

**Agnieszka Kretek-Kamińska\***

Uniwersytet Łódzki

ORCID: 0000-0003-3896-4764

## **Wsparcie osób niesamodzielnych oraz ich potrzeby jako przedmiot polityki publicznej w Polsce**

### **Wprowadzenie**

Od momentu powołania przez Harolda Laswella nowej dziedziny – nauki o polityce publicznej (por.: Zybala 2013: 40; Mazur 2015: 8; Szarfenberg 2016: 50), która od początku wykazywała się wielodyscyplinarnością, orientacją na praktykę, aplikacyjnym charakterem, a co za tym idzie zaangażowaniem aksjologicznym – powstało w jej ramach wiele istotnie zróżnicowanych koncepcji. Charakteryzowały je zasadnicze odmienności zarówno co do sposobu ujmowania istoty polityki publicznej, sposobu jej formowania – w tym katalogu podmiotów powoływanych do jej realizacji i ich roli w tym zakresie, jak również co do możliwości i sposobów jej analizy.

Ewolucja sposobów myślenia o politykach publicznych – które za Andrzejem Zybala zdefiniować można jako „ciąg zrationalizowanych działań i programów publicznych, które posiadają zamierzoną strukturę ich projektowania i wykonywania oraz oparte są na względnie zobiektywizowanej wiedzy analitycznej” (2013: 41) – przebiegała od postrzegania ich formowania jako efektu ścierania się odmiennych interesów, w kierunku konceptów sieciowego ich wytwarzania.

Identyfikując ramy analityczne dziedziny oraz podejścia badawcze obecne w ramach studiów nad politykami publicznymi, Stanisław Mazur wyróżnił sześć obszarów, wokół których koncentrują się ich zainteresowania: proces polityczny, procesy decyzyjne, typy polityk publicznych, zmiany w politykach publicznych, modele implementacji oraz podejścia systemowe (2015: 15). Z kolei Ryszard Szarfenberg, kładąc nacisk nie tyle na przedmiot zainteresowania, ile na sposób definiowania i oceniania polityki publicznej, zaproponował podział na trzy perspektywy teoretyczno-metodologiczne: klasyczne podejścia racjonalistyczne, podejścia interpretatywne oraz podejścia krytyczne (2016: 67).

Niezależnie od przyjętego podziału, analizy i zestawienia zaprezentowane przez przywołanych autorów pozwalają zauważyć, iż spektrum stanowisk teoretycznych i orientacji badawczych jest bardzo zróżnicowane i zawiera podejścia w wielu aspektach opozycyjne wobec siebie. Pozwalają one jednak także dostrzec próby wypracowywania rozwiązań łączących w sobie elementy odmiennych konceptów

---

\* agnieszka.kaminska@uni.lodz.pl

i przezwyciężenia ograniczeń tkwiących w każdym z nich z osobna. Jednocześnie pokazują, że refleksja teoretyczna nierozzerwalnie wiąże się z przemianami w obszarach, których dotyczy, odpowiadając na pojawiające się w nich niedostatki.

W związku z powyższym przegląd sposobów myślenia o politykach publicznych uwidacznia stopniowe przechodzenie od koncepcji ujmujących decyzje polityczne w kategoriach racjonalnych wyborów, opartych na dążeniu do maksymalizacji korzyści, kładących nacisk na dominującą rolę państwa lub linearnie ujmujących etapy rozwoju polityk publicznych i traktujących formowanie procesu politycznego i wdrażanie jego założeń jako oddzielne, do pewnego stopnia niezależne fazy (por.: Lowi 1972; Mazur 2015; Szarfenberg 2016), do koncepcji związanych z nowoczesnym (współ)zarządzaniem publicznym (Jessop 2007; Sroka 2009; Osborne 2010; Rhodes 2010). Te drugie ujmują polityki publiczne w kategoriach ściśle powiązanych elementów procesu, w którym konstruowanie modeli przebiegu działań publicznych i ich wdrażanie stale się przenikają, a dla kształtu których podstawowe znaczenie mają debata publiczna i partycypacja szerokich grup interesariuszy.

O ile pierwszy typ koncepcji w dużej mierze sprowadza politykę publiczną do aktywności administracji publicznej i stanowiących jej efekt uregulowań prawnych, o tyle drugi akcentuje zbiorowy, sieciowy i immanentnie procesualny charakter jej wytwarzania, wskazując także, że problemy, których rozwiązywaniem się ona zajmuje, są społecznie konstruowane (por.: Rhodes 2010; Zybala 2013; Szarfenberg 2016.). Oznacza to, że są one zbiorowo definiowane w reakcji na warunki, „które społeczeństwo szeroko uznaje za nie do zaakceptowania, a zatem wymagające interwencji” (Kraft, Furlog 2007, cyt. za Zybala 2013: 42). Co za tym idzie, polityki publiczne przedmiotowo „dotyczą w zasadzie wszystkiego, czym zajmuje się rząd centralny czy lokalny, a co ma znaczenie dla obywateli” (Zybala 2013: 41). Inaczej mówiąc, dotyczą one kwestii istotnych społecznie, które „uznane przez władzę publiczną za wymagające rozwiązania, ograniczenia lub podjęcia działań zapobiegawczych” (Szatur-Jaworska 2015: 51), zyskały rangę problemów publicznych.

Niewątpliwie do takich należą obserwowane w ostatnich kilkudziesięciu latach znaczące zmiany struktury demograficznej społeczeństwa, związane z jego szybkim starzeniem się. Towarzysząca temu procesowi

wzrastająca świadomość konsekwencji, jakie wywołuje przyrost liczby osób z ograniczoną sprawnością dla poszczególnych jednostek i grup społecznych oraz społeczeństwa jako całości sprawia, że kwestie związane z zaburzeniem sprawności traktowane są coraz powszechniej jako poważny problem społeczny i ekonomiczny oraz polityczny, a nie tylko zdrowotny lub medyczny (Woźniak 2010: 6).

W artykule podjęto próbę identyfikacji najważniejszych kwestii związanych z formowaniem polityki publicznej w zakresie wsparcia osób niesamodzielnych w Polsce, ze wskazaniem na znaczenie włączania w ten proces różnych grup interesariuszy, szczególnie zaś osób, do których adresowane są projektowane rozwiązania, tj. osób z ograniczeniami sprawności. Podkreśleniu konieczności uwzględnienia ich perspektywy w projektowaniu działań opiekuńczych służy drugą część artykułu. Przeprowadzono w niej analizę dostosowania zakresu wsparcia do potrzeb jej odbiorców pod względem czynności wykonywanych przez opiekunów oraz czasu

przeznaczonego na wsparcie. Wykorzystano do tego wyniki badań, zrealizowanych w ramach projektu służącego wypracowaniu standardów opieki nad osobami niesamodzielnymi z udziałem reprezentantów tychże osób oraz ich opiekunów. Wykonana analiza służyła także wskazaniu, iż zbiorowość osób niesamodzielnych jest bardzo zróżnicowana i projektowanie polityk publicznych bez uwzględnienia tego faktu nie daje szans na ich efektywne wdrożenie.

## Niesamodzielność jako problem publiczny

Jednym z istotnych problemów współczesnych społeczeństw, w ostatnich latach stale zyskującym na znaczeniu zarówno w ujęciu międzynarodowym, jak i krajowym, jest zwiększająca się liczba osób niesamodzielnych. W prawodawstwie polskim, ale także w dokumentach Unii Europejskiej i organizacji międzynarodowych, takich jak WHO, ONZ czy OECD, nie została sformułowana wspólna definicja tej grupy (por. Głogosz 2019). Na mocy obowiązujących w Polsce uregulowań prawnych uznaje się, że należą do niej przede wszystkim osoby z różnego typu niepełnosprawnościami, czyli takie, których stan fizyczny, psychiczny lub umysłowy trwale lub okresowo ogranicza bądź uniemożliwia wypełnianie ról społecznych, a w szczególności zdolności do pracy zawodowej, jeżeli uzyskały orzeczenie:

1) o zakwalifikowaniu [...] do jednego z trzech stopni niepełnosprawności [...] 2) o całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy [...] 3) o niepełnosprawności, wydanym przed ukończeniem 16 roku życia [...] (Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych: art. 1).

Do osób niesamodzielnych zalicza się także osoby niezdolne do samodzielnej egzystencji, to jest takie, w przypadku których stwierdzono „naruszenie sprawności organizmu w stopniu powodującym konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych” (Ustawa z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych: art. 13 ust. 5).

Niezależnie od obu tych systemów orzecznictwa, przeprowadza się także ocenę zakresu niesamodzielności osób zgłaszanych do opieki w zakładach opiekuńczo-leczniczych lub domach pomocy społecznej. Sposób i tryb kierowania do zakładów opiekuńczych oraz wzór dokumentów pozwalających na dokonanie oceny zakresu niesamodzielności zawiera Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych). Wykorzystuje się do tego szeregu skal pomiarowych, pozwalających na określenie ograniczeń w wykonywaniu różnego typu czynności samoobsługowych (por. Głogosz 2019; *Raport na temat sytuacji...* 2019; Mikołajczyk-Lerman, Potoczna 2020).

Według wyników Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań z 2011 roku liczba osób niepełnosprawnych ogółem wynosiła prawie 4,7 mln (12,2% badanych), zaś według wyników Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (European Health Interview Survey – EHIS) w 2019 roku odsetek ten wynosił 13% mieszkańców Polski, przy czym orzeczenie o niepełnosprawności lub równoważne posiadało

10,4% badanych, zaś pozostałe 2,6% stanowiły osoby niepełnosprawne biologicznie, tj. takie, które zadeklarowały ograniczoną zdolność wykonywania zwykle wykonywanych czynności przez okres co najmniej ostatnich sześciu miesięcy (*Stan zdrowia ludności... 2021*: 8).

Większość zbiorowości osób z niepełnosprawnościami stanowią osoby starsze, przy czym nie wszystkie mają formalne orzeczenia, które kwalifikowałyby je do tej właśnie kategorii. Część osób starszych, które mają ustalone prawo do świadczenia emerytalnego, nie występuje bowiem o orzeczenie o niepełnosprawności.

W tym miejscu należy zaznaczyć, że pojęcia niepełnosprawności i niesamodzielnosci nie są tożsame. Nie każda osoba z niepełnosprawnością jest bowiem osobą niesamodzielną. Warto także zauważyć, że niesamodzielnosc jest zjawiskiem stopniowalnym, a ograniczenia w funkcjonowaniu poszczególnych osób należących do tej kategorii są bardzo zróżnicowane. Osoby starsze stanowią tu kategorię szczególną, gdyż ich ograniczenia mają charakter nabyty i postępujący.

Tymczasem rozwój cywilizacyjny, tworzący m.in. lepsze warunki egzystencji i lepszą opiekę medyczną, przyczynia się do wydłużenia średniej długości życia. Według danych GUS osoby, które w 2020 roku ukończyły co najmniej 65 r.ż., stanowiły 16,7% ludności Polski („Ludność według...” 2021). Prognozy wskazują, że w kolejnych latach udział ten będzie się zwiększał, przy czym „wzrost ten będzie bardzo dynamiczny ze względu na wchodzenie do tej grupy wieku roczników osób urodzonych w latach pięćdziesiątych (najliczniejszych w całym okresie powojennym), a także w latach sześćdziesiątych ubiegłego wieku” (GUS 2014: 6).

Wprawdzie prognozowany jest wzrost świadomości znaczenia zdrowego stylu życia w grupach osób, które osiągną wiek 65+ (*Sytuacja demograficzna... 2014*), jednak nawet jeśli uda się opóźnić pewne procesy, to jednak obniżanie się sprawności osób starszych na przestrzeni kolejnych lat życia jest nieuniknione. Co za tym idzie, zwiększać się będzie zapotrzebowanie osób starszych na usługi medyczne, rehabilitacyjne oraz opiekuńcze, w tym wysokospecjalistyczne. Rodzi to liczne konsekwencje i wyzwania dla polityk publicznych w wielu sektorach, dotyka w jakimś stopniu wszystkich obszarów życia społecznego, a przede wszystkim niesie za sobą znaczące skutki ekonomiczne.

Rosnąca liczba osób w wieku poprodukcyjnym, szczególnie przy niskiej dzietności (w 2020 roku na 100 osób w wieku produkcyjnym przypadało 68 osób w wieku nieprodukcyjnym) („Ludność według...” 2021), powoduje znaczący wzrost obciążenia budżetu państwa wydatkami z tytułu wypłacania większej liczby świadczeń emerytalno-rentowych przez dłuższy czas oraz przy malejącej liczbie osób zasilających budżet w ramach ubezpieczeń społecznych. Przypuszczać można, że nie obędzie się to bez konsekwencji dla wysokości nakładów ponoszonych na inne obszary życia społecznego. Szczególnie, że wzrost kosztów niesie ze sobą także dłuższa i bardziej kompleksowa opieka medyczna, której wymagać będą osoby z najstarszych grup wiekowych.

Zmieniająca się struktura demograficzna ludności Polski pociąga za sobą także inne konsekwencje.



Ze względu na proces starzenia się kobiet należących do pokolenia powojennego wyżu demograficznego, zmniejszeniu ulegać będzie populacja kobiet tradycyjnie uznawanych za potencjalne opiekunki zarówno najstarszych seniorów, jak i najmłodszego pokolenia. Osoby na przedpolu starości, tj. w wieku 45–64 lat, to tzw. pokolenie sandwich i to osoby należące do tego pokolenia świadczą nie tylko opiekę w ramach sieci rodzinnej, lecz również z tej grupy wieku rekrutują się opiekunki osób starszych (*Raport na temat sytuacji...* 2019: 8).

Równocześnie zwiększa się i zwiększać będzie liczba gospodarstw domowych, w których znajdować się będą osoby starsze, w tym także liczba gospodarstw jednoosobowych.

Co za tym idzie, rosnące zapotrzebowanie na usługi opiekuńcze nie będzie mogło zostać adekwatnie zaspokojone ani w ramach opieki rodzinnej, ani też w ramach opieki instytucjonalnej (pomijając jej ograniczoną dostępność związaną z liczbą miejsc w zakładach opiekuńczo-leczniczych czy domach pomocy społecznej, usytuowaniem tych jednostek oraz faktem, iż w pokryciu kosztów pobytu pensjonariusza partycypują gminne ośrodki pomocy społecznej) ze względu na brak osób mogących fizycznie sprawować taką opiekę. Jest to tym bardziej prawdopodobne, że już teraz widoczny jest niedostatek osób skłonnych do wykonywania zawodów opiekuńczych (pielęgniarki, opiekunki, pracownicy socjalni), a także ze względu na fakt, że osoby posiadające wysokie kwalifikacje w tym zakresie często opuszczają Polskę ze względów finansowych.

Nie bez znaczenia jest tu także kwestia obciążenia opiekuna rodzinnego, sprawującego długotrwałą opiekę nad osobą niesamodzielną. Sytuacja taka ogranicza bowiem także jego funkcjonowanie w różnych sferach życia. W dłuższej perspektywie prowadzi niejednokrotnie do zaprzestania przez niego aktywności zawodowej, a także ograniczenia kontaktów społecznych.

Jednocześnie osoby wchodzące w wiek senioralny dysponować będą coraz większą siłą nacisku na władze publiczne – zarówno ze względu na swoją liczebność (przekładająca się chociażby na głosy oddawane w wyborach), jak i na coraz wyższą świadomość swoich praw oraz możliwość i umiejętność artykulacji swoich oczekiwań (m.in. ze względu na rosnący udział osób z wyższym wykształceniem oraz osób aktywnych, także w ramach rozmaitych organizacji pozarządowych).

Wymienione zjawiska powodują, że w najbliższym czasie „rządzącym w Polsce trudno będzie sprostać zapotrzebowaniu na usługi opiekuńcze, szczególnie w wymiarze długoterminowym, z uwagi na niedostatek zasobów, w tym ludzkich, finansowych itp. Dodatkowo w agendzie politycznej nie widać nacisku na tę sferę polityki publicznej” (Iwański 2019: 40).

### **Kwestia niesamodzielnosci i wsparcia osób niesamodzielnych w polskiej polityce publicznej**

Mając na uwadze fakt, że problem niesamodzielnosci wiąże się z przede wszystkim z utratą sprawności, treści związane z tą kwestią lokowane są przede wszystkim w obszarze polityki społecznej oraz polityki senioralnej. Przenikają one także do innych obszarów i poświęconych im polityk sektorowych, obejmując m.in.

kwestie emerytalno-rentowe, politykę rynku pracy, która reguluje kwestię zatrudniania osób starszych, ale też osób sprawujących nad nimi opiekę, czy rozwiązania dla rynku usług opiekuńczych i zdrowotnych.

Jak pisze Paweł Kubicki: „Ostatnie kilka lat w polskiej polityce charakteryzuje się intensyfikacją działań na rzecz osób z niepełnosprawnościami” (2019: 9), o czym świadczy szereg programów i aktów prawnych podejmujących kwestie związane z poprawą jakości ich funkcjonowania. Autor wymienia wśród nich: program „Za życiem”, program „Dostępność Plus”, utworzenie „Solidarnościowego Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych” czy Ustawę z dnia 31 lipca 2019 r. o świadczeniu uzupełniającym dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji (Dz.U. z 2019 r. poz. 1622), uprawniająca te osoby oraz ich opiekunów do ubiegania się o tzw. 500+ dla osób z niepełnosprawnościami.

W ramach pierwszego z wymienionych programów zaprojektowano szereg rozwiązań wspomagających rodziny z dziećmi niepełnosprawnymi w zakresie rehabilitacji, dostępu do opieki instytucjonalnej czy poprawy jakości życia zarówno osób z niepełnosprawnościami, jak i ich opiekunów (Uchwała nr 160 Rady Ministrów z dnia 20 grudnia 2016 r. w sprawie programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem”). Drugi ma na celu zapewnienie osobom o szczególnych potrzebach (w tym przede wszystkim osobom z niepełnosprawnościami i seniorom) dostępu do dóbr i usług (Program rządowy Dostępność Plus... 2018). Z kolei Fundusz Solidarnościowy, utworzony w 2018 roku i znowelizowany w kolejnym, ma na celu udzielanie wsparcia społecznego, zawodowego, zdrowotnego oraz finansowego osobom niepełnosprawnym, a także emerytom i rencistom (Ustawa z dnia 20 grudnia 2019 r. o zmianie ustawy o Solidarnościowym Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych oraz niektórych innych ustaw).

Wśród regulacji przyjętych w związku z formowaniem i realizacją polityki wobec osób z niepełnosprawnościami w ostatnich latach wymienić należy jeszcze ratyfikowaną przez Polskę w 2012 roku Konwencję o prawach osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2012 poz. 1169 ze zm.). Zobowiązuje ona państwa sygnatariuszy do

zapewnienia i popierania pełnej realizacji praw człowieka i podstawowych wolności wszystkich osób niepełnosprawnych, bez jakiegokolwiek dyskryminacji ze względu na niepełnosprawność poprzez, między innymi, przyjęcie regulacji prawnych i innych w celu wdrożenia praw uznanych w konwencji, podejmowanie lub popieranie badań i rozwoju oraz popieranie dostępności i wykorzystania nowych technologii, powstrzymanie się od angażowania się w działania lub praktyki, które są niezgodne z konwencją, podejmowanie działań w celu wyeliminowania dyskryminacji ze względu na niepełnosprawność przez jakąkolwiek osobę, organizację, prywatne przedsiębiorstwo, oraz do konsultacji i współpracy z osobami niepełnosprawnymi (także za pośrednictwem reprezentujących je organizacji) przy tworzeniu i wdrażaniu ustawodawstwa i polityki na rzecz implementacji postanowień konwencji (Konwencja...: art. 4).

Jak konstatuje Barbara Szatur-Jaworska, od 2012 roku także polityka senioralna „jest w Polsce elementem systemowej agendy politycznej”, rozumianej jako „zespół centralnych problemów, które przyciągają uwagę społeczeństwa oraz jego funkcjonariuszy rządowych” (2015: 47–48). Świadectwem jej obecności jest

powołanie i funkcjonowanie instytucji publicznych delegowanych do diagnozowania i rozwiązywania problemów publicznych i wyzwań, związanych z rosnącą liczbą osób starszych w społeczeństwie. To instytucje takie jak: Departament Polityki Senioralnej w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej oraz działająca przy nim Rada ds. Polityki Senioralnej, Komisja Polityki Senioralnej w Sejmie RP czy Komisja Ekspertów ds. Osób Starszych powołana przez Rzecznika Praw Obywatelskich (Szatur-Jaworska 2015).

O obecności polityki senioralnej w agendzie polityki publicznej świadczy także szereg dokumentów strategicznych i programów, odnoszących się do problemów osób starszych. Wśród najważniejszych wskazać należy uchwalone przez Radę Ministrów Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej na lata 2014–2020 (Załącznik do Uchwały Nr 238 Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2013 r. w sprawie przyjęcia dokumentu Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020), stanowiące element realizacji zobowiązań, przyjętych wcześniej w ramach Rządowego Programu na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych (ASOS) na lata 2012–2013 (Załącznik do Uchwały nr 137 Rady Ministrów z dnia 24 sierpnia 2012 r. w sprawie ustanowienia Rządowego Programu na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2012–2013).

W ramach celów wieloletniej polityki senioralnej nawiązano pośrednio do kwestii niesamodzielnosci, wśród zamierzonych kierunków działań umieszczono bowiem „wspieranie i zapewnienie możliwości aktywnego starzenia się w zdrowiu oraz możliwości prowadzenia w dalszym ciągu samodzielnego, niezależnego i satysfakcjonującego życia, nawet przy pewnych ograniczeniach funkcjonalnych” (Uchwała nr 238... 2013: 6). Także wśród najważniejszych obszarów, w których mają być realizowane działania w ramach polityki senioralnej, wskazano zdrowie i samodzielność, diagnozując „uwarunkowania rozwiązań medyczno-opiekuńczych dla osób starszych” (Uchwała nr 238... 2013: 10), niewystarczające „zabezpieczenie potrzeb obywateli, którzy stali się niesamodzielnymi w związku z chorobą, urazem lub wiekiem” w obszarze udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej (Uchwała nr 238... 2013: 13) oraz związaną z nimi „konieczność organizacji zintegrowanej opieki, opartej na specjalistycznym podejściu geriatrycznym” (Uchwała nr 238... 2013: 11) i rozwój usług opiekuńczych (Uchwała nr 238... 2013: 20). Zwrócono także uwagę na rolę opiekunów nieformalnych w opiece nad osobami starszymi, wskazując, że będą oni „potrzebowali systemowych rozwiązań umożliwiających im opiekę, gdy nie są zatrudnieni i mogą poświęcić się opiece, ale także gdy będą musieli łączyć opiekę z pracą” (Uchwała nr 238... 2013: 15; zob. także s. 21). Wśród wskazywanych priorytetów znalazły się także promocja zdrowia i profilaktyka zdrowotna, wykorzystanie nowoczesnych technologii w procesie opieki nad osobami starszymi, zapewnienie bezpieczeństwa osób starszych, dostosowanie przestrzeni i miejsca zamieszkania do potrzeb osób starszych, wspieranie aktywności zawodowej osób 50+ oraz ich aktywności edukacyjnej, społecznej i kulturalnej, współpracę międzypokoleniową. Wskazano także możliwości „wykorzystania potencjału osób starszych” (Uchwała nr 238... 2013: 44) w kreowaniu zapotrzebowania na nowe produkty i usługi (tzw. srebrną gospodarkę).

Prace związane z projektowaniem polityki senioralnej były kontynuowane także w kolejnych latach. W 2018 roku został przygotowany i przyjęty przez Radę Ministrów dokument pt. *Polityka społeczna wobec osób starszych do 2030 roku*, w którym wyodrębniono obszar działań wobec osób niesamodzielnych, podejmując kwestie dostępu do usług wzmacniających samodzielność, dostosowania środowiska zamieszkania do możliwości funkcjonalnych niesamodzielnych osób starszych, zapewnienia dostępu do usług zdrowotnych, rehabilitacyjnych i opiekuńczo-pielęgnacyjnych, dostosowanych do potrzeb niesamodzielnych osób starszych, sieci usług środowiskowych i instytucjonalnych udzielanych niesamodzielnym osobom starszym oraz systemu wsparcia nieformalnych opiekunów niesamodzielnych osób starszych (Uchwała Nr 161...).

Zapisy strategii krajowych znajdują swoje odzwierciedlenie także w strategiach lokalnych, choć zakres uwzględnianych kwestii oraz charakter planowanych działań jest istotnie zróżnicowany w poszczególnych województwach. Dodatkowo lokalne strategie powstają z reguły przy wyłącznym lub znaczącym udziale ośrodków polityki społecznej, co prowadzi do nadmiernej koncentracji na działaniach instytucji społecznych. Ponadto autorzy lokalnych strategii nie zawsze formułują cele polityki w oparciu o przeprowadzone diagnozy sytuacji panującej w regionie (Szatur-Jaworska 2015: 56).

Autorzy analizujący agendę polityki senioralnej w Polsce wśród istotnych jej elementów wskazują także funkcjonujące programy rządowe, mające na celu poprawę dostępności usług opiekuńczych dla osób starszych. Podają m.in. przykład programu Senior+, oferującego dofinansowanie na tworzenie domów dziennych dla osób starszych oraz utrzymanie miejsc w domach już funkcjonujących (Szatur-Jaworska 2015; Bakalarczyk 2017) oraz programu Opieka 75+, kierującego dofinansowaniem usług opiekuńczych do małych gmin (Bakalarczyk 2017). Konstatują jednak, że choć „kwestia opiekuńcza jest ważnym zagadnieniem w dotychczasowej agendzie polityki senioralnej, [...] przełożenie działań na regulacje prawne skutecznie zmieniające sytuację osób starszych, zależnych od opieki i podmiotów ją świadczących, bywa ograniczone” (Bakalarczyk 2017: 82).

Przejawem obecności problematyki niesamodzielności w agendzie polityki publicznej jest także znacząca liczba ekspertów, wskazujących niedostatki w realizacji rozmaitych działań z zakresu opieki nad osobami niesamodzielnymi (przeprowadzonych przez instytucje takie jak NIK czy UOKiK), czy też diagnozujących aktualny stan potrzeb i możliwości w zakresie opieki nad osobami niesamodzielnymi – takie jak np. raporty przekrojowe poświęcone wyzwaniom starzejącego się społeczeństwa i prawom osób starszych, realizowane z inicjatywy Rzecznika Praw Obywatelskich (por. Bakalarczyk 2017).

O tym, że w obszar ten angażuje się coraz większe grono interesariuszy, świadczy także fakt, iż problematyka niesamodzielności i wspierania osób niesamodzielnych stała się w ostatnich latach przedmiotem bardzo wielu badań, analiz i opracowań z zakresu nauk społecznych. Podejmują one m.in. kwestie uwarunkowań i konsekwencji starzenia się społeczeństw, problemy niepełnosprawności, tematykę osób z ograniczeniami funkcjonalnymi, sposoby ich postrzegania i szeroko rozumianego wspierania, obejmującego zarówno przeciwdziałanie niesamodzielności, jak

i zapewnianie usług opiekuńczych w momencie jej wystąpienia, a także rozwiązywania tych kwestii w ramach polityk publicznych na poziomie lokalnym i państwowym (por.: Szatur-Jaworska 2015; Bakalarczyk 2017; Klimczuk 2018; Błędowski 2019; Iwański 2019; Mikołajczyk-Lerman, Potoczna 2020). Wskazują także, że „w porównaniu do innych krajów europejskich [...] polska polityka w tym zakresie jest słabo rozwinięta” (Głogosz 2019: 87). Z tego względu w wielu z nich przedstawione zostały przykłady rozwiązań funkcjonujących w innych państwach, które mogą stanowić inspiracje dla formowania polityk publicznych w zakresie wsparcia osób niesamodzielných w Polsce. Akcentują one znaczenie powszechnego dostępu do usług opiekuńczych, opartej na jednoznacznych kryteriach formy i zakresu ich świadczenia, potrzebę dywersyfikacji źródeł i sposobów finansowania opieki, konieczność zaangażowania władz lokalnych w obszarze dostarczania usług i podziału środków przeznaczonych na ten cel oraz rolę opieki nieformalnej i konieczność wielowymiarowego wsparcia dla opiekunów (Augustyn i in. 2010; Głogosz 2019; Łuczak, Bakalarczyk 2019; Krettek-Kamińska, Kukulak-Dolata, Krzewińska 2020). Wskazują jednak także, że w „większości państw europejskich polityka związana z opieką nad osobami niesamodzielnymi jest niewystarczająca. Wynika to z dominacji świadczeń pieniężnych, rehabilitacyjnych i zdrowotnych, których mieszanka stanowiła tradycyjne instrumentarium polityki opieki” (Polakowski, Szelewa 2015: 6).

Co za tym idzie, jednym z głównych efektów realizowanych badań i analiz jest opracowanie rekomendacji w zakresie form i kierunków wsparcia osób niesamodzielných, które mogłyby stanowić podstawę kształtowania polityk publicznych w tym obszarze. Wśród formułowanych zaleceń znaczące pozycje zajmują kwestie współpracy międzysektorowej w zakresie zaspokojenia potrzeb osób niesamodzielných (przede wszystkim między sektorami pomocy społecznej i ochrony zdrowia, ale także rynku pracy, mieszkalnictwa, edukacji, kultury czy zwiększania zasobów instytucjonalnych, niezbędnych do zapewniania seniorom wsparcia zarówno w postaci placówek opieki długoterminowej, jak miejsc pobytu dziennego oraz ich wzmocnienie kadrowe, przy jednoczesnym wspieraniu opieki realizowanej w środowisku zamieszkania, ze szczególnym uwzględnieniem kwestii opiekunów rodzinnych. Podkreśla się także konieczność prowadzenia działań aktywizacyjnych, pozwalających osobom starszym dłużej zachować sprawność i względną samodzielność. Akcentuje się również potrzebę stworzenia systemu efektywnej informacji dla osób niesamodzielných i ich opiekunów, dotyczącej zarówno infrastruktury, jak i form wsparcia oraz usług oferowanych przez podmioty publiczne, organizacje pozarządowe i podmioty prywatne (Błędowski i in. 2012; Błędowski 2019; Iwański 2019, Szwalkiewicz 2019; Mikołajczyk-Lerman, Potoczna 2020).

W przywołanych badaniach wskazuje się także, że punktem wyjścia przy ustalaniu formy, jaką ma przyjąć opieka nad daną osobą, powinno być dobre rozpoznanie poziomu jej niesamodzielných i dopiero w oparciu o to ustalenie potrzeb w zakresie wsparcia. W procesie tym nie może zabraknąć głosu samych osób niesamodzielných oraz członków ich rodzin, którzy w bardzo wielu przypadkach sprawują nad nimi codzienną opiekę. Jednocześnie, aby usługi opiekuńcze „mogły być świadczone w sposób profesjonalny i odpowiadały na rzeczywiste potrzeby osób starszych, niezbędne są narzędzia pozwalające na diagnozowanie potrzeb osób starszych, kontrolę

jakości oraz zakresu świadczonych usług opiekuńczych i asystenckich” (Daniłowicz i in. 2019: 7).

Mając na uwadze powyższe ustalenia oraz przyjmując, że

cykl projektowania polityki publicznej może być interpretowany także jako konfiguracja aktywności z zakresu współprojektowania (*codesing*), ukierunkowanych na ustanowienie rozwiązań i odpowiedzi na wyzwania wraz ze starszymi i starzejącymi się obywatelami, zgodnie z metodologią projektowania zorientowanego na użytkownika (*user-centered design*) (Klimczuk 2018: 78),

w drugiej części artykułu zostaną zaprezentowane wybrane wyniki badań przeprowadzonych w grupie niesamodzielnych osób starszych i ich opiekunów (rodziny i instytucjonalnych). Stanowią one część większego projektu, mającego na celu wypracowanie standardów oceny stopnia niesamodzielności, standardów usług asystenckich, opiekuńczych i teleopieki oraz standardów kształcenia asystentów i opiekunów osób starszych (por. Daniłowicz i in. 2019).

### **Diagnoza potrzeb osób niesamodzielnych jako punkt wyjścia dla formowania polityki publicznej w zakresie ich wspierania**

Badania, na których bazują rozważania zawarte w tej części artykułu, zostały przeprowadzone w ramach III etapu realizacji projektu „Profesjonalizacja usług asystenckich i opiekuńczych dla osób niesamodzielnych – nowe standardy kształcenia i opieki”<sup>1</sup>.

Punktem wyjścia projektu była konstatacja, oparta na analizie rozwiązań stosowanych w tym zakresie zarówno w naszym kraju, jak i w innych państwach (por. Głogosz 2019), że w Polsce „nie ma opracowanych standardów jakości usług opiekuńczych i asystenckich czy teleopieki. Nie ma również opracowanych standardów kształcenia opiekunów i asystentów” (Daniłowicz i in. 2019: 7). W związku z tym, w oparciu o literaturę przedmiotu oraz konsultacje z praktykami zajmującymi się świadczeniem usług opiekuńczych niesamodzielnym osobom starszym, wypracowano definicję i kryteria oceny stopnia niesamodzielności oraz standardy usług asystenckich i opiekuńczych w zakresie czynności realizowanych przez opiekunów oraz czasu poświęcanego na opiekę<sup>2</sup>. Następnie opracowane narzędzia poddano

---

<sup>1</sup> Realizatorzy projektu: Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego oraz Stowarzyszenie Niepełnosprawni dla Środowiska EKON. Projekt zrealizowano w ramach II Osi priorytetowej Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój „Efektywne polityki publiczne dla rynku pracy, gospodarki i edukacji”, Działanie 2.8 „Rozwój usług społecznych świadczonych w środowisku lokalnym”, współfinansowanego przez Europejski Fundusz Społeczny.

<sup>2</sup> W ramach projektu osobę niesamodzielną zdefiniowano jako wymagającą długotrwałego albo stałego wsparcia innej osoby w celu zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych z powodu ograniczenia aktywności związanego z naruszeniem funkcji organizmu. Poziom niesamodzielności starszych osób podzielono na 3 stopnie. I stopień objął osoby wymagające wsparcia w różnych sytuacjach życiowych, ale nie w formie bezpośredniego, fizycznego angażowania się opiekuna w wykonywanie czynności związanych z codziennym funkcjonowaniem, a raczej towarzyszenia w pokonywaniu trudności; przypisano do niego



testowi. W tym celu na obszarze 32 gmin z pięciu województw – mazowieckiego, warmińsko-mazurskiego, podkarpackiego, wielkopolskiego i śląskiego (wybranych do pilotażowego wdrożenia opracowanych standardów) przeprowadzono szkolenia dla opiekunów, a ich uczestników zatrudniono do opieki nad osobami niesamodzielnymi. Zarówno program kształcenia, jak i zakres usług dostosowano do wypracowanych standardów. Ostatnim elementem projektu była realizacja badań, mających na celu ocenę funkcjonowania wypracowanych standardów w praktyce. Zastosowano w nich zarówno jakościowe, jak i ilościowe metody pozyskiwania informacji (indywidualne wywiady pogłębione, *case studies*, wywiady kwestionariuszowe arkusze obserwacji). Wzięło w nich udział 355 opiekunów osób niesamodzielnych (wszyscy, którzy podjęli zatrudnienie po zakończeniu szkoleń), 115 osób niesamodzielnych (a w przypadku osób z najwyższym stopniem niesamodzielnosci wypowiadający się w ich imieniu opiekunowie rodzinni) oraz 96 przedstawicieli podmiotów odpowiedzialnych za organizowanie usług opiekuńczych na obszarze gmin objętych projektem (szczegółowe informacje zob. Daniłowicz i in. 2019).

W artykule wykorzystano tylko niewielki fragment materiału badawczego pozyskanego w projekcie, odnoszący się do niektórych potrzeb osób niesamodzielnych i zakresu ich zaspokojenia. W prezentowanych analizach uwzględniono dane pochodzące od 114 osób niesamodzielnych, od których uzyskano w ramach wywiadów kwestionariuszowych i wywiadów pogłębionych kompletne informacje odnoszące się do wybranych kwestii. Ich dobór do badań miał charakter celowy – kryterium stanowił stopień niesamodzielnosci. Osoby zakwalifikowane do II stopnia niesamodzielnosci stanowiły największą, liczącą 44 osoby grupę, która była najbardziej zróżnicowana wewnątrz (38% ogółu badanych). Pozostałe dwie kategorie, tj. osoby z I (najniższym) i III (najwyższym) stopniem niesamodzielnosci stanowiły po 31% ogółu (w obu przypadkach było to po 35 osób). Co do opiekunów, to podstawę prezentowanych niżej ustaleń stanowią informacje pozyskane od 228 z nich w ramach wywiadów kwestionariuszowych. Znaczna część z nich zajmowała się w projekcie więcej niż jednym podopiecznym. W związku z tym, na potrzeby dalszych analiz, zostali podzieleni ze względu na stopnie niesamodzielnosci ich podopiecznych, w taki sposób, że każdego opiekuna przypisano do tej grupy, do której należał jego podopieczny o najwyższym stopniu niesamodzielnosci. W wyniku tego podziału najmniejszą grupę badanych stanowili asystenci zajmujący się w trakcie trwania projektu wyłącznie podopiecznymi z I stopniem niesamodzielnosci (42 osoby, tj. 18% ogółu). Największy udział w badanej zbiorowości (105 osób, tj. 46% ogółu) mieli asystenci opiekujący się osobami, którym przypisano co najwyżej II stopień niesamodzielnosci. Nieco ponad 1/3 respondentów (81 osób, tj. 36% ogółu) stanowili asystenci mający pod opieką co najmniej jedną osobę z III stopniem

---

opiekę w wymiarze 2 godz. dziennie. II stopień niesamodzielnosci dotyczył osób, które w codziennym funkcjonowaniu napotykają na trudności ograniczające ich aktywność w wykonywaniu jakiejś czynności w stopniu wymagającym systematycznej, codziennej aktywizującej pomocy opiekuna; przypisano do niego opiekę w wymiarze 4 godz. dziennie. III stopień niesamodzielnosci dotyczył osób wymagających stałej opieki i zastępowania w wykonywaniu codziennych czynności życiowych. Czas wsparcia dedykowany tej grupie osób niesamodzielnosci wynosił 6 godz. dziennie (Szałkiewicz 2019).

niesamodzielności (niezależnie od liczby podopiecznych w trakcie całego projektu oraz ich stopni niesamodzielności, jeśli były zróżnicowane).

Przedmiotem analizy uczyniono kwestię dostosowania zakresu opieki do potrzeb osób niesamodzielnych w dwóch wymiarach: czynności wykonywanych przez opiekunów oraz czasu przeznaczanego na opiekę.

Badane osoby niesamodzielne pytano o potrzeby w zakresie wsparcia w realizacji szeregu czynności, związanych z codziennym funkcjonowaniem. Analogiczne pytanie, tyle że dotyczące podejmowania działań wspierających, zadano opiekunom. Zestawienie odpowiedzi osób należących do obu badanych grup przedstawiono na wykresach 1–3. Dla większej czytelności czynności, których dotyczyło pytanie, przyporządkowano do trzech obszarów aktywności: działań związanych z samoobsługą, mobilnością oraz sprawnością intelektualną i komunikacją.

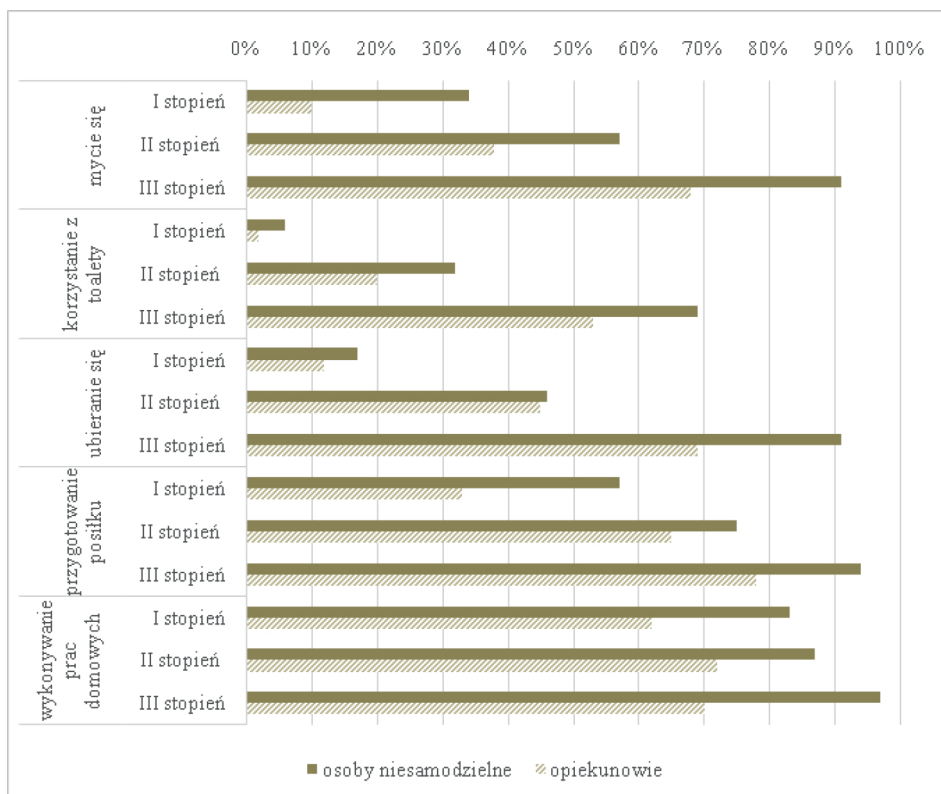
W pierwszym obszarze znalazły się takie czynności, jak: mycie się, korzystanie z toalety, ubieranie się, przygotowywanie posiłków i wykonywanie prac domowych<sup>3</sup>. Zgodnie z przewidywaniami, wyniki badania pokazały, że proporcje osób deklarujących potrzebę wsparcia w zakresie samoobsługi, jak również w kolejnych obszarach poddanych analizie, różnią się w zależności od stopnia ich niesamodzielności. Najwięcej takich deklaracji złożyły osoby z najwyższym poziomem ograniczeń funkcjonalnych, najmniej zaś osoby, którym przypisano stopień najniższy. Co za tym idzie, proporcje czynności wykonywanych przez opiekunów w ramach każdego z obszarów także wyglądają odmiennie w przypadku podopiecznych charakteryzujących się różnymi stopniami niesamodzielności. Na tym poziomie zachodzi zatem odpowiedniość, z zastrzeżeniem jednak, że odsetek osób niesamodzielnych deklarujących potrzeby w zakresie wspierania ich w czynnościach samoobsługowych przewyższa odsetek opiekunów, deklarujących wykonywanie czynności z tego zakresu. Jeśli jednak przyjrzemy się dokładniej poszczególnym deklaracjom, odnotujemy, że w przypadku niektórych aktywności zapotrzebowanie jest mniejsze niż w przypadku innych. Po drugie zauważymy, że rozbieżności pomiędzy sygnalizowanymi potrzebami w zakresie samoobsługi (osoby niesamodzielne) i deklaracjami podejmowania czynności na rzecz ich zaspokojenia (opiekunowie) są większe niż w innych analizowanych obszarach. Czynnościami, w których badani o niższym stopniu niesamodzielności potrzebują stosunkowo mniejszego wsparcia, są korzystanie z toalety oraz mycie się i ubieranie, zaś czynnościami, w których deklarowana potrzeba wsparcia jest największa, są wykonywanie prac domowych i przygotowywanie posiłków (wykres 1).

Zaobserwowany stan rzeczy wiąże się prawdopodobnie z faktem, że czynności pierwszego typu mają charakter intymny, a ich samodzielne wykonywanie daje poczucie względnej niezależności. Podopieczni zapewne dopiero na samym końcu są skłonni oddawać tę sferę w ręce opiekunów, dlatego wielu z nich mobilizuje się do zachowania samodzielności w tym obszarze i jeszcze tych trudności nie doświadcza. Równocześnie niektórzy opiekunowie (a także część osób niesamodzielnych) postrzegają swoją rolę jako „wsparcie techniczne” i dlatego koncentrują się

<sup>3</sup> Zakwalifikowano tu także jedzenie i picie, ale ze względu na fakt, że potrzebę wsparcia w tych czynnościach zadeklarowało stosunkowo niewiele osób, głównie przyporządkowanych do II stopnia niesamodzielności, nie wykorzystano tych danych w artykule.

na „konkretnej”, wymiernej pomocy – dbaniu o otoczenie, zaopatrzenie i posiłki podopiecznego.

Wykres 1. Odsetek osób niesamodzielnych deklarujących potrzebę wsparcia w zakresie czynności samoobsługowych w zestawieniu z odsetkiem opiekunów realizujących czynności opiekuńcze z tego zakresu (w podziale na stopnie niesamodzielnosci)



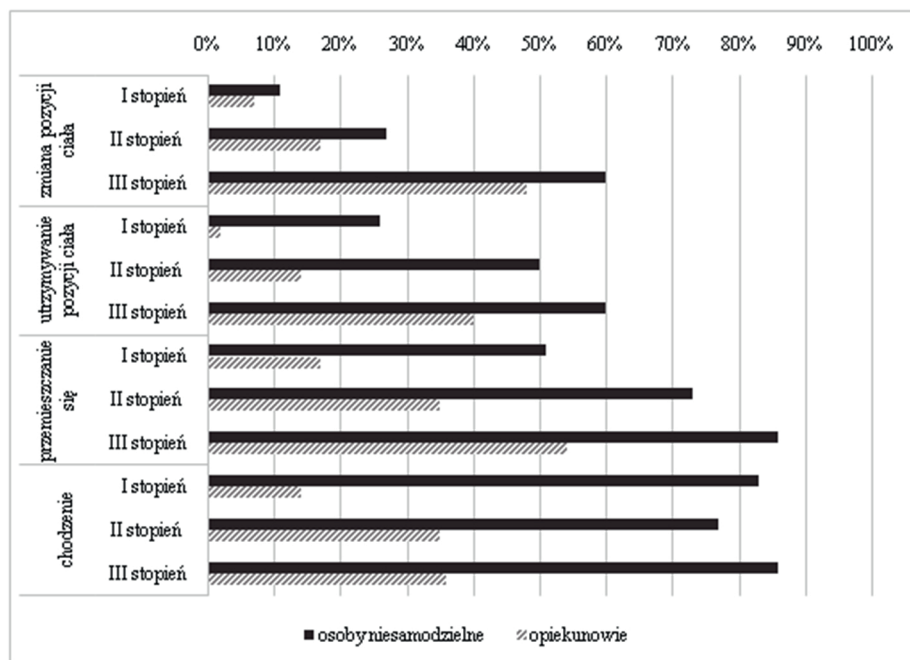
Źródło: opracowanie własne

Jeśli chodzi o rozbieżności między zapotrzebowaniem na wsparcie w określonych aktywnościach a działaniami opiekunów na rzecz ich zaspokojenia, widać, że są one największe w przypadku osób z III i I stopniem niesamodzielnosci. Sytuacja taka wynikać może z co najmniej dwóch powodów: czasu przeznaczanego na opiekę oraz celów i sposobu udzielania wsparcia. W odniesieniu do pierwszego znaczenie ma liczba czynności, które należy wykonać w ściśle określonych ramach czasowych (o czym będzie jeszcze mowa w dalszej części artykułu), natomiast w przypadku celów może być tak, że wobec osób z najniższym stopniem niesamodzielnosci opiekunowie podejmują starania o możliwie najdłuższe jej zachowanie w kwestiach dbałości o własne otoczenie i samowystarczalności, koncentrują się raczej na asystowaniu w wykonywaniu rozmaitych czynności niż bezpośrednim wyręczaniu w ich realizacji. Takie podejście niekoniecznie musi spotykać się ze zrozumieniem podopiecznych.

Podobne prawidłowości w zakresie rozkładu deklaracji osób niesamodzielnych i opiekunów – choć w większej skali – zaobserwowano także w drugim z wyróżnionych obszarów aktywności, tj. mobilności, do którego zaliczono: chodzenie, przemieszczanie się, zmienianie i utrzymywanie pozycji ciała.

Tu także odsetek osób niesamodzielnych deklarujących potrzebę wsparcia w każdej z wymienionych czynności był znacząco wyższy niż odsetek opiekunów deklarujących, że podejmują działania w tym zakresie. Jednocześnie najwięcej osób deklarujących potrzebę wsparcia rekrutowało się spośród badanych charakteryzujących się najwyższym zakresem ograniczeń. Wyniki analizy wyraźnie uwidoczniły także wzrost zapotrzebowania na wsparcie towarzyszący wzrostowi poziomu trudności poszczególnych czynności. Najmniej osób potrzebowało pomocy w zmienianiu pozycji ciała, najwięcej w chodzeniu. Co ciekawe, w przypadku chodzenia odsetek osób niesamodzielnych deklarujących, że nie są w stanie samodzielnie wykonać tej czynności, jest wyjątkowo wysoki i niemal jednakowy we wszystkich kategoriach niesamodzielności (por. wykres 2). Prowadzi to do szczególnie dużej rozbieżności między skalą potrzeb a poziomem ich zaspokojenia (rozumianym jako podejmowanie przez opiekunów czynności w tym obszarze) w przypadku kategorii osób posiadających I stopień niesamodzielności.

Wykres 2. Odsetek osób niesamodzielnych deklarujących potrzebę wsparcia w zakresie mobilności w zestawieniu z odsetkiem opiekunów realizujących czynności opiekuńcze z tego zakresu (w podziale na stopnie niesamodzielności)

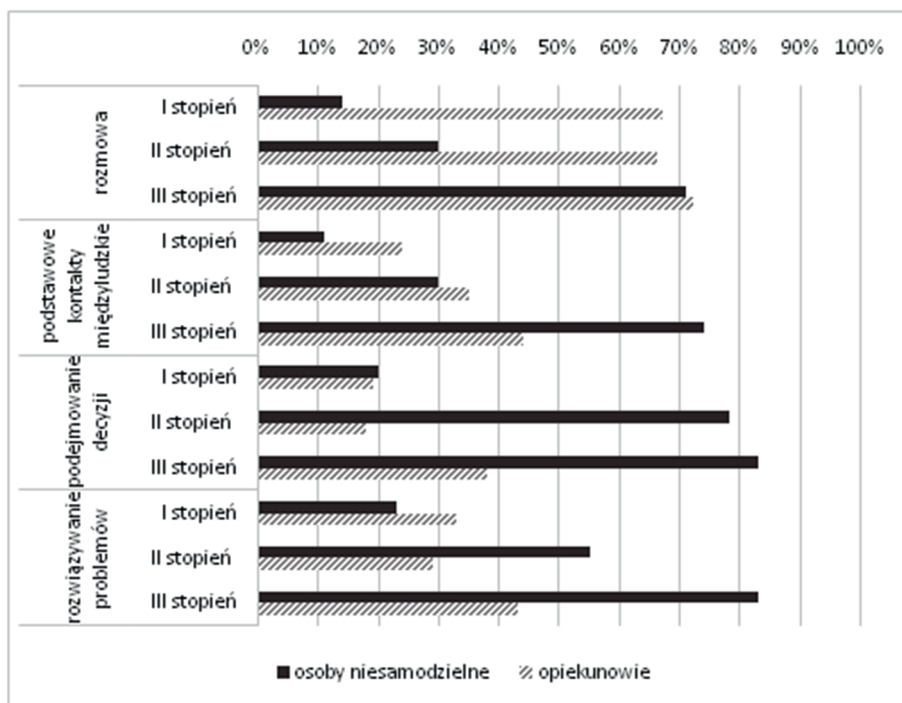


Źródło: opracowanie własne

Sytuacja taka może wynikać zarówno z obiektywnych trudności w realizacji wsparcia z tego zakresu, jak i ze wspomnianego wcześniej celowego mobilizowania osób niesamodzielnych do aktywności fizycznej, ale również z faktu, iż „chodzenie” jest przez badanych różnie definiowane. O ile w przypadku osób z wyższymi stopniami niesamodzielnosci obejmuje ono sam akt poruszania się w jakiejkolwiek przestrzeni, o tyle w przypadku osób z niewielkimi ograniczeniami w tym obszarze wiąże się głównie z wychodzeniem z domu, czyli pokonywaniem większych odległości.

Trzeci z obszarów poddanych analizie, odnoszący się do potrzeb w zakresie utrzymania sprawności intelektualnej i komunikacji interpersonalnej, charakteryzuje się nieco inną specyfiką niż dwa poprzednie. W jego skład weszły takie czynności, jak: rozmowa, podtrzymywanie podstawowych kontaktów międzyludzkich, podejmowanie decyzji i rozwiązywanie problemów. Pojawiają się tu czynności, w przypadku których odsetek opiekunów deklarujących ich podejmowanie jest wyższy niż odsetek osób niesamodzielnych deklarujących, że potrzebuje pomocy w ich realizowaniu. Należą do nich rozmowa, w odniesieniu do II stopnia niesamodzielnosci także podtrzymywanie kontaktów międzyludzkich, a w odniesieniu do stopnia I – podtrzymywanie kontaktów międzyludzkich oraz rozwiązywanie problemów (wykres 3).

Wykres 3. Odsetek osób niesamodzielnych deklarujących potrzebę wsparcia w zakresie utrzymania sprawności intelektualnej i komunikacji interpersonalnej w zestawieniu z odsetkiem opiekunów realizujących czynności opiekuńcze z tego zakresu (w podziale na stopnie niesamodzielnosci)



Źródło: opracowanie własne

Przedstawiona sytuacja wynika niewątpliwie z faktu, iż osoby bardziej samodzielne są w stanie w wystarczającym stopniu autonomicznie zaspokajać potrzeby w tym zakresie i nie postrzegają opiekunów jako osób, których rola polega także na komunikacji. Jednocześnie rozmowa należy do czynności, które można wykonywać w trakcie realizacji innych działań. Tak też często się dzieje, co potwierdzają wywiady swobodne. Wynika z nich, że rozmowy prowadzone są „przy okazji” i dotyczą głównie spraw związanych ze zdrowiem podopiecznego i planowaniem kolejnych działań opiekuńczych. Czasem trudno uznać te interakcje za rozmowy *w pełnym tego słowa znaczeniu, ponieważ aktywna jest w nich tylko jedna strona*. Podopieczny albo opiekun wygłasza monolog, np. relacjonując wykonywane czynności, a druga strona ogranicza się do mniej lub bardziej uważnego śledzenia wypowiedzi. Oczywiście zdarzają się sytuacje, szczególnie w przypadku osób z większym zakresem niesamodzielności, w których komunikacja jest utrudniona ze względu na obiektywne ograniczenia podopiecznych w tym zakresie.

Należy zauważyć, że poza kwestią komunikacji, obszar wspomaganie sprawności intelektualnej – szczególnie w zakresie wspierania procesów podejmowania decyzji i rozwiązywania problemów – jest tym, w którym obok omówionego wcześniej chodzenia pojawiają się największe rozbieżności między deklaracjami osób niesamodzielnych i opiekunów. Sytuacja taka może wiązać się albo z niedostrzeganiem przez opiekunów potrzeb podopiecznych w tym obszarze, albo z ich marginalizowaniem wskutek wyższego lokowania innych potrzeb w hierarchii znaczenia i użyteczności dla osoby niesamodzielnej, albo też po prostu z brakiem umiejętności w tym zakresie.

Prezentując wyniki przeprowadzonego badania w kontekście zakresu dopasowania czynności wykonywanych przez opiekunów do potrzeb deklarowanych przez osoby niesamodzielne, warto jeszcze wspomnieć o czasie przeznaczonym na opiekę, który znacząco oddziaływał na sposób jej realizacji. W projekcie, z którego pochodzą omawiane wyniki, każdemu ze stopni niesamodzielności odpowiadał określony wymiar czasu, jaki należało przeznaczyć na opiekę: było to odpowiednio dwie, cztery bądź sześć godzin dziennie. Szczegółowa analiza liczby godzin przeznaczanych na działania związane ze wspieraniem osób niesamodzielnych (włączając w to nie tylko aktywności związane bezpośrednio z pielęgnacją i opieką, ale także z organizacją życia podopiecznego, np. załatwianiem spraw urzędowych, dokonywaniem opłat, umawianiem się na wizyty lekarskie i towarzyszeniem w nich) w podziale na stopnie niesamodzielności pokazuje, że znacząca część opiekunów przeznaczała na opiekę inną ilość czasu, niż założona w projekcie. Co ciekawe, w przypadku opiekunów zajmujących się osobami z dwoma niższymi stopniami niesamodzielności, zakładane ramy czasowe były na ogół przekraczane (taka sytuacja dotyczyła nieco ponad połowy opiekunów z obu tych kategorii), zaś w przypadku respondentów opiekujących się osobami z najwyższym stopniem niesamodzielności zakładany czas opieki był zazwyczaj skracany (w przypadku 58% badanych z tej kategorii).

Prawdopodobnie w przypadku osób z I stopniem niesamodzielności przekraczanie założonego czasu związane jest z faktem, że w ciągu dwóch godzin opiekun niejednokrotnie nie jest w stanie wykonać potrzebnych czynności – zwłaszcza jeśli wliczy się do nich także załatwianie potrzeb podopiecznego związanych np.



z zaopatrzeniem, sprawami urzędowymi itp. Szczególnie, że w przypadku osób z tym stopniem niesamodzielności bardzo istotna jest kwestia przekonywania ich do realizacji różnych działań, których nie chcą podejmować, oraz wspierania ich w taki sposób, aby uniknąć wyręczania i skłonić ich do samodzielnej aktywności, co zajmuje znacznie więcej czasu niż wykonanie niezbędnych czynności przez opiekuna.

Wspomniane problemy pogłębiają się w przypadku osób z II stopniem niesamodzielności, które – jak wynika z wywiadów swobodnych – w największym zakresie i najszybszym tempie doświadczają postępu chorób. Co za tym idzie, w wielu przypadkach osoby te w dość krótkim czasie od diagnozy potrzebują poszerzenia w stosunku do pierwotnie zakładanego zakresu działań i większej liczby godzin na ich wykonanie. Poszerza się bowiem zakres czynności, w których opiekun asystuje podopiecznemu, i w których niejednokrotnie musi go wyręczać. Z kolei w przypadku osób z najwyższym stopniem niesamodzielności, leżących, pozostających pod wpływem środków uspokajających i pod stałą opieką członków rodziny, zdarza się, że czynności opiekuna profesjonalnego sprowadzają się do wsparcia opiekuna rodzinnego w czuwaniu przy śpiącym podopiecznym, co niejednokrotnie nie wymaga zakładanej liczby godzin.

Bardzo ważnym czynnikiem, który należy uwzględnić przy określaniu czasu potrzebnego na opiekę nad konkretną osobą niesamodzielną, jest zatem dobre rozpoznanie zakresu wsparcia, jakie osoba ta może uzyskać od rodziny lub innych osób z najbliższego otoczenia. Zupełnie inaczej wygląda bowiem praca opiekuna, gdy jest on jedyną osobą niosącą pomoc osobie niesamodzielnej, inaczej zaś, gdy w gospodarstwie domowym na co dzień obecny jest opiekun rodzinny, który potrzebuje, w mniejszym lub większym stopniu, wsparcia i odciążenia w codziennych obowiązkach.

## **Podsumowanie i wnioski**

Rozpoznawanie potrzeb osób niesamodzielnych i dostosowywanie do nich zarówno adekwatnych uregulowań prawnych, jak i standardów działań opiekuńczych, nie jest zadaniem prostym ani oczywistym. Analiza wyników badań przeprowadzonych wśród osób niesamodzielnych i ich opiekunów pokazała, że nawet między tymi dwiema grupami bezpośrednich uczestników procesu pomocowego istnieją dość duże rozbieżności w sposobie postrzegania zakresu potrzeb, których zaspokajaniu proces ten służy.

Po pierwsze, w każdym z wyróżnionych obszarów i przy niemal każdej z wyróżnionych czynności (poza rozmową) zapotrzebowanie na wsparcie deklarowane przez osoby niesamodzielne przewyższa wsparcie, którego udzielanie deklarują opiekunowie. Po drugie, sposób postrzegania poszczególnych potrzeb, ich definicja, zakres oraz nasilenie są bardzo zróżnicowane w zależności od przypisanych stopni niesamodzielności. Co za tym idzie, także zakres czynności podejmowanych przez opiekunów w indywidualnych przypadkach znacząco się różni i wymaga odmiennej ilości czasu, nie zawsze zbieżnej z założonymi standardami.

Wynikać to może z kilku kategorii przyczyn: z rozbieżności między opiekunem i podopiecznym w definiowaniu wsparcia, np. ze stosowania przez opiekunów prak-

tyki „wyręczania” zamiast oczekiwanego przez osoby niesamodzielne wspierania w samodzielnym wykonaniu danego działania; z rozbieżności w sposobie postrzegania hierarchii potrzeb, np. z koncentrowania się opiekuna wyłącznie na czynnościach związanych z samoobsługą i pomijania działań z innych obszarów, przede wszystkim z zakresu wspierania sprawności intelektualnej; z braku wiedzy lub umiejętności opiekuna np. w obszarze wsparcia psychologicznego; ze zmienności potrzeb w czasie; z nadmiernym dostosowywaniem działań (w wymiarze czynności i czasu) do ram narzuconych umową, przede wszystkim jednak z niewłaściwej, a przynajmniej zbyt powierzchownej diagnozy potrzeb osoby niesamodzielnej i idącego za tym nieadekwatnego planu wsparcia.

Opracowanie standardów w tym zakresie jest z pewnością pomocne, a nawet konieczne z perspektywy szacowania kosztów opieki oraz przygotowania planu wsparcia dla osoby charakteryzującej się określonym stopniem niesamodzielności. Realizacja projektów służących wypracowaniu wytycznych określających ramy świadczenia usług opiekuńczych – takich jak ten, z którego zaczerpnięto dane do analiz przeprowadzonych w artykule – niewątpliwie stanowi znaczący krok w kierunku podniesienia efektywności i jakości udzielanej pomocy.

Przedstawione w ostatniej części artykułu wyniki badań nad dostosowywaniem zakresu wykonywanych czynności opiekuńczych do subiektywnych potrzeb osób niesamodzielnych, pomimo wąskiego zakresu pokazują, że uregulowania prawne i profesjonalne standardy wyznaczające ogólną ramę, zasób możliwych rozwiązań i konieczne minimum ich zastosowania w przełożeniu na praktykę powinny być w każdym przypadku dostosowywane do konkretnej sytuacji. We wszystkich wspomnianych obszarach niezwykle istotna jest kwestia indywidualizacji wsparcia oraz zaplanowania go na podstawie pogłębionej i na bieżąco aktualizowanej analizy potrzeb i oczekiwań bezpośrednich odbiorców projektowanych usług, czyli osób niesamodzielnych.

Tylko elastyczność w dopasowywaniu wsparcia do potrzeb osób niesamodzielnych daje szansę na podniesienie efektywności świadczonych usług opiekuńczych. Jednocześnie pozwala na uniknięcie realizowania działań nadmiarowych, które nie tylko wiążą się z marnotrawieniem i tak niewystarczających środków publicznych, ale mogą też prowadzić do niezamierzonego wygaszania samodzielności i aktywności osoby objętej wsparciem w zakresie czynności, które mogłaby nadal sama wykonywać.

Zapobieganie tego typu sytuacjom wydaje się szczególnie znaczące w kontekście wyzwań, jakie stawiają przed współczesnymi społeczeństwami zachodzące w nich przemiany demograficzne. To właśnie w powiązaniu z zagadnieniem starzejącego się społeczeństwa kwestia wsparcia osób niesamodzielnych staje się niezwykle ważnym i aktualnym problemem publicznym. Co za tym idzie, coraz częściej znajduje ona swoje miejsce zarówno w regulacjach prawnych, we wspomagających ich przygotowaniach eksperckich naukowych, jak i w projektach i programach mających na celu zapobieganie jego negatywnym skutkom lub ich minimalizowanie.

Jednakże, jak wskazują analitycy agencji polityki senioralnej (Szatur-Jaworska 2015; Bakalarczyk 2017), przełożenie tych regulacji, rekomendacji oraz projektów na konkretne działania, które mogłyby realnie zmienić sytuację osób niesamodzielnych,

napotyka na liczne ograniczenia. Wiążą się one m.in. z niedostosowaniem diagnoz do lokalnych uwarunkowań i bardzo zróżnicowanych, indywidualnych potrzeb, z niewystarczającymi środkami przeznaczanymi na działania opiekuńcze oraz z nastawieniem przede wszystkim na bieżące zapobieganie najważniejszym problemom, co bywa związane z realizacją krótkoterminowych celów politycznych.

Tymczasem, odwołując się do konstatacji sformułowanej w Raporcie na temat sytuacji osób starszych w Polsce, w odniesieniu do polityki senioralnej można wskazać, że także polityki w zakresie wsparcia osób niesamodzielnych

muszą być prowadzone w sposób bardzo elastyczny, przy uwzględnieniu nierównomiernego tempa procesu starzenia się ludności i zróżnicowanego zaawansowania tego procesu w poszczególnych regionach. W następstwie tego należy dokonać zróżnicowania celów polityki wobec ludzi starych, tak by uwzględniać specyficzny, właściwy dla tych regionów cechy demograficznego starzenia się ludności (Błędowski i in. 2012: 188).

Aby było to możliwe, muszą się one opierać na pogłębionych diagnozach, uwzględniających opinie osób, do których wsparcie jest adresowane. Włączanie zróżnicowanych grup interesariuszy w projektowanie polityk publicznych wydaje się bowiem szczególnie istotne w tych kwestiach, które dotyczą dużych grup społecznych i przenikają wiele obszarów życia społecznego, tak jak ma to miejsce w przypadku problematyki wsparcia osób niesamodzielnych. Angażowanie interesariuszy w procesy decyzyjne zmniejsza bowiem ich sceptycyzm wobec podejmowanych działań i decyzji. Przede wszystkim jednak zwiększa szanse na to, że wypracowane rozwiązania będą realnie oddziaływały na kwestie, do których się odnoszą (Argyris, Putman, McLain Shmith 1985; Esguerra, Beck, lidskog 2017).

## **Bibliografia**

### **Akty prawne**

- Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych, sporządzona w Nowym Jorku dnia 13 grudnia 2006 r. (Dz.U. z 2012 r. poz. 1169 ze zm.).
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 1997 r. Nr 123 poz. 776 ze zm.).
- Ustawa z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. (Dz. U. z 1998 r. Nr 162 poz. 1118 ze zm.).
- Ustawa z dnia 31 lipca 2019 r. o świadczeniu uzupełniającym dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji. (Dz. U. z 2019 r. poz. 1622 ze zm.).
- Ustawa z dnia 20 grudnia 2019 r. o zmianie ustawy o Solidarnościowym Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych oraz niektórych innych ustaw. (Dz. U. z 2019 r. poz. 2473 ze zm.).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych. (Dz.U. z 2012 r. poz. 731).
- Uchwała nr 137 Rady Ministrów z dnia 24 sierpnia 2012 r. w sprawie ustanowienia Rządowego Programu na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2012–2013 (M.P. z 2021 r. poz. 642).

Uchwała nr 238 Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2013 r. w sprawie przyjęcia dokumentu Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020 (M.P. z 2014 r. poz. 118).

Uchwała nr 160 Rady Ministrów z dnia 20 grudnia 2016 r. w sprawie programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem” (M.P. z 2016 r. poz. 1250).

Uchwała Nr 161 Rady Ministrów z dnia 26 października 2018 r. w sprawie przyjęcia dokumentu Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. Bezpieczeństwo – Uczestnictwo – Solidarność (M.P. z 2018 r. poz. 1169).

### Opracowania

Argyris Chris, Robert Putnam, Diana McLain Smith. 1985. *Action Science. Concepts, Methods, and Skills for Research and Intervention*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Augustyn Mieczysław i in. 2010. *Opieka długoterminowa w Polsce. Opis, diagnoza, rekomendacje*, Augustyn Mieczysław (red.). Warszawa: Klub Parlamentarny Platformy Obywatelskiej RP. Dostęp 5 listopada 2021. <http://rszarf.ips.uw.edu.pl/kierunki/ODzielona.pdf>.

Bakalarczyk Rafał. 2017. „Kwestia opiekuńcza w agendzie polityki senioralnej w Polsce”. *Studia z Polityki Publicznej* 4 (4) : 57–85.

Błędowski Piotr (red.). 2019. *Opieka długoterminowa w Polsce. Dzisiaj i jutro*. Warszawa: Koalicja „Na pomoc niesamodzielnym” – Związek Stowarzyszeń. Dostęp 5 listopada 2021. [https://niesamodzielnym.pl/uploads/RAPORT\\_OPIEKA\\_DLUGOTERMINOWA.pdf](https://niesamodzielnym.pl/uploads/RAPORT_OPIEKA_DLUGOTERMINOWA.pdf).

Daniłowicz Paweł i in. 2019. *Ocena wdrożonych standardów usług asystenckich i opiekuńczych oraz standardów teleopieki. Raport z pilotażu*. Warszawa: Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego, Stowarzyszenie Niepełnosprawni dla Środowiska EKON.

Esguerra Alejandro, Silke Beck, Rolf Lidskog. 2017. “Stakeholder Engagement in the Making: IPBES Legitimization Politics”. *Global Environmental Politics* 17 (1) : 59–76.

Głogosz Dorota. 2019. *Definicja niesamodzielnosci, kryteria oceny stopni niesamodzielnosci oraz standardy usług asystenckich i opiekuńczych. Przegląd literatury i badań. Doświadczenia zagraniczne. Raport*. Warszawa: IPiSS, UKSW, Stowarzyszenie Niepełnosprawni dla Środowiska EKON.

Iwański Rafał. 2019. „System pomocy społecznej a starzenie się populacji – wyzwania i bariery w zakresie opieki długoterminowej”. *Studia z Polityki Publicznej* 6 (1) : 39–52.

Jessop Bob. 2007. „Promowanie «dobrego rządzenia» i ukrywanie jego słabości: refleksja nad politycznymi paradygmatami i politycznymi narracjami”. *Zarządzanie Publiczne* 2 (2) : 5–25.

Klimczuk Andrzej. 2018. „Polityka publiczna wobec starzenia się ludności. Przegląd pojęć i podejść teoretycznych”. *Studia z Polityki Publicznej* 5 (4) : 67–94.

Kretek-Kamińska Agnieszka, Iwona Kukulak-Dolata, Aneta Krzewińska. 2020. *Wsparcie osób niesamodzielnym. Perspektywa opiekunów i podopiecznych*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.

Kubicki Paweł. 2015. „Polityka publiczna wobec niepełnosprawności – propozycje perspektyw teoretycznych”. *Studia Z Polityki Publicznej* 2 (4) : 9–28. Dostęp 2 listopada 2021.

- Kubicki Paweł. 2017. *Polityka publiczna wobec osób z niepełnosprawnościami*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza SGH.
- Kubicki Paweł. 2019. *Wyzwania polityki publicznej wobec osób z niepełnosprawnościami*. Warszawa: Polski Instytut Ekonomiczny.
- Lowi Theodore J. 1972. „Four Systems of Policy, Politics, and Choice”. *Public Administration Review* 32 (4) : 298–310.
- „Ludność według płci i grup wieku, mediana wieku, współczynnik obciążenia demograficznego”. 2021. GUS. Dostęp 5 listopada 2021. [http://swaid.stat.gov.pl/Demografia\\_dashboards/Raporty\\_predefiniowane/RAP\\_DBD\\_DEM\\_3.aspx](http://swaid.stat.gov.pl/Demografia_dashboards/Raporty_predefiniowane/RAP_DBD_DEM_3.aspx).
- Łuczak Paweł, Rafał Bakalarczyk. 2019. Charakterystyka rozwiązań zagranicznych. W *Opieka długoterminowa w Polsce. Dzisiaj i jutro*, Błędowski Piotr (red.). Warszawa: Koalicja „Na pomoc niesamodzielnym” – Związek Stowarzyszeń. Dostęp 5 listopada 2021. [https://niesamodzielnym.pl/uploads/RAPORT\\_OPIEKA\\_DLUGOTERMINOWA.pdf](https://niesamodzielnym.pl/uploads/RAPORT_OPIEKA_DLUGOTERMINOWA.pdf).
- Mazur Stanisław. 2015. „Założenia teoretyczne i metodologiczne nauk o polityce publicznej”. *Wrocławskie Studia Politologiczne* 18 : 7–27.
- Mikołajczyk-Lerman Grażyna, Małgorzata Potoczna. 2020. *Instytucjonalne wsparcie niesamodzielnych osób starszych w województwie łódzkim. Potencjał, potrzeby, wyzwania*. Łódź-Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Agent PR.
- Osborne Stephen P. 2010. Introduction. The (New) Public Governance: A Suitable Case for Treatment? W *The New Public Governments? Emerging Perspectives on Theory and Practice of Public Governance?*, Stephen P. Osborne (red.), 1–16. London–New York: Routledge.
- Polakowski Michał, Dorota Szelewa. 2015. „Niepełnosprawność – krótki przegląd międzynarodowy”. W *Niepełnosprawność – problemy opieki*, Rafał Bakalarczyk i in., 3–9. Warszawa: Friedrich-Ebert-Stiftung, Fundacja Międzynarodowe Centrum Badań i Analiz.
- Program rządowy Dostępność Plus 2018–2025. 2018. Ministerstwo Inwestycji i Rozwoju (oprac.). Portal Funduszy Europejskich. Dostęp 5 listopada 2021. [https://www.funduszeuropejskie.gov.pl/media/97063/Program\\_Dostepnosc\\_Plus.pdf](https://www.funduszeuropejskie.gov.pl/media/97063/Program_Dostepnosc_Plus.pdf).
- Raport na temat sytuacji osób starszych w Polsce. 2012. Błędowski Piotr i in. (oprac.). 2012. Warszawa: Instytut Pracy i Spraw Socjalnych. Dostęp 5 listopada 2021. [http://senior.gov.pl/source/raport\\_osoby%20starsze.pdf](http://senior.gov.pl/source/raport_osoby%20starsze.pdf).
- Rhodes Roderick A.W. 2010. „Nowe współzarządzanie publiczne: rządzenie bez rządu”. *Zarządzanie Publiczne* (4) : 104–118.
- Sroka Jacek. 2009. *Deliberacja i rządzenie wielopasmowe: teoria i praktyka*. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Stan zdrowia ludności Polski w 2019 r. *Informacja sygnalna*. 2021. GUS. Dostęp 5 listopada 2021. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/stan-zdrowia-ludnosci-polski-w-2019-r-,26,1.html>.
- Sytuacja demograficzna osób starszych i konsekwencje starzenia się ludności Polski w świetle prognozy na lata 2014–2050. 2014. GUS. Dostęp 5 listopada 2021. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/sytuacja-demograficzna-osob-starszych-i-konsekwencje-starzenia-sie-ludnosci-polski-w-swietle-prognozy-na-lata-2014-2050,18,1.html>.
- Szarfenberg Ryszard. 2016. „Polityka publiczna – zagadnienia i nurty teoretyczne”. *Studia z Polityki Publicznej* (1) : 45–75.

- Szatur-Jaworska Barbara. 2015. „Polityka senioralna w Polsce – analiza agendy”. *Problemy Polityki Społecznej. Studia i Dyskusje*, 30 (3) : 47–75.
- Szwałkiewicz Elżbieta. 2019. *Profesjonalizacja usług asystenckich i opiekuńczych dla osób niesamodzielnych. Standardy usług i kształcenia. Raport finalny projektu*. Warszawa: IPiSS, UKSW, Stowarzyszenie Niepełnosprawni dla Środowiska EKON.
- Woźniak Zbigniew. 2010. „Zasady i cele polityki społecznej wobec osób z ograniczeniami sprawności”. *Polityka Społeczna. Diagnoza potrzeb i podstawy interwencji społecznych na rzecz osób z ograniczeniami sprawności 1* : 6–10.
- Zybała Andrzej. 2013. *Państwo i społeczeństwo w działaniu. Polityki publiczne wobec potrzeb modernizacji państwa i społeczeństwa*. Warszawa: Wydawnictwo Difin.

## **Support for dependent people and their needs in this area as a subject of public policy in Poland**

### **Abstract**

The article tries to identify the most important issues related to the formation of public policy in the field of support for dependent persons in Poland. It briefly discusses the most important consequences of the increasing number of people with disabilities, indicating that this issue is a public problem and is clearly present in the agenda of public policy. Attention was also paid to the diversity of stakeholders involved in the process of its formation, emphasizing the need to include the voice of dependent persons and their caregivers, especially in the area of diagnosing the needs for support directed to them. The second part of the paper also served to underline the need to take into account the perspective of dependent persons in designing care activities. It presents selected results of a research carried out on a sample of dependent people and their caregivers in the framework of the project dedicated to the development of standards of care for dependent people. Based on the results, an analysis was made of the adequacy of standard activities performed by caregivers and time of care in relation to the needs of dependent people.

**Keywords:** aging, care services public policy, support for dependent people