

Nr 4/2002

EGZEMPLARZ BEZPŁATNY



es.O.es



Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Krakowie



„Seniorzy XXI wieku” Konferencja Szkoleniowa w Krakowie 7 października 2002 r.

W dniu 7 października 2002 roku z okazji Międzynarodowego Dnia Seniora, odbyła się Konferencja Szkoleniowa pod hasłem „Seniorzy XXI wieku” zorganizowana przez Małopolskie Centrum Zdrowia Publicznego oraz Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Krakowie.

W konferencji udział wzięli zaproszeni goście Ryszard Jaworski – Dyrektor Wydziału Polityki Społecznej Małopolskiego Urzędu Wojewódzkiego, Wiesław Maczek – Dyrektor Wydziału Spraw Społecznych Urzędu Miasta Krakowa, Stanisława Urbaniak – Dyrektor Policealnej Szkoły Pracowników Służb Społecznych w Krakowie oraz pracownicy socjalni domów pomocy społecznej dla osób starszych i osób przewlekle somatycznie chorych, powiatowych centrów pomocy rodzinie i miejskich ośrodków pomocy społecznej województwa małopolskiego. Konferencja urozmaicona została występem zespołu muzycznego mieszkańców DPS im. L. A. Helclów w Krakowie „Helclusie” oraz wystawą prac uczestników zajęć, organizowanych przez krakowskie Miejskie Dzielne Domy Pomocy Społecznej.

W trakcie spotkania zaprezentowano poniższe referaty:

1. *Polityka społeczna wobec starości i ludzi starych w województwie małopolskim* – Małgorzata Szlązak (ROPS Kraków);

2. *Aspekty promocji zdrowia w podeszłym wieku* – Anna Florek – Placzek (Małopolskie Centrum Zdrowia Publicznego);

3. *Aktywizacja osób starszych w Domach Pomocy Społecznej* – Barbara Grotkowska-Galata (Dyrektor Domu Pomocy Społecznej im. L. i A. Helclów w Krakowie);

4. *Aktywizacja osób starszych w środowisku* – Antoni Wiatr (Dyrektor Miejskich Dziennych Domów Pomocy Społecznej w Krakowie);

5. *Człowiek starszy jako podmiot prawa – postulaty globalnej polityki społecznej wobec seniorów* – Zofia Szarota (Instytut Nauk o Wychowaniu Akademii Pedagogicznej w Krakowie);

6. *Starość przed starością* – Krystian Pisowicz (Klinika Psychiatrii CMUJ);

7. *Problemy komunikowania się z ludźmi starszymi* – Iwona Satora (Małopolskie Centrum Zdrowia Publicznego).

Podczas spotkania podjęto inicjatywę przekazania szerszemu gronu odbiorców prezentowanych tam ważnych uwag dotyczących pomocy seniorom. Wybrane wystąpienia w formie artykułów, prezentowane będą na łamach naszego dwumiesięcznika es.O.es. Poniżej pierwsze z nich.

Małgorzata Szlązak
ROPS

Aspekty promocji zdrowia w podeszłym wieku

*„Najskuteczniejszą bronią przeciw starości
są zainteresowania umysłowe
i wyrobienie w sobie zalet charakteru.
Jeśli o nie stale zabiegać będziemy,
to po długim i dobrze wypełnionym życiu
cudowne ujrzymy owoce.
I nie tylko dlatego,
że zdobyliśmy dla siebie rzeczy trwałe,
które nas do końca życia nie opuszczą...
ale dlatego, że świadomość
pięknie przepędzonego życia
i pamięć wielu dobrych czynów
jest wielką dla człowieka radością”.*

Cicero

Warto wiedzieć

Promocja zdrowia jest procesem umożliwiającym ludziom zwiększenie kontroli nad własnym zdrowiem oraz jego poprawę.

Jej zadania to wspieranie rozwoju prozdrowotnej polityki publicznej oraz środowisk zajmujących się zdrowiem, umożliwienie jednostkom i zbiorowościom osiągnięcia pełni ich zdrowotnego potencjału, a także pośredniczenie między różnymi interesami społecznymi w dążeniu do zdrowia.

W odniesieniu do osób w podeszłym wieku ma ona wiele do zrobienia, gdyż obserwując zjawiska demograficzne, zachodzące w wysokorozwiniętych krajach świata, należy stwierdzić, że jedną z podstawowych cech dynamicznego rozwoju cywilizacyjnego jest wydłużanie się życia ludzkiego. Zjawisku temu towarzyszy nieustanne dążenie do zapewnienia najlepszej jakości życia (jednostki, rodziny) utożsamianej z posiadaniem zdrowia, statusu społecznego i zawodowego oraz „bezpieczeństwa

finansowego”. W świetle badań GUS w naszym kraju już od blisko 30 lat obserwuje się wyraźny, równomierny wzrost liczby ludności również w wieku „poprodukcyjnym”. Niestety temu zjawisku nieodłącznie towarzyszy wzrost zachorowalności na choroby przewlekłe, prowadzące często do niepełnosprawności i inwalidztwa. Jednocześnie – zwłaszcza w ostatnich latach – obniżył się wskaźnik urodzeń, a ludność w wieku produkcyjnym cechuje zwiększona aktywność zawodowa i społeczna (migracje zarobkowe, wydłużony czas pracy). Możemy, zatem wnioskować, że obecni „potencjalni” opiekunowie – członkowie rodzin (bliscy) nie zapewnią odpowiedniej opieki wciąż rosnącej grupie starszych i przewlekłe chorych obywateli naszego kraju.

Należy zauważyć również, że przeciętne trwanie życia polskiego obywatela jest krótsze niż długość życia mieszkańców innych wysoko zurbanizowanych krajów Europy i wynosiło

w 1995 r. w przypadku kobiet 75 lat, mężczyźni 65 lat, podczas gdy w Holandii kobiety żyły 80 lat a mężczyźni 75, w Danii odpowiednio 78 i 74 lata, w Niemczech 79 i 75 lat, a w Norwegii 81 i 76 lat.

Niestety zjawisku wydłużania się życia mieszkańców naszego kraju towarzyszy spadek liczby ludności w przedziale wiekowym 0–6 lat oraz 20–34 lata, co wskazuje na postępujący proces starzenia się społeczeństwa, a tym samym rosnące potrzeby tej grupy wiekowej.

Według klasyfikacji WHO i ONZ, w populacji młodej – osoby w wieku 65 lat i więcej stanowią do 4%, w populacji dojrzałej 4–7%, a w populacji starej odsetek ten stanowi powyżej 7%.

Odsetek osób w starszym wieku decyduje o młodości, dojrzałości oraz starości danego społeczeństwa. Będąc społeczeństwem relatywnie (w stosunku do innych krajów europejskich) młodym przekroczyliśmy według powyższej skali, próg ludności starej.

Inną skalę oceny wieku społeczeństwa, opartą na odsetku ludzi w wieku 60 lat i starszych zaproponował E. Rosset. Wiek 60 lat został tu uznany za umowną granicę starości. Skala ta przedstawia się następująco: młodość demograficzna – powyżej 8%, pierwsze przedpole starości – 8–10%, właściwe przedpole starości – 10–12%, starość demograficzna – 12% i więcej.

W Polsce osoby w wieku powyżej 60 lat stanowią 16% ogółu ludności, co świadczy o tym, że również według powyższej skali weszliśmy do grona społeczeństw starych.

Jednocześnie w świetle opracowanej przez GUS prognozy ludności do 2020 r. – liczba ludności naszego kraju zwiększy się do 40 695 tys., tj. o 2 085 tys. mieszkańców więcej niż w 1995 r. W stosunku do 1995 r. nadal postępować będzie proces starzenia się społeczeństwa. Udział

dzieci i młodzieży do lat 17 w liczbie ludności kraju obniży się z 27,6% w 1995r. do 23,1% w 2010 i nieznacznie wzrośnie do 23,6% w 2020 r. Jednocześnie zwiększy się odsetek liczby osób w wieku emerytalnym.

Reasumując, należy podkreślić, że w najbliższych latach przewidywanemu wzrostowi ludności w wieku powyżej 60 r. ż. towarzyszyć będzie stały spadek ludności aktywnej zawodowo i społecznie (potencjalnych opiekunów). Przedstawione dane statystyczne jednoznacznie wskazują na postępujący proces starzenia się społeczeństwa polskiego, a tym samym rosnące zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne i opiekuńcze.

Starzenie się jest to postępujące z czasem obniżanie się czynnościowej sprawności ustroju, zmniejszające jego zdolność przystosowania do warunków środowiska oraz stopniowo zwiększające prawdopodobieństwo śmierci.

Człowiek stary trudniej przystosowuje się do zmieniających się warunków życia, zmniejsza się też jego aktywność fizyczna i psychiczna. W budowie ciała i przejawach czynnościowych występują łatwo dostrzegalne zmiany: zjawiska zwyrodnieniowe, zanik narządów mięsnych, zanik mięśni, zmiany w budowie tkanki łącznej, wiotczenie skóry, a także pojawianie się zmarszczek, przerzedzanie się owłosienia.

Aby opóźnić postępujący proces starzenia należy koncentrować wysiłki na utrzymaniu równowagi biologicznej, psychicznej i społecznej.

Zastanówmy się zatem przez chwilę nad czynnikami biologicznymi przyspieszającymi proces starzenia, do których zaliczamy:

- zmniejszenie aktywności ruchowej, której brak powoduje głębokie zmiany patologiczne w ustroju (zespół hipokinezy),

Warto wiedzieć

LUDNOŚĆ W WIEKU PRODUKCYJNYM I NIEPRODUKCYJNYM

WOJEWÓDZTWO MAŁOPOLSKIE
stan na dzień 31 XII

Wyszczególnienie	Ludność ogółem	Ludność w wieku			Procentowy udział ludności w wieku		
		przedprodukcyjnym	produkcyjnym	poprodukcyjnym	przedprodukcyjnym	produkcyjnym	poprodukcyjnym
1	2	3	4	5	6	7	8
Ogółem							
1998 r.	3 215 885	853 205	1 898 303	464 377	26,53	59,03	14,44
1999 r.	3 222 525	835 202	1 915 967	471 356	25,92	59,46	14,63
2000 r.	3 233 799	815 367	1 939 663	478 769	25,21	59,98	14,81
2001 r.	3 240 928	792 202	1 965 060	483 666	24,4	60,6	14,9

PROGNOZA LUDNOŚCI DLA POLSKI

stan na dzień 31 XII

Wiek / Płeć	1995	2005	2010	2015	2020
OGÓŁEM	38609	39491	40185	40603	40695
0–17	10645	9112	9289	9706	9616
18–59/64	22647	24678	24806	23923	23178
60/65 lat i więcej	5317	5701	6090	6974	7901
MĘŻCZYŹNI	18786	19183	19538	19764	19829
0–17 lat	5446	4673	4766	4982	4937
18–64 lat	11702	12639	12912	12581	12231
65 lat i więcej	1638	1871	1860	2201	2661
KOBIETY	19823	20308	20647	20839	20866
0–17 lat	5199	4439	4523	4724	4679
18–59 lat	10945	12039	11894	11342	10947
60 lat i więcej	3679	3830	4230	4773	5240

* Prognoza ludności do 2020 r. została opracowana na podstawie bilansu ludności według stanu w dniu 31 XII 1995 r. zgodnie z przyjętymi założeniami dot. przewidywanej dzietności kobiet, natężenia zgonów ludności oraz migracji.

- przeciążenie układu nerwowego m.in. przez nadmiar szkodliwych bodźców związanych z rozwojem urbanizacji i cywilizacji technicznej (hałas, wibracja, zanieczyszczenie powietrza, stres psychiczny, nadmiar informacji),
 - niewłaściwe odżywianie (niedobór białka, witamin, żelaza, itp.) lub częściej spotykane przekarmianie, przyjmowanie nadmiaru kalorii w stosunku do zapotrzebowania,
 - nadużywanie alkoholu, nikotyny, lekomania,
 - choroby cywilizacyjne.
- W procesie starzenia się niebagatelną rolę odgrywają też czynniki psycho-

-społeczne, takie jak:

- nagła zmiana warunków środowiskowych i pogorszenie sytuacji materialnej, związane z przerwaniem pracy zawodowej i przejściem na emeryturę,
- izolacja społeczna i psychiczna,
- brak odpowiednich form rekreacji i czynnego wypoczynku,
- niewłaściwe nastawienie do starości i do ludzi starych,
- niedostateczne uświadomienie w zakresie gerontohigieny,
- brak przygotowania do starości.

Od nasilania się w/w czynników zależy tzw. „DOBRA” lub „ZŁA” starość.

6 es.O.es

Różne aspekty promocji zdrowia w odniesieniu do osób w wieku podeszłym

Wiek podeszły a dbałość o zdrowie i utrzymanie samodzielności.

Proces starzenia się i choroby związane z późnym okresem życia mogą prowadzić do słabości fizycznej i pogarszania się sprawności umysłowej, czyniąc osobę starszą mniej zdolną do samodzielnego wypełniania normalnych czynności dnia, jak też prowadzenia życia towarzyskiego.

Wycofanie się z działalności zawodowej i nie odgrywanie roli opiekuńczej mogą być przyczyną traktowania przez społeczeństwo danej osoby jako obywatela drugiej kategorii z odpowiednio ograniczonymi możliwościami.

Oba wymienione zjawiska powinny być aktywnie zwalczane, utrzymanie bowiem niezależności i indywidualności w podeszłym wieku są niezbędne w zachowaniu godności i szacunku dla samego siebie. Przy zachowaniu niezależnego trybu życia w społeczeństwie osobowość jest silniej wyrażona. W celu zachowania niezależności konieczne jest: zdrowie i odpowiednie warunki otoczenia, jak również właściwa opieka społeczna. Zapewnienie ich ma decydujące znaczenie w utrzymaniu szeroko rozumianego zdrowia. Gdy ludzie starsi czują się akceptowani, zadbani i kochani przez innych ludzi, z którymi się stykają, będą postrzegać siebie samych w pozytywny sposób. Da im to poczucie pewności siebie i siłę kontroli swojego życia i podążania drogą rozwoju i samorealizacji.

Wiek podeszły a zachowanie zdrowia.

Autorzy publikacji na temat starzenia się i starości opisują trzy punkty widzenia na zagadnienie uświadomienia potrzeb zdrowotnych i wykształcenie w tym kierunku:

Pierwotne uświadomienie potrzeb zdrowotnych – skierowane na unikanie chorób i urazów oraz utrzymanie dobrego zdrowia.

Wtórne wykształcenie zdrowotne – skierowane na wczesne wykrywanie objawów zaburzeń zdrowotnych i metody szybkiego postępowania w razie wystąpienia takich objawów, w celu zapobieżenia rozwojowi choroby lub przynajmniej zmniejszenia następstw choroby.

Uświadomienie potrzeb zdrowotnych i wykształcenie zdrowotne poprzez postępowanie zachęcające do powrotu po przebytej chorobie do egzystencji o jak największym stopniu niezależności.

Możliwości szkoleń zdrowotnych są stwarzane na kursach przedemerytalnych, poprzez środki masowego przekazu, w klubach i kołach środowiskowych, ośrodkach dziennych, czy wreszcie w drodze bezpośredniego kontaktu osoby w podeszłym wieku z jednym z członków zespołu podstawowej opieki zdrowotnej (w Polsce zadania te w pewnym stopniu spełniają Uniwersytety III Wieku i istniejące w małych miastach ogniska rehabilitacji przy domach dziennego pobytu).

Wiek podeszły a czynniki ryzyka chorób.

Statystyki mówią, że najczęstszymi chorobami występującymi u osób powyżej 60 r. ż. są: choroba niedokrwienna serca, udar, choroby układu oddechowego (grypa, zapalenie płuc) i nowotwory. Czynniki ryzyka dla w/w chorób to: palenie tytoniu, brak aktywności fizycznej, złe odżywianie, podwyższone wartości ciśnienia tętniczego, spożywanie alkoholu. Znając te czynniki ryzyka należy prowadzić edukację zdrowotną pod kątem ich eliminacji. Konieczna zatem jest modyfikacja stylu życia. Istnieje też potrzeba rozszerzenia

podstawy różnych kierunków polityki promocji zdrowia np. polityki walki z paleniem i włączenia w nie inicjatyw, które będą miały wpływ bezpośrednio na warunki życia ludzi.

Wiek podeszły a dysfunkcje fizyczne.

Osoby w wieku podeszłym zgłaszają dość często problemy uniemożliwiające im sprawne samodzielne funkcjonowanie typu: artretyzm, niedowidzenie, problemy ze słuchem, demencję, depresję, kłopoty ze snem, nie trzymanie moczu, kłopoty z utrzymaniem równowagi, izolację towarzyską i instytucjonalną. Według danych GUS w roku 1998 aż 89,5% wszystkich osób po 60 r. ż. negatywnie oceniali swój stan zdrowia, podczas gdy cztery lata wcześniej tj. w 1994 r. było ich 72%. Dlatego też te problemy powinny stanowić priorytet zarówno w działaniu, jak i badaniach naukowych w celu zapewnienia „starzenia się w zdrowiu”. Wszystkie one podlegają działaniom profilaktyki I, II i III stopnia, które są w stanie poprawić jakość życia ludzi starszych.

Wiek podeszły a zdrowie psychiczne.

Zalecenia sformułowane przez Światowe Zgromadzenie ONZ (1982), poświęcone problemom starzenia się, obejmują różne postulaty. Jednym z nich jest: „podjęcie badań naukowych nad zapobieganiem zaburzeniom psychicznym oraz niepotrzebnej instytucjonalizacji ludzi starych, poprzez powiększanie zasobów rodziny i usprawnienie systemu opieki społecznej”. Wielu naukowców podkreśla znaczenie aktywności nastawionej na wzmocnienie kompetencji, samooceny i dobrego samopoczucia, nie zaś na zapobieganie zaburzeniom. Opisują oni program promocji zdrowia psychicznego, którego celem było zapewnienie „środowiska terapeutycznego” w domach opieki dla ludzi starych.

Wiek podeszły a niepełnosprawność.

Ludzie starsi będący inwalidami mogą poczuć się wolni, jeżeli damy im szansę podejmowania decyzji dotyczących opieki nad nimi. Głównym zadaniem powinno być zachowanie maksymalnej zdolności działania w późniejszych latach życia, zrównoważonej właściwą opieką, kiedy jest ona konieczna. Należałoby postulować tworzenie sieci oddziałów i poradni geriatrycznych, które prowadziłyby aktywną rehabilitację i wyróżniały się wielodyscyplinarnym podejściem geriatrycznym na rzecz przywracania utraconych funkcji i przygotowania starszych pacjentów do autonomicznego życia w ich środowisku domowym.

Wiek podeszły a hospitalizacja.

Okres pobytu w szpitalu można wykorzystać do podnoszenia stanu świadomości zdrowotnej poprzez edukację pacjenta w podeszłym wieku, w zależności od jego stanu i zdolności przyswajania wiedzy.

Wiek podeszły a edukacja.

Samoocena stanu zdrowia osób w wieku podeszłym zależy jest wyrażnie od poziomu wykształcenia i sytuacji rodzinnej. Im wyższe wykształcenie tym lepsza samoocena stanu zdrowia. Zapewnienie osobom starszym możliwości uczenia się wymaga zmian struktury kształcenia, tak aby wiedza mogła być uzupełniana w okresie całego życia, aby obejmowała przygotowanie do starości, umożliwiała wykorzystanie czasu wolnego, pomagała w integracji społecznej. Starania o włączenie osób starszych do systemu kształcenia ustawicznego podjęły Uniwersytety III Wieku. Nadrzędnym ich celem jest poprawa jakości życia osób starszych, stworzenie warunków „dobrego starzenia się”, przełamywanie błędnych stereotypów

8 es.O.es

i wyobrażeń, przypisujących ludziom starszym ograniczone zdolności fizyczne i umysłowe. Taki jest najczęściej obraz starości widzianej oczami przeciętnego obywatela, jakkolwiek dotyczy on zaledwie kilkunastu procent populacji trzeciego wieku.

W naszym kraju w grupie osób, które ukończyły 65 r. ż. wykształcenie wyższe i policealne ma 4,5% osób, średnie 19,4%, podstawowe 51,9%, a osób z wykształceniem niepełnym podstawowym i bez wykształcenia jest 24,1%.

Wiek podeszły a prawo do pracy.

Stanowisko państw Unii Europejskiej jest przeciwne odmawianiu ludziom prawa do pracy ze względu na ich wiek (WHO, 1993 r.). Przeprowadzone badania wśród pracowników seniorów w krajach Europy Zachodniej dowiodły, że zdrowie i samopoczucie starszych pracowników poprawiło się i dostrzegli oni wynoszone z pracy korzyści takie jak: aktywność fizyczna, towarzystwo i przyjaźń innych, wyzwanie i motywacja, poczucie przynależności, zwiększona pewność siebie i umiejętność rozwiązywania problemów, niezależność, poczucie celowości dobrej pracy, szczęście i radość.

Wiek podeszły a emerytura.

Wykonywanie pracy jest traktowane jako czynnik nadający, oprócz wielu innych, sens ludzkiemu istnieniu. Praca jest traktowana również jako źródło kontaktów towarzyskich. Wiele przyjaźni utrzymywanych poza godzinami pracy zawiązało się właśnie w miejscu zatrudnienia. Przyjaźnie te są czasem kontynuowane po przejściu na emeryturę, ale mogą występować różnice w stopniu zaangażowania, spowodowane np. ograniczonymi możliwościami finansowymi, które mogą utrudniać „dotrzymanie kroku” osobom pracu-

jącym. Dlatego tak ważne jest staranne prowadzenie zabiegów przygotowujących w okresie przedemerytalnym, dostosowujących do olbrzymich zmian w stylu i trybie życia po przejściu na emeryturę. Pracodawcy mają obowiązek przygotować swoich pracowników do przejścia na emeryturę i zapewnić zachowanie więzi pomiędzy uprzednio i obecnie zatrudnionymi. Pracodawca może np. zorganizować kursy na 2–3 lata przed przejściem na emeryturę pracownika, najlepiej w odpowiednio przygotowanych ośrodkach. Kursy powinny przebiegać w kilku, powtarzalnych sesjach do chwili przejścia na emeryturę. W swoim planie winny obejmować tematykę finansów, zdrowia, kształcenia i wypoczynku.

Wiek podeszły a sytuacja ekonomiczna.

Jakość życia ludzi zależy od ich dochodów. Osoby w podeszłym wieku często uskarżają się na niskie dochody, które uniemożliwiają im utrzymanie i ogrzanie domu, zmuszają do złego odżywiania i ograniczają utrzymywanie kontaktów towarzyskich. Wszystkie te czynniki mogą prowadzić do pogorszenia się stanu zdrowia i w konsekwencji mogą okazać się śmiertelne.

Wiek podeszły a życie i zmiany rodzinne.

Problemy rodziny w realizacji zadań dotyczących osób starszych obejmują różne aspekty w zależności od stanu zdrowia seniora, który jest pod opieką. Wielu ludzi starszych nie wykazuje symptomów niedomagania fizycznego lub psychicznego, wprost przeciwnie, coraz częściej cieszą się oni zdrowiem, które pozwala im na prowadzenie życia aktywnego towarzysko i ekonomicznie, a nawet wielu z nich jest opiekunami dla innych. Angielskie

badania wskazują, iż pośród osób pomiędzy 70 i 80 r. ż., 7 z 10 nie potrzebuje żadnej pomocy w dbaniu o samych siebie. Znaczna jednak część polskich seniorów w odróżnieniu od kolegów z krajów Europy Zachodniej wymaga pomocy w zaspakajaniu potrzeb (fizycznych, psychicznych czy społecznych) przez członków bliższej bądź dalszej rodziny. Powoduje to różne sytuacje rodzinne. Jeden z badaczy amerykańskich potwierdza, że niemal co trzeci staruszek jest obiektem „krzyków i wrzasków”, 17% spotyka się z odmową podania jedzenia i leku, a niektórzy (7,5%) mają ograniczoną swobodę. Trudna sytuacja socjalno-bytowa wielu seniorów zmusza ich do ograniczania wydatków (75% osób w wieku 65 lat i więcej) lub do korzystania z finansowej pomocy osób bliskich (29%). Szczególnie trudna jest sytuacja osób starszych zamieszkujących w środowisku wiejskim, a sytuacja niepełnosprawnych osób starszych jest wręcz dramatyczna. Pomoc i wsparcie dla rodziny powinna pojawiać się nie tylko w momencie ujawnienia się ograniczeń, ale przede wszystkim wtedy gdy okazuje się, że bliscy nie są w stanie sprostać nowym obowiązkom z powodu braku umiejętności wykonania danej czynności, własnej niesprawności czy choroby, nieobecności w domu w określonych porach dnia ze względu na pracę czy naukę. Przy tego typu problemach wsparcie i pomoc rodzinie należy zorientować na nauczanie rodziny udzielania pomocy przy wykonywaniu prostych czynności, a także na zapewnieniu „zastępstwa” w czasie nieobecności członków rodzin. Źródłem pomocy mogą być tu: sąsiedzi, znajomi, wolontariusze albo instytucje opieki społecznej. Tam gdzie zależność budzi uczucie niepokoju i zażenowania można spotkać się z uporem i zacięciem się w sobie

oraz nierealnym ustosunkowaniem się do występującej sytuacji. Jeśli nie pojawią się nowe czynniki ułatwiające przezwyciężenie trudności, to następstwem może być uczucie urazu i depresja.

Znaczenie rodziny dla poszczególnych jej członków jest ogromne, gdyż kształtuje ona warunki sprzyjające zdrowiu i stanowi podstawowe źródło wsparcia we wszystkich dziedzinach życia.

Wiek podeszły a płeć.

W procesie starzenia się ludności istotną rolę odgrywa płeć. Dla większości starszych ludzi największą zmianę w stylu życia nieuchronnie niesie śmierć partnera – współmałżonka, długoletniego przyjaciela.

Mężczyzna nagle pozbawiony kobiecej opieki, z której korzystał przez całe dotychczasowe życie musi poradzić sobie nie tylko z pogodzeniem się z utratą osoby bliskiej, ale także z obowiązkami życia codziennego – gotowaniem, praniem, utrzymaniem domu. Jednakże to kobiety żyją dłużej od swych partnerów. Po stracie współmałżonka bywa, że popadają w tarapaty finansowe jeśli wcześniej rzadko stykały się z problemami materialnymi. Te, które do tej pory zajmowały się tylko domem i wychowaniem dzieci, mają niewielkie szanse na znalezienie pracy. Obciążone przez całe życie wieloma rolami, także w podeszłym wieku, przyjmują na siebie wiele obowiązków m.in. związanych z opieką nad wnukami, jednak ich poświęcenie, z którego korzyści czerpią rodziny, społeczność, a także gospodarka – są powszechnie niedoceniane.

Wizja społeczeństwa polskiego – na podstawie badań osób w wieku podeszłym.

Przedłużaniu życia ludzkiego towarzyszy obecnie oraz będzie towarzyszyć w najbliższych latach obniżona

10 es.O.es

sprawność fizyczna i psychiczna, wyrażająca się m.in. wzrostem zachorowań na choroby przewlekłe, postępujące, obejmujące głównie układ nerwowy i prowadzące do inwalidztwa i unieruchomienia. Planując działania systemowe w sektorze usług zdrowotnych należy więcej uwagi poświęcić zagadnieniom szeroko rozumianej niepełnosprawności i stworzyć warunki do realizacji świadczeń w tym zakresie.

Jak wynika z powyższych rozważań zdrowie nie jest stanem statycznym dlatego we wszystkich okresach życia należy je doskonalić poprzez promocję, chronić poprzez profilaktykę i przywracać, gdy pojawi się choroba poprzez leczenie i rehabilitację. Mając to na uwadze należy przyjąć, że obecnie jednym z kluczowych priorytetów polityki zdrowotnej państwa powinno być wypełnienie tego obszaru świadczeń, czyli takie ukształtowanie podaży usług zdrowotnych, aby sprostać oczekiwaniom i potrzebom społeczeństwa. Wyznaczniki demograficzne, socjologiczne, zdrowotne i systemowe wytyczają wspólny kierunek działań dla administracji rządowej, samorządowej oraz instytucji pozarządowych.

*Anna Florek-Płaczek
Małopolskie Centrum Zdrowia
Publicznego Oddział w Krakowie*

LITERATURA:

1. MZiOS, „Program rozwoju zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych”, Warszawa 1998 r.
2. MZiOS, „Narodowy Program Zdrowia 1996–2005”, Warszawa 1996 r.
3. J.B. Karski, „Promocja zdrowia”, CMRNiSSzZM, Warszawa 1992 r.
4. S. Pike, D. Forster, „Promocja zdrowia dla wszystkich”, CZELEJ, Lublin 1998 r.
5. B. Synak, T. Wróblewski, „Postępy gerontologii”, PZWL, Warszawa 1988 r.
6. G. Garrett, „Potrzeby zdrowotne ludzi starszych”, PZWL, Warszawa 1990 r.
7. W. Pędich, „Podręcznik geriatrii dla lekarzy”, PZWL, Warszawa 1988 r.
8. M. Susułowska, „Psychologia starzenia się i starości”, PZWL, Warszawa 1989 r.
9. PTP, „Problemy Pielęgniarstwa”, zeszyty naukowe nr 1/2 z 1993 r., Warszawa 1993 r.
10. Instytut Kardiologii, „Promocja zdrowia, nauki społeczne i medycyna”, nr 19/2000, Warszawa 2000 r.
11. „Magazyn Pielęgniarki i Położnej”, Nr 4 z 2000 r., str. 6–7
12. Materiały ze szkolenia „Rozwój infrastruktury dla promocji zdrowia i prewencji chorób układu krążenia na poziomie lokalnym w Polsce”, Otwock 2001 r.

Człowiek starszy jako podmiot prawa – postulaty globalnej polityki społecznej wobec seniorów

Świat stanął wobec zmiany demograficznej – ludzkość starzeje się intensywnie. W najbliższych trzydziestu latach liczba osób starszych na Ziemi potroi się, poważnie więc zostaną zachwiane proporcje między ludnością w wieku produkcyjnym i nieprodukcyjnym. Po raz pierwszy w dziejach liczba sześćdziesięciolatków przewyższy liczbę dzieci poniżej piętnastego roku życia! Osoby, które ukończyły 60. rok życia, będą stanowiły blisko 20 procent ogółu ludzkości, co oznacza, że będzie ich około 2 miliardy.

Stowarzyszenia i organizacje światowe działające na rzecz osób starszych

Wobec rewolucji demograficznej zawiązały się stowarzyszenia i federacje, których misją stała się ochrona praw najstarszej generacji, działające tak w skali globalnej jak i narodowej oraz lokalnej, środowiskowej. Powstały organizacje, które, jak np. amerykańskie Szare Pantery czy europejskie stowarzyszenia organizacji działających na rzecz ludzi starych mają na celu ochronę interesów najstarszej grupy społecznej lub narodziły się, by włączać osoby w zaawansowanym wieku w nurt życia ogólnospołecznego.

Szczególne uwagę zwrócić należy na pracę dwóch federacji o światowym zasięgu:

– International Federation on Ageing (IFA) – istniejąca od ponad 20 lat agenda ONZ podejmuje inicjatywy związane z określeniem praw i zasad

normujących sytuację osób starszych w życiu społecznym i obywatelskim.

W IX 1999 r. w Montrealu podczas IV Światowej Konferencji na temat starości spotkało się 1200 osób reprezentujących 68 państw. Stwierdzono wówczas, że zasady dotyczące osób starszych przyjęte przez ONZ w latach 1982 i 1991 nie są przestrzegane i opracowano rekomendacje kierowane do krajów członkowskich: Seniorzy powinni posiadać gwarancje pełnego uczestnictwa w życiu politycznym, kulturalnym swoich społeczności, być godnie traktowanymi, mieć wysoką jakość usług, troski i opieki. Należy wyeliminować przeszkody stojące na drodze osobom starszym, dostarczając im szans na optymalny samorozwój, dążyć do zapewnienia właściwych warunków pracy tym, którzy wciąż są czynni zawodowo, znosić bariery komunikacyjne, architektoniczne, aby starsi mieli swobodny dostęp do wszystkich miejsc. Zgodnie ze statutem IFA osoby starsze mają prawo do odpowiedniego żywienia, schronienia, odzieży, ochrony zdrowia, rodzinnego i wspólnotowego wsparcia, pomocy i samopomocy. Mają prawo do pracy i innych możliwości zarobkowania, bez barier wyznaczonych wiekiem. Ich prawa obejmują możliwość tak wycofania się jak i uczestnictwa w życiu zawodowym i społecznym. Mają pełne prawo udziału w edukacji.

– Help Age International jest światową siecią organizacji non-profit o charakterze narodowym, regionalnym i lokalnym. Została powołana w 1983 r.,

12 es.O.es

skupia członków z 49 państw świata. Działa głównie w krajach rozwijających się z misją pracy z osobami starszymi i na ich rzecz, w celu osiągnięcia trwałego polepszenia jakości ich życia, dążąc do tego, aby głos osób starszych, szczególnie tych znajdujących się w trudnej sytuacji życiowej, był brany pod uwagę. Polska nie należy do tej organizacji.

Europejskie organizacje i stowarzyszenia

Na rzecz populacji seniorów w Europie działa wiele organizacji i stowarzyszeń.

Jedną z najstarszych jest European Federation of the Elderly (EURAG) – Europejska Federacja Osób Starszych. Utworzona została w 1962 r. Jest organizacją non-profit, interreligijną i apolityczną. Celem Federacji jest wspieranie solidarności międzypokoleniowej oraz utrzymanie samodzielności i niezależności życiowej osób starszych, wspieranie uczestnictwa osób starszych w procesach decyzyjnych i wspieranie rozwoju demokracji. Federacja promuje samopomoc. Podejmuje działania służące polepszaniu sytuacji życiowej osób starszych. Usiłuje zapobiegać dyskryminacji związanej ze starszym wiekiem oraz dąży do zapewnienia bezpieczeństwa finansowego osób starszych.

European Platform of Seniors' Organisations (EPSO) – Europejska Platforma Organizacji Seniorów powstała w 1988 roku. Jej misją polega na dążeniu do stworzenia osobom starszym pól umożliwiających im rozwój i wykorzystanie ich wiedzy oraz zdolności zarówno na płaszczyźnie europejskiej jak i krajowej, regionalnej i lokalnej. Cele realizuje poprzez organizowanie konfe-

rencji, na których osoby starsze mogą wyrazić swoją opinię na różne tematy (zdrowie, edukacja, przygotowanie do emerytury).

Federation Internationale des Associations des Personnes Agees (FIAPA) – Międzynarodowa Federacja Stowarzyszeń Osób Starszych w Paryżu, powstała w 1980 r. Jej misją polega na podnoszeniu świadomości, że starzenie się jest problemem nie tylko demograficznym, ale także społecznym, że osoby starsze są chętne do pełnego uczestniczenia w życiu społecznym. Cele Federacji mogą być realizowane w poszczególnych krajach oraz na płaszczyźnie międzynarodowej poprzez ustanawianie programów działań dla organizacji członkowskich dotyczących rodziny, zdrowia i zaangażowania osób starszych w pracę na rzecz społeczeństwa.

European Parkinson's Disease Association (EPDA) – Europejskie Stowarzyszenie do spraw Choroby Parkinsona z siedzibą w Londynie podejmuje działania na rzecz upowszechnienia wiedzy na temat choroby Parkinsona. Stara się umożliwiać pacjentom i ich opiekunom wypracowanie najlepszych standardów usług opiekuńczych. Proponuje dostęp do najnowszych rozwiązań medycznych i szybkie docieranie z informacją o tych rozwiązaniach do pacjentów i opiekunów. Działalność tej organizacji jest tym istotniejsza, że starzenie się ludzkości spowoduje, że coraz więcej osób będzie dotkniętych chorobą Parkinsona.

Prawa człowieka starszego

W międzynarodowych rezolucjach i aktach prawnych znajdują się artykuły, które są gwarancją przestrzegania praw każdego człowieka, nie tylko starszego. Zostały one ujęte przede wszystkim

w Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka (ONZ, 1948), w Europejskiej Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności (Rzym, 1950 – ratyfikacja 1993), w Europejskiej Karcie Społecznej (Turyn, 1961), Międzynarodowym Pakcie Praw Obywatelskich i Politycznych oraz Międzynarodowym Pakcie Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych (Nowy Jork, 1966 – ratyfikacja 1977). Polska złożyła deklarację o uznaniu kompetencji Europejskiej Komisji Praw Człowieka i Europejskiego Trybunału Praw Człowieka, jest również sygnatariuszem Aktu Końcowego Konferencji Bezpieczeństwa i Współpracy w Europie (KBWE) podpisanego w Helsinkach w 1975 r.

Ustawodawstwo międzynarodowe gwarantuje każdemu człowiekowi równe prawa.

Najbardziej znaczącymi dla godności osób w podeszłym wieku wydają się:

– Prawo do życia, które nabiera szczególnej wagi w przypadkach zagrożeń eutanazją, przeprowadzaną wobec nacisków np. rodziny starszej osoby (*Prawo każdego człowieka do życia jest chronione przez ustawę. Nikt nie może być umyślnie pozbawiony życia, wyjąwszy przypadki wykonywania wyroku sądowego (...)* Europejska Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności, art. 2).

– W okresie zmniejszonych możliwości samodzielnego życia bardzo istotne jest prawo do pomocy społecznej, prawo do poziomu życia zapewniającego zdrowie i dobrobyt oraz prawo do poczucia bezpieczeństwa w przypadku (...) choroby, kalectwa, wdowieństwa, starości lub utraty środków do życia (Powszechna Deklaracja Praw Człowieka, art. 25).

– Prawo do ochrony zdrowia staje się niezwykle cenne w okresie, gdy poja-

wia się coraz większe osłabienie zdrowotne, następuje medykalizacja potrzeb.

– Równie ważne jest prawo do samostanowienia (*Nie wolno ingerować samowolnie w czyjekolwiek życie prywatne, rodzinne, domowe, ani w jego korespondencję ani też uwłaczać jego honorowi lub dobremu imieniu.* Powszechna Deklaracja Praw Człowieka, art. 12).

– Prawo do pracy interpretować należy jako możliwość jej kontynuacji, bez przymusu przejścia na emeryturę, która jest zdobytym przywilejem socjalnym nie zaś wymuszoną beczynnością.

– Prawo do wolności, nietykalności osobistej i bezpieczeństwa staje się ważne wobec podejmowania decyzji za starych rodziców przez ich dorosłe dzieci, ubezwłasnowolniania, przemocy fizycznej bądź emocjonalnej, zaniedbywania lub umieszczenia w placówkach opieki po wymuszeniu zgody.

– Prawo do stowarzyszania się jest znaczące wobec możliwości łączenia się w klubach, organizacjach, towarzystwach, fundacjach i innych. Emeryci i renciści nie stanowią jakiegokolwiek siły politycznej czy społecznej. W ramach własnego poczucia odpowiedzialności osoby starsze powinny wnosić do realizacji swoich praw osobiste i zaangażowane uczestnictwo w procesach politycznych i społecznych.

– Stąd też istotne staje się prawo do nauki, ważne wobec możliwości dalszego uczenia się np. w uniwersytetach trzeciego wieku. Aktualizacja wiedzy umożliwi bowiem „życie na bieżąco”. Tymczasem bardzo niski wskaźnik skolaryzacji osób po 60. roku życia tworzy barierę dla ich indywidualnej samorealizacji i zaangażowanego uczestnictwa w strukturach społeczeństwa obywatelskiego.

14 es.O.es

Ustawodawstwo polskie

Polska jest stroną wszystkich najważniejszych dokumentów międzynarodowych o uniwersalnym charakterze dotyczących praw człowieka. Odbicie postanowień w nich zawartych znajduje się w polskim ustawodawstwie. Prawne regulacje dotyczące osób w podeszłym wieku skierowane są przede wszystkim na ochronę dóbr osób potrzebujących stałej pomocy i opieki. Jak pisze L. Frąckiewicz: Są (...) w grupie praw socjalnych kwestie, w których ludzie starzy doznają ograniczenia swoich praw. (...) Największym ograniczeniem podlegają: – prawo pracy, – prawo do rehabilitacji (2000, s. 35). Do powyższych uwag dołączyłabym jeszcze ograniczenie dostępu do dóbr kultury i edukacji, spowodowany niskimi świadczeniami emerytalno-rentowymi oraz licznymi barierami architektonicznymi i brakiem oferty adresowanej do audytorium w starszym wieku a także małą świadomością osób starszych o możliwości ich aktywnego udziału w istniejących ofertach edukacji i kultury.

Dyskusja o tzw. polityce prorodzinnej obejmuje w Polsce prawie wyłącznie rodzinę dwupokoleniową, ograniczając funkcje rodziny rozumianej współcześnie jako układ dwóch pokoleń: matka (i/lub) ojciec i dzieci. Często norma obyczajowa sprzeciwia się powtórnym związkom małżeńskim seniorów. Rodziny szantażują emocjonalnie starszych krewnych niedopuszczając do ułożenia przez nich własnego życia z nowym partnerem, zapewne z obawy o kwestie majątkowe.

Niewiele refleksji filozoficznych i działań prospołecznych poświęca się problemom związanym z godną egzystencją ludzi starych – może jedynie poza stawianiem pytania o dopuszczalność eutanazji i organizacją ośrodków

oraz domów pomocy społecznej, hospicjów, czyli miejsc, w których starość jest mimo wszystko izolowana (por. Szarota 1998).

Zdarza się, że opiekunowie instytucjonalni zabraniają pensjonariuszom opuszczania domów pomocy, tłumacząc swe działania zakazem dzieci, które opłacają pobyt w placówce. Bez wątpienia jest to pogwałcenie prawa do samostanowienia i wolności osobistych.

Regulatorem i „strażnikiem” praw wszystkich polskich obywateli jest Ustawa Zasadnicza z 1997 roku.

Ustawa z 29 listopada 1990 r. o pomocy społecznej (Dz. U. nr 64/1990 poz. 414 z późniejszymi zmianami) gwarantuje zapewnienie starszemu człowiekowi należytej opieki w miejscu zamieszkania i poza nim. Ponadto określa i gwarantuje prawa do ochrony życia rodzinnego, do pomocy w integracji ze środowiskiem, do pomocy osobom mającym ograniczone możliwości poruszania się lub komunikowania z otoczeniem, dla osób w kryzysie życiowym, prawo do świadczeń pieniężnych – zasiłku celowego, zasiłku specjalnego: stałego i okresowego, dodatków z powodu długotrwałej choroby, do usług opiekuńczych (także specjalistycznych), wypoczynku.

Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. nr 117/1998, poz. 756) gwarantuje prawo do korzystania ze świadczenia z ubezpieczenia zdrowotnego osobom ubezpieczonym. Świadczenia kas chorych mają na celu: zachowanie zdrowia oraz zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie, zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczanie. Kasa chorych ma zapewnić: badanie i porady lekarskie i stomatologiczne, badanie diagnostyczne, leczenie (ambulatoryjne, w domu chorego, szpitalne oraz w ramach pomocy doraźnej, czyli pomoc pogotowia ratunkowego), rehabilitację

lecniczą, świadczenia pielęgniarskie, opiekę profilaktyczną, zaopatrzenie w leki i materiały medyczne, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze oraz lecznicze środki techniczne, orzekanie o stanie zdrowia, opiekę paliatywno-hospicyjną. Osoby ubezpieczone mają prawo do swobodnego wyboru lekarza rodzinnego, pielęgniarki i innych specjalistów udzielających świadczenia zdrowotne, związanych umową z Kasą Chorych. Mogą także wybierać szpital. Ubezpieczonym przysługuje leczenie uzdrowiskowe. Specjalistyczne procedury medyczne obejmujące czynności medyczne, leki oraz lecznicze środki techniczne, których wykaz ustala Minister Zdrowia, są finansowane z budżetu państwa, a nie ze środków Kas Chorych. Ubezpieczonym nie przysługują świadczenia ponadstandardowe, których wykaz ustala Minister Zdrowia.

Prawa zawarte w Polskiej Karcie Praw osób Niepełnosprawnych odnoszą się do części populacji Seniorów. Jednakże, wobec postępującej wraz z wiekiem medykalizacji potrzeb, nabierają one szczególnego znaczenia. Osoby starsze i niepełnosprawne nie mogą podlegać dyskryminacji. Muszą mieć zapewniony dostęp do dóbr i usług, do leczenia i opieki medycznej, rehabilitacji, do pomocy psychologicznej, do zabezpieczenia społecznego, do życia w środowisku wolnym od barier funkcjonalnych, do pełnego uczestniczenia w życiu publicznym, społecznym, kulturalnym, artystycznym, sportowym oraz rekreacji i turystyce, odpowiednio do swych zainteresowań i potrzeb.

Tak więc najistotniejsze wydają się prawa do niezależnego, samodzielnego i aktywnego życia.

Ogólnopolska Rada Obchodów Roku Seniorów w liście otwartym z 24 lutego 1999 roku zwróciła się z apelem „o podejmowanie działań w środowiskach lokalnych, które przyniosą pomoc i radość Seniorom, a także pozwolą im aktywnie włączyć się w życie innych pokoleń”. Apel ten odniesie skutek wyłącznie, wtedy gdy same osoby starsze podejmą własną aktywność. Tymczasem polskie organizacje zrzeszające ludzi starych stanowiły w latach dziewięćdziesiątych około 6% pozarządowych stowarzyszeń (por. J. Erenc, J. Boczoń, 1993). Przeważająca ich część ma krótką historię, będącą implikacją polskiej transformacji społeczno-ustrojowej¹.

Zakończenie

Osoby starsze są depozytariuszami kultury, tradycji, wiedzy i obyczaju. Wartości te są zasadnicze dla zachowania więzi międzypokoleniowych. Większość osób w podeszłym wieku wnosi bezcenne dobra do społeczności lokalnych, rodzin, społeczeństw, jako opiekunowie, mentorzy i aktywni obywatele. Angażują się oni w działalność organizacyjną, aktywność kulturalną oraz sąsiedzką. Wciąż są potrzebni swoim rodzinom. Z badań przeprowadzonych w Polsce w 1996 r. wynika, że co czwarty wolontariusz to osoba w starszym wieku. Przed najstarszą generacją roztacza się więc szeroka oferta pełnienia różnorodnych, użytecznych ról społecznych i pól ich aktywnego obywatelstwa. Szerokie i powszechne zaangażowanie seniorów (teoria aktywności, teoria kompetencji) zależne jest od starań o poprawę możliwości dialogu, wymiany i współpracy międzygeneracyjnej, wzmocnienia zdolności

¹ Organizacje kombatanckie: np. Towarzystwo Katyńskie, organizacje samopomocowe, kulturalno-oświatowe, np. Uniwersytety Trzeciego Wieku, kluby seniora, religijne jak np. biura Radia Maryja

rodziny i wspólnoty lokalnej w dostarczaniu opieki i wsparcia osobom starszym, wzmocnienia zdolności sektora państwowego i prywatnego, organizacji pozarządowych i dobroczynnych do współpracy na rzecz osób starszych, respektowania i przestrzegania praw przynależnych osobom starszym.

Faktyczna realizacja praw człowieka starszego wydaje się nieprawidłowa. Osoby starsze cierpią z powodu zmniejszonej umiejętności adaptacji do funkcjonowania w warunkach społeczeństwa ciągłej zmiany, utraconej zdolności do swobodnego pokonywania przeszkód kulturowych i socjo-ekonomicznych. Wiele osób starszych nie ma dostępu do podstawowych dóbr życiowych z powodu dyskryminacji związanej nie tylko z wiekiem, ale także z pochodzeniem etnicznym, rasą, wyznaniem, płcią, ekonomicznymi i praw-

nymi przyczynami nierówności². Zmiany zachodzące w obyczajowości, strukturze i funkcjach rodziny, w stylu życia całych społeczeństw, mogą przynieść znaczące i przykre konsekwencje dla osób starszych.

Zdanie, które kiedyś usłyszałam „(starość)... zabiera niezależność, zabiera osobowość, zabiera wszystko, poza pamięcią...” jest gorzkie. Trzeba dołożyć starań, by już nikt nigdy w ten sposób nawet nie myślał o sobie, by prawo z ludzką twarzą stosowane było także wobec tych najsłabszych, by upodmiotowienie jednostek stało się paradygmatem uspołecznienia osób w wieku young old, old old, oldest old.

*Dr Zofia Szarota
Instytut Nauk o Wychowaniu
Akademia Pedagogiczna im. KEN
w Krakowie*

Bibliografia:

1. Erenc J., Boczoń J., Ludzie starzy w samoorganizującym się społeczeństwie – zarys problemu, „Zeszyty Problemowe Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego” Nr 5/1993
2. Frąckiewicz L., Bariery uczestnictwa ludzi starszych w integracji społecznej, (w:) Dzięgielewska M. (red.), Przestrzeń życiowa i społeczna ludzi starszych, Biblioteka Edukacji Dorosłych, Łódź 2000
3. Prawa człowieka. Dokumenty międzynarodowe. Przekład: Gronowska B., Jasudowicz T., Mik C., Wydawnictwo Comer, Toruń 1996
4. Szarota Z., Wielofunkcyjna działalność domów pomocy społecznej dla osób starszych. Wyd. Nauk. WSP, Kraków 1998
5. Dz. U. Nr 38/1977, poz. 167, Dz. U. Nr 64/1990, poz. 414, Dz. U. Nr 1/1993, poz. 284, Dz. U. Nr 117/1998, poz. 756, Dz. U. Nr 147/1998, poz. 962, Dz. U. Nr 8/1999, poz. 67
6. www.diecezjalne.katowice.opoka.org.pl, www.eurag-europe.org, www.fidh.org, www.helpage.org, www.hrw.org, www.ifa-fiv.org, www.mpips.gov.pl – portal Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, www.ngo.pl – portal organizacji pozarządowych, www.orpagov.pl, www.seniorweb.nl, www.spes.org.pl

² Kulturowo uwarunkowana sytuacja wdów hinduskich, które dla rodziny są zwiastunem nieszczęścia i, choć nie płoną już na stosie pogrzebowym zmarłego męża, to czeka je trudne, uzależnione od jałmużny, życie w aśramie, sytuacja prawna i obyczajowa kobiet arabskich i afrykańskich, ukrytych w burkach kobiet muzułmańskiego Wschodu. Starsze kobiety, których jest więcej w generalnej populacji osób wieku sędziwego, nieproporcjonalnie bardziej niż mężczyźni cierpią z powodu ubóstwa, złego stanu zdrowia i izolacji społecznej.

Podstawy tworzenia Systemów Pomocy Rodzinie i Dziecku

Głównym celem Systemu Pomocy jest pełna koordynacja działań instytucji publicznych i niepublicznych, zajmujących się opieką i pomocą dziecku i rodzinie w środowisku lokalnym. Aby realizować to założenie należy uwzględnić następujące zasady organizowania pomocy i opieki:

- **Blżej dziecka:** najlepiej w rodzinie,
- **Wcześniej:** zanim narosną problemy,
- **Krócej:** aby nie zdejmować odpowiedzialności rodziców za dziecko,
- **Taniej:** środowiskowo i lokalnie zamiast instytucjonalnie (stacjonarnie),
- **Lepiej:** wykorzystując specjalistów i fachowców, pracujących z określonymi problemami.

O systemie pomocy dziecku i rodzinie można mówić, gdy oferta pomocy w odniesieniu do tych grup zarówno na terenie gminy, powiatu czy województwa spełnia trzy podstawowe warunki:

1. Pracownicy wszystkich placówek pracujących z dzieckiem i rodziną na danym terenie włączeni są w proces pomocy.
Oznacza to, iż w zamierzeniu każdy profesjonalista:
 - a. potrafi identyfikować przypadki dzieci zaniedbywanych lub rodziny z problemem wśród swoich podopiecznych dzięki znajomości symptomów i czynnika ryzyka,
 - b. ma wiedzę i umiejętności związane z podejmowaniem decyzji interwencji terapeutycznej i kryzysowej w rodzinie,

- c. zna kompetencje i zasady współpracy ze wszystkimi służbami i instytucjami, które uczestniczą w procesie pomocy i wsparcia,
 - d. ma gotowość włączania się do takiej współpracy.

2. Pomoc udzielana dzieciom i ich rodzinom jest interdyscyplinarna.

Oznacza to:

- a. wspólne wypracowywanie strategii pomocy konkretnemu dziecku i jego rodzinie przez interdyscyplinarny zespół profesjonalistów znających dziecko/rodzinę bądź zobowiązanych do opieki nad nimi (np. rejonizacja) – zespół taki w zależności od potrzeb składać się może z pracownika socjalnego, pedagoga szkolnego, kuratora sądowego policjanta i innych,
- b. wspólną realizację strategii pomocy – podział ról, działanie, spotkania oceniające skuteczność podjęcia przyjętej strategii.

3. Element systemu stanowi specjalistyczna instytucja, której rolą jest:

- a. animacja działań prowadzących do podniesienia wrażliwości, kompetencji i gotowości do współpracy profesjonalistów, o których mowa w pkt. 1 (szkolenia, akcje informacyjne, konsultacje),
- b. inicjowanie pracy zespołów interdyscyplinarnych,
- c. specjalistyczna pomoc dzieciom i ich rodzinom (zaspakajanie potrzeb życiowych, konsultacje, terapia, grupy wsparcia i inne).

I. Określenie celów Lokalnego Systemu Pomocy Rodzinie

W organizowaniu systemu trzeba uwzględnić:

1. koordynację wszelkich działań instytucji samorządowych i organizacji pozarządowych zajmujących się na terenie gminy (powiatu) pomocą dziecku i rodzinie,
2. możliwość udzielenia wczesnej pomocy dziecku w rodzinie i rodzinie,
3. opracowanie „wachlarza” możliwości korzystania z różnych form opieki, pomocy i wsparcia dla dziecka i rodziny na terenie gminy (powiatu),
4. ewentualne kierowanie dziecka do placówki opieki całkowitej – dopiero po wyczerpaniu wszelkich możliwości pomocy dziecku i rodzinie w środowisku,
5. szukanie możliwości kierowania dzieci w przypadku braku opieki, zerwania więzi rodzinnej z rodziną naturalną, zagrożenia życia i zdrowia dziecka – przede wszystkim do wszelkich możliwych form rodzinnej opieki zastępczej, a dopiero potem do form instytucjonalnych,
6. powrót dziecka do rodziny naturalnej po poddaniu się rodziny dysfunkcyjnej ewentualnej terapii,
7. powstanie wielofunkcyjnych placówek, a także wyspecjalizowanych zespołów interwencyjnych, dających możliwość reagowania i podejmowania prób rozwiązania problemów aktualnie pojawiających się w środowisku lokalnym,
8. umieszczenie w budowanej strukturze systemu – jako jej integralnego elementu – odpowiedzialności rodziców za wychowanie dziecka oraz odpowiedzialności lokalnego środowiska za pomoc dziecku i rodzinie.

II. Określenie funkcji i zadań Lokalnego Systemu Pomocy Rodzinie

Zadania Systemu realizowane są przez poszczególne elementy (placówki i zespoły specjalistów). Składają się na nie zadania realizowane przez instytucje samorządowe i organizacje pozarządowe działające na terenie gminy (powiatu) w zakresie funkcji:

- edukacyjnej,
- opiekuńczej i wychowawczej,
- terapeutycznej,
- interwencji w kryzysie.

Placówki te powinny realizować między innymi następujące skoordynowane działania:

- prowadzenie banku danych na temat: zagrożeń dla dzieci i rodzin – występujących w gminie/powiecie, możliwości udzielenia różnych form pomocy, materiałów i programów do realizacji określonych potrzebami zadań wynikających z sytuacji lokalnego środowiska,
- kierowanie dzieci i rodzin do różnych form pomocowych,
- prowadzenie bezpośredniej pracy z dziećmi i rodzinami wg potrzeb określonych funkcji,
- prowadzenie terapii dla dzieci i rodzin w potrzebnym zakresie,
- prowadzenie poradnictwa, doradzenia wychowawczego dla dzieci, młodzieży i rodziców (np. telefon zaufania),
- organizowanie działalności pozalekcyjnej dla dzieci i młodzieży – rozwój zainteresowań, organizacja czasu wolnego,
- interwencyjne w kryzysie rodzinnym (np. w przypadku przemocy w rodzinie),
- inne zadania wynikające z potrzeb środowiskowych.

Zadania zespołu specjalistów (centrum koordynacyjnego) to m.in.:

- przyjmowanie zgłoszeń dzieci i ich rodzin,
- prowadzenie kwalifikacji zgłoszeń (problem, diagnozowanie sytuacji rodziny i dziecka),
- kierowanie do określonych instytucji, stowarzyszeń, placówek systemu – zajmujących się pracą z dziećmi i rodzinami na terenie gminy (powiatu),
- opracowanie indywidualnych planów pracy z dzieckiem i rodziną przy kierowaniu do form opieki całkowitej i częściowej,
- prowadzenie pracy środowiskowej z rodzinami dzieci we współpracy z ośrodkami pomocy społecznej i innymi placówkami – działającymi w środowisku lokalnym,
- prowadzenie szkoleń dla pracowników, rodziców oraz innych osób i instytucji w związku z określonymi potrzebami,
- stała informacja środowiska lokalnego o funkcjonowaniu Systemu, możliwościach uzyskania różnych form pomocy.

III. Procedura organizowania Lokalnych Systemów Pomocy

Proces budowania systemu jest rozłożony w czasie. Najważniejsze zadania to:

1. Sporządzenie mapy istniejących instytucji publicznych i niepublicznych oraz prowadzonych przez te podmioty placówek na terenie gminy (powiatu).
2. Zebranie informacji o specjalistach pracujących w tych instytucjach.
3. Zbudowanie mapy zagrożeń dla dzieci i rodzin w gminie (powiecie).
4. Zlokalizowanie braków na mapie gminy (powiatu), uwzględniając wszystkie grupy dzieci, młodzieży oraz rodziny potrzebujące pomocy, sprawdzając możliwości jej uzyskania w potrzebnym zakresie.
5. Rozważenie możliwości gminy (powiatu) w zakresie tworzenia własnych ośrodków, zlecenia określonej działalności do wykonania przez placówki prowadzące już sprawdzoną działalność w środowisku lokalnym, a także nad możliwością kierowania dzieci do rodzin zastępczych lub placówek specjalistycznych (a w razie ich braku – do innej gminy albo powiatu).
6. Nawiązanie współpracy (porozumienie) z innymi gminami lub powiatem w celu realizacji wspólnego, ponadlokalnego przedsięwzięcia w zakresie potrzeb wynikających ze środowiska lokalnego.
7. Powołanie koordynatora programu np. Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie oraz opracowanie planu pracy Lokalnego Systemu Pomocy.
8. Zbudowanie struktury Systemu, bazując na istniejących instytucjach publicznych i niepublicznych (umowy o współpracy), zasilenie kadry specjalistów.
9. Szkolenie pracowników.
10. Opracowanie narzędzi badawczych dla oceny skuteczności działania różnych form pomocy
11. Ewaluacja programu, analiza form działalności, wprowadzenie koniecznych zmian.

PROPOZYCJE DZIAŁAŃ – ETAPY WYPRACOWYWANIA SYSTEMU:**1. Monografia terenu działania – zebranie informacji nt:**

- a. skali danego problemu,
- b. oferty placówek i instytucji działających na terenie objętym działaniem w zakresie różnych form pomocy dzieciom i rodzinom,
- c. postaw, kompetencji i doświadczeń w zakresie pomocy dzieciom i rodzinom, pracujących z nimi lub na ich rzecz na danym terenie przyszłych współtwórców systemu,
- d. możliwości i barier podejmowanych działań pomocowych, skierowanych do adresatów, stwarzanych przez regulacje prawne, kompetencje samorządowe, założenia regionalnej polityki społecznej, programy rządowe.

Co nam da taka wiedza?

- 1. Zebranie takich informacji jest ważnym etapem wypracowywania systemu pomocy, koniecznym do planowania kierunku i zakresu działań pomocowych, adresowanych do dzieci i rodziny. Dzięki zgromadzonym danym można oszacować jak dużą grupą należy się zająć, jakie formy pomocy będą potrzebne. Rozpoznanie oferty innych placówek i instytucji pozwoli odpowiedzieć na pytanie, czy wszystko musimy zrobić sami czy możliwa jest współpraca, korzystanie z oferty innych i w jakim zakresie.
- 2. Zgromadzone dane pozwolą opracować programy szkoleniowe, adresowane do profesjonalistów – przyszłych współpracowników, bez których praca systemu nie będzie możliwa. Poznanie postaw, kompetencji i doświadczeń, związanych z pomocą dziecku i rodzinie w sytuacjach kryzysowych czy choroby lub niepeł-

nosprawności – w różnych grupach zawodowych ukierunkuje plany szkoleniowe – pomoże zdecydować, kogo szkolić w pierwszej kolejności, jakie aspekty problemu eksponować i pogłębiać, czy inwestować głównie w wiedzę czy w umiejętności.

- 3. Zgromadzone i opracowane informacje mogą wreszcie być wykorzystywane jako pewne dane legitymizujące potrzebę podejmowanych działań na rzecz pomocy rodzinie z dzieckiem. W spotkaniach ze sponsorami, władzą samorządową, przyszłymi współpracownikami dysponując takimi danymi nie występuje się jako grupa zapaleńców chcących pomóc biednym dzieciom, tylko jako zespół dysponujący profesjonalną diagnozą problemu, opracowujący plany swoich działań na bazie wiarygodnych danych.

2. Przygotowanie współpracowników

Założeniem systemowej pomocy rodzinie i dziecku jest współpraca ze wszystkimi instytucjami i placówkami, których pracownicy mogą zidentyfikować przypadki np. krzywdzenia dzieci, bezradności w sprawach opiekuńczo wychowawczych, braku zapewnienia należytej opieki nad dzieckiem, trudności w wypełnianiu funkcji opiekuńczych z uwagi na niepełnosprawność dziecka, jego długotrwałą chorobę itp.; podjąć interwencję i współpracować w procesie pomocy dziecku i jego rodzinie. Wszystkie te działania muszą bazować na wiedzy o różnych aspektach dysfunkcji, wiedzy, która często nie pokrywa się z wiedzą potoczną, łamie stereotypy, wiedzy, której często nie mają nawet profesjonalści. Pracownicy niektórych instytucji oświatowych, służby zdrowia, pomocy społecznej nie zawsze pomagają w przypadkach kryzysu

rodzinnego, bowiem nie znają kryteriów diagnostycznych, nie są pewni swoich podejrzeń, nie wiedzą jak interweniować, uważają, że nie leży to w ich kompetencjach. Postulat kształcenia i dokształcania takich osób jawi się zatem jako oczywisty, nie sposób bowiem myśleć o jakimkolwiek programie pomocowym, jeśli jego potencjalni współrealizatorzy lub co najmniej z racji wykonywanego zawodu – sojusznicy, nie mają podstawowej wiedzy i umiejętności z zakresu problemu, którego pomoc dotyczy.

Kogo uznać można za współpracownika, czy innymi słowy osobę współrealizującą proponowany system? W przedstawianym tu lokalnym systemie pomocy rodzinie i dziecku współpracownikiem takim zostać może każdy profesjonalista, którego kompetencje pozwalają mu w ramach zawodowych obowiązków przyjąć aktywną rolę w procesie pomocy. W praktyce głównymi grupami zawodowymi włączanymi w taki proces są pracownicy pomocy społecznej, policjanci, pracownicy pediatrycznej służby zdrowia, pedagodzy szkolni, pedagodzy poradni, nauczyciele, wychowawcy przedszkoli, pracownicy wymiaru sprawiedliwości – sędziowie, prokuratorzy, kuratorzy sądowni. Strategia szkolenia profesjonalistów zależy w dużej mierze nie tylko od terenu objętego w zamierzeniu działaniem systemu – grupy odbiorców, ale również od obecnego poziomu wiedzy i kompetencji naszych współpracowników.

3. Centrum koordynacyjne

Funkcjonowanie takiego centrum pomocy dziecku i rodzinie z problemem, oferującego specjalistyczną pomoc i integrujące działania innych instytucji pomocowych na danym terenie stanowi podstawę budowania systemu pomocy. Jednocześnie z wielu wzglę-

dów jest to etap najtrudniejszy do realizacji – zakłada m.in. zintegrowanie działań różnych, dotychczas działających ale nie współpracujących ze sobą placówek tak, aby stanowiły współdziałającą ze sobą sieć. Placówka taka w założeniu pełni funkcję dowodzenia i koordynacji podejmowanych działań – tu wypracowywany jest system pomocy dziecku i rodzinie. Tu na rodziny czekają specjaliści – pracownicy socjalni, prawnicy, psychologowie, pedagodzy, terapeuci; tu spotykają się zespoły interdyscyplinarne; stąd wychodzą i tu realizowane są inicjatywy szkoleniowe; tu organizowane są akcje informacyjne; publikowane są materiały, opracowania czy broszury. Ośrodek koordynujący to instytucja, która animowałaby lokalne funkcjonowanie tego systemu, prowadziła interwencje w najtrudniejszych przypadkach oraz oferowała terapię rodzinną, jak również świadczyła by specjalistyczne poradnictwo i doradztwo nie tylko dla swoich klientów ale również dla pracowników instytucji współdziałających z danego terenu. W założeniach szczególnie ważne jest, aby funkcja animacyjna i integracyjna placówki wiodącej faktycznie oznaczała animowanie i integrowanie, a nie jakiegokolwiek zwierzchnictwo, nadzór i kierowanie.

4. Współpraca władz samorządowych z organizacjami pozarządowymi

Jedną z zasadniczych słabości pomocy społecznej świadczonej w naszym kraju przez różne podmioty jest brak integracji działań. Częstokroć na danym terenie funkcjonuje wiele placówek, świadczących specjalistyczną pomoc na rzecz dzieci i rodzin i wymagających pomocy i wsparcia. Jednakże wiele z nich – państwowych, samorządowych,

niepublicznych – nic o sobie nie wie, albo działa zupełnie niezależnie od siebie. Sprzyja temu istniejący system prawny, nie wymuszający współdziałania, nie zmienia to jednak faktu, że sytuacja taka jest niezadowolająca i dysfunkcyjna. W społeczeństwie demokratycznym organem zawiadującym w mniej lub bardziej formalny sposób są na danym terenie władze samorządowe. To one w ramach istniejących możliwości formalno-prawnych winny koordynować pomoc społeczną na swoim terenie, to one powinny posiadać wiedzę na temat potrzeb lokalnego środowiska, to one posiadają środki finansowe na rozwiązywanie lokalnych problemów społecznych. Istnieje tu ogromne pole działania dla organizacji pozarządowych, które tylko wspólnie z samorządami mogą realizować własne zamierzenia i cele a tym samym stać się nieodłącznym ogniwem systemu pomocy dziecku i rodzinie.

Również władze samorządowe powinny pamiętać o roli organizacji pozarządowych w realizacji własnych zadań, związanych ze sprawnie funkcjonującym systemem pomocy:

- a. organizacja pozarządowa może pomóc rozwiązać lokalne problemy, którym trudno przeciwdziałać ze względu na luki w ofercie placówek podległych samorządom,
- b. współpracując z organizacją pozarządową można osiągnąć cele polityki gminy, powiatu czy województwa przy mniejszych nakładach finansowych, korzystając poniekąd ze środków finansowych organizacji oraz pracy, wiedzy czy umiejętności jej członków czy współpracowników,
- c. w organizacjach pozarządowych częstokroć działają niepoprawni optymiści, pasjonaci i altruści, a takim oso-

bom zdarza się osiągać cele niedostępne dla innych,
d. wśród działaczy organizacji pozarządowych, ich rodzin, sympatyków, protektorów i beneficjentów znajdują się również wyborcy.

5. Konieczność zmian legislacyjnych

Skuteczne wsparcie dla dzieci i rodzin poprzez profesjonalnie funkcjonujący system pomocy wymaga nie tylko kompetentnych i zaangażowanych profesjonalistów, nie zawsze gwarantują ją priorytety polityki prorodzinnej samorządu lokalnego. Możliwości efektywnej pomocy przekreślane bywają przez brak odpowiednich rozwiązań legislacyjnych lub niespójne przepisy wykonawcze. Wymaga to od zespołów interdyscyplinarnych systemu pomocy dużego wysiłku, zintensyfikowanych działań w celu poprawy funkcjonującego prawa na podstawie własnych doświadczeń praktycznych oraz przy zastosowaniu właściwych form (np. w formie interpelacji).

6. Wnioski

Tak konstruowany Lokalny System Pomocy powinien być czuły na potrzeby środowiska, elastyczny w działaniu. Jeśli taki sposób myślenia o ważności problemów społeczności lokalnej – będzie przyświecał władzom gminy lub powiatu – w niedługim czasie zauważalne będą pozytywne zmiany w zakresie możliwości oddziaływania na potrzeby społeczności w jej środowisku zamieszkania.

*Beata Dąbrowska
Regionalny Ośrodek
Polityki Społecznej*

MAŁOPOLSKI PROGRAM ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW SPOŁECZNYCH na lata 2002–2006

Strategia dla województwa małopolskiego

Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Krakowie

Prezentacje

podstawa prawna:

- art. 11b ust. 1 pkt. 1 ustawy z dnia 29 listopada 1990r. o pomocy społecznej
- art. 18 pkt. 2 ustawy z dnia 5 czerwca 1998r. o samorządzie województwa

Wprowadzenie

Ustawa z dnia 29 listopada 1990 r. (z późn. zm.) o pomocy społecznej, w art. 11b określa zadania przewidziane dla samorządów województw, gdzie jednym z nich jest „sporządzanie bilansu potrzeb i środków w zakresie pomocy społecznej we współpracy z gminami i powiatami oraz opracowywanie strategii rozwoju”.

Diagnozowanie rzeczywistości społecznej, wyznaczanie zakresów analiz, źródeł pozyskiwania danych, budowanie sieci konsultantów i współpracowników, opracowywanie narzędzi badawczych służących bilansowaniu potrzeb będących podstawą wyznaczania kierunków działań jest długotrwałym i złożonym procesem. Wymaga wspólnych działań z przedstawicielami jednostek organizacyjnych gmin i powiatów – ośrodków pomocy społecznej, powiatowych centrów pomocy rodzinie. W trakcie spotkań i prowadzonych konsultacji opracowano narzędzia badawcze służące gromadzeniu wiedzy o sytuacji pomocy społecznej – zasobach i problemach. W ramach Seminarium nt. „Tworzenie Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych” (25–26.09.2001 r. – Sucha Beskidzka), z udziałem kierowników OPS i PCPR z terenu całego województwa małopolskiego, wspólnie pracowano nad zagadnieniem budowania strategii społecznej. Rozwinięto ponadto niezbędną współpracę z administracją rządową, wykorzystując gromadzone dane z zakresu realizacji świadczeń pomocy społecznej. Uspołeczniając strategię rozwiązywania problemów społecznych oraz diagnozując patologie społeczne wykorzystano doświadczenie Komendy Wojewódzkiej Policji w Krakowie, Wojewódzkiego Urzędu Pracy, Uniwersytetu Jagiellońskiego oraz działających w regionie organizacji pozarządowych.

Małopolski Program Rozwiązywania Problemów Społecznych, zwany dalej „Programem” pozwoli zaplanować działania województwa z zakresu polityki społecznej w taki sposób, aby przeciwdziałać najistotniejszym zagrożeniom społecznym, przy

24 es.O.es

aktywnym udziale samorządów lokalnych i organizacji pozarządowych. Zagrożenia takie, jak negatywne skutki ubóstwa i zjawisko wykluczenia społecznego to wyzwanie nie tylko dla Małopolski, ale również dla społeczeństw współczesnej Europy. Stąd „Program” odnosi się w dużej mierze do zapisów zawartych w dokumencie „Agenda Socjalna 2000”, określających wymagania unijne w dziedzinie socjalnej wobec krajów członkowskich i ubiegających się. Spójna polityka województwa wobec tych zagadnień, przyczyni się do realizacji postulatów przedakcesyjnych, związanych ze staraniami Polski o przystąpienie do Unii Europejskiej i umożliwi ubieganie się w przyszłości o środki pomocowe.

Niniejszy „Program” jest zgodny i wynika ze Strategii Rozwoju Województwa Małopolskiego, uchwalonej przez Sejmik Województwa Małopolskiego 28 sierpnia 2000 r. Jest on rozwinięciem tych elementów Strategii, które odnoszą się do zagadnień polityki społecznej, tzn.:

w Polu: *Mieszkańcy*

Cel nadrzędny: A: *Lepiej wykształceni, aktywni i przedsiębiorczy mieszkańcy*
cel strategiczny: A.2.: *Środowisko promujące przedsiębiorczość i aktywność obywateli*

rozwiązanie: A.2.4.: *Rozszerzenie współpracy organizacji pozarządowych z partnerami publicznymi i gospodarczymi,*

Cel strategiczny A.3.: *Spójne, solidarne i bezpieczne społeczności.*

rozwiązania: A.3.3.: *Wyrównywanie szans życiowych dla osób niepełnosprawnych*

A.3.4.: *Przeciwdziałanie patologiom społecznym*

Cel strategiczny A.4.: *Silna rodzina i zdrowy styl życia*

rozwiązanie: A.4.1.: *Prorodzinne rozwiązywanie problemów społecznych*

Oczekiwanie rezultaty tych działań to:

- normalizacja sytuacji osób niepełnosprawnych we wszystkich dziedzinach życia społecznego i zawodowego,
- ograniczenie procesów rozkładu rodziny,
- obniżenie przestępczości, zwłaszcza nieletnich,
- ograniczenie uzależnień (alkoholizm, narkomania) zwłaszcza wśród młodzieży,
- wzmocnienie rodziny jako wspólnoty podstawowej,
- ograniczenie zjawiska skrajnej biedy i wykluczenia społecznego,
- zmniejszenie odsetka rodzin patologicznych.

Rozwiązywanie problemów społecznych to nie tylko zadanie samorządu województwa. To przede wszystkim organizowanie wsparcia i pomocy osobom potrzebującym w miejscu ich zamieszkania, a więc przy udziale jednostek organizacyjnych samorządów lokalnych. Województwo poprzez działalność Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej pełni rolę wspierającą, aktywizującą, koordynującą i inicjującą nowe rozwiązania, zmierzając tym samym do wyrównywania poziomu życia mieszkańców naszego regionu. Małopolski Program Rozwiązywania Problemów Społecznych określa zatem główne działania samorządu województwa zgodnie z przypisanymi województwu zadaniami z zakresu pomocy społecznej.

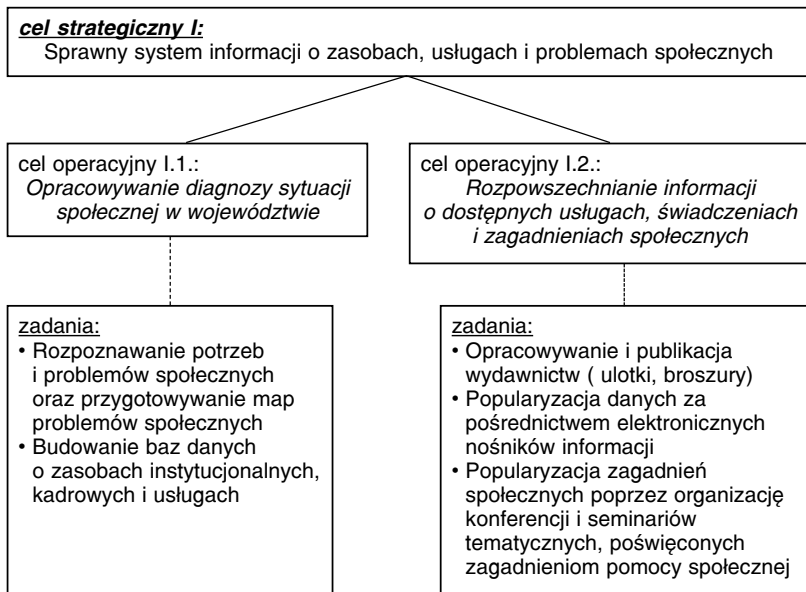
Cele strategiczne i operacyjne oraz zadania Programu

Misja: *Zintegrowany, efektywny model regionalnej pomocy społecznej.*

Cele strategiczne:

- I. Sprawny system informacji o zasobach, usługach, problemach.
- II. Aktywne społeczności lokalne.
- III. Profesjonalna kadra pomocy społecznej.
- IV. Efektywne, nowatorskie programy celowe.

Cel strategiczny I



Oczekiwane rezultaty:

- poprawa dostępności do świadczeń pomocy społecznej,
- poprawa dostępności do informacji o pomocy społecznej i problemach społecznych,
- wzrost poczucia bezpieczeństwa socjalnego osób zagrożonych wykluczeniem społecznym,
- wyrównywanie poziomu życia mieszkańców województwa poprzez prawidłową alokację środków pomocowych,
- właściwe planowanie w zakresie podejmowanych działań w polityce społecznej.

Monitorowanie i ocena wyników:

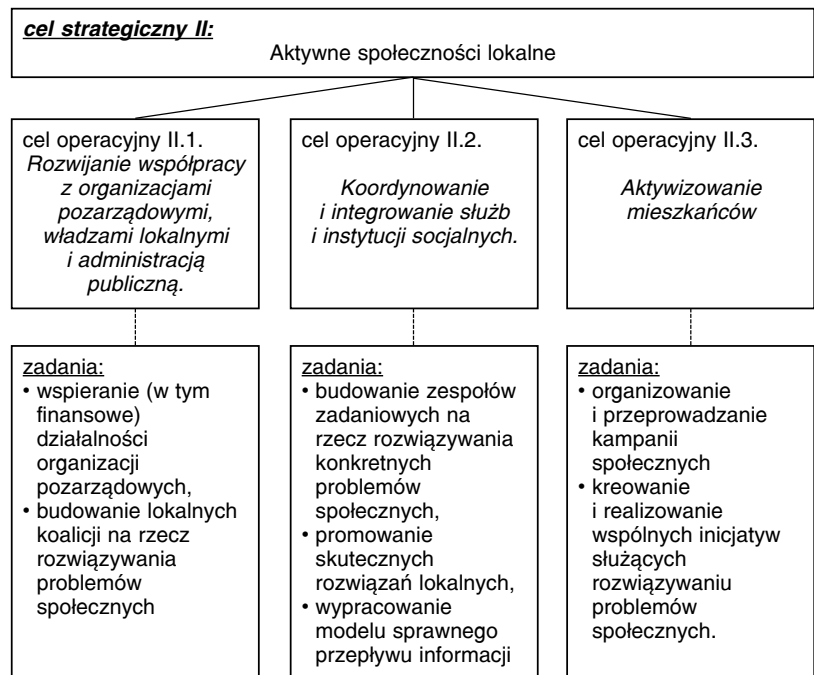
Wskaźniki:

- ilość wydawnictw,
- ilość opracowanych raportów tematycznych dotyczących poszczególnych problemów społecznych,
- ilość opracowanych prezentacji,
- ilość osób korzystających ze strony internetowej ROPS.

Realizatorzy i partnerzy:

- Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej,
- Jednostki organizacyjne pomocy społecznej (OPS, PCPR, Wydział Polityki Społecznej Małopolskiego Urzędu Wojewódzkiego),
- Policja,
- partnerzy zagraniczni,
- organizacje pozarządowe,
- uczelnie wyższe i ośrodki badawcze (np. GUS, opinii publicznej).

Cel strategiczny II



Prezentacje

Oczekiwane rezultaty:

- poprawa efektywności świadczeń,
- większa świadomość potrzeb społecznych,
- wzrost poczucia odpowiedzialności za sprawy społeczne na poziomie lokalnym,
- zwiększona aktywność obywatelska,
- wzrost poczucia integracji i solidarności społecznej na poziomie lokalnym,
- powiększenie oferty świadczeń i form pomocy.

Monitorowanie i ocena wyników:

Wskaźniki:

- liczba realizowanych projektów i programów pomocowych,
- liczba kampanii i akcji społecznych.

Realizatorzy i partnerzy:

- Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej,
- Jednostki organizacyjne pomocy społecznej (OPS, PCPR, Wydział Polityki Społecznej Małopolskiego Urzędu Wojewódzkiego), inne jednostki organizacyjne,
- partnerzy zagraniczni,
- organizacje pozarządowe,
- władze i społeczności lokalne,
- uczelnie wyższe.

Cel strategiczny III

Oczekiwane rezultaty:

- zmiana modelu pracy socjalnej z interwencyjno-kryzysowego na profilaktyczny,
- wzrost liczby działań środowiskowych,
- wypracowane standardy opieki i pomocy społecznej,
- poprawa poziomu wykształcenia kadry pomocy społecznej,
- efektywniejszy model pracy socjalnej.

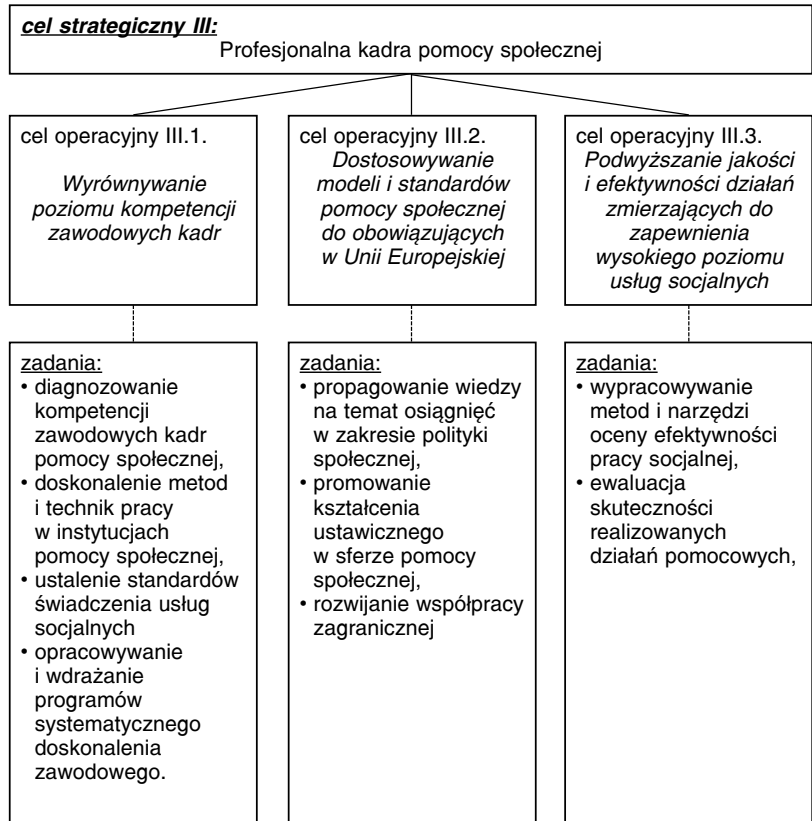
Monitorowanie i ocena wyników:

Wskaźniki:

- liczba szkoleń dla kadry pomocy społecznej,
- liczba uczestników w szkoleniach i kursach doskonalenia zawodowego,
- ilość organizacji pozarządowych realizujących konkretne świadczenia i formy pomocy.

Realizatorzy i partnerzy:

- Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej,
- Jednostki organizacyjne pomocy społecznej (OPS, PCPR, Wydział Polityki Społecznej Małopolskiego Urzędu Wojewódzkiego),
- partnerzy zagraniczni,
- władze lokalne,
- organizacje pozarządowe,
- uczelnie wyższe.



Prezentacje

Cel strategiczny IV

Oczekiwane rezultaty:

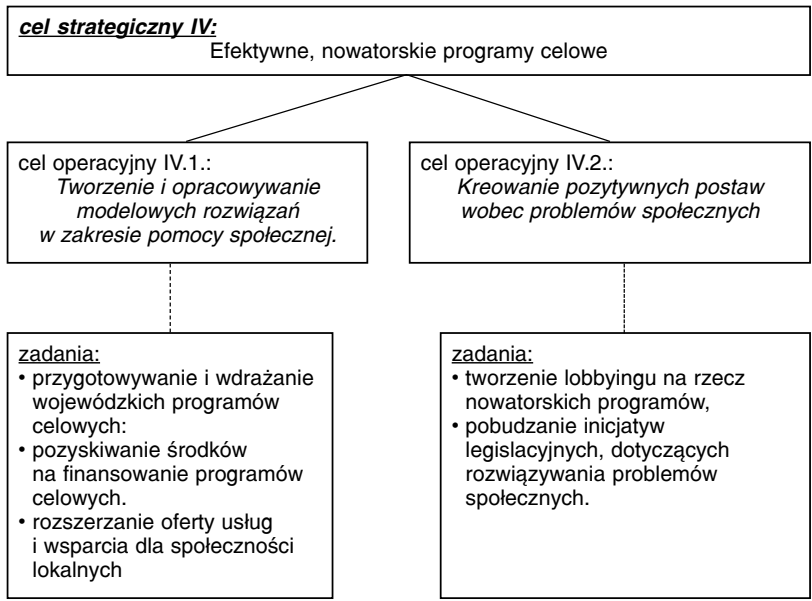
- upowszechnienie skutecznych rozwiązań w zakresie dominujących problemów społecznych,
- większy udział środków pozabudżetowych we wdrażanych programach pomocowych,
- większy udział organizacji pozarządowych w realizowanych działaniach pomocowych,
- bardziej adekwatne do potrzeb rozwiązania legislacyjne w zakresie spraw społecznych,
- ograniczenie zjawiska wykluczenia społecznego.

Monitorowanie i ocena wyników:

- Wskaźniki:
- liczba wdrażanych projektów, w tym w ramach programów unijnych,
 - ilość środków pozabudżetowych, pozyskanych na realizację programów,
 - ilość interpelacji i wniosków w sprawach dotyczących uregulowań w zakresie spraw społecznych,
 - ilość inicjatyw i projektów zgłaszanych przez podmioty niepubliczne.

Realizatorzy i partnerzy:

- Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej,
- Jednostki organizacyjne pomocy społecznej (OPS, PCPR, Wydział Polityki Społecznej Małopolskiego Urzędu Wojewódzkiego),
- partnerzy zagraniczni,
- ośrodki integracji europejskiej,
- organizacje pozarządowe,
- parlamentarzyści,
- władze lokalne,
- środki masowego przekazu.



NOWE AKTY PRAWNE

Dz.U.02.167.1372

USTAWA

z dnia 30 sierpnia 2002 r.

o zmianie ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi.

Dz.U.02.167.1376

ROZPORZĄDZENIE

MINISTRA PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ

z dnia 30 września 2002 r.

w sprawie szczegółowych zasad tworzenia, działania i finansowania warsztatów terapii zajęciowej.

Dz.U.02.156.1300

USTAWA

z dnia 17 lipca 2002 r.

o zmianie ustawy o finansach publicznych.

Dz.U.02.153.1269

USTAWA

z dnia 25 lipca 2002 r.

Prawo o ustroju sądów administracyjnych.

Dz.U.02.153.1270

USTAWA

z dnia 30 sierpnia 2002 r.

Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi.

Dz.U.02.153.1271

USTAWA

z dnia 30 sierpnia 2002 r.

Przepisy wprowadzające ustawę – Prawo o ustroju sądów administracyjnych i ustawę – Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi.

Dz.U.02.147.1231

USTAWA

z dnia 26 października 1982 r.

**o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi.
(tekst jednolity)**

Dz.U.02.135.1146

USTAWA

z dnia 26 lipca 2002 r.

o zmianie ustawy – Kodeks pracy oraz o zmianie niektórych innych ustaw.

Dz.U.02.122.1046
ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA SPRAWIEDLIWOŚCI
z dnia 18 lipca 2002 r.
w sprawie zmiany rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości w sprawie szczegółowych zasad zatrudniania skazanych.

Dz.U.02.115.1002
ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI
z dnia 16 lipca 2002 r.
w sprawie zabezpieczenia należytego wykonania umowy o zamówienie publiczne.

Dz.U.02.112.977
USTAWA
z dnia 20 czerwca 2002 r.
o zmianie ustawy o uprawnieniach do ulgowych przejazdów środkami publicznego transportu zbiorowego.

Warto wiedzieć

Spis treści:

1. *Wydarzenia... „Seniorzy XXI wieku” Konferencja Szkoleniowa w Krakowie* – opracowanie Małgorzata Szlązak ROPS 1
2. *Warto wiedzieć... Aspekty promocji zdrowia w podeszłym wieku* – opracowanie Anna Florek-Płaczek Małopolskie Centrum Zdrowia Publicznego w Krakowie 2
3. *Warto wiedzieć... Człowiek starszy jako podmiot prawa – postulaty globalnej polityki społecznej wobec seniorów* – opracowanie dr Zofia Szarota Instytut Nauk o Wychowaniu Akademia Pedagogiczna im. KEN w Krakowie 11
4. *Warto wiedzieć... Podstawy tworzenia Systemów Pomocy Rodzinie i Dziecku* – opracowanie Beata Dąbrowska ROPS 17
5. *Prezentacje... Małopolski Program Rozwiązywania Problemów Społecznych na lata 2002–2006* 23
6. *Warto wiedzieć... Nowe akty prawne* 30

Dwumiesięcznik **es.O.es**
redagowany jest przez pracowników
Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Krakowie

31-026 Kraków, ul. Radziwiłłowska 1
tel./fax (012) 430-29-73, 422-06-36
www.rops.krakow.pl
e-mail: biuro@rops.krakow.pl
e-mail **es.O.es**: esoes@poczta.fm

OKŁADKA:
Mieszkaniec huculszczyny
fot. Katarzyna Bielczyk-Fitowska

Wydawnictwo finansowane ze środków
Samorządu Województwa Małopolskiego

DRUK: P.Z.U. „DRUKMAR”
32-080 Zabierzów, ul. Rzemieślnicza 10