

JUSTYNA HOŁYST

ZINTEGROWANY MODEL OPIEKI NA PRZYKŁADZIE WYBRANYCH DZIAŁÓW OPIEKI SPOŁECZNEJ W ANGLII

ABSTRAKT

W artykule jest przedstawiona opieka społeczna dla osób starszych zorganizowana na podstawie zintegrowanego modelu działań opiekuńczych różnych podmiotów świadczących usługi na rzecz seniora. Interdyscyplinarna współpraca jest prezentowana na przykładzie dwóch działów środowiskowej opieki społecznej w Anglii: Reablement Team oraz EMI – Staying at Home Scheme. Omawiane działy w swoim funkcjonowaniu kierują się podejściem skoncentrowanym na osobie oraz dążeniem do maksymalizowania niezależności i samodzielności osoby starszej.

Słowa kluczowe: opieka społeczna w Anglii, osoby starsze

WPROWADZENIE

Głównym przedmiotem rozważań podjętych w tym artykule jest wymiar organizacyjny dwóch działów opieki społecznej w Anglii, funkcjonujących na podstawie zintegrowanego modelu działań wielu podmiotów. Artykuł jest także próbą podjęcia dyskursu wokół tematyki dobrych praktyk stosowanych w Anglii i ewentualnych możliwości ich wdrożenia oraz dostosowania ich do specyfiki polskiej pomocy społecznej. Jest to istotny aspekt rozważań w obrębie pomocy społecznej dla osób starszych, gdyż zmierza do aktywizacji osób starszych oraz do poprawy jakości ich życia w Polsce, dążąc tym samym do tego, aby w działaniach ukierunkowanych na seniora stosować podejście holistyczne i podmiotowe oraz aby szukać rozwiązań umożliwiających seniorom jak najdłuższe funkcjonowanie w ich własnym środowisku domowym, a także stosując zasadę, aby kierowanie seniorów do domów pomocy społecznej było ostateczną formą wsparcia. Tę tendencję można obserwować w polskim systemie pomocy społecznej dla osób starszych przez tworzenie dziennych domów opieki dla seniorów

w wyniku wdrażania programu „Senior-WIGOR” na lata 2015–2020 (Uchwała nr 157 Rady Ministrów z dnia 20 grudnia 2016 r.).

ROZUMIENIE OPIEKI SPOŁECZNEJ W UJĘCIU POLSKIM I ANGIELSKIM

Na potrzeby artykułu w tytule użyłam sformułowania „model opieki społecznej”. Opieka w tym ujęciu jest rozumiana dwojako: po pierwsze, jako świadczenie usług opiekuńczych na rzecz seniora; po drugie, jako koordynacja działań wielu podmiotów zaangażowanych w świadczenie opieki na rzecz seniora. Przedstawienie opieki społecznej w takim znaczeniu sytuuje ją w stosunku podrzędnym do pomocy społecznej. Model opieki społecznej przedstawiany w artykule składa się bowiem na szerzej rozumianą pomoc społeczną postrzeganą jako „instytucja polityki społecznej państwa mająca na celu umożliwienie osobom i rodzinom przezwyciężanie trudnych sytuacji życiowych, których nie są one w stanie pokonać, wykorzystując własne uprawnienia, zasoby i możliwości” (Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej).

Analizując angielski system opieki, przytoczę znaczenie słowa „opieka” (*care*). W ujęciu *Collins Dictionary* opieka rozumiana jest m.in. jako świadczenie pomocy, opiekowanie się osobą, dbanie o jej dobry stan i kondycję (Sinclair, 2002, s. 96). Natomiast praca socjalna (*social work*) oznacza udzielanie pomocy oraz porad osobom, które mają problemy finansowe i/lub rodzinne (tamże, s. 662). Praca socjalna jest świadczona w ramach *social services*, rozumianych jako określony okręg według administracyjnego podziału kraju, w którym usługi są dostarczane przez lokalne władze, aby pomóc tym, którzy mają problemy rodzinne lub finansowe (tamże). Zarówno w polskim, jak i w angielskim znaczeniu opieka społeczna w artykule jest rozumiana jako organizacja opieki na rzecz seniora.

ZINTEGROWANY WYMIAR OPIEKI

Przedstawiając w artykule dwa działy opieki społecznej w Anglii, którymi są: *Reablement Team* oraz *EMI – Staying at Home Scheme*, zobrazowałam funkcjonowanie opieki społecznej, działającej na podstawie zasady integracji. Integracja oznacza proces tworzenia się całości z poszczególnych części, elementów; scalanie się (Dereń, Polański, 2009, s. 283). Zintegrowany model opieki jest także rozumiany jako koordynacja działań wielu podmio-

tów zaangażowanych w pomoc na rzecz danego seniora. Zatem elementem kluczowym w organizacji zintegrowanego modelu opieki jest współpraca polegająca na skoordynowanych działaniach instytucjonalnych. Wincenty Okoń przedstawia współpracę jako „współdziałanie ze sobą jednostek lub grup ludzi wykonujących swoje cząstkowe zadania, aby osiągnąć jakiś wspólny cel; opiera się na wzajemnym zaufaniu i lojalności oraz na podporządkowaniu się celowi, należycie uświadomionemu sobie przez wszystkie jednostki lub grupy” (Okoń, 1996, s. 318). Rozumienie współpracy w ujęciu Okonia jest warunkiem *sine qua non* skutecznego tworzenia i funkcjonowania opieki społecznej. Wspólnym celem przyświecającym działaniom w opiece społecznej na rzecz seniorów powinno być dążenie do podmiotowości oraz poprawy jakości życia osób starszych. Powstaje pytanie, jak połączyć ów cel z praktycznymi działaniami stosowanymi w codziennym funkcjonowaniu opieki społecznej. Próbą odpowiedzi jest zintegrowany model opieki społecznej.

TRZY PARADYMATY SKUTECZNEGO FUNKCJONOWANIA OPIEKI SPOŁECZNEJ W ANGLII

Fundamentem skutecznego funkcjonowania opieki społecznej na rzecz seniorów w Anglii są trzy paradyMATY. Pierwszy to integracja oraz koordynacja działań. Drugi paradyMAT stanowi ocena indywidualnych potrzeb (*Individual Care Assessment of Needs*). Natomiast trzecim jest podejście skoncentrowane na osobie (*Person Centred Approach*).

ParadyMAT I – Integracja i koordynacja działań

Podstawą paradyMATU integracji i koordynacji działań jest wspomniana już wcześniej współpraca. Szeroko rozumiana współpraca to podstawowy filar omawianych działań, umożliwiający powstanie stabilnej konstrukcji w postaci pakietu usług opiekuńczych. Ma on na celu zaangażowanie we współpracę z seniorem profesjonalistów z różnych dziedzin, w ściśle określonym czasie, tak aby osiągnąć zamierzony efekt, którym jest odzyskanie przez seniora utraconych sprawności, a tym samym dalsze funkcjonowanie w domowym środowisku. Interdyscyplinarny charakter tych działań sprawia, że sieć współpracy obejmuje różne podmioty zaangażowane bezpośrednio w system opieki na rzecz seniorów. Zintegrowana sieć współpracy obejmuje podmioty, takie jak: opieka społeczna, opieka medyczna, organizacje pozarządowe

(wolontariat), agencje opiekuńcze (*Care Agencies*), opiekun nieformalny, którym w większości przypadków jest najbliższy członek rodziny. Na opiekę społeczną składają się serwisy typu: gorące posiłki na kółkach (*MOW – Meals-on-Wheels*) – jest to program polegający na dostarczaniu gorących posiłków do domu osoby starszej lub niepełnosprawnej (Zych, 2003, s. 47); dzienne domy opieki (*Day Centers*); teleopieka (*Telecare Solutions* lub *First Call System*) – umożliwia za pomocą urządzeń specjalistycznych monitorowanie osób starszych przebywających w swoich domach (Barlow, i in., 2007, s. 172); system umożliwiający wejście do domu podopiecznego osobie upoważnionej w sytuacji, gdy nie jest on w stanie samodzielnie otworzyć drzwi (*Keysafe System*); placówki zapewniające całodobowe zakwaterowanie w warunkach zbliżonych do domowych (*Shelter housing*). W tego typu mieszkaniach zapewnia się trening niezbędny do samodzielnego życia w środowisku. Zazwyczaj są to niezależne mieszkania zgrupowane w celu zapewnienia usług wspomagających, koniecznych do zaspokojenia podstawowych potrzeb osób o naruszonej sprawności funkcjonalnej, przewlekle chorych, starych pozbawionych opieki społecznej, nie wymagających jednak standardowej opieki pielęgniarstwa (Zych, 2003, s. 45–46).

ZINTEGROWANY

MODEL OPIEKI



SCHEMAT 1. Zintegrowany model opieki

Źródło: opracowanie własne.

Na szczególną uwagę zasługuje system teleopieki, gdyż – jak zauważają Marta Muszalik i Monika Biercewicz – korzystanie z tego typu technologii zakłada m.in.: wydłużenie czasu zamieszkania ludzi starszych we własnym środowisku wraz z rozwojem ich niezależności, samoopieki i mobilności; wspieranie utrzymania zdrowia i sprawności funkcjonalnej starszych osób; poprawę bezpieczeństwa oraz profilaktykę izolacji społecznej oraz wspieranie wielofunkcyjnej sieci wokół poszczególnych osób; wspieranie opieki oraz rodzin i organizacji opiekuńczych (Muszalik, Biercewicz, 2010, s. 136–137). Zintegrowany model opieki, oparty na współpracy, której koordynacją zajmuje się dział świadczący opiekę, obrazuje schemat 1.

Paradygmat II – Ocena indywidualnych potrzeb

Drugim paradygmatem skutecznego funkcjonowania opieki społecznej jest ocena indywidualnych potrzeb (*Individual Care Assessment of Needs*). Prawidłowa ocena potrzeb, uwzględniająca aspekty społeczny, psychiczny i zdrowotny, jest przeprowadzona z udziałem osoby zainteresowanej, jej rodziny oraz specjalistów zaangażowanych w opiekę. Opieka dostosowana do indywidualnych wymagań umożliwi podniesienie jakości życia podopiecznych. Dlatego tak istotne jest uczynienie całościowej oceny geriatrycznej standardem. Służy to kompleksowemu określeniu potrzeb seniorów oraz nakreśleniu całościowej opieki geriatrycznej (Muszalik, Biercewicz, 2010, s. 132–133). Zatem ocena indywidualnych potrzeb seniora stanowi punkt wyjścia do skonstruowania pakietu usług opiekuńczych (*Care Package*), w którego skład mogą wchodzić usługi świadczone przez różne podmioty. Istotny jest fakt, że każdy senior ma prawo do oceny indywidualnych potrzeb. Natomiast stworzenie pakietu usług jest warunkowane spełnieniem wyznaczonych kryteriów przyznania opieki (*Eligibility Criteria*), określanym jako sprawiedliwy dostęp do systemu opieki (*FACS Criteria – Fair Access to Care Services*) (Department of Health, 2010, s. 18–20).

Seniorowi, który spełnia wytyczne opieki społecznej, jest przygotowywany plan opieki oraz pakiet usług opiekuńczych. W przypadku niezakwalifikowania do systemu pomocy społecznej seniorowi są proponowane usługi z sektora prywatnego, gdyż nie spełnia on formalnych kryteriów publicznej pomocy społecznej. W takiej jednak sytuacji zaznacza się zawsze, że osoba może ponownie wystąpić o ponowną ocenę potrzeb, jeśli nastąpi zmiana jej sytuacji (Staffordshire County Council, 2015, s. 8).

Paradygmat III – Podejście skoncentrowane na osobie

Trzecim paradygmatem skutecznego funkcjonowania opieki społecznej na rzecz seniorów jest podejście skoncentrowane na osobie (*Person Centred Approach*), w którym w centralnym miejscu stawia się seniora, to kim był i jest jako indywiduum, przenosząc punkt ciężkości z przedmiotowego na podmiotowe podejście do jednostki, charakteryzujące się całościowym wglądem w osobę, nie zaś tylko przez pryzmat choroby. Podmiotowe traktowanie seniora jest głównym założeniem współczesnej pracy z osobami starszymi, co jest zawarte w podejściu skoncentrowanym na osobie (Brooker, 2004, s. 216). Na podstawie tego podejścia są stosowane metody pracy z seniorami, gdzie centralnym punktem odniesienia jest osoba i to, co jest dla niej ważne. W związku z tym pakiet usług jest elementem wtórnym, skutkiem poznania konkretnej osoby, jej nawyków, tego, co dla niej jest ważne. *Person Centered Approach* staje się pewnego rodzaju filozofią w kreowaniu współczesnego podejścia w pracy z osobą starszą.

OPIEKA ŚRODOWISKOWA W ANGLII

Trzy paradygmaty skutecznego funkcjonowania opieki społecznej, które przedstawiłam, mają swoje odzwierciedlenie w sposobie organizacji omawianych w tym artykule działów opieki społecznej dla seniorów w Anglii, czyli *Reablement Team* oraz *EMI – Staying at Home Scheme*. Działy te są częścią składową pomocy środowiskowej świadczonej w domu podopiecznego (*Home Care Services*). Na pomoc środowiskową w Anglii składa się także dział *Domiciliary Care*. W artykule koncentruję się na dwóch działach ze względu na pewne różnice między omawianymi działami a działem *Domiciliary Care*. Pierwsza różnica wiąże się z długością trwania udzielanego wsparcia. *Domiciliary Care* świadczy pomoc długoterminową osobom, które wymagają stałej opieki, w przeciwieństwie do działów *Reablement* i *EMI – Staying at Home Scheme*, koncentrujących się na wsparciu krótkoterminowym. Drugie, bardzo istotne rozróżnienie polega na formie sprawowania opieki nad podopiecznym. Dział *Domiciliary Care* ze względu na zajmowanie się podopiecznymi, którzy wymagają stałego wsparcia, opiera swoje metody pracy na zasadzie wykonywania czynności za nich (*having things done for them* lub *hands on*). Natomiast dział *Reablement* koncentruje swoje działania na metodach, w których opiekun asystuje podopiecznemu w samodzielnym wykonywaniu czynności (*helping people do things for themselves* lub

hands off) (Cochrane i in., 2016, s. 7). Elementarną zasadą w tym przypadku jest zachęcanie podopiecznego do jak największej samodzielności, a tym samym asystowanie opiekuna tylko w sytuacjach, które tego wymagają. Praca z podopiecznym polegająca na podejściu *hands off* stanowi duże wyzwanie dla opiekuna. Niezwykle pożądanymi cechami są tu: cierpliwość, zaangażowanie i przekonanie o zasadności funkcjonowania działu *Reablement*.

REABLEMENT JAKO DZIAŁ OPIEKI ŚRODOWISKOWEJ W ANGLII

Terminologia użyta w nazewnictwie działu jest niezmiernie istotna. Oznacza świadczenie dla osób z pogarszającą się kondycją fizyczną lub psychiczną usług, dzięki którym zyskują one możliwość odzyskania utraconych umiejętności (Department of Health, 2007, s. 8). Termin *reablement* pochodzi od słowa *re-able* i oznacza przywracanie umiejętności. Założenia *Reablement* stały się swojego rodzaju nowym podejściem w świadczeniu opieki społecznej dla osób starszych. Koncentrują się bowiem na zachęcaniu podopiecznego do brania udziału w otrzymywanym wsparciu (np. poprzez wykonywanie ćwiczeń) oraz na wspólnym wyznaczeniu celu, na który zgadza się podopieczny. Bezpośrednim przełożeniem tego rodzaju opieki jest poprawa jakości życia osoby starszej. Przejawia się to w podtrzymywaniu niezależności, poczuciu sprawstwa w podejmowaniu decyzji dotyczących seniora, a tym samym zachowaniu godności i poczucia wartości. Podstawowym założeniem działu *Reablement* jest udzielenie intensywnego wsparcia przez około sześć tygodni, aby umożliwić seniorowi odzyskanie sprawności, które utracił, np. w wyniku upadku powodującego złamanie kończyny.

ODBIORCY DZIAŁU REABLEMENT

Dział *Reablement* zajmuje się osobami, które po wyjściu ze szpitala są w okresie rekonwalescencji i potrzebują pomocy oraz krótkoterminowego wsparcia, aby odzyskać swoją niezależność (Department of Health, 2001). Należy jednak zaznaczyć, że odbiorcami działu *Reablement* są także osoby kierowane ze środowiska, np. przez rodzinę lub sąsiadów, którzy zauważyli regres w funkcjonowaniu seniora. W obu przypadkach skierowanie seniora do działu *Reablement* jest poprzedzone wstępną oceną potrzeb (*Initial Assessment of Needs*) w celu określenia najbardziej odpowiedniej dla niego formy pomocy. W przypadku stwierdzenia u osoby starszej potrzeby korzystania ze stałego wsparcia, zostaje

ona skierowana, np. do działu *Domiciliary Care*. Natomiast gdy dana osoba starsza przejawia potencjał do odzyskania częściowej lub całkowitej samodzielności (*enablement potential*), zostaje ona skierowana do działu *Reablement*.

CELE DZIAŁU *REABLEMENT* I JEGO FUNKCJONOWANIE

Z przedstawionych informacji wynika, że działania podejmowane w obrębie *Reablement* mają na celu odzyskanie całkowitej bądź częściowej samodzielności i niezależności oraz zapobieganie opiece długoterminowej (The Moray Council, 2012, s. 4). Głównymi celami działu *Reablement* są zatem: umożliwienie osobom starszym dalszego funkcjonowania w ich miejscu zamieszkania, dążenie do zwiększenia niezależności i polepszenia jakości życia, a także wsparcie opiekuna nieformalnego, którym najczęściej jest najbliższy członek rodziny. Kluczem w osiągnięciu celów działu *Reablement* jest sposób organizacji opieki polegający na zintegrowanym działaniu podmiotów zaangażowanych w świadczenie opieki na rzecz jednego seniora. Koordynacją działań wielu podmiotów zajmuje się *Reablement Team*. Zespół *Reablement* po przeprowadzeniu oceny indywidualnych potrzeb przy współpracy z innymi podmiotami organizuje plan opieki. Oznacza to, że wizyty domowe opiekunek oraz czas ich trwania (od 15 min do 1 godz.) odbywają się na podstawie tego planu, który może ulegać modyfikacji wraz z trwaniem opieki, w zależności od zmieniających się potrzeb podopiecznego. Pod koniec trwania serwisu *Reablement* odbywa się ewaluacja indywidualnego planu pomocy. Ostatnia ewaluacja jest podstawą do określenia dalszych działań, które są warunkowane stanem psycho-fizycznym korzystającego z nich seniora. W przypadku sprawnego funkcjonowania seniora, który nie wymaga dalszego wsparcia, opieka społeczna zostaje wycofana. Jednakże w przypadku wycofania opieki należy zauważyć, że senior w momencie pogorszenia się jego stanu zdrowia ma prawo wystąpić o ponowne przeprowadzenie indywidualnej oceny potrzeb. Natomiast w sytuacji, gdy senior wymaga dalszego, aczkolwiek nieznacznego wsparcia, zostaje on przekierowany do innego działu opieki społecznej bądź do agencji (Glendinning i in., 2010, s. 2).

SKŁAD DZIAŁU *REABLEMENT* I JEGO FUNKCJONOWANIE

Ważnym elementem w dążeniu do realizacji celów *Reablement*, a tym samym jego dużym atutem jest zróżnicowany skład działu, który stanowią: kierownik (*Manager*), przełożony (*Team Leader*), opiekunki (*Reablement*

Assistant), fizjoterapeuta (*Physiotherapist*) oraz terapeuta zajęciowy (*Occupational Therapist – OT*). Najliczniejszą grupę stanowią opiekunki, które pracują na podstawie planu opieki, stosując tym samym metodę asystowania, a nie wykonywania czynności za seniora. Z kolei fizjoterapeuta przygotowuje zestaw ćwiczeń do wykonywania dla seniora w obecności i z asystą opiekuna. Istotnym członkiem zespołu jest terapeuta zajęciowy, który koncentruje się na codziennych zadaniach i czynnościach wykonywanych przez seniora w jego środowisku domowym. Terapeuta rozpatruje codzienną rutynę seniora przed i po zaistniałym zdarzeniu, które to spowodowało deteriorację ogólnej kondycji. Tym samym poddaje wnikliwej analizie aktualną sytuację seniora w celu adaptacji środowiska, w którym przebywa senior, do jego obecnych potrzeb i możliwości (Stewart, 1994, s. 249). Poszukuje on rozwiązań, które usprawnią funkcjonowanie seniora w jego środowisku domowym, przy jednoczesnym zachowaniu bezpieczeństwa i zwiększenia niezależności w wykonywaniu codziennych czynności. Wiąże się to z analizą szerokiego spektrum działań, tj. przygotowywanie posiłków, higiena osobista, czynności związane z ubieraniem się, spędzanie wolnego czasu. Dążenie do celu, czyli do odzyskania częściowej lub całkowitej samodzielności, może oznaczać zatem reorganizację przestrzeni domowej, np. w obszarze kuchni, łazienki, oraz instalację odpowiedniego sprzętu, który usprawni funkcjonowanie seniora, np. uchwyty w łazience. Działania podejmowane przez terapeutę zajęciowego wpisują się w filozofię *reablement* skoncentrowaną na osobie i promowaniu jej niezależności, dlatego też stanowi on ważne ogniwo zespołu. Podstawą skutecznego funkcjonowania działu *Reablement* jest koordynacja działań wielu podmiotów zaangażowanych w opiekę na rzecz seniora, którą zajmuje się ten dział. *Team Leader* tego działu kontaktuje się z odpowiednimi podmiotami, co przyczynia się do osiągnięcia wspólnego celu, czyli odzyskania sprawności. W zależności od potrzeb danego seniora mogą to być podmioty, takie jak: serwis *MOW*, *First Call*, *Keysafe*. Przełożony zajmuje się zatem koordynacją działań w zespole *Reablement*, a także koordynacją i synchronizacją działań podmiotów zewnętrznych zaangażowanych w opiekę nad osobą starszą. Interdyscyplinarny charakter działu *Reablement* staje się podstawą do osiągnięcia wspólnych celów. Ostatnim, istotnym elementem w obszarze integracji działań, który przedstawię, jest współpraca *Reablementem* z działem *Discharge Team*, który jest działem opieki społecznej funkcjonującym przy szpitalu. Pracownicy tej jednostki po przeprowadzeniu wstępnej analizy, która wykazała u pacjenta potrzebę objęcia serwisem *Reablement* lub *EMI – Staying*

at *Home Scheme*, kierują pacjenta do jednego z tych działów. Współpraca na płaszczyźnie *Hospital Discharge* a *Reablement Team* oraz *EMI – Staying at Home Scheme* umożliwia wcześniejsze opuszczenie szpitala przez seniora i prowadzenie dalszej rekonwalescencji przy adekwatnym wsparciu opieki społecznej. Ten rodzaj współpracy jest przykładem koordynacji działań sektora opieki medycznej z opieką społeczną.

Funkcjonowanie działu *Reablement* polega na usytuowaniu seniora w centralnym miejscu, koncentrowaniu się na jego samodzielności oraz na przeciwdziałaniu przedwczesnemu wprowadzeniu rozwiązań opieki długoterminowej.

EMI – STAYING AT HOME SCHEME JAKO DZIAŁ OPIEKI ŚRODOWISKOWEJ W ANGLII

Zobrazuję teraz dział *EMI – Staying at Home Scheme*, którego specyfikę odzwierciedla jego nazwa. Skrót *EMI* oznacza *Elderly Mentally Infirm* (DementiaCare, 2015, s. 7), czyli osoby starsze z zaburzeniami umysłowo-emojonalnymi. Druga część nazwy działu *Staying at Home Scheme*, oznacza pozostawanie w domu. Nacisk jest zatem kładziony na to, aby opieka była świadczona w domu seniora. Natomiast grupą docelową są osoby starsze cierpiące na otępienie, w tym w większości jest to otępienie o typie Alzheimerskim. Dział *EMI – Staying at Home Scheme* jest alternatywą dla umieszczania seniorów w domach opieki społecznej (*nursing homes* lub *residential homes with EMI units*). Istotnym założeniem tego działu jest to, że opieka świadczona przez kilka tygodni daje podstawy do kompleksowej oceny możliwości funkcjonowania seniora w domu po zakończeniu opieki w ramach *EMI – Staying at Home*. W praktyce oznacza to podobny mechanizm organizacyjny, jak w przypadku działu *Reablement*. W świadczenie opieki są zaangażowane różne podmioty, a koordynacją działań zajmuje się *EMI – Staying at Home Scheme*. Po przeprowadzeniu indywidualnej oceny potrzeb seniora jest przygotowywany pakiet usług opiekuńczych.

W przypadku osób cierpiących na demencję powszechnie jest stosowany system teleopieki, gdyż wprowadzenie nowoczesnych rozwiązań technologicznych zwiększa bezpieczne funkcjonowanie seniora w domu. Najczęściej używanymi urządzeniami *TeleCare* są: guzik życia (Miskelly, 2001, s. 455) (*Pendant*), czujnik upadku (*fall detector*), czujnik ruchu (*movement detector*), czujniki opuszczenia domu (*property exit sensors*) (tamże, s. 456–457). Pośród innych często stosowanych rozwiązań są także serwis cateringowy

(*Meals on Wheels*) oraz możliwość korzystania z domów opieki dziennej (*Day Centers*).

Charakterystyką tego działu jest więc szczegółowa ocena możliwości funkcjonowania seniora w domu przy wsparciu wprowadzonym przez dział *EMI – Staying at Home Scheme*. W trakcie trwania opieki – w zależności od potrzeby – są dokonywane modyfikacje. Ponadto następuje redukcja czasu wizyt opiekunek, które przez pierwsze kilka dni przebywają z seniorem 24 godziny na dobę. Następnie sukcesywnie czas wizyt ulega skracaniu do kilku wizyt dziennie. Pod koniec świadczenia opieki odbywa się ewaluacja indywidualnego planu pomocy. W sytuacji, kiedy osoba nie rokuje na bezpieczne funkcjonowanie we własnym domu mimo zmian wprowadzonych przez ten dział, jest podejmowana procedura umieszczenia pacjenta w domu pomocy społecznej. Natomiast w przypadku gdy wprowadzone wsparcie umożliwi seniorowi kontynuację mieszkania w jego środowisku domowym, to zostaje on przekierowany do innego działu opieki.

Istotnym ogniwem w funkcjonowaniu działu *EMI – Staying at Home Scheme* jest pielęgniarz środowiskowa do opieki psychiatrycznej (*CPN – Community Psychiatric Nurse*). Osoba ta jest zaangażowana w stałą współpracę z seniorem, jego rodziną, pracownikiem socjalnym oraz z opiekunkami, a także czynnie uczestniczy w ocenie indywidualnych potrzeb seniora oraz w tworzeniu i modyfikowaniu pakietu usług opiekuńczych. W przypadku działu *EMI – Staying at Home Scheme* należy zwrócić uwagę na to, że zmiany wprowadzane w obrębie funkcjonowania seniora są wsparciem nie tylko dla samego seniora, ale także dla jego opiekuna nieformalnego. Pozytywna współpraca z opiekunem nieformalnym zwiększa szansę na dłuższe pozostanie seniora w jego miejscu zamieszkania. Ważnym elementem omawianego działu jest także zaangażowanie i sposób sprawowania opieki przez opiekunki (*Community Care Workers*), które stosowane metody pracy z seniorem warunkują jego stanem psychofizycznym. W tym przypadku uwypukla się różnica z działem *Reablement*, który opiera się na zasadzie *hands off*. Natomiast w dziale *EMI – Staying at Home* opieka wykorzystuje zarówno zasadę *hands off*, jak i *hands on*, jest ona bowiem dobierana adekwatnie do potrzeb seniora i jego kondycji.

PODSUMOWANIE

Przedstawiona charakterystyka dwóch działów opieki społecznej na rzecz seniorów w Anglii obrazuje zintegrowany model świadczenia opieki funkcjonujący dzięki współpracy podmiotów ze sfer: społecznej, medycznej oraz

prywatnej. Zintegrowany model opieki oparty na podejściu skoncentrowanym na jednostce oferuje efektywne wsparcie formalne, przyczyniając się tym samym do poprawy jakości życia osób starszych. Pozytywnym elementem wsparcia oferowanego przez działy *Reablement* oraz *EMI – Staying at Home Scheme* jest nie tylko integracja działań w obrębie podmiotów formalnych, lecz także integracja wsparcia formalnego z nieformalnym, czyli rodziną. Prezentowane działy nie są typowymi jednostkami świadczącymi usługi opiekuńcze dla seniorów. Tym, co je odróżnia od pozostałych departamentów, jest ich etos. W swoim działaniu koncentrują się w szczególności na polepszeniu ogólnego stanu zdrowia i kondycji seniora, podkreślając przy tym istotę takich wartości, jak autonomia i samostanowienie o sobie. Osoby starsze mające poczucie mocy sprawczej w jakimkolwiek wymiarze swojego życia, przejawiają większą motywację do podejmowania wyzwań i współpracy z opiekunem.

BIBLIOGRAFIA

- Barlow, J., Singh, D., Bayer, S., Curry, R. (2007). A systematic review of the benefits of home telecare for frail elderly people and those with long-term conditions. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 13(4), 172–179. [Online]. Protokół dostępu: https://www.researchgate.net/profile/James_Barlow2/publication/6270821_What_are_the_benefits_of_home_telecare_for_frail_elderly_people_and_those_with_long-term_conditions_A_systematic_review_of_the_evidence/links/0deec52c44cdc592df000000/What-are-the-benefits-of-home-telecare-for-frail-elderly-people-and-those-with-long-term-conditions-A-systematic-review-of-the-evidence.pdf, dostęp: 10.09.2017.
- Brooker, D. (2004). What is person-centred care in dementia? *Reviews in Clinical Gerontology*, 13(3), 215–222. [Online]. DOI:10.1017/S095925980400108X, dostęp: 3.10.2017.
- Cochrane, A., Furlong, M., McGilloway, S., Molloy, D.W., Stevenson, M., Donnell, M. (2016). *Time limited home-care reablement services for maintaining and improving the functional independence of older adults*. [Online]. Protokół dostępu: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD010825.pub2/pdf>, dostęp: 7.07.2017.
- DementiaCare (2015). *Housing options for people with dementia*. [Online]. Protokół dostępu: <http://www.dementiacare.org.uk/wp-content/uploads/2015/08/Housing-options-for-people-with-dementia.pdf>, dostęp: 12.10.2017.
- Department of Health. (2001). *National Service Framework for Older People. Executive Summary*. London: Department of Health. [Online]. Protokół dostępu: http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20121101185402/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4058295.pdf, dostęp: 15.04.2017.

- Department of Health (2007). *Homecare Re-ablement*. [Online]. London: Department of Health. Protokół dostępu: http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/%2B/www.csed.dh.gov.uk/_library/Resources/CSED/DiscussionDoc/HRADiscDoc_Latest_NEW_FORMAT.pdf dostęp: 25.03.2017.
- Department of Health (2010). *Prioritising need in the context of Putting People First: A whole system approach to eligibility for social care. Fair Access to Care Services. Guidance on eligibility criteria for Adult Social Care*. [Online]. London: Department of Health. Protokół dostępu: http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130105053920/http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_113154, dostęp: 10.03.2017.
- Dereń, E., Polański, E. (red.). (2009). *Wielki Słownik Języka Polskiego*. Kraków: Krakowskie Wydawnictwo Naukowe.
- Glendinning, C., Jones, K., Baxter, K., Rabiee, P., Curtis, A.L., Wilde, A., Arksey, H., Forder, E.J. (2010). *Home Care Re-ablement Services: Investigating the longer-term impacts (prospective longitudinal study)*. [Online] York: University of York. Protokół dostępu: <https://www.york.ac.uk/inst/spru/research/pdf/Reablement.pdf>, dostęp: 15.10.2017.
- Miskell, G.F. (2001). Assistive technology in elderly care. *Age and Ageing*, 30(6), 455–458.
- Muszalik, M., Biercewicz, M. (2010). Problemy opiekuńcze u osób w starszym wieku. W: K. Kędziora-Kornatowska, M. Muszalik, E. Skolmowska (red.), *Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Okoń, W. (1996). *Nowy słownik pedagogiczny*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak.
- Sinclair, J. (2002). *New Student's Dictionary. Helping learners with real English*. Glasgow: Harper Collins Publishers, Second edition.
- Staffordshire County Council. (2015). *Staffordshire Care and Support Services Directory 2015*. [Online]. Stafford: Staffordshire County Council. Protokół dostępu: <http://www.carechoices.co.uk/wp-content/uploads/2015/11/Staffordshire-Directory-15-16-LR4.pdf>, dostęp: 23.04.2017.
- Stewart, A. (1994). Empowerment and Enablement: Occupational Therapy. *British Journal of Occupational Therapy*, 7(57).
- The Moray Council (2012). Education and Social Care Services. Reablement Policy & Procedure. [Online]. Moray: The Moray Council. Protokół dostępu: <http://www.moray.gov.uk/downloads/file80014.pdf>, dostęp: 13.05.2017.
- Uchwała nr 157 Rady Ministrów z dnia 20 grudnia 2016 r. zmieniająca uchwałę w sprawie ustanowienia programu wieloletniego „Senior-WIGOR” na lata 2015–2020 (Dz.U. 2016 nr 157, poz. 1254).
- Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. 2004 nr 64, poz. 593).
- Zych, A.A. (2003). Formy opieki i pomocy dla ludzi starszych w Polsce i w innych krajach. W: M. Szlązak (red.), *Starzenie się populacji wyzwaniem dla polityki społecznej. Materiały konferencyjne*. Kraków: Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Krakowie.

EXAMPLES OF INTEGRATED CARE SERVICES IN ENGLAND

ABSTRACT

The paper describes social care services for the elderly based on integrated model of activities undertaken by various professionals involved in care provision of an elderly person. Reablement Team and EMI – Staying at Home Scheme are two examples of Home Care services involving interdisciplinary co-operation in social care and health provision. The core value of these two care services are Person Centred Approach and maximising independency of an elderly person.

Key words: social care in England, elderly