

es.0.es

Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Krakowie

Numer 3 / 2014

Z OBSERWATORIUM

**„NIEWIDOCZNE” PODMIOTY DOSTRZEŻONE?
- O OPIEKUNACH NIEFORMALNYCH OSÓB
STARSZYCH - S. 3**

W CZTERY OCZY

**CEL - HOLISTYCZNA OPIEKA NAD OSOBAMI
STARSZYMI - S. 15**

DOBRE PRAKTYKI

**ZAKOPIAŃSKIE HOSPICJUM WSPARCIEM DLA
CHORYCH, ICH RODZIN I OPIEKUNÓW - S. 21**



Małopolska

es.O.es

Biuletyn Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Krakowie

ul. Piastowska 32, 30-070 Kraków

tel.: 12 422 06 36; fax 12 422 06 36 wew. 44

e-mail: biuro@rops.krakow.pl

www.rops.krakow.pl

Biuro Projektu „Małopolskie Obserwatorium Polityki Społecznej - Etap I”

ul. Piastowska 32

30-070 Kraków

tel.: 12 661 03 00

e-mail: obserwatorium@rops.krakow.pl

www.politykaspoleczna.obserwatoria.malopolska.pl

Zespół redakcyjny:

Wioletta Wilimska – redaktor naczelny

Rafał Barański

Małgorzata Szlązak

Aleksandra Chudy

Okładka i skład:

Agencja Reklamowa PoProstu Sp. z o.o.

e-mail: agencja@arpoprostu.pl

www.arpoprostu.pl

ISSN 1231-2770

Nakład: 1500 egz.

Druk:

Drukarnia „Kwadrat”

ul. Lwowska 218 B, 33-300 Nowy Sącz

Wydawnictwo współfinansowane przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Osoby chętne do współpracy zapraszamy do podzielenia się swoimi osiągnięciami i ciekawostkami dotyczącymi problematyki społecznej z Państwa terenu.



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Małopolskie Obserwatorium Polityki Społecznej - Etap I

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



es.O.es

SPIS TREŚCI

■ WSTĘP	2
■ Z OBSERWATORIUM	3
„Niewidoczne” podmioty dostrzeżone? - o opiekunach nieformalnych osób starszych.....	3
Opiekunowie rodziny osób starszych - problemy, potrzeby, wyzwania dla polityki społecznej.....	8
■ AKTUALNOŚCI	11
DPS dla mieszkańców Małopolski: wyższe kwalifikacje personelu - większy komfort podopiecznych.....	11
■ W CZTERY OCZY	15
Cel - holistyczna opieka nad osobami starszymi - wywiad z Panią Iwoną Kurowską.....	15
■ DOBRE PRAKTYKI	19
Choroba Alzheimerera chorobą całej rodziny.....	19
Zakopiańskie hospicjum wsparciem dla chorych, ich rodzin i opiekunów.....	21
■ WARTO WIEDZIEĆ	24
Ekonomia społeczna dla seniorów.....	24
Podjmując wyzwania. Małopolska Rada ds. Polityki Senioralnej.....	25
Do szczęścia potrzebujemy innych - rola więzi społecznych w życiu człowieka.....	27

 **WSTĘP**

Szanowni Państwo!

W 2035 r. co czwarty mieszkaniec Małopolski będzie seniorem, co dziesiąty przekroczy 75 rok życia. Jako region stoimy więc przed wyzwaniem związanym z zaspokajaniem społecznych potrzeb, które pojawiają się wraz z procesem starzenia się społeczeństwa. Nie mniej istotne jest wdrażanie idei „srebrnej gospodarki”. Zachodzące zmiany demograficzne to bowiem nie tylko wyzwanie, ale też szansa, którą należy wykorzystać do inwestowania w rozwój Małopolski. Wyrazem tych dążeń było przygotowanie w 2010 roku, w szerokim gronie ekspertów i praktyków, dokumentu „Wyzwania Małopolski w kontekście starzejącego się społeczeństwa. Podejście strategiczne”, aktualizacja „Strategii Rozwoju Małopolski”, czy wyznaczenie wśród celów Samorządu Województwa Małopolskiego kadencji 2010-2014 priorytetu „Podniesienie jakości życia seniorów poprzez wdrożenie mechanizmu finansowania działań inwestycyjno - szkoleniowych w małopolskich domach pomocy społecznej oraz inicjatywy aktywizujące osoby starsze”. Na samą waloryzację bazy infrastrukturalnej domów pomocy społecznej, doposażenie tych jednostek w sprzęt oraz profesjonalizację usług personelu, pozyskano blisko 20 mln zł w ramach Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy. Jednocześnie tylko w ciągu ostatnich dwóch lat ze środków własnych województwa przekazano małopolskim organizacjom pozarządowym 1,5 mln zł na wspieranie funkcjonowania społecznego oraz przeciwdziałanie wykluczeniu osób starszych. Każdego roku z tego typu projektów korzysta ponad 3 tys. seniorów z całej Małopolski.

Polityka senioralna Województwa Małopolskiego znalazła również istotne miejsce w pakiecie programów strategicznych, które będą podstawą Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020. Jednym z kierunków polityki senioralnej Małopolski na najbliższe lata jest objęcie oddziaływaniem otoczenia osób starszych - opiekunów nieformalnych, głównie rodzinnych. Badania podobnych programów, realizowanych już w innych krajach, wykazały ich wysoką skuteczność. W istotny sposób podnoszą one jakość opieki nad seniorami oraz co szczególnie istotne z ekonomicznej perspektywy - odraczają w czasie korzystanie z opieki instytucjonalnej.

Marek Sowa

Marszałek Województwa Małopolskiego



Małopolska

Szanowni Państwo!

Niniejsza edycja biuletynu „es.O.es” jest przede wszystkim kontynuacją rozważań o potrzebie wsparcia opiekunów nieformalnych, w tym rodzinnych, niesamodzielnych osób starszych. Plany Małopolski w tym zakresie określone zostały w znanym Państwu Programie Strategicznym Włączenie Społeczne, który stał się podstawą projektu Małopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego w części „Region spójny społecznie”, a który wkrótce będzie także pełnić rolę strategii wojewódzkiej w zakresie polityki społecznej. Temat opieki nad osobami starszymi poruszaliśmy już na łamach biuletynu - w roku 2012 - w wydaniu poświęconym w całości seniorom i w 2013 roku, w czwartym numerze, w którym zapowiadaliśmy realizację badania „Opiekunowie rodziny osób starszych - problemy, potrzeby, wyzwania dla polityki społecznej”. Dziś znamy już założenia polityki krajowej na rzecz osób starszych i wobec starości, w których podkreślana jest rola i znaczenie opiekunów. W tym czasie powołano też w Małopolsce regionalną Radę do spraw Polityki Senioralnej oraz zrealizowano badanie z udziałem małopolskich opiekunów. W toku badania, poza zgromadzeniem informacji ważnych dla budowy systemu pomocy opiekunom osób starszych w Małopolsce, udało się też wyłonić dobre praktyki wspierające rodziny w opiece. O polityce krajowej, wnioskach z badania, małopolskich inicjatywach skierowanych do rodzin pełniących rolę opiekuńcze względem osób starszych w sposób nieformalny oraz tematach powiązanych piszemy w artykułach na dalszych stronach biuletynu. Polecam ich lekturę.

Wioletta Wilimska

Dyrektor Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Krakowie



Z OBSERWATORIUM

„NIEWIDOCZNE” PODMIOTY DOSTRZEŻONE? - O OPIEKUNACH NIEFORMALNYCH OSÓB STARSZYCH¹

Jak można wesprzeć opiekunów nieformalnych w sprawowaniu opieki nad osobami starszymi? Propozycji w tym zakresie dostarcza poniższy przegląd krajowych i regionalnych dokumentów strategicznych.

POLITYKA PUBLICZNA NA RZECZ OSÓB STARSZYCH W POLSCE

16 sierpnia 2012 r. w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej utworzono nowy departament - Departament Polityki Senioralnej. W serwisie internetowym Ministerstwa² czytamy: „Departament Polityki Senioralnej odpowiada za tworzenie i rozwój kierunków działań skierowanych do seniorów, warunków dla poprawy systemu wsparcia seniorów, realizację zadań w obszarze aktywnego starzenia się i innych form współpracy wewnątrz- i międzypokoleniowej z udziałem seniorów oraz monitorowanie wdrażania rozwiązań”.

W ciągu niespełna półtora roku działalności tego Departamentu, w grudniu 2013 roku, Rada Ministrów przyjęła do realizacji pakiet ważnych dokumentów dotyczących osób starszych, powierzonych do realizacji ministrowi właściwemu do spraw zabezpieczenia społecznego i pracy. Wśród tych dokumentów, komplementarnych wobec siebie, obejmujących perspektywę do roku 2020, znajdują się:

1. Rządowy Program na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych (ASOS) na lata 2014-2020

2. Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014-2020

3. Program „Solidarność pokoleń. Działania dla zwiększenia aktywności zawodowej osób w wieku 50+”.

Programy te tworzą strategiczne podstawy realizacji polityki społecznej na rzecz osób starszych i wobec starości na co najmniej kolejne 7 lat, mając fundamentalne znaczenie dla jej przyszłości.

OPIEKUNOWIE NIEFORMALNI OSÓB STARSZYCH W KRAJOWYCH DOKUMENTACH STRATEGICZNYCH

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

Podstawą do zaprojektowania ww. programu stały się doświadczenia programu pod tą samą nazwą prowadzonego w latach 2012-2013, a składającego się z dwóch komponentów: długookresowego (systemowego) oraz komponentu krótkookresowego (kursowego). Komponent konkursowy jest kontynuowany w zaprojektowanym do roku 2020 kolejnym programie

ASOS, a efekt realizacji komponentu długookresowego stanowi odrębny dokument „Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014-2020”, o którym mowa w dalszej części artykułu.

Kanwą Programu ASOS na lata 2014-2020 są wnioski z dwóch edycji konkursów z poprzednich lat pokazujące, że „formą aktywności społecznej promowanej w ramach projektów jest aktywność ukierunkowana na bezpośrednie potrzeby seniorów (tzw. bierna aktywność, w której seniorzy są bezpośrednimi odbiorcami usług skierowanych na zaspokojenie ich potrzeb). Bardzo niewielką grupę stanowią projekty ukierunkowane na pobudzenie czynnej aktywności seniorów, skierowanej na zewnątrz i służącej realizacji szerszych celów społecznych, np. w społecznościach lokalnych”³. Ponadto tworząc program wzięto pod uwagę „postępujące zmiany w strukturze społecznej (niski wskaźnik urodzeń, migracje - głównie o charakterze zarobkowym angażujące osoby w wieku produkcyjnym, „singularyzacja społeczeństwa”) wskazujące na coraz większą potrzebę wysokiej jakości usług opiekuńczych dla starszych osób o ograniczonej

³ Ten i pozostałe cytaty użyte w artykule zaczerpnięte zostały z tekstów opisywanych programów rządowych.

¹ Termin Opiekunowie nieformalni - „niewidoczne” podmioty zaczerpnięto z artykułu pod tym samym tytułem autorstwa dr Marioli Raclaw (*Publiczna troska, prywatna opieka. Społeczności lokalne wobec osób starszych*, red. M. Raclaw, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2011).

² www.mpips.gov.pl/seniorzyaktywne-starzenie/departament-polityki-senioralnej

samodzielności. O te założenia oparto aktualny komponent konkursowy programu, który przewiduje działania w czterech priorytetowych kierunkach:

- I. Edukacja osób starszych
- II. Aktywność społeczna promująca integrację wewnątrz- i międzypokoleniową
- III. Partycypacja społeczna osób starszych
- IV. Usługi społeczne dla osób starszych (usługi zewnętrzne).

W ramach priorytetu edukacyjnego wskazuje się na znaczenie wiedzy z zakresu prawa i gospodarki, wiedzy związanej ze zdrowym starzeniem się, nauki języków obcych i korzystania z nowych technologii, ale też istotność kształtowania umiejętności interpersonalnych i przygotowania seniorów do świadczenia usług wolontariackich. Kierunki działań przypisane do priorytetu związanego z aktywnością społeczną osób starszych związane są ponownie z wolontariatem seniorów, w tym wewnątrz i między pokoleniowym wolontariatem budującym sieci społeczne, ale też z aktywnością fizyczną i przeciwdziałaniu e-wykluczeniu seniorów. Zwiększanie partycypacji społecznej osób starszych oparte ma być o działania na rzecz społeczności lokalnych, pomoc obywatelską oraz aktywne uczestnictwo w tworzeniu grup obywatelskich i organizacji pożytku publicznego. Ważne jest, że wyznaczając priorytety komponentu konkursowego Programu ASOS nie zapomniano o roli i znaczeniu opiekunów, w tym opiekunów nieformalnych osób starszych, uwzględnionych w opisie priorytetu dotyczącego usług. Tu przewiduje się szkolenia dla opiekunów i wolontariuszy z zakresu pomocy osobom starszym (warto dodać, iż szkolenia opiekunów są także elementem priorytetu edukacyjnego),

wspieranie różnych form samopomocy oraz pomoc rodzinom w opiece nad osobą starszą, głównie poprzez rozwój usług opartych na działalności wolontariackiej, a także zwiększenie dostępności do usług opiekuńczych. Autorzy programu szczególne znaczenie przypisują właśnie priorytetowi dotyczącemu rozwojowi usług społecznych dla osób starszych (wraz z priorytetem dotyczącym społecznej partycypacji).

Budżet programu to 280 mln złotych na lata 2014-2020, pochodzących z budżetu państwa, z czego aż 95% budżetów rocznych (40 mln zł) przeznaczanych będzie na dotacje (otwarte



konkursy ofert). Program zakłada praktyczne włączenie III sektora w działania aktywizujące seniorów, bowiem podmiotami uprawnionymi do korzystania ze środków finansowych przeznaczonych na realizację programu są organizacje pozarządowe oraz podmioty określone w art. 3 ust. 3 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie. Jednocześnie program umożliwia współpracę międzysektorową. Podmioty nie mogące być beneficjentem programu mają możliwość skorzystania z dotacji w pośredni sposób tworząc partnerstwo z oferentem. Formuła partnerstwa w ramach programu dotyczy zwłaszcza jednostek samorządu terytorialnego (w tym jego

jednostek organizacyjnych, także tych nieposiadających osobowości prawnej np. ośrodków pomocy społecznej czy regionalnych ośrodków polityki społecznej) oraz uczelni.

Warto wspomnieć, powołując się na dane umieszczone w programie oraz w informacji o realizacji poprzedniej jego edycji, o aktywności beneficjentów programu. W I edycji konkursu Małopolska zajęła trzecie miejsce pod względem złożonych ofert w liczbie 126, po województwach mazowieckim i dolnośląskim (odpowiednio 228 i 129 złożonych ofert z terenu województw), ale II miejsce pod względem liczby zrealizowanych projektów (60 projektów z Małopolski, 79 z województwa mazowieckiego). W drugiej edycji konkursu więcej wniosków złożyły tylko podmioty z Mazowsza (204 do 305 ofert). W programie przytacza się też dane o liczbie funkcjonujących w regionach uniwersytetów trzeciego wieku, których w województwie małopolskim w roku 2012 było 47⁴, więcej UTW funkcjonowało w tym czasie tylko na Mazowszu (71).

Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014-2020

Przy Departamencie Polityki Senioralnej funkcjonuje także Rada ds. Polityki Senioralnej powołana w lutym 2013 r., w ramach komponentu systemowego Programu ASOS. Efektem pracy Rady w pierwszym okresie działalności stały się „Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014-2020” (ZDPS). „Założenia...” „choć mają charakter ramowy, to jednocześnie stanowią konkretny zestaw koniecznych działań w obszarze polityki senioralnej w Polsce, który jest kierowany do szerokiego grona odbiorców. Po pierwsze do społeczeństwa, które ze względu na

⁴ Aktualnie w Małopolsce działa 49 UTW.

swoje kompetencje i potencjał stanowi kluczowy element w procesie budowania i rozwoju polityki aktywnego i zdrowego starzenia się. Po drugie do władz publicznych wszystkich szczebli, sektora prywatnego oraz pozarządowego i partnerów społecznych,



których działania pozwolą na odpowiednie zagospodarowanie aktywów wynikających z wydłużania życia. Tak zdefiniowani adresaci działań, w obszarze polityki senioralnej oraz ich ścisła wzajemna współpraca, będą stanowiły o skuteczności realizacji głównego celu polityki senioralnej - poprawy sytuacji osób starszych dla godnego starzenia się w dobrym zdrowiu". Jak wskazuje się „Założenia...” powinny być potraktowane „jako początek ważnego procesu, który jest prowadzony w Polsce, i którego celem jest opracowanie, a następnie wdrażanie polityki senioralnej nie tylko na poziomie kraju, ale także regionu i w lokalnym środowisku”. Dokument wskazuje konieczne działania w różnych obszarach polityki publicznej zmierzające do efektu synergii, takich jak: Zdrowie i Samodzielność (w tym Uwarunkowania Rozwiązań Medyczno - Opiekuńczych, Bezpieczeństwo, Przestrzeń i Miejsce Zamieszkania); Aktywność Zawodowa Osób 50+; Aktywność Edukacyjna, Społeczna i Kulturalna Osób Starszych;

Srebrna Gospodarka; Relacje Międzypokoleniowe.

Kompleksowe ujęcie problematyki senioralnej z uwzględnieniem opiekunów można odnaleźć w „Założeniach...” w Priorytecie 3. w obszarze Zdrowie

i Samodzielność - „Rozwój usług społecznych i opiekuńczych dostosowanych do potrzeb osób starszych” i towarzyszącym mu celu 4. „Stworzenie systemów wsparcia opiekunów nieformalnych, w szczególności na poziomie lokalnym”. Rekomendowane w tym miejscu kierunki interwencji obejmują:

- „wsparcie rodziny i opiekunów nieformalnych
- opracowanie rozwiązań systemowych wspierających osoby opiekujące się osobami starszymi (umożliwiający łączenie pracy i opieki)
- stworzenie szerokiego dostępu do informacji o możliwościach wsparcia dla opiekunów oraz na temat możliwości poprawy jakości opieki przez opiekunów nieformalnych
- umożliwienie opieki długoterminowej i krótkoterminowej nad osobą starszą, na przykład w przypadku hospitalizacji opiekuna lub opieki wytchnieniowej
- rozwój wolontariatu opiekuńczego (w tym w sąsiedztwie, w środowisku lokalnym)”.

Rekomendacje ważne dla opiekunów rodzinnych, istotne dla jakości opieki domowej odnajdujemy także w innych miejscach dokumentu. Na uwagę zasługuje tu postulowane stworzenie kompleksowego systemu opieki geriatrycznej, w tym w szczególności geriatrycznej opieki domowej. Novum na polskim gruncie jest rekomendowany „rozwój systemu świadczeń pieniężnych, w naturze lub czeków na pokrycie wydatków na usługi i produkty związane z opieką” (powiązany z likwidacją szarej strefy w sektorze usług opiekuńczych). Istotne jest także „tworzenie warunków do zwiększenia różnorodności form opieki nad seniorami: dzienne domy pomocy, opiekunowie dzienni, zorganizowana pomoc sąsiedzka, wspieranie rozwoju form samopomocowych, wolontariatu i innych” czy „likwidacja barier legislacyjnych i administracyjnych w uregulowaniu zatrudnienia opiekunów nieformalnych”.

Możliwość poprawy jakości świadczonych usług opiekuńczych dla osób starszych upatrywane jest także w:

- stworzeniu systemu informowania i edukowania opiekunów o problemach związanych z opieką nad osobą starszą i sposobami radzenia sobie wraz z przekazywaniem wiedzy i doświadczeń od innych
- umożliwieniu edukacji, szkoleń, praktyk i wymiany praktyk i doświadczeń dla opiekunów nieformalnych potrzebnych do opieki nad osobami starszymi (rodzina, pomoc sąsiedzka, wolontariusze)
- wprowadzeniu rejestru, kwalifikowania, potwierdzenia umiejętności i kompetencji i udzielania certyfikatów dla opiekunów formalnych i nieformalnych.

Program „Solidarność pokoleń”

Trzeci dokument, który dotyczy opiekuńców, to Program „Solidarność pokoleń 50+” przyjęty w dniu 24 grudnia 2013 r. wraz z ASOSEm i ZDPS (kontynuacja pakietu działań rządowych zmie-



rzających do zwiększenia zatrudnienia osób powyżej 50. roku życia w Polsce”, prowadzonych od 2008 r. w ramach programu pod tą samą nazwą). W Programie zaznaczono, że „w okresie od 2008 do 2013 r. szereg założonych działań zostało zrealizowanych”, jednak „utrzymanie dotychczasowej korzystnej dynamiki zmian i realizacja założonego celu wymaga jednak nowego spojrzenia na Program”, a zatem celem aktualnego programu „Solidarność pokoleń” jest osiągnięcie w perspektywie do 2020 r. wskaźnika zatrudnienia osób w wieku 55-64 lata na poziomie 50%, który wg danych GUS w roku 2013 wyniósł 40,6% (dane średnioroczne). Cel ten i towarzyszące mu cele szczegółowe, priorytety i kierunki działań sformułowane w programie są tym bardziej istotne ze względu

na rozpoczynającą się realizację kolejnej perspektywy finansowej UE na lata 2014-2020. „Jest to szczególnie istotne obecnie, gdy znaczna część środków, a zatem i działań w obszarze polityki rynku pracy, pozostaje w gestii władz regionalnych” i lokalnych beneficjentów, będących realizatorami projektów w przyszłości.

W programie „Solidarność pokoleń 50+” zwraca się uwagę na sprawowanie opieki, w tym nad osobami starszymi, przez osoby pracujące. Analiza danych zastanych pochodzących z drugiej rundy badania Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE), prowadzonych w ramach projektu Carers@Work „jednoznacznie wskazała na fakt większego niż przeciętne obciążenia opiekunów pracujących w stosunku do opiekunów niepracujących, a także w stosunku do osób nieposiadających obowiązków opiekuńczych”. Jednym z wyzwań sformułowanych w programie jest zatem wsparcie tych, którzy „z jednej strony, będą musieli nadmiernie angażować się w opiekę swoich starszych bliskich członków rodzin z powodu niemal nieistniejących rozwiązań, które by wspierały ich w tej opiece, ale z drugiej strony - przede wszystkim w świetle zmian przepisów o podwyższeniu wieku emerytalnego - na konieczność łączenia opieki z pracą” (rosnące znaczenie problemu „podwójnego obciążenia”). W Priorytecie 3.3. „Wdrożenie systemowych rozwiązań zachęcających osoby w wieku 50+ do pozostawania w zatrudnieniu i podejmowania pracy” wyznacza się między innymi następujące kierunki interwencji:

- „wypracowywanie oraz przede wszystkim popularyzacja istniejących rozwiązań wspierających godzenie życia zawodowego i rodzinnego,

takich jak elastyczna organizacja czasu pracy (*job-sharing* - czyli podział stanowiska pracy między dwóch lub więcej pracowników w ramach jednego etatu, praca w niepełnym wymiarze czasu pracy, telepraca). Ważne, aby uwzględniały one perspektywę indywidualnych potrzeb (np. problemów zdrowotnych własnych oraz członków rodziny, obowiązki opiekuńcze nad osobami starszymi)”

- „istotne będzie także wprowadzanie rozwiązań zmniejszających ciężar opieki nad osobami niesamodzielnymi (starszymi członkami rodziny), m.in. rozwój systemu dziennego wsparcia dla potrzebujących opieki i pomocy osób starszych - dzienne ośrodki opieki”.
- „opracowywanie akceptowanych przez wszystkich interesariuszy kwalifikacji opiekuna osób starszych, włączenie jej do zintegrowanego rejestru kwalifikacji oraz stworzenie sieci instytucji walidujących kompetencje opiekunów osób starszych w ramach edukacji pozaformalnej i nieformalnego uczenia się”.
- „zwiększanie zatrudnienia osób w wieku 50+ (w tym przede wszystkim ułatwianie powrotu na rynek pracy po okresie bierności zawodowej, spowodowanej np. opieką nad osobą starszą lub chorobą) przez analizy potencjalnych rozwiązań w systemie podatkowo-zasiłkowym, wprowadzające większą progresywność w ocenie sytuacji dochodowej i umożliwiające stopniowe wycofywanie świadczeń (przede wszystkim zasiłków z pomocy społecznej dla osób osiągających dochody z pracy)”.



WSPARCIE OPIEKUNÓW NIEFORMALNYCH W MAŁOPOLSCE W PERSPEKTYWIE 2020 ROKU

Samorząd Województwa Małopolskiego od początku funkcjonowania prowadził politykę senioralną w regionie, czego przykładem są chociażby programy wojewódzkie „Senior”, z których pierwszy przyjęty został do realizacji już w 2000 roku. Natomiast w 2012 r. z myślą o nowym okresie w polityce spójności Unii Europejskiej, precyzując zakres i charakter przedsięwzięć planowanych do realizacji w perspektywie roku 2020, podjęte zostały prace nad pakietem programów strategicznych. Elementy polityki senioralnej obecne są w wielu z nich. Z tej perspektywy kluczowe są 4 obszary związane z: ochroną zdrowia, jakością kapitału intelektualnego i dostępem do rynku pracy, rozwojem oferty spędzania czasu wolnego oraz przede wszystkim włączeniem społecznym.

W wyniku nowego spojrzenia na politykę społeczną, na gruncie Programu Strategicznego Włączenie Społeczne zaplanowano między innymi utworzenie sieci dziennych domów pomocy dla osób starszych działających w środowiskach lokalnych (2000 miejsc), a także utworzenie subregionalnych centrów wspierających nieformalnych opiekunów osób starszych i odciążających ich w sprawowaniu codziennej opieki. Plany Województwa Małopolskiego na lata 2014 - 2020 w tym zakresie stały się podstawą projektu Małopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego (OŚ Priorytetowa 9 „Region Spójny Społecznie”, Działanie 9.2 „Usługi Społeczne i Zdrowotne”, Poddziałanie 9.2.2: „Usługi Opiekuńcze oraz Interwencja Kryzysowa w Subregionach”), sprecyzowanego w Szczegółowym Opisie Osi Priorytetowych, którego konsultacje społeczne zakończyły się z końcem sierpnia br.

Opisane dokumenty dają podstawę do opracowywania szczegółowych wytycznych i działań zmierzających do objęcia kompleksowym wsparciem opiekunów osób starszych, realizując tym samym idee poprawy jakości życia i opieki nad seniorami w regionie i w Polsce.

Zainteresowanych odsyłam do materiałów źródłowych:

- www.mpips.gov.pl/seniorzyaktywne-starzenie/departament-polityki-senioralnej/
- www.senior.gov.pl
- www.malopolskie.pl/ (prawe menu boczne: Regionalny Program Operacyjny)

Małgorzata Szlązak

Kierownik projektu
Projekt „Małopolskie Obserwatorium Polityki Społecznej”



OPIEKUNOWIE RODZINNI OSÓB STARSZYCH - PROBLEMY, POTRZEBY, WYZWANIA DLA POLITYKI SPOŁECZNEJ

„co piąty Małopolanin opiekuje się osobą starszą, ale co trzeci między 45. a 59. rokiem życia” - to prawie 700 tysięcy Małopolan zaangażowanych w opiekę nad seniorami.

Zgodnie z literaturą przedmiotu, opiekunem nieformalnym można nazwać osobę, która dostarcza regularnego, trwałego, fizycznego i (lub) emocjonalnego wsparcia oraz asysty przy czynnościach dnia codziennego komuś, kto jest fizycznie lub intelektualnie niepełnosprawny, psychicznie chory albo jest osobą starszą, której psychofizyczną kondycję można określić jako słabą. Często zamiennie używa się określeń „opiekun rodzinny” i „opiekun nieformalny”, należy jednak zaznaczyć, że w grupie opiekunów nieformalnych znajdują się niekiedy także przyjaciele, sąsiedzi czy znajomi (za Rosochacka-Gmitrzak, 2011).

Opiekunowie nieformalni w Polsce nie są nigdzie rejestrowani, z wyjątkiem bardzo nielicznej grupy tych, którzy pobierają świadczenia wynikające z opieki. Próbę oszacowania liczby takich opiekunów w regionie podjęto w ramach „Badania opinii mieszkańców Małopolski na temat istotnych dla rozwoju województwa obszarów działań samorządu wojewódzkiego”¹, zrealizowanego przez Małopolskie Obserwatorium Polityki Rozwoju. Wyniki tego badania pokazują, że „co piąty Małopolanin opiekuje się osobą

starszą, ale co trzeci między 45. a 59. rokiem życia”, a więc liczbę Małopolan zaangażowanych w opiekę nad seniorami, głównie członkami rodziny można by oszacować na aż blisko 700 tysięcy. Wdrożenie systemowych rozwiązań problemów, tak prawdopodobnie licznej grupy mieszkańców, nie może odbywać się bez uwzględnienia ich potrzeb, oczekiwań umożliwiających im

sytuacji opiekuńczych w całym województwie. Rozmowy z opiekunami uzupełniono dyskusjami ekspertów.

Na potrzeby badania pojęcie opiekuna rodzinnego zostało zoperacjonalizowane. Za opiekuna rodzinnego uznano osobę, która opiekuje się krewnym/krewną, który/a ma przynajmniej 65 lat, na przykład małżonkiem, partnerem, rodzicem lub teściem i poświęca na tę



opiekę. W tym celu Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Krakowie, w ramach projektu „Małopolskie Obserwatorium Polityki Społecznej”, zrealizował badanie społeczne pod nazwą „Opiekunowie rodzinni osób starszych - problemy, potrzeby, wyzwania dla polityki społecznej”. Respondentami badania byli opiekunowie dobierani tak, aby uzyskać jak największy poziom zróżnicowania i przedstawić możliwie dokładne spectrum

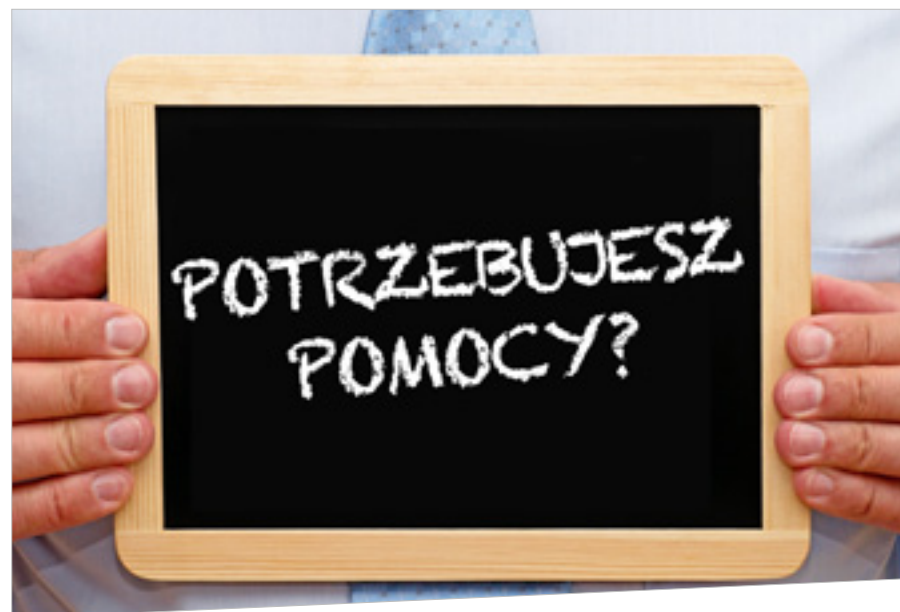
opiekę przynajmniej 10 godzin tygodniowo. Aby zapewnić wspomnianą już różnorodność w trakcie doboru próby założono przeprowadzenie rozmów z opiekunami z terenu wszystkich 5 subregionów Małopolski, zróżnicowanymi według statusu zawodowego (pracujący i niepracujący), zamieszkiwania na terenie miejskim i wiejskim, zamieszkania z osobą starszą lub osobno. Brano też pod uwagę samodzielność osoby starszej, ocenianą wg

¹ <http://www.politykarozwoju.obserwatoria.malopolska.pl/CmsContent.mvc/NewsDetails/63/453>. Liczbę tę uzyskano w badaniu, zrealizowanym na losowo - warstwowej próbie 3000 dorosłych mieszkańców województwa, na podstawie pytania „Czy na co dzień nieodpłatnie opiekuje się Pan/i osobą niesamodzielną, tzn. dostarcza Pan/i tej osobie regularnego i trwałego wsparcia oraz asysty przy czynnościach dnia codziennego? - tak, opiekuje się osobą starszą, - tak, opiekuje się osobą niepełnosprawną (nie starszą), - nie, - trudno powiedzieć, nie wiem.

6 stopniowej skali KATZA (skala ADL), czyli skali oceny podstawowych czynności w życiu codziennym². Zgodnie z tą skalą wynik 5-6 oznacza osobę

osób będących w podobnej sytuacji. Zorganizowane zostały także 3 panele eksperckie: w Krakowie, Nowym Sączu oraz Zakopanem. W sumie w panelach

organizacją czasu będzie musiała ulec nagłej zmianie i spowoduje całkowitą dezorganizację ich życia. Wynika to też z warunków, w jakich pomoc jest organizowana - w większości rodzinie, sąsiedzko, koleżeńsko. W szerokim katalogu możliwych form wsparcia na czoło wysuwa się potrzeba szeroko rozumianej wiedzy. Opiekunom brakuje informacji - zazwyczaj pozyskują potrzebne im informacje w sposób nieformalny i przypadkowy (rodzina, sąsiedzi, znajoma farmaceutka, inny opiekun, zaprzyjaźniona pani w OPS). Nie wiedzą gdzie mają szukać informacji, nie znają swoich praw i możliwości, często przy tym nie są użytkownikami internetu. Niedoinformowane są też służby różnych sektorów - tu w szczególności informacji brakuje lekarzom pierwszego kontaktu, którzy mogliby być (z racji częstych kontaktów) przewodnikami opiekunów nieformalnych po skomplikowanym systemie świadczeń, usług, dofinansowań itp.



sprawną, która nie wymaga opieki, ocena 4-3 osobę niesprawną w małym stopniu, a 0-2 osobę niesprawną w stopniu znacznym. W badaniu rozmawiano z opiekunami osób, które według wybranej skali otrzymały co najwyżej ocenę 4, co weryfikowano w trakcie rekrutacji respondentów. Dodatkowo zgodnie z dostępną wiedzą, próba do badania została dobrana tak, aby w miarę możliwości dobrze odzwierciedlać faktyczną, zdiagnozowaną w innych badaniach, populację opiekunów nieformalnych, w której dominują kobiety w wieku 50-59 lat (80% próby). Przeprowadzono 41 indywidualnych wywiadów pogłębionych. Respondentów dobierano według założonej celowości kryteriów, wykorzystując założone wcześniej kanały rekrutacji: kanał nieformalny (kontakty własne/prywatne), kanał formalny (kontakty instytucjonalne), metoda kuli śniegowej - polecenie przez opiekunów innych

wzięło udział 38 specjalistów - pracownicy pomocy społecznej, w tym odpowiedzialni za organizację czy wykonywanie usług opiekuńczych, dyrektorzy domów pomocy społecznej, przedstawiciele organizacji pozarządowych, które realizują usługi opiekuńcze na zlecenie ośrodka pomocy społecznej, lekarze rodzinni, lekarze niepublicznej służby zdrowia, lekarze geriatry, pielęgniarki środowiskowe, przedstawiciele NFZ oraz eksperci z zakresu gerontologii.

Na podstawie przeprowadzonych wywiadów można zdecydowanie powiedzieć, że opiekunowie często nie dostrzegają problemów lub nie przekładają ich na potrzeby, mimo iż w toku rozmowy można jasno wysnuć wniosek o potrzebie wsparcia. Obawa przed jakimkolwiek wsparciem zewnętrznym (lub niewiara w skuteczność wsparcia) podyktowana jest także tym, że respondenci boją się, że ich z trudem wypracowana strategia radzenia sobie z codziennymi problemami i optymalną

„I przyszła lekarka. Notabene przyjaciółka domu. I ja właśnie mówię, że może by takie łóżko. A ona; skąd takie łóżko? Ona nie wiedziała, że gdzie się to dostaje. No i szukajcie w Internecie”.

„Wie Pani co tyle razy w tej opiece społecznej byłam, (...) nigdy mi nikt nic nie powiedział, musiałam się zawsze dowiadywać od osób postronnych”.

Jednocześnie korzystanie z ośrodków pomocy społecznej uznawane jest za bardzo stygmatyzujące, jest wyznacznikiem nieradzenia sobie w życiu, stąd obawa przed skorzystaniem z takiego rodzaju pomocy. Wsparcie OPS kojarzy się z niewydolnością opiekuńczą rodziny. Zaufanie w ośrodkach pomocy społecznej wzbudzą natomiast konkretne, znane osoby. Równocześnie to

² Kąpanie się, ubieranie się i rozbieranie, korzystanie z toalety, wstawanie z łóżka i przemieszczanie się na fotel, samodzielne jedzenie, kontrolowane wydalanie moczu i stolca.



ośrodki pomocy społecznej są miejscami, gdzie domyślnie szukaliby wsparcia i informacji. Respondenci częściej jednak, również w kwestiach pozamedycznych zwracają się do lekarzy, ponieważ to wsparcie jest traktowane jako „neutralne” - każdy korzysta z pomocy lekarza. Mówili o tym także lekarze podczas paneli eksperckich. Rola organizacji pozarządowych jest obecnie niewielka. Obserwowalny jest też brak fachowej wiedzy, nieradzenie sobie z opieką - część opiekunów podkreśla, że nie posiada fachowej wiedzy, przeszkolenia, dlatego, szczególnie początki opieki, ale też każda większa zmiana jej zakresu staje się dla nich kłopotliwa. Opiekunowie mają problemy np. z wykonywaniem zastrzyków, zakładaniem pampersów, podnoszeniem osoby starszej, rozpoznawaniem i interpretacją objawów, komunikacją np. z osobą z demencją itp. W wyniku niewiedzy opiekunowie nie potrafią realnie określić stanu zdrowia osoby starszej popełniając błędy lub często

wyręczając podopiecznych w czynnościach, które mogliby wykonywać sami, doprowadzając tym samym do większej zależności podopiecznych. W potrzebach opiekunów widoczna jest konieczność uzyskania podstawowych informacji z zakresu medycyny, takich jak kursy pierwszej pomocy. Badani wyrażali też zainteresowanie szkoleniami dotyczącymi rehabilitacji i czynności pielęgnacyjnych.

„No właśnie o to chodzi. Pampers założyć. Sobie myślę, kurczę jak go założyć? Z której strony, jak? Bo tam nie ma opisane; tu przód, tu tył, czy tak, czy owak. No, kombinuję tak i tak dalej, no tak na podstawie po prostu... prób i błędów człowiek dochodzi do sprawności. Przy pomocy prób i błędów dochodzi, własnych no. To takie, takie rzeczy. Bo niektóre rzeczy, no to jak się karmi, je i tak dalej, no to... no to tego wiem, czego jak trzeba zrobić...”

Widoczny jest też brak możliwości znalezienia i podjęcia pracy przez osoby sprawujące opiekę. Konieczność opieki i jej zakres powodują brak możliwości zatrudnienia. Czasami składają się też na to wymagania jakie w stosunku do opiekuna wysuwa osoba starsza oraz pozostali członkowie rodziny. Nierzadko rodzina uznaje, że skoro opiekun nie pracuje, to jego obowiązkiem jest opieka.

Już sam pomysł szukania pracy przez opiekuna często wzbudza niechęć bliskich, zwłaszcza gdyby część sprawowanej opieki musiałaby zostać rozdzielona pomiędzy członków rodziny. Ciągłe wspólne przebywanie, swego rodzaju uwięzienie w domu przez dłuższy czas powoduje, że w pewnym momencie opiekunowie mogą być niezdolni do podjęcia pracy. Pewnym rozwiązaniem, aczkolwiek systemowym, mogłoby być organizowanie certyfikowanych kursów dla opiekunów, tak, aby ze sprawowanej przez nich opieki uczynić ich zawód, dzięki czemu mogliby w przyszłości wrócić na rynek pracy.

Osoby zainteresowane całością wniosków z badania zapraszam do serwisu internetowego Małopolskiego Obserwatorium Polityki Społecznej (zakładka: Badania i analizy/Zakończzone). Już dziś zapraszam Państwa także na konferencję podsumowującą projekt, która odbędzie się z początkiem roku 2015.

Małgorzata Szlązak

Kierownik projektu
Projekt „Małopolskie Obserwatorium Polityki Społecznej”



AKTUALNOŚCI

DPS DLA MIESZKAŃCÓW MAŁOPOLSKI: WYŻSZE KWALIFIKACJE PERSONELU - WIĘKSZY KOMFORT PODOPIECZNYCH

W poprzednim numerze biuletynu „es.O.es” zaprezentowaliśmy Państwu działania inwestycyjne realizowane w 8 małopolskich domach pomocy społecznej w ramach projektu „Pomocna dłoń pod bezpiecznym dachem” prowadzonego przez Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Krakowie. Tym razem skoncentrujemy się na aspekcie szkoleniowym projektu, dzięki któremu personel tych placówek podnosi swoje kwalifikacje, aby świadczyć usługi dla mieszkańców na najwyższym poziomie.

DZIAŁANIA SZKOLENIOWE

We wszystkich 8 domach pomocy społecznej dofinansowanych przez Szwajcarsko-Polski Program Współpracy realizowane są różne formy szkoleniowe, mające na celu podnoszenie kwalifikacji personelu zatrudnionego w tych placówkach, w tym przede wszystkim osób, które bezpośrednio pracują z mieszkańcami. Wyższe kompetencje zawodowe pracowników domów warunkować mają poprawę jakości usług świadczonych na rzecz mieszkańców. Co istotne, oprócz kursów i szkoleń, oferta edukacyjna obejmuje również studia podyplomowe.

Pracownicy placówek objętych wsparciem w ramach projektu „Pomocna dłoń pod bezpiecznym dachem” kształcą się na takich kierunkach studiów podyplomowych, jak „Specjalistyczne usługi opiekuńcze”, „Mediacje i alternatywne metody rozwiązywania sporów” czy „Arteterapia”. Zdobywają nie tylko wiedzę teoretyczną, ale także praktyczną w takich aspektach jak metody komunikowania się z pacjentem chorującym psychicznie czy dodatkowo uzależnionym

od alkoholu i innych środków psychoaktywnych. Poszerzają swoją wiedzę z zakresu organizacji pomocy społecznej czy środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej; uczestniczą w specjalistycznych kursach dla fizjoterapeutów (kurs PNF); poznają techniki terapii zajęciowej (ceramika, florystyka, muzykoterapia, kurs rysunku i malarstwa); przechodzą kursy szkoleń ochronnych czy szkolenia dotyczące agresji i autoagresji u mieszkańców przewlekle psychicznie chorych. Praca w placówkach takich jak DPS jest bardzo obciążająca zarówno fizycznie, jak i psychicznie, dlatego w ramach projektu prowadzone są także szkolenia z zakresu profilaktyki wypalenia zawodowego oraz radzenia sobie ze stresem. Różnorodność form szkoleniowych realizowanych w domach pomocy społecznej jest imponująca, a chęć podnoszenia kwalifikacji przez pracowników małopolskich DPS budzi uznanie, gdyż udział w zajęciach nie zwalnia ich z obowiązków zawodowych. Wyższe kompetencje personelu w sposób bezpośredni przekładają się na komfort pobytu mieszkańców w tych placówkach. Dzięki przeprowadzonym

szkoleniom i nowym umiejętnościom pracowników, małopolskie DPS-y będą mogły wprowadzić (niektóre już wprowadziły) nowe formy terapii zajęciowej czy rehabilitacji swoich podopiecznych. Obecna oferta tych placówek znacząco się wzbogaci, a dotychczas oferowane usługi świadczone będą na wyższym poziomie.

W ramach działań projektu realizowanych bezpośrednio przez



Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Krakowie, swoje kwalifikacje zawodowe podnoszą również pielęgniarki i pielęgniarze pracujący w małopolskich domach pomocy społecznej. Działaniami szkoleniowymi objętych zostało **150 osób z 44 DPS-ów**.

14 lipca br. zakończył się trwający od lutego kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego, w którym uczestniczyło 19 pielęgniarek i 1 pielęgniarz. Uczestnicy kursu oprócz zajęć teoretycznych odbyli m.in. staże w poradni diabetologicznej i reumatologicznej oraz na oddziale kardiologii, nefrologii i pulmonologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie. Wszyscy uczestnicy kursu zdali egzamin końcowy. W ramach projektu „Pomocna dłoń pod bezpiecznym dachem” kwalifikacje podniosło już 106 pielęgniarek i pielęgniarzy pracujących w domach pomocy społecznej, a 44

Pozyskane przez pracowników DPS wiedza i nowe kwalifikacje będą mogły zostać wykorzystane także przy użyciu sprzętu pielęgniarstwa zakupionego przez ROPS w Krakowie w ramach dofinansowania ze środków europejskich i wkładu Województwa Małopolskiego. Każdy DPS, z którego pielęgniarki i pielęgniarze podnoszą lub podnieśli swoje kwalifikacje w ramach projektu „Pomocna dłoń pod bezpiecznym dachem”, mógł złożyć zapotrzebowanie na niezbędne wyposażenie pielęgniarstwa swojej placówki. Nowy sprzęt przekazany do małopolskich DPS, wykorzystywany w codziennej pracy pielęgniarek i pielęgniarzy, będzie służył mieszkańcom tych placówek i podnosił jakość świadczonych na ich rzecz usług. Wśród zestawów wskazanych przez DPS znajdują się takie sprzęty jak m.in. urządzenia EKG, aparaty do płukania oka/ucho, defibrylatory, pulsok-

SZWAJCARSKIE DOBRE PRAKTYKI

Kolejną formą szkoleniową prowadzoną w ramach projektu są zagraniczne wizyty studyjne, które będą zrealizowane w 2015 r. Ich uczestnicy - pracownicy małopolskich domów pomocy społecznej, osoby kierujące tymi placówkami oraz przedstawiciele organów prowadzących DPS (ogółem 60 osób) - zapoznają się z rozwiązaniami stosowanymi w szwajcarskich placówkach sektora pomocy społecznej o profilu i pełnionej funkcji zbieżnych z zakresem polskich DPS. Będzie to okazja do porównania rozwiązań polskich i szwajcarskich w zakresie świadczonych usług pielęgniarstwa oraz sposobów zarządzania tego typu instytucjami, co umożliwi wdrożenie ewentualnych usprawnień w macierzystych DPS. Wyjazd pozwoli skorzystać z dobrych praktyk i inspiracji od najlepszych, a jego rezultaty zostaną przedstawione na łamach kwartalnika „es.O.es”.



14.07.2014 r., Zakończenie kursu w ramach projektu „Pomocna dłoń pod bezpiecznym dachem”

pielęgniarki są w trakcie szkoleń specjalizacyjnych z dziedziny pielęgniarstwa psychiatrycznego oraz zachowawczego, które zakończą się na początku przyszłego roku. Łącznie w ramach działań szkoleniowych kwalifikacje podniesie blisko **900 osób**.

symetry, glukometry, wózki toaletowe, ssaki medyczne, wagi czy nebulizatory. Personel pielęgniarstwa otrzyma również indywidualne zestawy, składające się np. z termometru na podczerwień, profesjonalnego aparatu do sztucznego oddychania i reanimacji czy ciśnieniomierza.

Na następnych stronach prezentujemy kolejne 2 projekty realizowane w małopolskich domach pomocy społecznej w ramach projektu „Pomocna dłoń pod bezpiecznym dachem”. Tym razem są to placówki ze Zbyszyc i Bobrka. W następnym numerze kwartalnika będą mieli Państwo okazję poznać ostatni z dofinansowanych projektów - realizowany w DPS w Szczyrzycu.

Piotr Maurek
Ewelina Kubacka

Projekt „Pomocna dłoń pod bezpiecznym dachem”

www.sppw.rops.krakow.pl



POMOCNA DŁOŃ
POD BEZPECZNYM DACHEM

Projekt współfinansowany przez Szwajcarię w ramach szwajcarskiego programu współpracy z nowymi krajami członkowskimi Unii Europejskiej.

W ZBYSZYCACH

TYTUŁ PROJEKTU: Modernizacja jakości usług opieki społecznej świadczonych przez DPS w Zbyszycach.

BENEFICJENT: Powiat Nowosądecki

PLACÓWKA OBJĘTA PROJEKTEM:

Dom Pomocy Społecznej w Zbyszycach

Zbyszycy 12

33-318 Gródek nad Dunajcem

tel. 18 / 443 22 69

e-mail: dpszbyszycy@op.pl

WARTOŚĆ PROJEKTU: 3 334 653,63 PLN

WARTOŚĆ DOFINANSOWANIA PROJEKTU: 2 116 845,37 PLN / 584 311,96 CHF

OPIS PROJEKTU:**DZIAŁANIA INWESTYCYJNE**

Działania inwestycyjne w projekcie polegają na modernizacji pomieszczeń o funkcjach mieszkalnych, rehabilitacyjnych i terapeutycznych w dwóch budynkach należących do DPS. Poszerzona zostanie oferta świadczonych form terapii poprzez zmodernizowanie pomieszczeń przeznaczonych do rehabilitacji i terapii oraz pomieszczeń medycznych. Zakupione zostanie wyposażenie i sprzęt do terapii zajęciowej, rehabilitacji fizycznej, bieżącej opieki medycznej, a także wyposażenie pokoi mieszkańców. Jednym z elementów projektu jest podniesienie poziomu bezpieczeństwa mieszkańców i pracowników poprzez przebudowę istniejącej sygnalizacji pożaru, instalacji oświetlenia ewakuacyjnego, instalacji przyzywowej oraz budowę nowej pochylni dla osób niepełnosprawnych. Planowane działania przyczynią się do podniesienia komfortu mieszkańców DPS oraz obniżą koszty utrzymania DPS.

DZIAŁANIA SZKOLENIOWE

Dla personelu pracującego bezpośrednio z mieszkańcami zaplanowano szkolenia z nowych form terapii zajęciowej (np. kulinoterapia), pracy z osobami niepełnosprawnymi, pierwszej pomocy przedmedycznej oraz kurs terapii zajęciowej. Dla kadry administracyjnej przewidziano szkolenie z zakresu technik komunikowania się z grupą.

W BOBRKU

TYTUŁ PROJEKTU: Dom przyjazny mieszkańcom. Poprawa świadczonych usług w DPS w Bobrku.

BENEFICJENT: Powiat Oświęcimski

PLACÓWKA OBJĘTA PROJEKTEM:

Dom Pomocy Społecznej w Bobrku

ul. Księżnej Ogińskiej 2

32-661 Bobrek

tel. 33 / 846 44 04

WARTOŚĆ PROJEKTU: 2 276 602,75 PLN

WARTOŚĆ DOFINANSOWANIA PROJEKTU: 1 901 196,32 PLN / 524 786,44 CHF

OPIS PROJEKTU:**DZIAŁANIA INWESTYCYJNE**

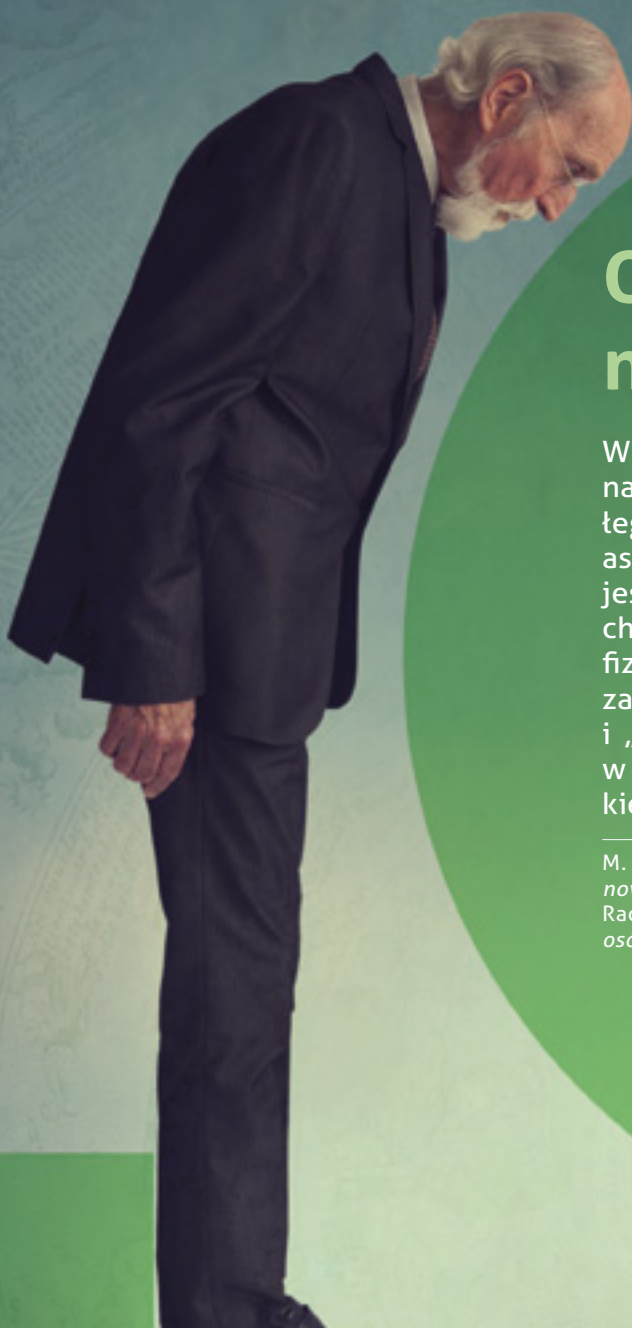
Przedmiotem projektu są działania inwestycyjne realizowane w 4 budynkach wchodzących w skład DPS, obejmujące m. in. przebudowę i zabudowę pomieszczeń, tarasów, loggi wraz z ich wyposażeniem w celu adaptacji na potrzeby terapii i rehabilitacji oraz dostosowanie DPS do wymogów przepisów przeciwpożarowych poprzez przebudowę klatki schodowej i montaż instalacji oddymiania, jak również likwidację barier architektonicznych (instalacja dźwigów osobowych). W ramach projektu zostanie również zagospodarowana część terenu wokół DPS, w tym powstanie teren rekreacyjny (155 m²), wyposażony w odpowiedni sprzęt oraz zostanie zmodernizowany ciąg komunikacyjny (500 m²) pomiędzy budynkami DPS. Łączna powierzchnia zmodernizowanych lub utworzonych pomieszczeń do celów terapii i rehabilitacji wyniesie 381,5 m². Dzięki temu powstaną m.in. pracownia fotograficzno - informatyczna, pracownia ogrodnicza/oranżeria, pomieszczenie do hydromasażu, sala ćwiczeń - siłownia.

DZIAŁANIA SZKOLENIOWE

W ramach części szkoleniowej 87 pracowników DPS zostanie objętych wsparciem, poprzez udział w szkoleniach z zakresu pracy z osobami niepełnosprawnymi, technik komunikowania się z grupą docelową (także dla kadry administracyjnej) czy nowoczesnych form terapii zajęciowej i walki ze stresem.

W trosce o seniorów i ich opiekunów

- statystyki, prognozy, opinie



Opiekunowie nieformalni

W literaturze przedmiotu opiekunem nieformalnym nazywa się osobę, która „dostarcza regularnego, trwałego, fizycznego i (lub) emocjonalnego wsparcia oraz asysty przy czynnościach dnia codziennego komuś, kto jest fizycznie lub intelektualnie niepełnosprawny, psychicznie chory albo jest osobą starszą, której psychofizyczną kondycję można określić jako słabą. Często zamiennie używa się określeń „opiekun rodzinny” i „opiekun nieformalny”, należy jednak zaznaczyć, że w grupie opiekunów nieformalnych znajdują się niekiedy także przyjaciele, sąsiedzi czy znajomi”

M. Rosochacka-Gmitrzak, *Wsparcie opiekunów nieformalnych - w stronę równowagi społecznych oczekiwań i opiekuńczych możliwości rodzin*, [w:] M. Ractaw (red.), *Publiczna troska, prywatna opieka. Społeczności lokalne wobec osób starszych*, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2011, s. 140.

Opiekunowie nieformalni w Polsce i na świecie

W Stanach Zjednoczonych jest 43,5 mln rodzinnych opiekunów zajmujących się osobami powyżej 50 roku życia. Ich praca została wyceniona na 450 mld dolarów rocznie. 70% opieki nieformalnej jest to opieka nad rodzicami.

10 mln opiekunów powyżej 50 roku życia, którzy sprawują nieformalną opiekę nad swoimi rodzicami traci 3 mld dolarów wynagrodzeń, emerytur, świadczeń rocznie. Te utracone zarobki wynikają z opuszczenia przez nich rynku pracy ze względu na konieczność opieki - poprzez to nie otrzymali wynagrodzenia, zmalały ich świadczenia socjalne oraz emerytura. Koszty te są jeszcze wyższe w przypadku kobiet.

Family Caregiver Alliance, Caregiver Statistics, www.caregiver.org, 19.09.2014.

W krajach OECD opiekunowie nieformalni stanowią podstawę systemu opieki długoterminowej. Jednocześnie „W 2007 roku średnio w krajach OECD ponad połowa opiekunów nieformalnych poświęcała zaledwie kilka godzin w tygodniu na opiekę nad osobą zależną. Szczególnie było to widoczne w Szwecji i w Danii. Z kolei w wielu innych krajach, takich jak Hiszpania, Grecja, Włochy, Czechy czy Polska, większość opiekunów nieformalnych poświęcała co najmniej 10 godzin tygodniowo na sprawowanie opieki. W Polsce stosunkowo wysoki był także odsetek osób pełniących obowiązki opiekuńcze przez przynajmniej 20 godzin tygodniowo (prawie 48%)”.

A. Furmańska-Maruszczak, *Przemiany demograficzne a aktywność zawodowa ludności w Polsce*, Toruń, s. 30, [dane z: *Health at a Glance 2011*, OECD Publishing, Paris 2011].

„W opublikowanym przez Carers UK, CIRCLE i Uniwersytet w Leeds raporcie pt. „Valuing Carers 2011” szacuje się, że roczny wkład ze strony

nieformalnych opiekunów w Zjednoczonym Królestwie wynosi 119 mld GBP (w porównaniu z 98,8 mld GBP ogólnych kosztów funkcjonowania National Health Service). Informację o liczbie opiekunów nieformalnych uzyskano na podstawie spisu powszechnego z 2011 r., w którym po raz pierwszy zadano pytanie: „Czy Pan/Pani udziela opieki, pomocy lub wsparcia członkom rodziny, znajomym, sąsiadom lub innym osobom ze względu na długoterminowe schorzenia fizyczne lub psychiczne, niepełnosprawność lub problemy związane z podeszłym wiekiem?” W ramach spisu stwierdzono, że 12% ludności Zjednoczonego Królestwa świadczy nieodpłatnie opiekę. W raporcie przyjęto godzinną stawkę opieki w wysokości 18 GBP, która odpowiada urzędowej kalkulacji rzeczywistych kosztów godzinnej opieki nad osobą dorosłą w domu.”

Europejska Grupa Ekspertów ds. Przejścia od Opieki Instytucjonalnej do Opieki świadczonej na poziomie Lokalnych Społeczności, *Ogólnoeuropejskie wytyczne dotyczące przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności*, Bruksela 2012, s. 120.

„Tematykę opiekunów rodzinnych w zakresie opieki nad osobą starszą podejmują badania w ramach międzynarodowego projektu EUROFAMCARE, realizowanego w Polsce w latach 2003-2004. Była to próba oszacowania liczby nieformalnych opiekunów ludzi starszych, co na podstawie liczby osób starszych niepełnosprawnych lub wymagających pomocy dało wynik zbliżony do 2 mln. Opiekunowie nieformalni nie są bowiem nigdzie rejestrowani, z wyjątkiem tych, którzy pobierają świadczenia z zakresu pomocy społecznej, na przykład świadczenie pielęgnacyjne dla osoby dorosłej rezygnującej z pracy w celu opieki nad osobą niepełnosprawną. Najczęściej opiekunami osób starszych



są kobiety w wieku od pięćdziesięciu do sześćdziesięciu dziewięciu lat, zajmujące się rodzicami lub teściami”.

J. Perek-Białas, *Urynkowanie usług opiekuńczych dla osób starszych w Polsce - możliwości i ograniczenia*, [w:] M. Raclaw (red.), *Publiczna troska, prywatna opieka. Społeczności lokalne wobec osób starszych*, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2011, s. 64.

Według prognoz Głównego Urzędu Statystycznego **do 2030 roku liczba nieformalnych opiekunów spadnie do 46%** i będzie wynosić **263 opiekunów na 100 osób potrzebujących** w stosunku do 572 potencjalnych opiekunów rodzinnych w roku 2002. W związku z rosnącym zapotrzebowaniem na opiekę i malejącą liczbą opiekunów nieformalnych **dwukrotnie wzrośnie liczba pensjonariuszy** w domach pomocy społecznej. W 2035 roku z ich usług będzie korzystało 51394 osób powyżej 70 roku życia.

M. Rosochacka-Gmitrzak, op. cit., s. 138 - 139.

„W Małopolsce - w porównaniu do całej Polski - dynamika starości przebiega wolniej. Niemniej również w tym regionie najszybciej przybywa najstarszych kategorii wiekowych. Do 2020 roku (a więc w okresie niecałych dziewięciu lat) w Małopolsce spodziewany jest **80-procentowy przyrost osób powyżej 85 roku życia**”

Ł. Krzyżowski, *Opieka formalna i nieformalna (rodzinna) nad osobą starszą w województwie małopolskim*, Kraków 2011.

W 2010 r. praca opiekuńcza nad osobami spoza własnego gospodarstwa domowego stanowiła **53% całości pracy niezarobkowej wykonywanej w Polsce**, co przelożyło się na wypracowanie 0,77 mln etatów. Opieka nad chorymi i osobami starszymi stanowiła niemal 1/3 ogółu pracy opiekuńczej.

Główny Urząd Statystyczny, *Wolontariat w organizacjach i inne formy pracy niezarobkowej poza gospodarstwem domowym - 2011*, Warszawa 2012, s 67 - 69.

Polacy o opiece nad osobami starszymi

„Polska należy do krajów, w których obowiązek opieki nad osobą starszą, zapewnienie różnych usług opiekuńczych, należy przede wszystkim do rodziny i jest to powszechnie akceptowane. Jak pokazują między innymi badania przeprowadzone we wszystkich krajach Unii Europejskiej, **59% Polaków jest zdania, że osoby starsze powinny mieszkać z jednym ze swoich dzieci, mogącym zapewnić im opiekę. Jest to najwyższy wynik spośród wszystkich krajów Unii Europejskiej** (średnia wynosi 30%). Dla porównania, w Szwecji oraz Holandii tej odpowiedzi udzieliło jedynie po 4% respondentów, a w Danii i Finlandii po 7% respondentów. W krajach tych przeważa opinia, że zarówno publiczni, jak i prywatni dostawcy usług powinni przychodzić do domów osób starszych i świadczyć odpowiednią pomoc i opiekę. W Polsce natomiast tego zdania jest tylko 7% obywateli (najniższy wynik spośród wszystkich krajów UE; średnia 27%)”. „Jedynie 3% Polaków uważa, że osoby starsze powinny zamieszkać w domu opieki - jest to ponownie najniższy wynik spośród wszystkich krajów UE. Średnia w tym przypadku wynosi 10%, a najwyższy odsetek odpowiedzi zanotowano w Słowenii (32% odpowiedzi)”.

Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Krakowie, Małopolskie Obserwatorium Polityki Społecznej, *Kondycja małopolskiej rodziny*, Kraków, 2014, s. 88, [dane z: *Health and long-term care in the European Union* (Special Eurobarometer 283/Wave 67.3).



Polacy o własnej starości

Myśląc o własnej starości **prawie dwie trzecie Polaków (64%) chciałoby mieszkać we własnym mieszkaniu korzystając z doraźnej pomocy bliskich** - rodziny, przyjaciół, sąsiadów. Co siódmemu ankietowanemu (15%) odpowiadałoby zamieszkanie razem z dziećmi, wnukami lub dalszą rodziną. Mniej więcej co dziesiąty respondent chciałby mieszkać we własnym mieszkaniu korzystając z odpłatnej stałej pomocy (8%) bądź z bezpłatnej opieki, np. pomocy społecznej, Czerwonego Krzyża, Caritasu lub innych wolontariuszy (3%). Pozostałe formy organizacji swojego życia na stare lata, takie jak: prywatny lub państwowy dom spokojnej starości, mieszkanie wspólnie z innymi starszymi ludźmi w celu wzajemnego wspomagania się, wskazywano sporadycznie. Warto zwrócić uwagę, że jedynie 3% badanych nie zastanawiało się nad tą kwestią i nie ma wyrobionego zdania w tej sprawie.

Centrum Badań Opinii Społecznej, *Polacy wobec własnej starości. Komunikat z badań*, Warszawa 2012, s. 7-8.

Zdrowie osób starszych

Z badań GUS wynika, że ludzie starzy mają największe trudności z kąpielą całego ciała, siadaniem na krześle, kładzeniem się do łóżka i wstawaniem oraz ubieraniem się i rozbieraniem. Liczba osób mających problem z tymi czynnościami wrasta wraz z wiekiem. W 2009 r. takie problemy miało 25% osób w wieku 70-79 lat i 30% w wieku 80 lat i więcej. Trudności tych doświadczają częściej kobiety. Wśród osób w wieku 70 lat i więcej 129 tys. miało lekkie ograniczenia w zakresie samoobsługi, 923 tys. doświadczało ograniczeń średnich, a 301 tys. - poważnych. **Potencjalne potrzeby opiekuńcze w tej grupie można ocenić zatem na ponad 1,3 mln osób.**

P. Błądowski, B. Szatur-Jaworska, Z. Szweda-Lewandowska, P. Kubicki, *Raport na temat sytuacji osób starszych w Polsce*, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, Warszawa 2012, s. 58-62.

Według badania realizowanego przez Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej w 2008 roku **27% mężczyzn powyżej 75 roku życia wymagało opieki i aż 41% kobiet**. Równocześnie potrzebujących pomocy było 23% mężczyzn i 25% kobiet.

I. E. Kotowska, I. Wóycicka, *Sprawowanie opieki oraz inne uwarunkowania podnoszenia aktywności zawodowej osób w starszym wieku produkcyjnym. Raport z badań*, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, Warszawa 2008, s. 73 - 86.

W CZTERY OCZY

CEL - HOLISTYCZNA OPIEKA NAD OSOBAMI STARSZYMI

„Opieka nad osobą niesamodzielną to wielkie wyzwanie, zarówno w sensie fizycznym, jak i emocjonalnym, to praca „36 godzin na dobę”. O pracy z osobami starszymi, ich opiekunami, problemami, z którymi spotykają się, rozmawiamy z Panią Iwoną Kurowską, lekarzem z Poradni Geriatrycznej Centrum Medycznego Med-All w Krakowie.

Obszar dotyczący ochrony zdrowia osób starszych jest identyfikowany jako jeden z najważniejszych w polityce senioralnej w Polsce. Jakie są Pani doświadczenia w pracy ze starszymi pacjentami?

Starsi pacjenci to zdecydowana większość moich podopiecznych. Moją pierwotną specjalizacją jest medycyna rodzinna, zatem w razie potrzeby otaczam opieką medyczną także i najmłodszych. Jednak od początku mojej pracy zawodowej najwięcej czasu poświęcam seniorom. Niewątpliwie duży wpływ na moje medyczne zainteresowania miało kilkuletnie zatrudnienie w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, gdzie przeważali pacjenci zaawansowani wiekowo. Tam właśnie nabierałam pierwszych doświadczeń w pomocy ludziom niezdolnym do samoopieki, zależnym od otoczenia, niepełnosprawnym ruchowo i/lub psychicznie. Tam też zrozumiałam, jak ważna i trudna jest rola opiekuna, ze względu na występujące u niesamodzielných osób starszych problemy w komunikacji i w ocenie własnych potrzeb.

Kontynuując pracę w podstawowej opiece zdrowotnej spostrzegłam, jak bardzo starszy pacjent oraz jego opiekun są w tym systemie zagubieni.

Osoba starsza potrzebuje na kontakt z lekarzem dużo czasu - jest zwykle obciążona licznymi chorobami, ma też wiele innych towarzyszących problemów życiowych, których nie sposób oddzielić od spraw zdrowotnych. Samo badanie trwa dłużej, co wynika z ruchomych ograniczeń osoby w starszym wieku. Bardzo ważne jest zbudowanie dobrej relacji z pacjentem, to niezbędny warunek udanej współpracy. Istotny jest też sposób, w jaki przekazuje się zalecenia i tu także nie ma miejsca na pośpiech.

Wszystko to zmobilizowało mnie do pogłębiania swojej wiedzy i umiejętności w zakresie medycznej opieki nad pacjentami starszymi, więc otworzyłam specjalizację z geriatрії i teraz pracuję w poradni geriatrycznej.

Czy często zdarza się, że osoby starsze na umówioną wizytę przychodzą ze swoimi opiekunami? Czy wiele z tych osób ze względu na zły stan zdrowia wymaga wizyt domowych?

Moi pacjenci często pojawiają się na wizytach z osobą towarzyszącą, nie-rzadko to właśnie opiekun inicjuje kontakt z lekarzem. W trakcie opieki

pojawiają się wątpliwości, więc zdarza się, że osoba opiekująca się pacjentem dzwoni do mnie z prośbą o radę.

W najtrudniejszym położeniu są przebywające w domu osoby, których stan zdrowia jest zły, a bariery komunikacyjne są przeszkodą nie do pokonania. W praktyce właśnie taki pacjent potrzebuje częstszych konsultacji z lekarzem niż człowiek, który do przychodni jest w stanie dotrzeć. Niestety konstrukcja naszego systemu opieki zdrowotnej jest taka, że lekarze pierwszego kontaktu, przeciążeni obowiązkami, rzadko udzielają konsultacji w domach chorych.

Widzę w tym obszarze olbrzymią lukę i dlatego sama włączam się do opieki nad pacjentami w warunkach domowych. Inna sprawa, że starszy chory źle adaptuje się do zmian i wizyta w przychodni jest dla niego dużym stresem. Poza tym, gdy patrzę na pacjenta w perspektywie jego sytuacji życiowej, w lepszym stopniu rozumiem problemy, jakimi jest obciążony i moja medyczna interwencja ma wtedy większe szanse powodzenia.

Jak widać z Pani wypowiedzi opieka medyczna nad osobą starszą nie jest prosta. Z jakimi problemami spotyka się Pani obejmując leczeniem seniorów?

Najczęstsze problemy medyczne, z którymi się stykamy, a występujące rzadziej w innych okresach życia to: zaburzenia chodu i równowagi, upadki, unieruchomienie, zaburzenia

w sferze psychicznej (a zwłaszcza otępienie, depresja i majaczenie), problemy ze zwieraczami, zaburzenia wzroku i słuchu, niedożywienie. Typowa dla pacjenta starszego wielochorobowość rodzi liczne następstwa - taki chory konsultuje się zazwyczaj z wieloma specjalistami, pomiędzy którymi częstokroć nie ma właściwego przepływu informacji. Wtedy rolą geriatry jest koordynacja tych działań. W efekcie wielu schorzeń ilość stosowanych przez starszych pacjentów leków jest duża i niejednokrotnie oddziałują one ze sobą niekorzystnie. Nie można więc zapomnieć o tym, że niepokojące objawy mogą być skutkiem nie tylko choroby, ale i stosowanych preparatów.

Poza tym postawienie diagnozy u osoby w wieku podeszłym utrudnia odmienna (w stosunku do młodszych grup wiekowych) symptomatologia. Niejednokrotnie w obrazie chorobowym u starszego pacjenta brakuje typowych objawów. I tak na przykład zawał serca czy ostre schorzenia jamy brzusznej mogą przebiegać bezbólowo, a w przebiegu ciężkiego zapalenia płuc niekoniernie pojawia się gorączka. Znacznie częściej natomiast obserwowane są objawy nietypowe. Przykładowo upośledzenie funkcji poznawczych nie musi oznaczać otępienia, lecz może w praktyce wynikać z odwodnienia, patologicznego poziomu potasu, sodu czy cukru, zakażenia, nieprawidłowej funkcji tarczycy, jak i depresji. Inną niespecyficzną manifestacją chorób w starości są upadki.

Niestety u seniorów w sytuacjach stresu chorobowego często obserwujemy efekt domina - uszkodzenie jednego narządu może pociągać za sobą lawinową reakcję i szybko rozwija się wielonarządowa niewydolność. Ważne jest i to, że współistniejące ze sobą choroby

mogą zarówno maskować swoje objawy, jak i wzajemnie potęgować.

Dodatkowo na problemy zdrowotne i pielęgnacyjne nakładają się samotność, ubóstwo, trudności w kontaktach międzyludzkich, bezradność i zależność od innych, poczucie niższej wartości. Wszystko to negatywnie rzutuje na



jakość życia starszego człowieka. Lista tych spraw jest bardzo długa, trudno ją wyczerpać. Niezmiernie więc ważne jest, by każdego starszego pacjenta traktować indywidualnie i holistycznie, a opieka nad nim miała charakter kompleksowy.

**Porozmawiajmy teraz
o problemach opiekunów
niesamodzielnich osób starszych.
Jakie Pani zauważa?**

Problemy opiekunów są bardzo zróżnicowane, wtórnie do złożonej sytuacji życiowej ich podopiecznych. Wiek osoby będącej pod opieką nie ma tu decydującego znaczenia. Wyzwania, przed jakimi

stają opiekunowie są zależne od nasilenia ograniczenia zdolności chorego do wykonywania czynności życiowych, tych bardziej złożonych (jak posługiwanie się telefonem, zakupy, przygotowywanie posiłków, korzystanie ze środków transportu, radzenie sobie z pieniędzmi, przyjmowanie leków, sprząatanie, pranie)

i tych podstawowych (higiena, umiejętność samodzielnego ubierania i rozbierania się, mobilność oraz kontrola czynności fizjologicznych). Wpływ ma oczywiście także specyfika schorzenia osoby, która wymaga pomocy.

Najtrudniej jest zwykle na początku opieki i przy gwałtownych zmianach stanu zdrowia podopiecznego. Część opiekunów skarży się na niewiedzę i bezsilność w sprawach związanych z codzienną opieką. Często podkreślają, że trudno im dotrzeć do źródeł fachowej wiedzy, brakuje też czasu na przeszkolenie celem zdobycia praktycznych, przydatnych przy opiece umiejętności. Ale jest i drugi biegun - często sytuacja jest na tyle skomplikowana

i absorbująca, że opiekunowie zaangażowani w rozwiązywanie kłopotów dnia codziennego, nie uświadamiają sobie potrzeby wsparcia. Wypracowanie sposobu opieki bywa niezmiernie trudne i niejednokrotnie opiekunowie, nie dostrzegając jak bardzo są przeciążeni, żywią obawy, że zewnętrzna ingerencja ten system zburzy.

Problemy generuje także słaba dostępność do świadczeń medycznych w warunkach domowych, szczególnie tych bardziej specjalistycznych (np. chirurgiczne opracowanie odleżyn czy blokady bolesnych stawów, nawadnianie dożylnie), a skorzystanie z nich poza domem często staje się niemożliwe z powodu trudności w transporcie osoby niepełnosprawnej. W kontaktach z opiekunami pojawiają się również uwagi na temat słabej współpracy

z lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej. Brakuje sprzętu, który upraszczałby wykonywanie różnych czynności, a mieszkania nie są przystosowane do potrzeb osoby niepełnosprawnej

Ogólnie można wysnuć wniosek, że brakuje systemowych rozwiązań, które ułatwiłyby opiekunom wywiązywanie się z obowiązków opiekuńczych.

Czy opiekunowie zwracają się do Pani z problemami i pytaniami „pozamedycznymi”? Jakiego wsparcia od Pani oczekują?

Opieka nad osobą niesamodzielną to wielkie wyzwanie, zarówno w sensie fizycznym, jak i emocjonalnym, to praca „36 godzin na dobę”. Problemy medyczne to w praktyce tylko wierzchołek góry lodowej. Opiekunowie

zwykle poświęcają czynnościom opiekuńczym cały swój czas, kosztem własnego odpoczynku, kontaktów z rodzinami, wielu innych aktywności. Są przemęczeni, choć nie zawsze zdają sobie z tego sprawę. Zaniedbują własne potrzeby zdrowotne. Borykają się z problemami finansowymi, zwłaszcza, że godzenie obowiązków opiekuna z pracą zawodową jest bardzo trudne, często niemożliwe. Nie wiedzą jak rozwiązać pojawiające się problemy prawne. Bywa, że nie uświadamiają sobie, jakie zmiany mogłyby uprościć sprawowanie opieki, a jeśli nawet identyfikują potrzeby, to nie wiedzą, gdzie się zwrócić i nie mają zaufania do instytucji. Wszelkie wskazówki ode mnie, jak walczyć z tymi pozamedycznymi przeszkodami przyjmują z dużą życzliwością.



Czy ma Pani, jako lekarz, jakieś możliwości, narzędzia wsparcia opiekunów osób starszych?

Złotym standardem w mojej pracy jest tzw. Całościowa Ocena Geriatryczna, czyli wielowymiarowe podejście do określenia problemów zdrowotnych i funkcjonalnych (fizycznych, psychicz-



nych, społecznych i społecznych) starszego pacjenta. Daje to szansę wykrycia problemów niewidocznych przy tradycyjnym podejściu, a które okazują się tymi zasadniczymi z perspektywy pacjenta, jego opiekuna i obiektywnie.

Czasem wystarczy drobna interwencja, by diametralnie poprawić jakość życia i funkcjonowanie osoby starszej, a opiekunowi dać większy komfort. Przykładowo to, że senior stopniowo wycofuje się z kontaktów, traci zainteresowania, może wynikać po prostu z pogorszenia wzroku czy słuchu, którego osoba starsza nam nie sygnalizuje. Wtedy nowe okulary czy naprawa aparatu słuchowego leżącego głęboko w szufladzie może sprawić, że pacjent wróci do swoich dotychczasowych aktywności. Ryzyko upadków może się znacznie zmniejszyć, gdy zmienimy balkonik chorego, usuniemy progi w mieszkaniu czy podkleimy ślizgające się dywaniki. Opieka nad osobą leżącą

stanie się z kolei mniej męcząca i bezpieczniejsza dla zdrowia opiekuna, gdy ustawimy łóżko w pokoju, tak by było dojście z każdej strony. Duże znaczenie ma też, by w stosownym momencie opiekun przejął nadzór nad stosowaniem leków. W mojej praktyce spotkałam kiedyś samotnie mieszka-

jącą pacjentkę z zaburzeniami pamięci. Jej funkcjonowanie znacznie się poprawiło, kiedy podjęłam decyzję o podawaniu środków leczniczych o jednej porze dnia, a chorą zaczął odwiedzać pracownik pomocy społecznej, który pilnował regularnego stosowania leków.

Jakie rekomendowałyby Pani rozwiązania, nie tylko w obszarze ochrony zdrowia, ale w obszarze szeroko pojętej polityki społecznej, które ułatwiłyby codzienną opiekę opiekunom osób starszych?

Potrzeby w zakresie opieki nad osobami starszymi, zależnymi są niezwykle szerokie, stopniowo rodzą się częściowe rozwiązania niektórych z nich, ale mają charakter rozproszony, a dostęp do nich jest znacznie ograniczony. Optymalnym wyjściem byłoby stworzenie centrów pomocy, w których

można by znaleźć rozwiązanie większości problemów. Myślę tu o miejscu, w którym można by uzyskać nie tylko wsparcie medyczne czy pielęgnacyjne, ale i sprzętowe, prawne, transportowe, socjalne, psychologiczne (zarówno stacjonarnie, telefonicznie, jak w warunkach domowych). Istnieje też duże zapotrzebowanie na bazy informacyjne dotyczące spraw związanych z opieką w postaci portali internetowych, drukowanych poradników, specjalnych linii telefonicznych. Sporo dobrego mogłoby też wnieść dochodzący do domów asystenci opieki. W obszarze służby zdrowia bardzo pożądanym wydaje mi się stworzenie zespołów opieki (w skład których wchodziłby lekarz wyspecjalizowany w pracy z osobami starszymi, pielęgniarka, rehabilitant, psycholog), świadczących usługi nie tylko ambulatoryjnie, ale i w domu, organizujących w razie potrzeby dodatkowe wsparcie innych specjalistów medycznych.

Rozmawiały:

**Barbara Gil-Andrzejewska,
Joanna Sarata**

Projekt „Małopolskie Obserwatorium Polityki Społecznej”



Iwona Kurowska

Specjalista medycyny rodzinnej, lekarz w trakcie specjalizacji w zakresie geriatric. Pracuje w Poradni Geriatrycznej Centrum Medycznego Med-All w Krakowie, w którym pełni także funkcję Zastępcy Dyrektora Medycznego. Ponadto współpracuje z krakowską placówką NZOZ GEROMED.

DOBRE PRAKTYKI

CHOROBA ALZHEIMERA CHOROBAŁĄ CAŁĘJ RODZINY

Choroba Alzheimera - jedna z najczęstszych przyczyn otępienia - dotyka w Polsce około 300 - 400 tys. chorych i pośrednio przynajmniej dwa razy większą liczbę opiekunów. Wsparcia potrzebują nie tylko osoby chorujące, ale także ich bliscy, co doskonale wiedzą pracownicy Małopolskiej Fundacji Pomocy Ludziom Dotkniętym Chorobą Alzheimera.

CHOROBA ALZHEIMERA W EUROPIE

W pierwszej połowie lat 90. powstały na terenie całej Polski różne organizacje alzheimerowskie - w tym i nasza. Już w 1996 roku odbyło się pierwsze wspólne zebranie, które wykazało duże różnice poglądowe na temat oczekiwanych celów i sposobów działania. Z czasem w obszarze pomocy społecznej pozostały tylko te inicjatywy, które zweryfikowała ciągle zmieniająca się polska rzeczywistość pomocy chorym i ich rodzinom. Organizacje zawiązały w 2002 roku Ogólnopolskie Porozumienie Organizacji Alzheimerowskich w Polsce i reprezentowane są przez Polskie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera w Warszawie. Prezes Stowarzyszenia Pani dr Alicja Sadowska jest członkiem organizacji Alzheimer Europe - instytucji

zrzeszającej wszystkie narodowe organizacje europejskie.

Według raportu Alzheimer Europe, organizacji pozarządowej będącej platformą współpracy i koordynacji europejskich organizacji alzheimerowskich, liczba chorych na chorobę Alzheimera w Europie przekroczyła w 2006 roku 6 mln osób, a w ciągu 20 lat ulegnie podwojeniu. Problem dotyczy nie tylko chorych, ale co najmniej takiej samej liczby opiekunów, których zaangażowanie w opiekę eliminuje z wielu form życia społecznego oraz zawodowego, a także negatywnie wpływa na zdrowie.

17 grudnia 2008 roku Rada Europejska Ministrów Zdrowia przyjęła dokument pt. *Conclusions on public health strategies to combat neurodegenerative diseases associated with ageing and in particular Alzheimer's disease*, dając tym samym czytelny sygnał, że otępienie stanowi główny problem zdrowia publicznego.



Praca z podopiecznymi Fundacji

W związku z tym kraje członkowskie zostały wezwane do opracowania krajowych strategii do walki z tą chorobą. W lutym 2009 roku Parlament Europejski zaapelował do krajów członkowskich i Komisji Europejskiej o uznanie choroby Alzheimera za priorytet w obszarze zdrowia europejskiego i stworzenia Europejskiego Planu

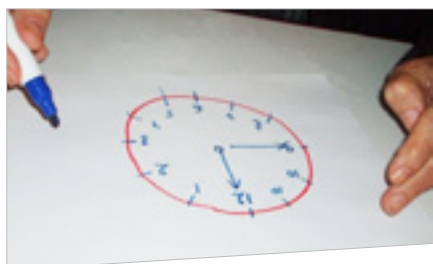
Działania. W tym samym roku z inicjatywy 11 krajów Unii Europejskiej powołano Pilotażową Inicjatywę Wspólnego Planowania Walki z Chorobami Zwyrodnieniowymi Ośrodkowego Układu Nerwowego, a w szczególności chorobą Alzheimera. Obecnie w inicjatywie uczestniczą 24 kraje, w tym Polska.

FUNDACJA

Małopolska Fundacja Pomocy Ludziom Dotkniętym Chorobą Alzheimera powstała w 2005 roku, jako kontynuacja działań Fundacji Pomocy Ludziom Dotkniętym Chorobą Alzheimera im. Teresy Goszcz - podmiotu, który funkcjonował od 4 stycznia 1994 roku (w tym roku minęło 20 lat naszej działalności). Fundacja im. Teresy Goszcz musiała ulec likwidacji z przyczyn formalno-prawnych. Wszystko zaczęło się od idei prowadzenia raz w tygodniu ćwiczeń pamięci w udostępnionym na ten cel lokalu w suterenie Wojewódzkiego Ośrodka Interwencji Kryzysowej przy ulicy Radziwiłłowskiej w Krakowie. Początkowo brak było pewności co do skuteczności tych działań ani co do odbioru ich przez rodziny osób chorujących. Jednakże efekty przerosły najśmielsze oczekiwania: chętnych do uczestniczenia w zajęciach prowadzonych przez psychologów i terapeutów pojawiało się coraz więcej.

Od 1996 roku, za zgodą ówczesnego kierownika Kliniki Psychiatrii Dorosłych CMUJ prof. Adama Szymusika, działalność została przeniesiona na teren

Kliniki Psychiatrii Dorosłych CMUJ, gdzie funkcjonowała przez 9 lat. Niestety splot tragicznych okoliczności takich jak śmierć trzech ważnych dla Fundacji osób: prof. Szymusika, fundatora prof. Antoniego Goszcza i wreszcie dyrektora Fundacji dr Izabeli Horbulewicz-Mokrzyckiej (która opracowała pierwszy model opieki nad chorym i jego opiekunem) - zagroziły dalszemu rozwojowi Fundacji w środowisku akademickim.



Praca z podopiecznymi Fundacji

Działając jeszcze przy CMUJ ówczesna Fundacja uzyskała lokal przy ulicy Dobrego Pasterza, gdzie urucho-miła dom dziennego pobytu dla osób chorych. W 2003 roku rozpoczęła regularną współpracę z Miejskim Ośrodkiem Pomocy Społecznej w Krakowie, co zaowocowało powstaniem w 2005 roku jednego z pierwszych w Polsce Środowiskowych Domów Samopomocy osób z chorobą Alzheimera. W praktyce oznaczało to objęcie terapią aktywizującą większą grupę chorych. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej dotyczące ŚDS dało kolejny asumpt do przeprowadzki. Tu znów z pomocą przyszedł krakowski MOPS i od 12 lutego br. ŚDS przeniósł się do większej siedziby przy al. Róż w Nowej Hucie (adres: os. Słoneczne 15), spełniając przy tym wszystkie nowe standardy wymagane prawem.

GRUPA WSPARCIA DLA OPIEKUNÓW

Od początku aktywności wsparcie oferowane przez pracowników Fundacji koncentrowało się na dwóch

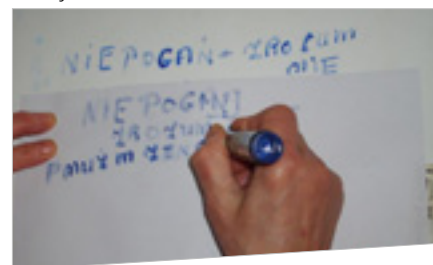
grupach odbiorców - pierwszą stanowili pacjenci, a drugą opiekunowie. Wynikało to z przyjętego założenia: objawy otępienia u jednego członka rodziny w praktyce oznaczają chorobę całej rodziny. Stąd działalność Małopolskiej Fundacji Pomocy Ludziom Dotkniętym Chorobą Alzheimera obejmuje między innymi pomoc opiekunom osób ze zdiagnozowanym zespołem otępiennym. Pomoc ta oferowana jest zarówno rodzinom uczestników ŚDS prowadzonego przez Fundację, jak i osobom zgłaszającym się z zewnątrz, sprawującym opiekę nad swoimi bliskimi w domu.

Opiekunowie spotykają się w poniedziałki, raz na dwa tygodnie w siedzibie ŚDS. Typowe spotkanie trwa 1,5h. Ten czas poświęcony jest omówieniu najtrudniejszych spraw związanych z opieką nad chorym z otępieniem (gł. chorobą Alzheimera, ale także innymi schorzeniami neurodegeneracyjnymi). Grupa funkcjonuje już ponad 7 lat i od tego czasu przyniosła pomoc wielu dziesiątkom opiekunów, którzy na co dzień borykają się z trudnościami w opiece.

Szok spowodowany diagnozą choroby u bliskiego jest zazwyczaj źródłem niezwykle silnego stresu, który odczuwa rodzina chorującej osoby. Jej członkowie zostają nagle postawieni wobec nieznanego im doświadczenia, próbując na własną rękę radzić sobie z objawami choroby, niestety często nieskutecznie. Niestety, taka walka, jeśli nie jest poparta konkretną, teoretyczną wiedzą dotyczącą przebiegu choroby, oraz nie towarzyszą jej umiejętności rozróżniania objawów od intencji chorego, kształtowanie poprawnych nawyków i zachowań w stosunku do chorego, umiejętności komunikacji z osoba dotkniętą otępieniem - może

prowadzić do przedwczesnego wypalenia emocjonalnego opiekunów.

Słuchając historii innych osób, mających często wieloletni staż w opiece, nowi członkowie uczą się jakich błędów należy unikać, oraz jakie strategie zastosować w konkretnych przypadkach. Zwykle wraz z postępem choroby, zachowanie chorych jest coraz mniej przewidywalne, przy czym zdolność rozumienia swojego stanu staje się coraz bardziej ograniczona. Duża część osób z diagnozą choroby Alzheimera nie jest świadoma swojego stanu, zaprzecza istnieniu jakichkolwiek problemów z pamięcią. Opiekunowie w trakcie spotkań Grupy uczą się, że przekonywanie osoby z uszkodzoną pamięcią świeżą (odpowiedzialną za przyswajanie nowych informacji) jest nieskuteczne. Chory może zapewniać, że wykona jakąś czynność lub zadeklarować unikanie pewnych sytuacji - lecz po paru minutach nie będzie już świadomy złożonych obietnic. Jeśli kluczową zasadą postępowania wobec chorych stanie się „niedyskutowanie z objawami”, łatwiej będzie sprawować opiekę i zaoszczędzi się wiele niepotrzebnych napięć i konfliktów emocjonalnych.



Praca z podopiecznymi Fundacji

Kolejnym, częstym problemem z jakim starają się sobie poradzić opiekunowie, jest wyręczanie chorującego bliskiego. Kierowani odruchem współczucia, świadomością uciekającego czasu, wreszcie zniecierpliwieniem czy frustracją, opiekunowie próbują wyręczać chorych w codziennych czynnościach. Zwykle takie postępowanie prowadzi

do wtórnej niepełnosprawności bliskich, którym ogranicza się możliwość ćwiczenia czynności dnia codziennego takich jak: ubieranie się, jedzenie, czynności toaletowe, wykonywanie typowych zadań domowych (przygotowywanie posiłków, mycie naczyń, sprząatanie itp.)

Inną, niemniej ważną, sprawą omawianą często podczas spotkań Grupy są silne emocje jakie przeżywają sami opiekunowie. Poza częstymi doświadczeniami smutku, żalu, beznadziei, lęku - bliskim towarzyszem negatywne emocje takie jak złość, agresja czy poczucie winy, które potrafią doprowadzić ich do skrajnego załamania nerwowego. Część osób przeciążona opieką doświadcza tego stanu. Rozmowa na temat przeżywanych emocji, świadomość tego, że inni stają wobec podobnych problemów, wspólne poszukiwanie sposobów na konstruktywne rozładowanie

napięcia są jednym z edukacyjnych aspektów wpływu Grupy.

Osoby uczestniczące w Grupie Wsparcia tworzą niejednorodną wspólnotę. Najliczniejszą grupę stanowią współmałżonkowie oraz dzieci (najczęściej córki) osób chorych. Zdarza się, że w spotkaniach bierze udział również rodzeństwo, bratanice, synowie oraz zięciowie, a także inni krewni, a nawet znajomi chorych. Wszystkie te osoby łączy troska o zaspokojenie potrzeb chorującego członka rodziny, a przy tym motywacja do zdobywania wiedzy na temat skutecznej opieki, co pozwala również zadbać o siebie w niełatwej drodze towarzyszenia bliskiemu w jego chorobie.

Andrzej Mokrzycki

inż., kierownik Środowiskowego
Domu Samopomocy

dr Michał Gwiżdż

psycholog, specjalista terapii środowiskowej PTP,
prowadzi Grupę Wsparcia (co
drugi pon., g. 16.00-17.30)

Małopolska Fundacja Pomocy Ludziom Dotkniętym Chorobą Alzheimera

os. Słoneczne 15, Kraków
tel.: 12 410 54 20 (w godz. 8:00-16:00)
email: fundacja@alzheimer-krakow.pl
www.alzheimer-krakow.pl

Choroba Alzheimera - choroba neurodegeneracyjna, jedna z najczęstszych przyczyn otępienia (zespołu objawów takich jak: zaburzenia pamięci świeżej, orientacji, myślenia i zachowania). Jej przyczyny pozostają nieznanne. Nie istnieje w związku z tym żaden lek pozwalający przywrócić utraconą sprawność poznawczą osoby dotkniętej otępieniem. Funkcjonowanie chorego mogą poprawić leki spowalniające proces chorobowy oraz codzienna aktywizacja chorego.

ZAKOPIAŃSKIE HOSPICJUM WSPARCIEM DLA CHORYCH, ICH RODZIN I OPIEKUNÓW

„Hospicjum to nie umieralnia, a miejsce, gdzie chory może godnie żyć do samej śmierci”,
a naszą rolą jest towarzyszenie choremu w drodze.

HOSPICJUM

Podhalańskie Stowarzyszenie Przyjaciół Chorych Hospicjum Jezusa Miłosiernego (PSPCHHJM) zostało powołane w Zakopanem 7.11.2002 r. przez grupę 37 „zapaleńców” składających się z pracowników służby zdrowia, nauczycieli, duchownych, przedstawicieli innych grup zawodowych i emerytów, którym nie obcy był los umierających ludzi i opiekujących się nimi rodzin.

Hospicjum Jezusa Miłosiernego (HJM) wypełnia swoją misję poprzez służenie

choremu w ostatnich miesiącach, dniach, godzinach jego życia oraz wspieranie rodziny chorego w trudnym okresie odchodzenia bliskiej osoby. HJM obejmując opieką medyczną, pielęgnacyjną, duchową, psychologiczną i socjalną chorego, stara się czynić wszystko, aby mógł żyć on bez bólu, wśród bliskich i przyjaznych mu osób do naturalnej śmierci. Hospicjum w trosce o chorego, jednoczy w pełnieniu opieki rodzinę, personel medyczny, wolontariuszy i jego przyjaciół. Podmiot

ten opierając swoją działalność na wartościach chrześcijańskich niesie pomoc wszystkim ludziom, bez względu na wyznanie, poglądy, sytuację rodzinną czy materialną. Należy podkreślić, iż nie jest to hospicjum stacjonarne. Osobom chorym posługuje się przede wszystkim - w najlepszym dla nich miejscu - w ich domu, chorzy chodzący przyjmowani są w Poradni Hospicyjnej, znajdującej się w Przychodni „Zdrowie” w Zakopanem (ul. Orkana 5 c).

Podczas 13 lat (lata 2001 - 2013) HJM objęło swoją usługą 1286 chorych, w większości kobiety - 60%. 77% stanowili chorzy w grupie wiekowej powyżej 60 r. ż. Większość pacjentów to mieszkańcy Zakopanego - 58%, powiatu tatrzańskiego - 28%, powiatu nowotarskiego i innych - 14%. 80% chorych stanowią osoby z chorobami nowotworowymi, 20% to chorzy przewlekle (głównie po udarze mózgowym, chorzy na stwardnienie rozsiane, stwardnienie zanikowe boczne, z demencjami). Średni czas opieki sprawowanej nad chorymi to 98 dni. Większość podopiecznych umiera w domu - 70%; pozostali w Oddziale Paliatywnym w Rabce, Nowym Targu i w innych oddziałach szpitalnych. Realizujemy wizyty lekarskie, pielęgniarskie, poradnictwo psychologiczne oraz zabiegi masażu limfatycznego. Ponad 80% wszystkich porad i wizyt odbywało się w warunkach domowych. Pozostałe mają miejsce w Poradni Hospicyjnej. W ramach hospicjum prowadzona jest również wypożyczalnia sprzętu medycznego (sprzęt wypożyczany nieodpłatnie), z której skorzystało już 649 osób. Organizowane są także kursy „Jak opiekować się chorym w domu” w takich miastach jak: Zakopane, Nowy Targ, Rabka Zdrój i Szczawnica. Do tej pory przeszkolono 497 osób.

NASZE DOŚWIADCZENIA

Kilkunastoletnie doświadczenie usługi hospicyjnej pokazuje jak ta usługa zmieniała się, jak dojrzewała. Zawsze w centrum naszej uwagi był chory i przekonanie, że „Hospicjum to nie umieralnia, a miejsce, gdzie chory może godnie żyć do samej śmierci”, a naszą rolą jest towarzyszenie choremu w drodze. Nic nie zmieniło się w naszym podejściu do chorego. Oczywiście z biegiem lat nabywamy

doświadczenia, wiedzy i staramy się, aby opieka nad chorym była fachowa, profesjonalna i nowoczesna. Zmieniło się natomiast spojrzenie na opiekunów chorych, zwłaszcza opiekującą się chorym rodzinę. W pierwszych latach naszej działalności głównym celem było wspieranie rodziny zarówno w czasie trwania choroby bliskiego, jak i po jego śmierci. Z biegiem lat usługi zaczęliśmy dostrzegać fakt, że najbliżsi chcą i potrzebują opiekować się swoimi chorymi, ale nie wiedzą jak, są bezradni, nie wiedzą gdzie szukać wsparcia. Uczestnicząc w kursach i spotkaniach hospicyjnych słyszałam jak ważna jest dla chorego usługa wolontariuszy, jak chory czuje się dowartościowany tym, że ktoś z własnej woli, poświęca mu swój cenny czas i to bez wynagrodzenia. Na początku mojej usługi też tak myślałam, dlatego kursy i szkolenia organizowane przez nasze hospicjum na temat „Jak opiekować się chorym w domu” były adresowane do wolontariuszy - opiekunów chorych. Natomiast rodziny chorych otrzymywały informacje o opiece nad chorym indywidualnie. Jednak, z biegiem lat posługiwania chorym w domu, jako lekarz hospicyjny, mając dłuższy, często wielomiesięczny kontakt z chorym i jego rodziną, dostrzegam jak piękne i silne są więzi rodzinne na Podhalu. Chory zwłaszcza w ostatnich dniach swojego życia tak naprawdę najbardziej pragnie pozostać w domu, wśród rodziny i pod jej opieką (a nie tylko wolontariuszy, nawet najwspanialszych). Rodzina też tego pragnie, ale jest, zwłaszcza na początku choroby, zdruzgotana, bezradna wobec cierpienia swojego bliskiego. Chce pomóc, ale nie wie jak. Stąd nasz pomysł, aby oprócz indywidualnego szkolenia rodziny w czasie wizyt lekarskich i pielęgniarskich w domu chorego, organizować kursy dla osób opiekujących się chorymi w domu.

KURSY OPIEKUŃCZE

Organizujemy kursy własnymi siłami, wolontaryjnie i bezpłatnie dla uczestników. Szkolenia prowadzone są w różnych miejscowościach, najczęściej w domach parafialnych, w grupach nieprzekraczających 30 osób, (do tej pory odbyło się 18 kursów). Szkolenia obejmują całość opieki nad chorym w domu.

Część teoretyczna kursu dla rodziny obejmuje:

- przebieg choroby, jak sobie radzić z niektórymi objawami (takimi jak: ból, duszność, brak apetytu, wyniszczenie, odleżyny, objawy u kresu życia itd.);
- reakcje psychiczne chorego i rodziny na chorobę, zwłaszcza nowotworową, mechanizmy adaptacyjne;
- komunikacja z chorym zwłaszcza z demencją, niesłyszącym, starszym, trudne rozmowy, rozmowy z dziećmi w rodzinie;
- opieka duchowa nad chorym, zwłaszcza u kresu życia;
- pomoc w żałobie;
- gdzie i jak szukać pomocy instytucji państwowych;
- rady dla opiekunów chorych.

Z kolei część praktyczna dotyczy takich tematów jak:

- przystosowanie i wyposażenie pokoju chorego;
- pielęgnacja chorego,
- posługiwanie się sprzętem rehabilitacyjnym i pielęgnacyjnym, medycznym (np.: glukometr, aparat do mierzenia ciśnienia krwi, termometr itp.)
- dieta i karmienie chorego,
- monitorowanie podstawowych funkcji życiowych (ciśnienie tętnicze krwi, tętno, oddech, temperatura, bilans płynów itp.);



- podawanie leków (zasady bezpieczeństwa);
- usprawnianie chorego, bezpieczne przemieszczanie chorego.

Kursy te pomagają uświadomić rodzinie, że jest w stanie samodzielnie opiekować się chorym, a także pomóc, doradzić innym (znajomym, krewnym, sąsiadom) w podobnej sytuacji. W taki sposób tworzą się załóżki grup samopomocowych. Tak przygotowana rodzina, mająca stały kontakt i wsparcie naszego hospicjum, także po zakończeniu kursu potrafi dostrzec, że ten bardzo trudny okres w życiu rodziny, staje się pięknym, niepowtarzalnym

i scalającym rodzinę czasem. Rozwija człowieczeństwo poszczególnych jej członków, a dla najmłodszego pokolenia jest wspaniałą szkołą życia.

Niniejszy artykuł dedykuję wszystkim rodzinom i opiekunom chorych, z którymi miałam szczęście współpracować. Chylę czoła przed nimi, jestem pełna uznania za ich trwanie przy chorym, często bez należytego wsparcia ze strony instytucji. Mam nadzieję, że nasze działanie, chociaż w niewielkim stopniu jest dla nich pomocne.

lek med. Anna Węglarz

Prezes Podhalańskiego Stowarzyszenia Przyjaciół Chorych Hospicjum Jezusa Miłosiernego

Podhalańskie Stowarzyszenie Przyjaciół Chorych Hospicjum Jezusa Miłosiernego

ul. Jana Pawła II 4, 34-500 Zakopane
e-mail: hospicjum.podhalanskie@z-ne.pl
www.hospicjum.podhalanskie.z-ne.pl



WARTO WIEDZIEĆ

EKONOMIA SPOŁECZNA DLA SENIORÓW

W styczniu 2014 roku w Tarnowie rozpoczęła działalność Spółdzielnia Socjalna BioVitaMed, która oferuje usługi z zakresu rehabilitacji, rekreacji i opieki nad osobami starszymi. BioVitaMed świadczy usługi zarówno w domach pacjentów, jak i stacjonarnie, we współpracy z CenterMed Rehabilitacja, również z Tarnowa.

Głównym celem działalności Spółdzielni jest prowadzenie kompleksowej rehabilitacji z zastosowaniem zróżnicowanych i dostosowanych do specyfiki wieku metod. Właściwie prowadzona rehabilitacja seniora przyczynia się do wydłużenia okresu fizycznej sprawności i niezależności, a tym samym poprawy jakości życia.

POCZĄTKI

BioVitaMed powstała dzięki współpracy osób zaangażowanych w działalność dwóch organizacji pozarządowych: Stowarzyszenia Medycyna Polska oraz Fundacji Partnerstwo dla Przyszłości. To właśnie te dwie organizacje są założycielami Spółdzielni, na powstanie której otrzymały wsparcie finansowe z Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Krakowie, w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki.

Tarnowski rynek pracy jest trudny dla fizjoterapeutów. Liczne problemy czekają na osoby, chcące praktycznie wykorzystać wiedzę zdobytą na studiach. Pojedyncze osoby próbują rozpocząć jednoosobową działalność gospodarczą, jednak napotykają na wiele trudności, które związane są nie tylko z brakiem odpowiednich narzędzi pracy, lokalu, ale również innych

zasobów potrzebnych do kompleksowego świadczenia usług, które zaspokoją wszystkie oczekiwania pacjentów. Spółdzielnia stwarza możliwość kontynuacji rozwoju zawodowego pod okiem doświadczonych pracowników. Odpowiadając więc na potrzeby tarnowskiego rynku pracy powstał pomysł, aby utworzyć przedsiębiorstwo społeczne angażujące fizjoterapeutów o różnych kwalifikacjach i umiejętnościach.



Strefa Aktywności

Utworzenie Spółdzielni zatrudniającej 10 osób nie byłoby możliwe bez wsparcia prezesa Stowarzyszenia Medycyna Polska oraz CenterMed p. dr Andrzeja Witka. CenterMed od lat aktywnie wspiera lokalne inicjatywy, w tym wypadku rozwój działalności spółdzielni BioVitaMed, nie tylko udostępniając jej lokal, ale również bezpośrednio włączając swoje zasoby ludzkie oraz rzeczowe.

OFERTA

Spółdzielnia Socjalna BioVitaMed wykonuje zabiegi z zakresu fizykoterapii, kinezyterapii, hydroterapii, masażu oraz technik specjalnych. Oferuje kompleksową rehabilitację metodami stosowanymi na całym świecie (m.in. PNF, Bobath, Terapia manualna, McKenzie, Cyriax, Tkanki miękkie, Mulligan Concept, KinesiologyTaping).



Zajęcia Nordic Walking

BioVitaMed wspiera osoby starsze w radzeniu sobie z ich ograniczeniami. Połączenie kinezyterapii, masażu i fizykoterapii prowadzi do właściwego, szybkiego i nieinwazyjnego postępowania terapeutycznego. Dzięki temu możliwe jest skrócenie czasu trwania niepełnosprawności oraz ograniczenie stosowania farmakoterapii, która w tym okresie życia rodzi coraz więcej trudności.

Spółdzielnia prowadzi wiele działań, których celem jest poprawa sprawności, a tym samym jakości życia seniorów. W maju został uruchomiony cykl tematycznych zajęć grupowych dedykowanych osobom starszym: Aktywny Senior, Zdrowy kręgosłup, Złap oddech, Czas dla Ciebie. Są to zajęcia grupowe dla pacjentów o konkretnych potrzebach i schorzeniach.

Jednym z najważniejszych czynników wpływających na tzw. „pomyślne starzenie się” jest regularna aktywność ruchowa. Dlatego Spółdzielnia utworzyła, ciesząc się coraz większą popularnością, tzw. „Strefę Aktywności”, czyli miejsce, w którym senior pod

opieką fizjoterapeuty może skorzystać ze sprzętów treningowych takich jak: rowerki, bieżnia, wioślarz, orbitrek, stepper oraz z sali do ćwiczeń.

BioVitaMed jest patronem wielu akcji kierowanych do seniorów, które cieszą się dużym zainteresowaniem, są to m.in. bezpłatne porady fizjoterapeutyczne, marsze Nordic Walking, uroczystości lokalne: Dzień Osiedla Zielonego, Międzynarodowy Dzień Sąsiada, a także Cała Polska Biega.

Spółdzielnia oraz CenterMed Rehabilitacja otrzymały od Urzędu

Miasta Tarnowa wyróżnienie, jakim jest certyfikat „Miejsce przyjazne Seniorom”, a także od Rady Programowej Czasopisma „Praktyczna Fizjoterapia i Rehabilitacja” certyfikat „Gabinet Przyjazny Pacjentom”, za budowanie dobrych relacji i wzorową współpracę z pacjentami.

W najbliższych tygodniach BioVitaMed planuje rozpocząć świadczenie usług opiekuńczych. Już dzisiaj pacjenci mogą zgłaszać zapotrzebowanie na usługi obejmujące pielęgnację i opiekę nad najbliższymi. Spółdzielnia jest gotowa podejmować współpracę z innymi

podmiotami, których profil działania jest zbliżony z usługami oferowanymi przez BioVitaMed.

Agnieszka Kiszka

Pełnomocnik Spółdzielni Socjalnej BioVitaMed



Spółdzielnia Socjalna BioVitaMed

ul. Słowackiego 6, 33-100 Tarnów

tel. 570 902 902

e-mail: biovitamed@gmail.com

PODEJMUJĄC WYZWANIA. MAŁOPOLSKA RADA DS. POLITYKI SENIORALNEJ

Polityka senioralna rozumiana jest jako ogół celowych działań organów administracji publicznej wszystkich szczebli oraz innych organizacji i instytucji, które realizują zadania i inicjatywy kształtujące warunki dla godnego i zdrowego starzenia się. Województwo Małopolskie przoduje w liczbie inicjatyw prowadzonych na rzecz seniorów, czego przykładem może być aktywność beneficjentów z Małopolski w konkursach Rządowego Programu na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2014-2020.

Uchwałą nr 161/2013 Zarządu Województwa Małopolskiego z dnia 31 grudnia 2013 r. powołana została Małopolska Rada ds. Polityki Senioralnej. Rada jest organem opiniująco-doradczym Zarządu Województwa Małopolskiego w obszarze problematyki osób starszych oraz solidarności międzypokoleniowej. Utworzenie Rady jest spójne z działaniami podejmowanymi na szczeblu regionalnym i centralnym. Zadania jakie stawiane są przed Radą najlepiej przedstawia preambuła uchwały powołującej, która brzmi następująco: „Mając na uwadze konieczność wzmocnienia

pozycji małopolskich seniorów w życiu społecznym, jak również doceniając doświadczenie i potencjał tej grupy społecznej, stwarzając tym samym warunki do realizacji potrzeb i poprawy jakości życia małopolskich seniorów oraz realizacji wspólnych przedsięwzięć, powołuje się Małopolską Radę ds. Polityki Senioralnej.”

Do zadań Rady należy:

1. współtworzenie głównych kierunków polityki senioralnej w województwie małopolskim, z uwzględnieniem dokumentu „Srebrna Gospodarka w Małopolsce. Program działań”,

2. wspieranie rozwoju uniwersytetów trzeciego wieku i działań mających na celu rozwój kształcenia ustawicznego adresowanego do osób 60+;
3. współpraca przy organizacji otwartych konkursów ofert na realizację zadań publicznych Województwa Małopolskiego z obszaru pomocy społecznej i przeciwdziałania wykluczeniu osób starszych;
4. wypracowywanie propozycji rozwiązań na rzecz środowiska seniorów województwa małopolskiego;
5. proponowanie działań na rzecz integracji środowiska seniorów oraz wymiany i komunikacji międzypokoleniowej.

Skład osobowy Rady został zatwierdzony Zarządzeniem Nr 24/2014 Marszałka Województwa Małopolskiego z dnia 27.02.2014 r. w sprawie powołania składu osobowego Małopolskiej

Rady ds. Polityki Senioralnej. Do członków Rady należą:

1. Wojciech Kozak - Wicemarszałek Województwa Małopolskiego - pełniący funkcję Przewodniczącego Rady,
2. Wioletta Wilimska - Dyrektor Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Krakowie - wybrana przez Radę Senioralną na Wiceprzewodniczącą,
3. Marta Mordarska - Komisja Polityki Prorodzinnej i Społecznej Sejmiku Województwa Małopolskiego - Radna Województwa Małopolskiego,
4. Maciej Zdziarski - Fundacja Instytut Łukasiewicza,
5. Olga Śladowska - Stowarzyszenie „Wszyscy dla Wszystkich”,
6. Zofia Szarota - Uniwersytet Pedagogiczny,
7. Jolanta Perek-Białas - Uniwersytet Jagielloński,
8. Elżbieta Achinger - przedstawiciel środowiska Uniwersytetów Trzeciego Wieku - Krakowski Obszar Metropolitalny,
9. Urszula Kupcza - przedstawiciel środowiska Uniwersytetów Trzeciego Wieku - subregion Małopolska Zachodnia,
10. Wiesława Borczyk - przedstawiciel środowiska Uniwersytetów Trzeciego Wieku - subregion nowosądecki,
11. Maria Kanior - przedstawiciel środowiska Uniwersytetów Trzeciego Wieku - subregion tarnowski,
12. Maria Kopytek - przedstawiciel środowiska Uniwersytetów Trzeciego Wieku - subregion podhalański.

Pierwsze posiedzenie Małopolskiej Rady ds. Polityki Senioralnej wraz

z wręczeniem aktów powołania, odbyło się 13 marca 2014 r. Przedstawiciele Rady zostali powołani do prac w charakterze ekspertów w komisjach konkursowych otwartych konkursów ofert na realizację w 2014 roku zadań publicznych Województwa Małopolskiego z obszaru pomocy społecznej, w zakresie wspierania funkcjonowania społecznego oraz przeciwdziałania wykluczeniu osób starszych. Członkowie tego gremium zaangażowani byli również w organizację I Małopolskiego Kongresu Uniwersytetów Trzeciego Wieku, którego zwieńczeniem były pierwsze małopolskie Senioralia. Rada była zaangażowana także w przebieg badania „Opiekunowie rodziny osób starszych



Inauguracyjne posiedzenie Małopolskiej Rady ds. Polityki Senioralnej, 13.03.2014 r.

- problemy, potrzeby, wyzwania dla polityki społecznej”, realizowanego przez Małopolskie Obserwatorium Polityki Społecznej. Przedstawicielka środowiska naukowego, dr Jolanta Perek-Białas, była autorką koncepcji tego badania oraz służyła wsparciem merytorycznym w jego trakcie. Dodatkowo, członkowie Rady prowadzili działania wspierające, mające na celu rozpowszechnienie informacji o badaniu w jak największym gronie osób i instytucji pracujących w środowisku i na rzecz seniorów oraz ich rodzin.

Kolejne posiedzenie Małopolskiej Rady ds. Polityki Senioralnej odbyło się 19

września br., na które zaproszeni zostali przedstawiciele Komendy Wojewódzkiej Policji w Krakowie, Stowarzyszenia MANKO, Gminnej Rady Seniorów z Nowego Sącza oraz Tarnowskiej Rady Seniorów. Podczas spotkania poruszono m. in. kwestie dotyczące bezpieczeństwa seniorów (Program „Bezpieczny Senior na drodze”, a także działania prewencyjne na rzecz seniorów). Podsumowano również I Małopolski Kongres Uniwersytetów Trzeciego Wieku, Forum III Wieku w Krynicy oraz omówiono plany realizacji tych przedsięwzięć w następnym roku. W ramach propagowania dobrych praktyk zapoznano się z funkcjonowaniem Rad Senioralnych na szczeblu gminnym, na

przykładzie Nowego Sącza i Tarnowa.

Jako organ zapewniający wymianę doświadczeń, opiniowanie oraz propagowanie działań na rzecz osób starszych i solidarności międzypokoleniowej, Rada sprzyja kreowaniu klimatu społecznego przyjaznego seniorom i podwyższaniu jakości inicjatyw podejmowanych na ich rzecz w województwie małopolskim.

Rafał Molenda

Dział Polityki Społecznej



DO SZCZĘŚCIA POTRZEBUJEMY INNYCH - ROLA WIĘZI SPOŁECZNYCH W ŻYCIU CZŁOWIEKA

Człowiek jest istotą społeczną, by prawidłowo funkcjonować i żyć koniecznie musi zaspokoić pierwotną, uwarunkowaną biologicznie i psychologicznie, potrzebę akceptacji i przynależności. Może się to stać tylko poprzez nawiązanie relacji z innym człowiekiem. Niestety tendencje współczesnego świata, nieustanny brak czasu, pośpiech, pęd za pieniędzmi i karierą przyczyniają się raczej do rozluźnienia więzi społecznych, a nie ich wzmacniania. Badania pokazują jednak, że im większa społeczna integracja, tym większy rozwój danej społeczności, który to, w dalszej perspektywie, przekłada się na ogólny dobrobyt.

OD CZASÓW ERY KAMIENIA ŁUPANEGO

Badania antropologiczne wykazują, że wspólnymi cechami człowieka i innych wyższych naczelnych są: wrodzona towarzyskość, biologiczny popęd, skłonność do łączenia się i współpracy. Co więcej, wyniki analiz Dunbara i Gambia sugerują, że owa zdolność do koordynowania działań z osobami spoza bezpośredniego rodzinnego kręgu była czynnikiem, który zdecydował o ewolucyjnej przewadze *homo sapiens* nad neandertalczykami w walce o przetrwanie w trudnym klimacie europejskiej epoki lodowcowej ponad 30 tysięcy lat temu¹. Wbrew pozorom potrzeby współczesnego człowieka, wcale nie odbiegają tak znacznie od pierwotnych instynktów naszych przodków.

KAPITAŁ SPOŁECZNY

Trudno jest znaleźć definicję, która w pełni charakteryzowałaby istotę relacji międzyludzkich. Z obiektywnych przyczyn jej stworzenie wydaje się zresztą zupełnie niemożliwe.

Godne uwagi w tej materii jest stanowisko Roberta Putnama, który twierdził, że kapitał społeczny to nic innego jak relacje pomiędzy poszczególnymi osobami, ogół norm, sieci wzajemnego zaufania, lojalności i zależności w danej grupie społecznej. Kapitał społeczny pozwala *zwiększyć sprawność społeczeństwa ułatwiając skoordynowane działania, umożliwiając osiągnięcie pewnych celów, których nie dałoby się osiągnąć, gdyby go zabrakło [...]?* Jak nie trudno zauważyć, to właśnie kapitał społeczny jest niezbędnym elementem społeczeństwa obywatelskiego.

LEPIEJ POŁĄCZENI LUDZIE, CIESZĄ SIĘ Z WIĘKSZYCH ZYSKÓW²

Putnam nie skończył jednak tylko na definicji. Przeprowadzone przez niego badanie na temat poziomów społecznego kapitału wykazuje jego silne korelacje z dobrobytem gospodarczym, stabilnymi rządami oraz społeczną spójnością. Uczony przy-

znaje, że kapitał społeczny jest blisko związany z naszym doświadczaniem społeczności, odzwierciedlając poziomy ogólnego zaufania i wzajemnej łączności w obrębie społeczności: *jednostka posiadająca mocne powiązania w słabo zintegrowanym społeczeństwie nie jest tak produktywna, jak ta sama jednostka w mocno zintegrowanym społeczeństwie. Ale nawet jednostka o słabych powiązaniach może zaczerpnąć trochę korzyści wynikających z życia w mocno zintegrowanej społeczności*⁴.

NAPRZECIWIW PRZECIWNOCIOM

Sieci nieformalne zwiększają zdolność człowieka do radzenia sobie z przeciwnościami. Nic tak nie mobilizuje, jak grupowe działanie w ramach osiągnięcia wspólnego celu czy korzyści. Szczególnie widoczne jest to w przypadku grup/narodów dotkniętych katastrofą (np. powodzi), społeczności doświadczających trudności (np. borykających się z ubóstwem czy zmagających się z długotrwałym strajkiem). Badacze społecznych zachowań⁵ pokazują, że prawdopodobieństwo poradzenia sobie z problemami rośnie w społecznościach dysponujących silnymi społecznymi powiązaniem, tam gdzie sieci kontaktów zostały zatarte lub ich nie ma - maleje.

KIEDY INNOŚĆ STAJE SIĘ WARTOŚCIĄ

Bardzo często integracja, walka o wspólne dobro i poprawę sytuacji służy także ochronie przed lękiem

¹ A. Gilchrist, *Dlaczego relacje są ważne. Networking w rozwoju społecznościowym*, Kraków 2014.

² R. Putnam, R. Leonardi, R. Y. Nanetti, *Demokracja w działaniu: tradycje obywatelskie we współczesnych Włoszech*, Kraków, Społeczny Instytut Wydawniczy Znak, Warszawa 1995.

³ R. Burt, *The network structure of social capital*, [w:] B.M. Staw, R.I. Sutton (eds), *Research in Organizational Behavior*, New York: Elsevier, 2000.

⁴ A. Gilchrist, *Dlaczego relacje są ważne. Networking w rozwoju społecznościowym*, Kraków 2014, s. 37.

⁵ Lupton (2004), Miller (1974), Erikson (1979), Klinenberg (2002), Waddington (1991).

wynikającym z izolacji czy bycia „innym”⁶. Charakterystyczne jest to np. dla grup zagrożonych wykluczeniem społecznym: osób chorych, niepełnosprawnych, mniejszości narodowych (etc.). Wspólne działania dodają poczucie tożsamości we wrogim świecie, poprzez żądanie *by inność była nie tylko tolerowana i akceptowana, ale uznana za wartościową i wartą nagłośnienia*⁷. Powstające w ten sposób społeczne sieci wzmacniają poczucie wspólnoty i oferują istotne podstawy dla wspólnotowych działań, zwłaszcza tam gdzie wiążą się one z ryzykiem lub dużymi wymaganiami⁸.

PO CO W OGÓLE NAM KONTAKTY Z INNYMI LUDŹMI?

Społeczne sieci kontaktów przede wszystkim zaspokajają potrzebę przynależności. Ludzie wzajemnie inspirują się i pobudzają intelektualnie, uczą się od siebie i zagrzewają do wspólnego wysiłku, aktywności i zabawy. Badania psychologów bezsprzecznie pokazują, że osoby z dobrze rozbudowaną siecią kontaktów lepiej radzą sobie ze stresem, zdecydowanie rzadziej doświadczają (lub wcale nie doświadczają!) depresji i innych zaburzeń psychicznych. Co więcej, ludzie posiadający wielu przyjaciół i znajomych, dbający o kontakty z sąsiadami żyją dłużej, są zdrowsi i bardziej zadowoleni z życia. Layard twierdzi wręcz, że *każdego rodzaju społeczna interakcja sprawia, że ludzie czują się szczęśliwsi, nie tylko w danym momencie, ale w ogóle*⁹. Korzyści płynące z pielęgnowania relacji z innymi mają także wymiar przyziemny - nieformalne rozmowy z sąsiadami są niejednokrotnie źródłem informacji i przydatnych rad. Większość z nas zanim

uda się do specjalisty najpierw chętnie korzysta ze wsparcia przyjaciół czy sąsiadów. Bezczenna jest także pomoc choćby w takich kwestiach jak chwilowa opieka nad dzieckiem, pożyczanie przysłowiowej szklanki cukru, czy podłączenie klemów do akumulatora, gdy nasz akurat odmówi posłuszeństwa.

POZIOM KAPITAŁU SPOŁECZNEGO W POLSCE

Raport Głównego Urzędu Statystycznego dotyczący relacji międzyludzkich w Polsce pokazuje, że 61% naszych rodaków stanowią osoby o tzw. niskim kapitale społecznym, a więc takie, których relacje towarzysko-sąsiedzkie nie są na tyle zażyłe, iż dają możliwość uzyskania wsparcia duchowego czy choćby finansowego. Brak jakichkolwiek relacji tego typu dotyka 14% respondentów. Wynika z tego, że aż trzy czwarte populacji (75%) w trudnych chwilach, nie może liczyć na pomoc przyjaciół czy sąsiadów¹⁰. Niestety badanie spójności społecznej potwierdza, że zdecydowane ograniczenie kontaktów społecznych dotyka w dużej mierze osób niepełnosprawnych. Zgodnie z publikacją GUS w przypadku niepełnosprawności prawie dwukrotnie częściej mamy do czynienia z osobami o bardzo niskim poziomie lub całkowitym braku zarówno kapitału rodzinnego (21% osób), jak i towarzysko-sąsiedzkiego (24% osób). Wbrew pozorom problem ten jest wyjątkowo poważny i dotkliwy w skutkach, to właśnie osłabienie więzi społecznych, uważa się współcześnie za jeden z najważniejszych czynników sprzyjających wykluczeniu społecznemu.

WZMACNIANIE WIĘZI SPOŁECZNYCH W MAŁOPOLSCE

Przywołany powyżej raport GUS ma także swoje odzwierciedlenie

w badaniach opinii publicznej. Badania CBOS pokazują, że co siódmy Polak czuje się permanentnie osamotniony, a 65% ankietowanych przyznaje, że są takie sytuacje w ich życiu, w których czują się bardzo samotni. Choć tylko 4% Polaków deklaruje całkowite osamotnienie, prawie co szósty (16%) przyznaje, że nie ma z kim porozmawiać o swoich problemach osobistych i zwrócić się z prośbą o radę.

Chcąc zmienić taki stan rzeczy Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Krakowie przygotował regionalną kampanię społeczną poświęconą tematyce relacji międzyludzkich. Celem akcji jest uwrażliwienie Małopolan na kwestię poprawy szeroko pojętych kontaktów sąsiedzkich, promocja dobrych wzorów zachowań, kształtowanie postawy odpowiedzialności społecznej oraz otwartości i pomocniczości w stosunku do drugiego człowieka. Kampania prowadzona będzie wielokanałowo. Kilkadziesiąt citylightów promujących akcję już wkrótce będą mogli Państwo odnaleźć w przestrzeni małopolskich miast. Przekaz wzmocnią filmy promocyjne wyświetlane na ekranach LCD w komunikacji miejskiej, spoty radiowe emitowane w rozgłośni o największym zasięgu w Małopolsce oraz artykuły prasowe. Uzupełnieniem działań PR będzie funpage'a akcji na jednym z portali społecznościowych, a także kampania reklamowa prowadzona w Internecie.

Artykuł napisany na podstawie książki: A. Gilchrist, *The well-connected community. A networking approach to community development*, The Policy Press, University of Bristol 2004.

Magdalena Opyd

Projekt „Szkolenie i doskonalenie zawodowe kadr pomocy społecznej”

www.szkoleniapokl.rops.krakow.pl



⁶ Z. Bauman, *Community: Seeking safety in an insecure world*, Cambridge, PolityPress, 2001.

⁷ M. Oliver, *Understanding disability*, London, Macmillan, 1996.

⁸ A. Gilchrist, *Dlaczego relacje są ważne. Networking w rozwoju społecznościowym*, Kraków 2014.

⁹ R. Layard, *Happiness: Lessons from a new science*, London, Penguin, 2006.

¹⁰ *Jakość życia, kapitał społeczny, ubóstwo i wykluczenie społeczne w Polsce*, GUS, Warszawa 2013.

es.0.es

Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Krakowie



Małopolska



Projekt: *Akademia Rozwoju Ekonomii Społecznej - Etap I*



**AKADEMIA ROZWOJU
EKONOMII SPOŁECZNEJ**

Projekt: *Małopolskie Obserwatorium Polityki Społecznej*



Projekt: *Szkolenie i doskonalenie zawodowe kadr pomocy społecznej*



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Projekty współfinansowane przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Projekt: *Pomocna dłoń pod bezpiecznym dachem*



SWISS
CONTRIBUTION

MAŁOPOLSKIE OBSERWATORIUM POLITYKI SPOŁECZNEJ



**Jeśli szukasz informacji
o tematyce społecznej,
skorzystaj z naszych zasobów!**

Małopolskie Obserwatorium Polityki Społecznej to projekt informacyjno – badawczy realizowany przez Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Krakowie dzięki funduszom unijnym. Oferowane informacje mają być wsparciem dla planowania, realizacji i oceny regionalnej polityki społecznej.

■ „Obserwatorium” oferuje dostęp do trzech BAZ DANYCH, których istotną cechą jest integracja informacji w jednym miejscu. Atrybut ten ułatwia odbiorcom dostęp do informacji i skraca czas potrzebny na ich poszukiwanie.

Wszystkie bazy są rozwijane i na bieżąco aktualizowane.



Internetowa Biblioteka Małopolskich Obserwatoriów

Biblioteka, prowadzona wspólnie z Małopolskim Obserwatorium Rynku Pracy i Edukacji, gromadzi informacje o znajdujących się w Internecie publikacjach z zakresu integracji społecznej i równości szans, rynku pracy, edukacji oraz przedsiębiorczości. Baza, dostępna pod adresem:

www.politykaspoleczna.obserwatoria.malopolska.pl/pl/biblioteka, usprawnia przepływ informacji o raportach z badań, ekspertyzach, artykułach i podręcznikach, przygotowanych przez instytucje działające na poziomie krajowym i regionalnym.

Internetowy Obserwator Statystyk Społecznych

Obserwator zawiera dane statystyczne z zakresu pomocy społecznej, demografii, zdrowia, edukacji, rynku pracy i innych dziedzin społecznych. Celem łatwiejszej analizy i interpretacji danych, prezentowane są one w postaci wykresów, map i tabel. Obserwator umożliwi także obserwację zmian dzięki zestawieniom statystyk z różnych lat. Od początku 2014 r. Obserwator prowadzony jest wspólnie z Małopolskim Obserwatorium Rynku Pracy i Edukacji, projektem systemowym Wojewódzkiego Urzędu Pracy w Krakowie.

www.obserwator.rops.krakow.pl

Małopolski Informator Społeczny

Baza danych tele - adresowych małopolskich instytucji pomocy i integracji społecznej mająca ułatwić ich identyfikację, kontakt z tego rodzaju instytucjami w regionie, a także wzajemne współdziałanie.

www.mis.rops.krakow.pl

■ „Obserwatorium” to także regionalne BADANIA I ANALIZY upowszechniane w serwisie internetowym projektu (zakładka „Badania i analizy”). Główna funkcja realizowanych badań to praktyczna użyteczność z punktu widzenia działań w obszarze polityki społecznej.

■ „Obserwatorium” włączając regionalne kadry polityki społecznej w dyskusję o potrzebie ewaluacji buduje również instrumentarium dla kadr w tym zakresie. W serwisie internetowym projektu (zakładka „Ewaluacja”) można znaleźć publikacje na temat ewaluacji, materiały z przeprowadzonych szkoleń i konferencji.

Aby na bieżąco śledzić aktualności w projekcie zapraszamy do korzystania z:

- newslettera
- „Powiadomień o nowościach w Bibliotece” (formularze zapisu na stronie projektu, zakładki: „Biblioteka/Powiadomienia o nowościach w Bibliotece” oraz „Newsletter”).

Projekt działa w sieci Małopolskich Obserwatoriów Rozwoju Regionalnego

www.obserwatoria.malopolska.pl



Małopolskie Obserwatorium Polityki Społecznej Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Krakowie

ul. Piastowska 32, 30-070 Kraków

tel.: 12 661 03 00, fax: 12 422 06 36 w. 44

e-mail: obserwatorium@rops.krakow.pl