w opisanych celach państwo zobowiązało się, że „zwiększy dostępność usług społecznych świadczonych na poziomie społeczności lokalnej z naciskiem na rozwój usług społecznych na rzecz rodziny, która opiekuje się swoim członkiem zdanym na pomoc innej osoby przy wykonywaniu podstawowych czynności higienicznych” (tamże). Realizacja tego celu jest stosunkowo kosztowna z perspektywy zapewnienia jakości świadczonych usług społecznych, które – według ministerstwa – w swoich planach na rzecz społeczności mają uwzględnić miasta i gminy. W związku z tym nasuwa się kilka pytań. Kto jest beneficjentem, a kto dostawcą usług społecznych? W jaki sposób przestrzega się standardów jakości świadczenia usług społecznych? Jaki jest udział rodziny w świadczeniu usług opiekuńczych, a zatem jaka jest rzeczywistość w przypadku świadczenia usług opiekuńczych w społeczności, czyli w gospodarstwie domowym, w mieszkaniu, domu klienta? Na te pytania będę się starał odpowiedzieć z perspektywy Stowarzyszenia „Familiaris”.

Powstałe w 2016 r. „Familiaris” liczy 35 członków. Działa na terenie czterech miast: Świt, Poprad, Wysokie Tatry i Kieżmark. Zajmuje się nie tylko opieką nad osobami starszymi, lecz także oferuje usługi „Centrum społeczności” dla mieszkańców żyjących w ubóstwie. Stowarzyszenie prowadzi działalność w systemie ambulatoryjnym – doradcy zajmują się specjalistycznym poradnictwem socjalnym dla ludzi bezrobotnych czy chorych psychicznie. Niejednokrotnie współpracują z całą rodziną klienta. Usługi oferowane przez Stowarzyszenie wykonuje wykwalifikowany personel. W przypadku usług opiekuńczych są to przeszkolone opiekunki, w „Centrum społeczności” – pracownicy socjalni lub wolontariusze. Należy podkreślić, że doradcy społeczni muszą uzyskać akredytację Ministerstwa Pracy RS. Usługi specjalistów są odpłatne, ale częściowe wynagrodzenia pracowników socjalnych są pokrywane z funduszy unijnych.

BENEFICJENT I DOSTAWCA USŁUGI SPOŁECZNEJ – USŁUGI OPIEKUŃCZEJ

Ustawa nr 448/2008 o usługach społecznych (Zákon z 30. października 2008 o sociálnych službách..., 2008) wyraźnie wskazuje: kto może być beneficjentem usługi społecznej; jakie czynności i dla osób z jakim stopniem niepełności można świadczyć usługi; jakie są prawa i obowiązki beneficjenta usług społecznych, które są uregulowane w umowie pomiędzy dostawcą usługi a beneficjentem. W umowie mogą również zostać uzgodnione inne usługi społeczne, wysokość i sposób ich finansowania, miejsce i czas świadczenia usług itp. Dostawcy usług społecznych na Słowacji dzielą się na dwie podstawowe grupy, dostawców publicznych i niepublicznych. Dostawcy publiczni to: miasta i gminy, wyższe jednostki terytorialne oraz Ministerstwo Prac Społecznych i Rodziny RS. Dostawcy niepubliczni są podzieleni na dwie grupy, mianowicie dostawców, którzy świadczą usługi społeczne w interesie publicznym i nie świadczą usług społecznych w celu osiągnięcia zysku (organizacje trzeciego sektora i Kościół), oraz dostawców niepublicznych, którzy świadczą usługi społeczne w celu osiągnięcia zysku (osoby fizyczne lub prawne na podstawie rejestru przedsiębiorców). Obie grupy muszą być wpisane do rejestru dostawców usług społecznych, który prowadzi odpowiednie województwo (kraj samorządowy). Świadczenie usług społecznych bez takiego wpisu do rejestru podlega karze w wysokości do 35 000 euro. Listę dostawców usług społecznych prowadzi Ministerstwo Prac Społecznych i Rodziny RS na swojej stronie jako centralny rejestr dostawców usług społecznych (Centrálny register poskytovateľov sociálnych služieb).

JAKOŚĆ ŚWIADCZENIA USŁUG SPOŁECZNYCH

W załączniku nr 2 do ustawy nr 448/2008 (Zákon z 30. października 2008 o sociálnych službách..., 2008) dokładnie opisano warunki jakości świadczonej usługi społecznej według poszczególnych obszarów:

- I obszar: Przestrzeganie podstawowych wolności człowieka;
- II obszar: Warunki proceduralne;
- III obszar: Warunki personalne;
- IV obszar: Warunki działalności.

Podane obszary są skategoryzowane na podstawie poszczególnych kryteriów i realizacji standardów według wskaźników, a następnie w zależności od istotności kryteriów/liczby punktów zsumowuje się liczbę punktów

otrzymanych przez dostawcę. Dostawca usług jest bezpośrednio odpowiedzialny za przestrzeganie warunków dotyczących jakości świadczonej usługi społecznej.

Przy spełnieniu warunków jakości świadczenia usługi społecznej niebagatelną rolę odgrywa finansowanie, ewentualnie współfinansowanie terenowej usługi opiekuńczej. Skoro ministerstwo pozostawiło finansowanie usługi miastom i gminom jako wymóg obligatoryjny, zdecydowano, że usługi nie będą finansowane bezpośrednio z mocy ustawy, jak w przypadku innych usług społecznych (takich jak: noclegownia, obiekt dla seniorów, obiekt świadczenia usług opiekuńczych, ośrodek opieki dziennej). Pełną odpowiedzialność za przestrzeganie omawianych usług przejął samorząd, który na podstawie powszechnie wiążącego rozporządzenia może, ale nie musi ich świadczyć ani zapewniać ich finansowania. Decyzja zależy zatem od rady gminy i miasta oraz od ich subiektywnej opinii, czy wesprą pomoc społeczną dla swoich mieszkańców w podeszłym wieku, czy też środki przeznaczą na sport, kulturę bądź szkolnictwo. Finansowanie usług społecznych z budżetów miast i gmin jako ich oryginalna kompetencja jest głęboko zaniżone, co przełożyło się na pogorszenie jakości świadczenia usługi społecznej – usługi opiekuńczej w formie terenowej.

SYTUACJA BENEFICJENTÓW USŁUG OPIEKUŃCZYCH W SPOŁECZNOŚCI Z PERSPEKTYWY DOŚWIADCZEŃ „FAMILIARIS”

Usługi opiekuńcze w społeczności mogą być satysfakcjonujące dla klientów przy zachowaniu jakości ich życia w rodzinnym środowisku. Opiekunka, która regularnie odwiedza klienta w jego mieszkaniu czy domu, może świadczyć na jego rzecz wiele specjalistycznych czynności. Nie chodzi tylko o zabezpieczenie obowiązków, które są określone w załączniku nr 2 ustawy o usługach społecznych (gotowanie, sprzątanie, higiena i pielęgnacja ciała, zakupy i towarzyszenie przy wizytach u lekarza), ale również o spędzanie czasu z klientem w myśl socjalizacji beneficjenta usługi społecznej. W praktyce jest powszechne, że opiekunka, która miała pierwotnie umyć klienta (gdyż tak byli umówieni), zmienia cel swojej wizyty, jeśli klient powie jej, że teraz nie chce się myć, a zamiast tego woli, żeby np. przeczytała mu fragment książki, pomodliła się, zaśpiewała razem piosenkę. W tym sensie opiekunka świadczy „usługi duchowe”. Istotną kwestią pozostaje, czy dostawca usług potrafi zapewnić opiekunkę – pracownika, który ma predyspozycje

do świadczenia tego typu usług. „Usługi duchowe” stają się stałą potrzebą odbiorców, dlatego wydaje się zasadne, aby na Słowacji podjąć działania edukacyjne, w których powinny obowiązkowo uczestniczyć wszystkie opiekunki, przy czym kształcenie i formacja nie powinny być oparte tylko na paradygmacie katolickim. Przy takich założeniach 220-godzinny kurs może okazać się niewystarczający w celu profesjonalnego świadczenia usług społecznych.

Jakość świadczenia usług społecznych w środowisku domowym mogą także podnieść sami członkowie rodziny, z którymi – paradoksalnie – mamy największy problem.

Zrozumiałą jest lęk członków rodziny osoby starszej przed pogarszaniem się z upływem czasu jej kondycji. Niepokojem mogą także napawać rodzinę seniora sprawy praktyczne związane z chorobą. Gdy osoba starsza znajdzie się w szpitalu, po ocenie stanu zdrowia i diagnozie lekarza zostaje skierowana na dany oddział, gdzie może przebywać maksymalnie 7 dni (po tym czasie zakład ubezpieczeń zdrowotnych nie zwraca kosztów leczenia na danym oddziale), a następnie seniorzy są przewożeni na oddział geriatryczny, gdzie może przebywać maksymalnie 14–21 dni (ostatni tydzień za zgodą ordynatora). W tym czasie rodzina dowiaduje się o sytuacji osoby bliskiej, stara się go regularnie odwiedzać i pocieszać, szuka pomocy u dalszej rodziny, sąsiadów, znajomych i wreszcie zgłasza się do służby opiekuńczej. Po pouczeniu członków rodziny seniora, że muszą dopełnić formalności wynikających z przepisów (złożenie wniosku o świadczenie usługi, wystawienie decyzji o świadczenie usług opiekuńczych na podstawie opinii medycznej i socjalnej wydawanej przez miasto), na ogół ustalają, że przewiozą bliską osobę do domu. W ten sposób nastąpi okres, który możemy nazwać okresem oczekiwania. Chodzi o zupełnie nową sytuację, dotychczas nieznaną najbliższymi; nie będą już chodzić do mamy czy taty na kawę i ciasto, ale muszą być przy nich codziennie, a najlepiej 24 godziny na dobę, i świadczyć pełną opiekę. Tylko od krewnych zależy, czy potrafią się umówić i podzielić obowiązkami tak, aby bliska im osoba miała jako taki komfort i wygodę w czasie choroby. Po pewnym czasie orientują się, że nie dają rady, nie znają podstawowych czynności związanych z opieką, nie potrafią prawidłowo chorego ułożyć, wykonywać czynności higienicznych, zapewnić karmienia, odsysania wydzieliny itp. lub po prostu opiekę utrudniają im własne obowiązki zawodowe. Taka bezradność prowadzi do konfliktów, mnożą się wzajemne urazy, a ostatecznie cierpi na tym klient, który musi tego słuchać i to znosić. W gorszym czy najgorszym przypadku zupełnie przestają dbać

o swojego członka rodziny i często usprawiedliwiają się tym, że są długo za granicą albo że nie interesują się mamą/tatą, bo nie rozmawiają ze sobą już od wielu lat, uważają, że opiekę nad nimi powinni przejąć dalsi krewni, na których przepisali majątek albo państwo itp. Tak nastawiony klient jeszcze bardziej zamyka się w sobie i często po inwazyjnych badaniach, po wielodniowym pobycie w szpitalu, przestaje się komunikować. Zaczną się u niego pojawiać negatywne emocje (lęk, obawa o przyszłość), a przede wszystkim strach przed śmiercią. Bez rodziny, jej wsparcia, zachęty i troski senior jest przewożony na oddział długotrwale chorych pacjentów, gdzie dokonuje żywota wśród pracowników szpitala i osób w podobnej sytuacji życiowej.

Z licznych doświadczeń personelu opiekuńczego stowarzyszenia „Familiaris”, które reprezentuję, wynika, że źródłem dobrego samopoczucia i środkiem terapeutycznym w sytuacjach osamotnienia klienta może być perspektywa religijna: wiara w Boga, nadzieja na przebaczenie grzechów i modlitwa za swoich najbliższych, którzy o nim „zapomnieli”. W lepszym przypadku jego rodzina, on sam lub siostra socjalna¹⁾ (jeśli taka instytucja jest w szpitalu!) zwróć się do świadczącej usługi opiekuńcze instytucji, która za opłatą zapewni wysokiej jakości usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania klienta. Jednak niektórzy członkowie rodziny zbyt wykorzystują taką pomoc i żądają od opiekunek, aby zajmowały się również tym, co nie należy do ich obowiązków. Nierzadko spotykamy się z takimi oczekiwaniami, jak np.: gotowanie obiadów dla całej rodziny, mycie wszystkich okien w domu, prace w ogrodzie, wychodzenie z psem lub za skromną opłatą zostanie dłużej u klienta. Zwracamy jednak uwagę beneficjenta usług społecznych i członków rodziny na takie i podobne działania już przy podpisaniu umowy. Wyznaczamy w ten sposób granice w relacji beneficjent–członek rodziny – opiekunka. Jeśli organizacja systemu pomocy społecznej zaniedba ten etap nawiązania relacji, powszechnym skutkiem bywa syndrom wypalenia. Dlatego dostawca usługi i pracodawca powinien zaoferować swoim pracownikom nadzór i ćwiczenia społeczno-psychologiczne, które miałyby charakter prewencyjny. Razem z pracownikami prowadzimy również narady, w czasie których na podstawie kazuistyki analizujemy aktualny stan u danego klienta i poszukujemy wspólnych rozwiązań.

¹⁾ Siostra socjalna to osoba, która zajmuje się pacjentami po przyjęciu do szpitala. Do jej zadań należy wszechstronne wsparcie pacjenta po opuszczeniu szpitala. Współpracuje z gminami i miastami oraz z ich pracownikami socjalnymi, przekazuje informacje o możliwościach wsparcia opiekuńczego, socjalnego, finansowego itd.

PODEJŚCIA STOSOWANE W RAMACH USŁUG OPIEKUŃCZYCH

Z beneficjentami i członkami ich rodzin prowadzimy empatyczne rozmowy, w których wyjaśniamy, jakimi możliwościami dysponujemy w związku ze świadczeniem usługi, przy czym zwracamy także uwagę na przestrzeganie czasu pracy opiekunki oraz norm etycznych i moralnych przy korzystaniu z usługi. Sugerujemy również możliwość skorzystania z komercyjnych dostawców innych usług, jak firmy sprzątające i serwisowe zajmujące się kompleksowym sprząaniem domów, mieszkań, garaży, pracami ogrodowymi itp. Nieetyczne, niewłaściwe i niemoralne jest wymaganie świadczenia powyższych usług w ramach usług opiekuńczych i za opłatą, która jest ustalona w umowie o świadczeniu usług społecznych. Opiekunka jest pracownikiem dostawcy usług, który przydziela jej pracę, a ponadto przyjęcie takiej pracy (niezwiązanej bezpośrednio z klientem) odbyłoby się kosztem jakości świadczenia usług opiekuńczych w terenie czy wręcz zaniedbywania klienta. Wszystkie opisane czynności powinny znaleźć się w standardach jakości świadczenia usługi społecznej, w umowie o świadczeniu usług i w spisie codziennych czynności.

W usługach opiekuńczych w społeczności są stosowane metody pracy socjalnej, jak np. budowanie samoakceptacji, czyli tendencji motywacyjnej osoby chorej, co prowadzi do emocjonalnego i praktycznego przyswojenia sobie wszystkich pozostałych możliwości życiowych i ograniczeń, oraz akceptacji, jeśli chodzi o przyjęcie chorej jednostki przez inną osobę lub grupę na poziomie psychologicznym i społecznym. Eliminuje lub łagodzi chorobę bądź eliminuje zaburzenie zachowania, co zapobiega powstaniu defektywności. Tworzą się warunki do życia (Tokárova, 2003, s. 572). Innymi słowy opiekunka, która nie jest wprawdzie pracownikiem socjalnym, nie ukończyła szkoły wyższej na kierunku praca socjalna, codziennie wykorzystuje metody i metodykę pracy socjalnej u seniorów. Należy zatem postawić pytanie, w jaki sposób rozszerzyć edukację opiekunek, ponieważ w praktyce stwierdzamy, że 220-godzinny kurs dla opiekunek nie jest wystarczający. Propozycje specjalistów dotyczące podanej problematyki się różnią. Niektórzy sugerują umieszczenie usług opiekuńczych na poziomie świadczenia działalności specjalistycznej na platformie wyspecjalizowanego doradztwa socjalnego lub rehabilitacji socjalnej (wymagana jest akredytacja Ministerstwa Pracy), inni wymagają wyższego wykształcenia na poziomie I stopnia studiów wyższych, niektórzy wyjaśniają, że opiekunki powinny pobierać edukację mniej więcej przez cały czas wykonywania pracy zawodowej. My natomiast jesteśmy prze-

konani, że najlepszym rozwiązaniem jest, aby opiekunki w czasie trwania stosunku pracy brały udział w regularnych kursach ukierunkowanych na opiekę nad klientami ze specyficznymi schorzeniami typu choroba Alzheimera, demencja, choroba Parkinsona. Jako dostawca usług opiekuńczych, chętnie zapewniłbym stały nadzór i psychoterapię dla opiekunek, które zajmują się klientami w terminalnym stadium choroby, długotrwale chorymi itp. Tego typu działania wspierające nie są jednak dotowane przez system socjalny RS ani Unii Europejskiej. Swoją uwagę chcemy skupić na różnych rodzajach terapii, które są znane jako terapia reminiscencyjna, terapia walidacyjna i zooterapia. Terapie może przeprowadzać terapeuta, który odbył szkolenie terapeutyczne w danej dziedzinie i posiada stosowne zaświadczenie:

Terapia reminiscencyjna jest formą terapii werbalnej, podczas której starsze osoby dzielą się wspomnieniami z grupą rówieśników i z opiekunami. Za pomocą prostych bodźców osiąga się efekt zadośćuczynienia i wzbogacenia. Celem jest poprawa czy utrzymanie obecnego stanu starszej osoby w taki sposób, aby była zadowolona, aby została zachowana jej godność i poczucie wartości. Terapia reminiscencyjna pobudza procesy imaginatywne, poprawia postrzeganie samego siebie, jak i postrzeganie otoczenia. Tworzy przestrzeń do dialogu z innymi ludźmi.

Walidacja to terapia dla osób starszych o niewystarczającym stopniu orientacji lub zdezorientowanych w wyniku różnych form demencji. W przypadku walidacji nie powinno się zakazywać ani nakazywać, ale aktywnie słuchać. Terapia ta jest przeznaczona dla klientów, którzy większość swojego życia spędzili normalnie (nie np. w zakładach psychiatrycznych czy ośrodkach dla osób przewlekle chorych) i zmiany dotyczące orientacji w rzeczywistości nie zaczęły się zbyt wcześnie i nagle. Wystąpienie problemów wynika często ze stopniowego pogorszenia zdolności sensorycznych, pamięciowych i motorycznych. Dzięki terapii walidacyjnej można znacząco poprawić stan psychiczny.

Zooterapia to metody rehabilitacyjne i psychospołeczne, które wykorzystują pozytywny wpływ zwierząt na człowieka. W kynoterapii pośrednikiem i środkiem takiego leczniczego działania jest pies, w przypadku hipoterapii – koń, natomiast w felinoterapii – kot. Zwierzęta wymagają orientacji na przyszłość. To istoty żywe, o które człowiek może i powinien dbać. Kochają człowieka i szanują go, nawet jeśli się zestarzeje. W instytucjach świadczenia usług socjalnych zwyczajnie brakuje możliwości kontaktu ze zwierzętami, podarowania i przyjęcia czułości, a przecież przez bezpośredni kontakt ze zwierzętami można głęboko przeżywać ludzką potrzebę przywiązania. Czło-

wiek, który może wstydzić się swojej starości i tego, jak wygląda, w kontakcie ze zwierzęciem pozbywa się tych lęków, ważne stają się wtedy tylko wartości wewnętrzne – zwierzę nie rozróżnia starych i młodych, pięknych czy brzydkich (Hrozenska i in., 2008, s. 122). Istnieją oczywiście ograniczenia, z powodu których nie jest możliwe odpowiednie przeprowadzanie zooterapii w instytucjach. Może chodzić o powstanie i szerzenie się różnego rodzaju reakcji alergicznych klientów na sierść, ślinę i inne wydzieliny zwierząt.

Podnoszenie jakości życia seniorów w społeczności jest możliwe przy użyciu odpowiednich urządzeń medycznych, które klient może wypożyczyć za symboliczną opłatą. Korzystanie z łóżka pozycjonującego lub fotela, elektrycznego wózka inwalidzkiego lub różnych produktów i pomocy higienicznych po opuszczeniu szpitala przez klienta może okazać się koniecznością. Rodzina nie zawsze zdaje sobie sprawę z takich potrzeb chorego, dlatego z pomocą przychodzą organizacje świadczące usługi doradztwa socjalnego w formie podstawowej lub specjalistycznej. Doradztwo może przeprowadzać pracownik socjalny jako usługę społeczną bezpośrednio w instytucji, w formie ambulatoryjnej lub terenowej. Przestrzeń dla tej działalności mogą zapewnić również gminy w formie doradztwa indywidualnego lub w ramach istniejących klubów emerytów, których są założycielami (Hrozenska i in., 2008, s. 76).

W działalności opiekuńczej stowarzyszenia obywatelskiego „Familiaris” sprawdziło się świadczenie doradztwa w naturalnym środowisku klienta (mieszkańcu lub domu) lub w formie ambulatoryjnej w gabinecie wyspecjalizowanego doradcy socjalnego. Ten rodzaj doradztwa jest świadczony na rzecz członków rodziny z wykorzystaniem metodyki pracy socjalnej, która opiera się na zdiagnozowaniu danego stanu i poinformowaniu o potrzebach osoby chorej i jej rodziny, na dokładnym zbadaniu oceny i wniosków w celu uzyskania najbardziej odpowiedniego rozwiązania problemu. Dzieli się na następujące etapy (Draganova i in., 2006, s. 141):

- Analiza sytuacji socjalnej (dokumentacja medyczna, rozmowa, obserwacja, badanie);
- Ustalenie diagnozy socjalnej, prognozy socjalnej i stopnia niesamodzielnności;
- Wysuwanie propozycji rozwiązania (konkretne środki o charakterze krótkotrwałym i długotrwałym);
- Kontrola realizacji przyjętych środków.

Doradztwo jest stosowane zwłaszcza w przypadku przejścia z instytucjonalnej formy świadczenia usługi społecznej na formę terenową lub od-

wrotnie. Innymi słowy, należy przygotować klienta na nowe środowisko społeczne, zorganizować/załatwić dla niego wiele dokumentów, świadczeń społecznych i pracować z członkami rodziny klienta. W ramach jakości świadczenia usług społecznych osobie fizycznej przysługują prawa opisane w § 6 ustawy o usługach społecznych (Zákon z 30. października 2008 o sociálnych službách..., 2008). Z praktyki jest znanych wiele przykładów, które wskazują na naruszanie praw człowieka i godności osób starszych czy ciężko chorych. Członkowie rodziny w ramach niesienia pomocy przejmują odpowiedzialność za podjęcie decyzji o umieszczeniu klienta w instytucji czy skorzystaniu z usługi społecznej itp., nawet jeśli sam beneficjent nie ma ograniczonej zdolności do czynności prawnych.

Pracownik socjalny jako specjalista znający metody pracy socjalnej może wyróżnić trzy etapy pracy z klientem w ramach procesu adaptacyjnego. W pierwszym etapie chodzi o działania pracownika socjalnego przed osobistą wizytą u klienta. Zebranie informacji, pierwszy kontakt, przygotowanie pomocy i informacji dla klienta, przygotowanie dokumentacji i uzyskanie informacji zwrotnej to podstawowe działania, które pracownik socjalny sprawdza we wstępnej fazie.

W drugim etapie odbywa się osobista wizyta pracownika socjalnego w mieszkaniu lub w domu klienta. Pomaga klientowi w organizacji jego środowiska, monitoruje anamnezę społeczną, przeprowadza diagnostykę społeczną i realizuje czynności pracownika socjalnego. W trzecim etapie opracowuje wszystkie dostępne dane i informacje, które uzyskał podczas wizyty u klienta. Zapewnia kontakt z kolejnymi członkami zespołu, którzy zajmują się opieką nad klientem. W razie potrzeby utworzy tzw. zespół multidyscyplinarny i zaproponuje wspólne rozwiązania (Draganova i in., 2006, s. 143).

Z członkami rodziny beneficjenta usługi społecznej nierzadko prowadzimy tzw. rozmowy informacyjne, podczas których kierujemy ich uwagę na ważne zespoły geriatryczne, najczęściej występujące i ograniczające seniora (Hrozenska i in., 2008, s. 134):

- syndrom unieruchomienia, który upośledza wszystkie układy organizmu, psychikę seniora i jego społeczną egzystencję;
- brak stabilności, upadki i urazy;
- inkontynencja, retencja moczu, zaparcia;
- zaburzenia odżywiania;
- odleżyny;
- zaburzenia snu i termoregulacji;
- ślepota i głuchota;

- zespół geriatryczny objawiający się niską zdolnością do adaptacji (zaburzenie przystosowania związane ze zmianą środowiska lub różnymi sytuacjami stresowymi);
- zaburzenia psychiczne;
- geriatryczne zespoły społeczne – izolacja społeczna, przemoc wobec osoby starszej itp.;
- zespoły patologicznego starzenia się – progeria (przedwczesne starzenie) i długowieczność.

I dopiero wtedy, we wzajemnym dialogu z klientem, w ramach empatycznej i wyjaśniającej sytuację rozmowy, za pomocą technik perswazji stopniowo dochodzi do pogodzenia się z nową i do tej pory nieznaną dla klienta sytuacją i jej akceptacji przez członków rodziny.

KONKLUZJE

Społeczeństwo słowackie nie jest przygotowane na przyjęcie osób starszych i chorych, boimy się choroby, a o śmierci publicznie prawie się nie dyskutuje. Media poświęcają uwagę o wiele „ważniejszym” kwestiom niż życie i śmierć. Wprawdzie europejska polityka społeczna jest opracowana/uwzględniana w dokumentach wszystkich krajów UE włącznie ze Słowacją (Kvalita života ako výsledok súdržnej spoločnosti, 2018) w formie propozycji i środków tak zwanej srebrnej gospodarki, ale w praktyce, zwłaszcza na poziomie samorządów, mało się dzieje. Przeważnie są finansowane projekty o znaczeniu gospodarczym, z ukierunkowaniem na zwiększanie zysków miast i gmin, ale na wydatki socjalne już nie wystarcza pieniędzy. Efektem tego jest brak zainteresowania i nieracjonalne finansowanie usług społecznych, gdzie decydującą rolę przy przydziale środków finansowych odgrywa pojedynczy radny danego miasta czy gminy.

Również sytuacja w służbie zdrowia nie jest na Słowacji dostosowana do potrzeb osób starszych. Ci, znajdujący się w instytucjach społecznych, wprawdzie otrzymają pomoc w celu ratowania życia w standardowy sposób, ale instytucje ubezpieczenia zdrowotnego podjęły decyzję o zwrocie kosztów tylko za wybrane czynności opiekuńcze (Vyhľadiska Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky z 11. marca 2009), przy czym ambulatoryjnie lekarz zrobi o wiele więcej, chociaż warunki w instytucjach są podobne. Problem polega na tym, że w celu przeprowadzenia pozostałych czynności medycznych należy przewieźć pacjenta na badania i spędzić z nim czas, co wymaga zwiększenia środków finansowych dla dostawcy usługi.

W myśl przyjętych przez Unię Europejską zasad związanych z zapewnieniem godności człowieka, solidarności, subsydiarności i zasady dobra wspólnego powinny być one szczególnie chronione w przestrzeni publicznej. Państwo ma za zadanie koordynować interesy i działania w taki sposób, aby przyczyniały się one do dobra wspólnego. „Dobro wspólne jednostki nie jest jakąś odizolowaną wielkością, ale zależy od powszechnego dobra społeczeństwa” (Ockenfels, 1995, s. 52). Państwo powinno zatem sprawdzać i kontrolować przestrzeganie zasad, ponieważ wynika to z jego autorytatywnej kompetencji dobra powszechnego, która przysługuje państwu wprawdzie na ostatnim miejscu zgodnie z zasadą subsydiarności, ale jest to miejsce decydujące.

BIBLIOGRAFIA

- Centrálny register poskytovateľov sociálnych služieb. <https://www.employment.gov.sk/sk/centralny-register-poskytovatelov-socialnych-sluzieb/>, dostęp: 10.10.2017.
- Draganová, H. i in. (2006). *Sociálna starostlivosť*. Martin: Osveta.
- European Commission (2015). *People in the EU: who are we and how do we live? 2015 edition*. <http://ec.europa.eu/eurostat/web/products-statistical-books/-/KS-04-15-567>, dostęp: 10.10.2017.
- Hrozenská, M. i in. (2008). *Sociálna práca so staršími ľuďmi a jej teoreticko-praktické východiská*. Martin: Osveta.
- Kvalita života ako výsledok súdržnej spoločnosti (2018). Úrad vlády SR. <http://www.vlada.gov.sk/kvalita-zivota-ako-vysledok-sudrznej-spolocnosti/>, dostęp: 10.10.2017.
- Národné priority rozvoja sociálnych služieb na roky 2015–2020 (2014). Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky. <https://www.employment.gov.sk/files/slovensky/rodina-socialna-pomoc/socialne-sluzby/nprss-2015-2020.pdf>, dostęp: 10.10.2017.
- Ockenfels, W. (1995). *Malá katolícka sociálna náuka – Ordosocialis*. Bratislava: Lúč.
- Tokárová, A. (2003). *Sociálna práca: Kapitoly z dejín, teórie a metodiky sociálnej práce*. Prešov: Akcent Print.
- Vyhľadka Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky z 11. marca 2009, ktorou sa ustanovuje výber zdravotných výkonov z katalógu zdravotných výkonov, ktoré v zariadeniach sociálnych služieb vykonávajú zamestnanci zariadenia sociálnych služieb (109/2009 Z.z.). https://istp.sk/downloads/pozicie/pravne_predpisy/Vyhlaska_109_2009.pdf, dostęp: 10.10.2017.
- Zákon z 30. októbra 2008 o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov (448/2008 Z.z.). <https://www.slov-lex.sk/pravne-predpisy/SK/ZZ/2008/448/>, dostęp: 10.10.2017.

IMPROVING THE QUALITY OF LIFE OF SENIORS IN SLOVAKIA THROUGH COMMUNITY CARE SERVICES IN THE LIGHT OF THE EXPERIENCES OF THE CIVIC ASSOCIATION “FAMILIARIS”

ABSTRACT

The article analyzes the quality of life of seniors in the natural environment and in the institution based on the experience of the Slovak civic association “Familiaris”. It presents types of nursing services, support and care for seniors. The standards and quality control of the provision of social services, the participation of the family in the provision of nursing services in the field, financing social services (financing models), qualifications of supervisors and supervision and lifelong learning within care services were discussed.

Key words: seniors, nursing service, social services