

# ASOS 2014-2020

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

---

Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej

*Raport końcowy z realizacji projektu*

## **„Nowa Jakość dla Seniora”**



## **RAPORT KOŃCOWY z realizacji Projektu „Nowa Jakość dla Seniora”**

**Redakcja naukowa:**

**Autorzy:**

**dr hab. Robert Gwiazdowski**

Monika Breitkopf

dr Maciej Filipowicz

Michael Gomola

Grzegorz Kalla

Robert Kwiatkowski

Olga Lisowska

dr Łukasz Łotocki

Bolesław Meluch

Marzena Rudnicka



**Warszawa, grudzień 2015 r.**



## Spis treści

|         |                                                                                                                                              |    |
|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1       | Wstęp .....                                                                                                                                  | 5  |
| 2       | Wprowadzenie i rekomendacje – dr hab. Robert Gwiazdowski.....                                                                                | 6  |
| 3       | Część I. Usługi opiekuńcze dla osób starszych .....                                                                                          | 12 |
| 3.1     | Definicja usług opiekuńczych .....                                                                                                           | 12 |
| 3.2     | Działania Unii Europejskiej w dziedzinie opieki nad osobami starszymi .....                                                                  | 14 |
| 3.3     | Analiza praktyk opiekuńczych nad osobami starszymi w Austrii, Francji,<br>Niderlandach, Niemczech i Polsce (przykłady dobrych praktyk) ..... | 19 |
| 3.3.1   | Podejście do odpowiedzialności za opiekę długoterminową .....                                                                                | 19 |
| 3.3.1.1 | Formalna odpowiedzialność za opiekę długoterminową .....                                                                                     | 19 |
| 3.3.1.2 | Finansowanie opieki długoterminowej .....                                                                                                    | 20 |
| 3.3.2   | Długoterminowa opieka stacjonarna.....                                                                                                       | 19 |
| 3.3.3   | Promowanie opieki dochodzącej .....                                                                                                          | 21 |
| 3.4     | Jakość opieki .....                                                                                                                          | 28 |
| 3.5     | Warunki świadczenia usług opiekuńczych w Polsce .....                                                                                        | 35 |
| 3.6     | Opieka dochodząca w regulacjach .....                                                                                                        | 35 |
| 3.7     | Zamówienia publiczne a opieka dochodząca .....                                                                                               | 37 |
| 4       | Część II. Rezultaty badań .....                                                                                                              | 41 |
| 4.1     | Uzasadnienie celu przeprowadzonych badań.....                                                                                                | 41 |
| 4.2     | Opis wyników pierwszego badania ilościowego.....                                                                                             | 45 |
| 4.2.1   | Próba oceny jakości życia respondentów.....                                                                                                  | 45 |
| 4.2.2   | Oczekiwania respondentów związane ze świadczeniem usług opiekuńczych .....                                                                   | 52 |
| 4.3     | Wnioski do dalszych badań nad kryteriami jakościowymi w usługach opiekuńczych.....                                                           | 59 |
| 4.4     | Problematyka i metodyka badania – badanie jakościowe .....                                                                                   | 60 |
| 4.4.1   | Opis przeprowadzonych badań .....                                                                                                            | 61 |
| 4.4.2   | Analiza wyników badania nt. potrzeb seniorów .....                                                                                           | 61 |
| 4.4.3   | Działania, do podejmowania których powinien być przygotowany profesjonalny<br>opiekun seniorów .....                                         | 63 |
| 4.4.4   | Cechy profesjonalnego opiekuna seniorów .....                                                                                                | 64 |
| 4.4.5   | Pozostałe kwestie związane z opieką nad seniorami .....                                                                                      | 66 |
| 4.5     | Podsumowanie i wnioski z przeprowadzonych badań .....                                                                                        | 67 |

|     |                                                                                                                                                                                             |     |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 4.6 | Drugie badanie ilościowe – analiza obecnych potrzeb i oczekiwań seniorów odnośnie do systemu świadczenia usług opiekuńczych .....                                                           | 68  |
| 4.7 | Opis wniosków z działań związanych z procesami partycypacji społecznej seniorów .....                                                                                                       | 83  |
| 5   | Załącznik 1 – Szczegółowa prezentacja kryteriów dostępności do usług opiekuńczych i zasad certyfikacji niestacjonarnych usług opiekuńczych i personelu świadczącego usługi opiekuńcze ..... | 85  |
| 6   | Załącznik 2 – Procedury certyfikowania.....                                                                                                                                                 | 92  |
| 7   | Załącznik 3 – Ankiety badania.....                                                                                                                                                          | 99  |
|     | Załącznik 3.1 – Ankieta do pierwszego badania ilościowego .....                                                                                                                             | 98  |
|     | Załącznik 3.2 – Ankieta do drugiego badania ilościowego .....                                                                                                                               | 108 |
| 8   | Wykaz skrótów .....                                                                                                                                                                         | 115 |
| 9   | Bibliografia .....                                                                                                                                                                          | 116 |

## 1 Wstęp

Ogólne podejście do opieki dochodzącej zostało określone w Założeniach Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014-2020, w której został zawarty rozdział „Zdrowie i Samodzielność” oraz cel polegający na tworzeniu warunków do jak najdłuższego utrzymywania dobrego stanu zdrowia i autonomii. W Założeniach wskazuje się na potrzebę poprawy dostępu do usług opiekuńczych, co powinno pozwolić osobom starszym i/lub o ograniczonej samodzielności jak najdłużej zostać we własnym środowisku.

W ramach komponentu konkursowego Rządowego Programu na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2014-2020 Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej dokonało wyboru projektów m.in. w dziedzinie usług społecznych dla osób starszych. Projekt przedstawiony przez Krajowy Instytut Gospodarki Senioralnej „Nowa Jakość dla Seniora” został właśnie wybrany w ramach tego priorytetu.

Dzięki wsparciu Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej udzielonego w ramach Rządowego Programu na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych projekt Krajowego Instytutu Gospodarki Senioralnej jest elementem realizacji Założeń Długofalowej Polityki Senioralnej. Niniejszy raport zawiera kryteria dostępności do usług opiekuńczych i zasady certyfikacji usług opiekuńczych.

Raport składa się z części przedstawiającej wyniki działań eksperckich (część I). Przedstawiono definicję usług opiekuńczych, opis działań Unii Europejskiej w dziedzinie opieki nad osobami starszymi, analizę praktyk opiekuńczych nad osobami starszymi w Austrii, Francji, Niemczech, Polsce, wraz z przedstawieniem dobrych praktyk i obowiązujących regulacji.

W kolejnej części (część II) raportu opisano badania, które zostały przeprowadzone wśród osób powyżej 60 roku życia w celu opracowania kryteriów dostępności do usług opiekuńczych i zasad certyfikacji usług opiekuńczych na podstawie ich potrzeb i oczekiwań. Przedstawiono także przebieg procesów partycypacji społecznej.

Załączniki stanowią zasadniczą część raportu przedstawiając szczegółową kwalifikację kryteriów dostępności do usług opiekuńczych i zasad certyfikacji niestacjonarnych usług opiekuńczych oraz personelu świadczącego usługi opiekuńcze (zał. 1), procedury certyfikowania i wzór certyfikatu (zał. 2) oraz ankiety, na podstawie których zostały przeprowadzone badania (zał. 3).

## 2 Wprowadzenie i rekomendacje – dr hab. Robert Gwiazdowski

Starzenie się społeczeństwa powoduje istotne zmiany postaw społecznych odnośnie starości. Przede wszystkim wydłużeniu uległ wiek, w którym osoba jest uznawana za starą. Za sprawą oczywistego wpływu doskonalszych usług medycznych oraz kultu młodości promowanego w mediach, populacja, która młodość „metrykalną” przeżywała kilkanaście lat wcześniej, chce pozostawać atrakcyjną i dla rynku taką właśnie pozostaje. Towarzyszy temu rozwój zupełnie nowych usług ukierunkowanych na zaspokajanie potrzeb generacji 60+ i towarzyszących temu kampanii reklamowych, za którymi podąża zmiana postrzegania tych osób przez przedstawicieli młodszego pokolenia. Co więcej ów „+” staje się coraz większy i zaczyna powoli obejmować już nawet metrykalnych emerytów.

Z badań, które objęły 115 państw w latach 1960-2000 dotyczących wpływu udziału populacji w wieku produkcyjnym oraz poprodukcyjnym (65+) na wzrost gospodarczy, oszczędności i inwestycje, wynika, że wzrost PKB per capita jest pozytywnie skorelowany z relatywnym wzrostem populacji w wieku produkcyjnym i negatywnie skorelowany ze wzrostem udziału ludzi starszych. Podobnie rzecz ma się z oszczędnościami i udziałem inwestycji w PKB. Natomiast budżety państw o wysokim potencjale populacji w wieku poprodukcyjnym obciążone są większymi wydatkami na podsystemy zabezpieczenia społecznego. Według szacunków, obciążenia związane ze starzeniem się populacji spowodują w latach 2015-2050 w krajach OECD wzrost wydatków na cele związane z potrzebami starzejącej się ludności o około 7% PKB.

Starzenie się ludności stanowi fundamentalny problem finansowy. Po pierwsze, podwyższa wydatki emerytalne, a po drugie zdrowotne. Ludzie żyją dłużej i chcą żyć jeszcze dłużej, w związku z czym oczekują, że rząd zapewni im nie tylko emeryturę ale i opiekę zdrowotną pozwalającą życie wydłużyć – co wymaga zwiększania nakładów na publiczną służbę zdrowia. Ale ci sami ludzie nie chcą dłużej pracować – co wymaga od rządu zwiększania wydatków na emerytury. Zwiększające się wydatki na emerytury i na ochronę zdrowia rządy dotąd finansowały zaciągając coraz większe długi, których spłata przekładana była na „później”.

Według Europejskiego Urzędu Statystycznego (Eurostat) średni deficyt sektora finansów publicznych w krajach strefy euro spadał w ostatnich latach, ale dług publiczny wzrósł do ponad 90% PKB (w całej Unii Europejskiej deficyt sektora finansów publicznych jest trochę wyższy, ale dług publiczny niższy – poniżej 90%).

Co najgorsze, gros wydatków rządowych nie pochłaniają bynajmniej inwestycje infrastrukturalne, po których można spodziewać się jakiegś stopy zwrotu, dzięki czemu można byłoby finansować emerytury w przyszłości, tylko już dziś wypłacane świadczenia emerytalne i zdrowotne. Są one pochodną podziału PKB wytworzonego przez pokolenie aktywne zawodowo bez względu na kształt programów ubezpieczeniowych, w których uczestniczyły osoby pobierające świadczenia. Tę część PKB, którą pokolenie go wypracowujące będzie w stanie przeznaczyć na wypłatę świadczeń emerytalnych i finansowanie usług zdrowotnych, trzeba będzie podzielić między coraz większą liczbę świadczeniobiorców. Nie wydaje się możliwe, by w przyszłości była to część znacząco wyższa, niż obecnie. Wysokość świadczeń będzie funkcją przypadającej starszej generacji części PKB i liczby osób partycypujących w podziale.

Po latach lekceważenia problem ten został w końcu zauważony. Okazał się on na tyle istotny, że na dorocznym spotkaniu Noblistów z młodymi naukowcami w niemieckim Lindau (*Lindau Nobel Laureate Meetings*) w 2011 r. poświęcono mu wiele uwagi. Peter Diamond z Massachusetts Institute of Technology, laureat Nagrody Nobla z 2010 r. stwierdził, że „w nadchodzących latach demograficzna bomba będzie tykała coraz głośniejsze”. Nie tylko dlatego, że do emerytur szykuje się pokolenie zachodniego baby-boomu, które rodziło się w czasach powojennej prosperity, ale również dlatego „że ostatnie 30 lat to okres największego wzrostu wydatków publicznych w historii Zachodu”. „Gdy zacznie maleć liczba pracujących, a wzrośnie odsetek emerytów żyjących na dodatek znacząco dłużej niż ich rodzice, katastrofa jest nieunikniona”.<sup>1</sup>

Implikuje to poważne problemy polityczne. Wzrost liczby ludzi starszych ma przełożenie na wyniki wyborów i – co za tym idzie – postawy polityków. A to z kolei ma negatywny wpływ na interesy młodszych generacji i konkurencyjność gospodarki. W Polsce według Eurostat (2015 Ageing Report), w 2030 r. szacuje się liczbę osób w wieku emerytalnym na 8,5 miliona, wobec 5,5 miliona w 2013 r. Liczba osób w wieku produkcyjnym zmniejszy się z 27 milionów w 2013 r. do 23,8 milionów osób w 2030 r. Stosunek liczby osób w wieku emerytalnym do liczby osób w wieku produkcyjnym wzrośnie z 20,5% w 2013 r. do 35,6% w 2030 r., a więc o ponad 70%!!! W takiej sytuacji środkiem zaradczym będzie albo podwyższenie wieku emerytalnego, albo podniesienie składki ubezpieczeniowej. Może wówczas dojść do ostrego politycznego konfliktu pokoleń.

Geriatryzacja życia, która ma niewiele wspólnego z gerontokracją, w której rządząca starszyzna wyodrębniana była nie tylko na podstawie formalnego kryterium wieku, ale także na podstawie kryteriów materialnych - dojrzałości życiowej i intelektualnej, sprawia, że starsi wyborcy, popierając polityków najchętniej składających im różne obietnice, zmierzają do poprawy jakości swojego życia kosztem młodszych i przyszłych pokoleń. Natomiast „geriatryzacja opieki zdrowotnej” oznacza niewspółmiernie wysoki odsetek ludzi starszych wśród świadczeniobiorców systemu ochrony zdrowia w porównaniu do ich udziału w populacji.

Aby konfliktu pokoleń uniknąć, a przynajmniej go złagodzić, konieczne jest prowadzenie polityki senioralnej w sposób jak najbardziej racjonalny z ekonomicznego punktu widzenia – by obniżyć jego koszty, nie pogarszając, a nawet polepszając jej jakość i jednocześnie tworząc miejsca pracy dla młodych przy pomocy dla starszych.

W programach aktywnego starzenia się rozwój systemu usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania staje się osią działań państw Unii Europejskiej, w tym także Polski. Programy aktywnego starzenia się wykorzystujące innowacje wpływające na nową jakość życia seniora podejmowane są, z bardzo dobrym skutkiem, przez rządy, ale także przez samorządy i instytucje pożytku publicznego w większości państw europejskich.

Nowa jakość dla seniora jest podkreśleniem, iż w podejściu do usług opiekuńczych świadczonych w miejscu zamieszkania, senior, przebywając w znanym sobie miejscu może liczyć

<sup>1</sup> P. Diamond, „Czy demografia rozsądzi państwa dobrobytu?”, Dziennik Gazeta Prawna, 26.08.2011.  
[http://forsal.pl/artykuly/541803,czy\\_demografia\\_rozsadzi\\_panstwa\\_dobrobytu.html](http://forsal.pl/artykuly/541803,czy_demografia_rozsadzi_panstwa_dobrobytu.html) (dostęp: 27.11.2015)

na usługi opiekuńcze, których standard zapewnia optymalną jakość jego życia, a tym samym ogranicza wykluczenie społeczne.

Aktywne i zdrowe starzenie się to także możliwość kontynuowania działalności zawodowej, aktywizacja społeczna, na przykład poprzez wolontariat lub inne inicjatywy społeczne, zwłaszcza lokalne. Aktywne i zdrowe starzenie się to również aktywność fizyczna, czy udział w zajęciach i szkoleniach, korzystanie z warunków i możliwości sprzyjających realizacji pasji i zainteresowań, aktywność turystyczna lub udział w grupach zainteresowań.

Zakres i poziom usług opiekuńczych niezbędnych w życiu codziennym zależy od codziennej aktywności seniora. Aby osiągnąć tę nową jakość w świadczeniu usług opiekuńczych należy mieć na uwadze potrzebę zwiększenia dostępności do tych usług. Wskazane w raporcie podejście do opieki nad seniorem, w tym długoterminowej, w różnych krajach zdecydowanie różnicuje Polskę. W Polsce to rodzina ponosi formalną i rzeczową odpowiedzialność za opiekę, a tym samym dostępność do tych usług ograniczona jest budżetem rodziny. Polska wyraźnie, na tle przedstawionych w raporcie krajów, wyróżnia się także relatywnie niskimi nakładami na długoterminową opiekę stacjonarną w relacji do nakładów na opiekę długoterminową dochodzącą. Potwierdza to tezę, że największe koszty związane z usługami opiekuńczymi obciążają seniora i jego rodzinę. W rzeczywistości możliwość skorzystania z zewnętrznych usług opieki dochodzącej uzależniona jest od dochodów uzyskiwanych przez seniorów i ich rodziny. Usługi realizowane i organizowane przez jednostki samorządowe, przede wszystkim z uwagi na poziom cen, będą więc cieszyć się coraz większym zainteresowaniem.

Jak można zapewnić, określone w Założeniach Długofalowej Polityki Senioralnej na lata 2014-2020, standardy podejścia do beneficjentów w ramach systemu opieki zdrowotnej i społecznej – powszechność, jakość, dostępność i kompleksowość? W Założeniach wskazano na potrzebę edukacji i informacji dla opiekunów o problemach związanych z opieką nad osobą starszą, umożliwienie edukacji, szkoleń i praktyk dla opiekunów nieformalnych oraz wprowadzenie rejestru, kwalifikowania, potwierdzenia umiejętności i kompetencji oraz udzielania certyfikatów dla opiekunów formalnych i nieformalnych. Takie podejście stanowi podstawę zwiększania dostępności i jakości usług opiekuńczych, ale świadczący usługi powinien w ramach tych szkoleń nauczyć się jak szybko i odpowiednio reagować na każde zapytanie beneficjenta, jak świadczyć usługi, aby były one zrozumiałe dla beneficjenta, jak dostosowywać się do zmieniających się potrzeb klienta, w jaki sposób zapewnić kompetencje i profesjonalizm opiekunów wobec beneficjentów, jak dokonywać oceny i wprowadzać zmiany w praktykach tych usług.

Dla dokonania oceny ilościowej w badaniu wykorzystano indeks komfortu życia, wskazujący na subiektywne odczucia respondentów co do jakości życia. Na jakość życia składają się między innymi odczuwanie samotności lub jej brak, możliwość poruszania się poza miejscem zamieszkania, ograniczenia w samodzielnym robieniu zakupów, problemy z samodzielnym dotarciem do lekarza, utrzymywanie lub brak kontaktów towarzyskich z bliskimi lub sąsiadami, pamiętanie o terminach i umówionych spotkaniach, pamiętanie o regularnym spożywaniu przepisanych leków, potrzeba korzystania z pomocy w codziennych pracach domowych, dysponowanie wystarczającym poziomem energii w życiu codziennym, a także zasobność portfela seniora. Wprowadzono także indeks komfortu życia materialnego wskazujący w jakim stopniu respondent ma sposobność realizowania swoich zainteresowań oraz możliwości dokonania zakupu

rzeczy, na które respondent miał ochotę, bez specjalnych ograniczeń finansowych. Uzupełniając wprowadzono indeks mobilności przestrzennej wskazujący na możliwość swobodnego poruszania się respondentów poza miejscem zamieszkania.

Na tej podstawie utworzono syntetyczny wskaźnik konieczności wsparcia pozwalający określić, w jakim stopniu wraz z wiekiem, a także sytuacją materialną, rośnie potrzeba uzyskania wsparcia w różnych czynnościach. Jednocześnie wysokie odchylenia standardowe w badaniu wskazują na potrzebę zróżnicowania tego wsparcia, a tym samym na zróżnicowanie usług opiekuńczych. Tym samym istotne jest właściwe określenie potrzeb i oczekiwań seniora w tym zakresie, aby można było mówić o nowej jakości dla seniora.

Badanie wskazało, iż nowa jakość dla seniora ma istotne znaczenie szczególnie dla osób, które gorzej oceniają jakość swojego życia, ponieważ właśnie ta grupa respondentów wykazuje większe zainteresowanie skorzystaniem z poszczególnych usług. Postrzeganie swojej jakości życia jest w ścisłej korelacji z grupą usług opiekuńczych związanych z ograniczeniami w poruszaniu się beneficjentów, a ograniczenia te w sposób bezpośredni uzależnione są od ich wieku. Oznacza to, że skłonność do korzystania z usługi opiekuńczej będzie uzależniona od indywidualnych uwarunkowań. Jednocześnie większość respondentów badania mieszka samotnie, a więc opiekunowie są często jedynymi osobami, z którymi podopieczni utrzymują kontakt w życiu codziennym. Z tych wszystkich powodów uzasadnienie znajduje podjęta w badaniu próba określenia norm jakościowych dla tego typu usług.

Należy jednak mieć na uwadze, że ustalenie właściwych norm jakościowych nie zwiększy w wystarczającym stopniu dostępności tych usług. Jak wskazuje badanie, pierwszą barierą, która powinna być usunięta jest bariera finansowa. Skromne w badanej grupie respondentów możliwości finansowe seniorów ograniczają ich swobodę wyboru usług opiekuńczych realizowanych komercyjnie. Stąd seniorzy uzależnieni są od usług oferowanych w ramach jednostek samorządowych, a tym samym istotnym jest poziom jakości usług i indywidualne podejście do potrzeb beneficjenta. Znamiennym jest, że 35% respondentów deklarowało gotowość w partycypowaniu, ale tylko w części kosztów związanych z opieką, a 39% respondentów zdecydowanie odmówiła takiej możliwości.

Kolejną barierą, która wymaga dalszych badań, jest bariera architektoniczna. Nowa jakość życia musi być realizowana także poprzez znoszenie barier architektonicznych. W kolejnym przybliżeniu oceny nowej jakości dla seniora należałoby określić na ile senior korzysta z niezależności w miejscu zamieszkania, czy ma osobny pokój we współdzielonym mieszkaniu, czy może korzystać z osobnej łazienki przystosowanej do jego poziomu sprawności, czy mieszkanie wyposażone jest w meble zgodnie z potrzebami, w jakim zakresie części budynku przeznaczone dla seniora są publicznie dostępne, a także jaka jest dostępność dla niego publicznych części poza budynkiem. Takie elementy, obok standaryzacji i certyfikacji jakości usług opiekuńczych, także powinny być przedmiotem audytu nowej jakości dla seniora. Ale to już w ramach innego projektu.

Jakość i zakres usług opiekuńczych dochodzących zależne są nie tylko od sytuacji materialnej seniora, ale także od subiektywnej oceny stanu zdrowia. A subiektywna ocena swojego zdrowia bezpośrednio związana jest z wiekiem respondenta. Badanie nie miało na celu wskazanie rodzaju schorzeń i podejmowanych przez respondentów zabiegów leczniczych, tym niemniej ważne

jest, aby w ocenie stanu zdrowia, wpływającej przecież na zakres usług opiekuńczych, także wykorzystywać diagnozy lekarskie i pielęgnacyjne.

Badanie jakości usług opiekuńczych uwzględnia także ocenę cech dobrego opiekuna: respondenci wyraźnie wskazali, jako najbardziej istotne, takie cechy jak uczciwość, sumienność i życzliwość. W mniejszym stopniu ważne są dla respondentów doświadczenie i wiedza jak pomagać. Z tym, że cechy kwalifikacyjne opiekuna bardziej są istotne w ocenie osób posiadających wyższy stopień edukacji. Jest to warto podkreślić w przygotowaniu arkuszy ocen opiekuna. Ocena pracy opiekuna, a więc ocena jakości świadczonych usług, uzasadniona jest tylko dla prawie połowy respondentów. Jednocześnie prawie 75% respondentów wyraźnie widzi potrzebę reklamacji świadczonych usług, z tego większość kobiet, a także osób tworzących jednoosobowe gospodarstwo domowe. Co ciekawe ci respondenci oczekują szybkiej reakcji przełożonych opiekuna, nawet w tym samym dniu, ale nie później niż w ciągu 7 dni od zgłoszenia reklamacji. To pokazuje, że beneficjenci usług chcą w aktywny sposób współuczestniczyć w procesie dostosowania usługi do ich wymagań, a także realizowania ich w zgodzie z przyjętymi założeniami.

W celu właściwej organizacji świadczenia usług opiekuńczych pozainstytucjonalnych i uzyskania certyfikatu potwierdzającego jakość tych usług, co w szerszym stopniu nie tylko zwiększa dostępność usług spełniających wymogi jakościowe, ale także wpływa na zwiększenie aktywności seniora, usługodawca powinien dysponować odpowiednią dokumentacją potwierdzającą warunki realizacji tych usług. Powinny być także stworzone procedury komunikacji z pracownikami firmy opiekuńczej, ale także procedury monitorowania świadczonych usług. Dostępność usług to także zapewnienie zastępstwa na czas nieobecności lub ciągłości świadczenia usług, gdy wymagana jest zmiana opiekuna. Wybór przez beneficjenta opiekuna i jego właściwe wprowadzenie jest także istotne w jakości świadczonych usług. W celu dokonania właściwego wprowadzenia opiekuna do mikro środowiska beneficjenta istotne jest posiadanie informacji o preferencjach beneficjenta co do rodzaju, zakresu i sposobu świadczonych usług. W ramach sprzedaży produktów lub usług konsumentom, wymagana jest możliwość składania reklamacji lub nawet pozasądowy system rozwiązywania sporów. Aby nie dochodziło do tej drugiej sytuacji, firma opiekuńcza powinna dysponować i stosować procedury komunikacji z podopiecznym, procedury przyjmowania skarg i reklamacji oraz procedury rozpatrywania tych skarg i reklamacji.

Przedstawione w raporcie podstawowe zagadnienia wpływające na potrzebę tworzenia nowej jakości dla seniora powinny być wzięte pod uwagę przy określaniu jakości i przeprowadzaniu audytu usług opiekuńczych, zakończonego wystawieniem rozpoznawalnego i uznanego na rynku certyfikatu.

W raporcie „Nowa Jakość dla Seniora” wskazano, że organizacja systemu opieki musi uwzględniać sytuację ostatecznych beneficjentów – musi być dostosowana do etapu życia, na którym się znajdują (tzw. *life-cycle approach*) i stanu ich zdrowia. Czym innym jest świadczenie opieki nad dziećmi w wieku do lat 3, młodymi i dorosłymi osobami niepełnosprawnymi oraz starszymi osobami o zróżnicowanym stopniu samodzielności.

Na podstawie przeprowadzonych badań i ekspertyz, raport zaleca wdrażanie i upowszechnianie standardów jakości usług dla osób starszych w połączeniu ze standardami dla opiekunów oraz poprawę dostępności do tych usług.

Przeprowadzone badania wskazują na konieczność ukierunkowania rozwoju usług opiekuńczych na zwiększenie dostępności usługi dochodzącej zgodnie z credo „Dochodzące przed Stacjonarnym”. Ilość i jakość ofert powinna pozwolić na swobodny wybór opieki dochodzącej według oczekiwań seniora i jego rodziny.

Raport rekomenduje:

- dostosowanie usług do oczekiwań seniorów,
- przygotowanie modelu oceny jakości usług opiekuńczych, w tym programów i standardów kształcenia opiekunów,
- wybór usług opiekuńczych, który powinien opierać się na kryterium jakość/cena,
- wykorzystywanie nowych technologii, w tym e-zdrowia,
- stworzenie rejestru opiekunów formalnych i rejestru certyfikowanych podmiotów świadczących opiekę dla osób starszych,
- stworzenie bazy wszystkich ofert usług opiekuńczych dla seniorów (strona internetowa i/lub broszura).

W raporcie uwypuklono, iż usługi opieki dochodzącej, świadczone w miejscu zamieszkania seniorów są:

1. bardziej przyjazne dla samych seniorów, dają im większe poczucie bezpieczeństwa i wydłużają ich aktywność (nie ma potrzeby zmiany otoczenia – senior może pozostać we własnym mieszkaniu), są też bardziej przyjazne dla rodzin seniorów;
2. wielokrotnie tańsze niż usługi świadczone w trybie stacjonarnym (dają możliwość objęcia opieką większej ilości potrzebujących, nie są ograniczone możliwościami lokalowymi samorządu w placówkach stacjonarnych), generują znaczne oszczędności w przypadku opieki nad seniorami niewymagającymi jeszcze całodobowej obecności personelu opiekuńczego.

Z tychże powodów badania prezentowane w raporcie odnoszą się do usług opieki dochodzącej jako najlepszej i najbardziej popularnej wśród seniorów formy pomocy.

Mając na uwadze przedstawione w raporcie fakty dotyczące finansowania i dostępności opieki, samorządy powinny wykazywać większe zainteresowanie rozwojem opieki dochodzącej.

Wprowadzenie procedur oceny usług opiekuńczych przyczyni się do zwiększenia ich efektywności i podniesienia jakości.

Wyższa jakość opieki dochodzącej opóźni konieczność przenosin seniorów do całodobowych jednostek opiekuńczych.

W powiązaniu z przedstawionymi kryteriami dostępności do usług opiekuńczych i zasad certyfikacji niestacjonarnych usług opiekuńczych i personelu świadczącego usługi opiekuńcze, w raporcie zaprezentowana została lista szczegółowa wymagań związanych z procesem certyfikacji.

Nowa jakość dla seniora stanowi dobry start dla rozwoju ogólnokrajowej, jednolitej, rzetelnej procedury certyfikacji różnych form opieki opartej na jasnej definicji kryteriów dostępności do usług opiekuńczych. Starzenie się ludności szybko postępuje więc należy już dziś przyspieszyć wdrażanie nowych rozwiązań.

### 3 Część I. Usługi opiekuńcze dla osób starszych

#### 3.1 Definicja usług opiekuńczych

Zgodnie z ustawą o pomocy społecznej, **usługi opiekuńcze** obejmują pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opiekę higieniczną, zaleconą przez lekarza pielęgnację oraz, w miarę możliwości, zapewnienie kontaktów z otoczeniem.<sup>2</sup> Ośrodek pomocy społecznej podejmuje decyzje o przyznaniu tychże usług, ich zakresie i miejscu świadczenia. Należy zaznaczyć, że świadczenia pomocy społecznej są przyznawane wg kryteriów (w szczególności ubóstwo, niepełnosprawność, długotrwała lub ciężka choroba...)<sup>3</sup>

Rada gminy określa, w drodze uchwały, szczegółowe warunki przyznawania i odpłatności za usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze, z wyłączeniem specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi, oraz szczegółowe warunki częściowego lub całkowitego zwolnienia od opłat, jak również tryb ich pobierania.<sup>4</sup>

Osobie samotnej, która z powodu wieku, choroby lub innych przyczyn wymaga pomocy innych osób, a jest jej pozbawiona, przysługuje pomoc w formie usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych. Usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze mogą być przyznane również osobie, która wymaga pomocy innych osób, a rodzina, a także wspólnie zamieszkujący małżonek, wstępni, zstępni nie mogą takiej pomocy zapewnić. Specjalistyczne usługi opiekuńcze, dostosowane są do szczególnych potrzeb wynikających z rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności, świadczone przez osoby ze specjalistycznym przygotowaniem zawodowym. Szczegółowy zakres usług, a także kwalifikacje osób świadczących specjalistyczne usługi opiekuńcze i warunki ich przyznawania, zawiera rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r.<sup>5</sup>

Usługi opiekuńcze są także przedmiotem działań organizacji pozarządowych, jak np. Wspólnoty Roboczej Związków Organizacji Socjalnych (Wrzos). W 2011 r. Wrzos opublikował opracowanie nt. standardów usług opiekuńczych dochodzących dla osób starszych<sup>6</sup>, w którym podał przykładowy zakres rzeczowy **usług opiekuńczych świadczonych w miejscu zamieszkania** (opieka dochodząca) w podziale na obowiązkowy zakres czynnościowy i czynności w wersji optymalnej. Obowiązkowe czynności polegają na żywieniu (przygotowanie lub dostarczenie posiłków oraz produktów żywnościowych na pozostałą część dnia, pomoc w spożywaniu posiłków lub karmienie), czynności gospodarcze (przynoszenie opału, palenie w piecu, sprzątanie, utrzymywanie w czystości sprzętu pomocniczego ułatwiającego codzienne funkcjonowanie, robienie zakupów, pranie/prasowanie), czynności organizacyjne (m.in. ustalanie wizyt lekarskich, realizacja recept lekarskich, załatwianie spraw urzędowych lub towarzyszenie podczas wizyt w urzędach lub innych instytucjach i organizacjach, pomoc w regulowaniu opłat, pomoc w organizacji czasu wolnego), opieka higieniczna, pielęgnacja zalecona przez lekarza, zapewnienie

<sup>2</sup> Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2015 r. poz. 163, 693, tekst jednolity).

<sup>3</sup> Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, *Kryteria przyznawania świadczeń*. <http://www.mpips.gov.pl/pomoc-spoeczna/formy-udzielanej-pomocy/kryteria-przyznawania-swiadczen/> (dostęp: 14.08.2015)

<sup>4</sup> *Op. cit.*, przypis 2, art. 50.

<sup>5</sup> Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 22.09.2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych (Dz.U. Nr 189, poz. 1598).

<sup>6</sup> K. Balon, J. Staręga Piasek, G. Rutkiewicz, K. Stec, I. Szmaglińska, M. Zielony, *Standard usług opiekuńczych świadczonych dla osób starszych w miejscu zamieszkania*, 2011, str. 9-11.  
[http://wrzos.org.pl/download/Zalacznik\\_9.pdf](http://wrzos.org.pl/download/Zalacznik_9.pdf) (dostęp: 20.09.2015)

kontaktów z otoczeniem. Ponadto następujące czynności zostały podane przez Wrzos jako czynności w wersji optymalnej:

- utrzymanie w czystości otoczenia osoby starszej, w tym ciężkie prace porządkowe (np. trzepanie dywanów, mycie glazury, mycie klatki schodowej, mycie lamp i żyrandoli, sprzątanie przynależnych pomieszczeń użytkowych, ogródków),
- transport specjalistyczny, np. dojazd na wizytę lekarską,
- usługi fryzjerskie, manicure i pedicure,
- usługi kosmetyczne,
- zabiegi relaksujące,
- organizacja czasu wolnego,
- towarzyszenie osobie starszej (np. wspólne wyjścia do teatru, kina, na koncerty, wyjazdy),
- opieka nad zwierzętami domowymi,
- instruktaż pielęgnacyjny wraz z zasadami bezpiecznego przemieszczania,
- trening dietetyczny i porady dietetyczne,
- trening ekonomiczny,
- porady ergonomiczne, czyli jak zaplanować mieszkanie dla osoby starszej,
- zapewnienie dostępu do internetu.

Warto także zaznaczyć, że w projekcie ustawy o pomocy osobom niesamodzielnym (art. 41)<sup>7</sup>, przy definicji **usług pielęgnacyjno-opiekuńczych** posłużono się kategoriami czynności przybliżonymi do obowiązkowego zakresu czynnościowego opisanego powyżej. W projekcie ustawy wymienione są: podstawowa pielęgnacja ciała (w szczególności czynności polegające na utrzymaniu higieny ciała, w tym związane z wydalaniem oraz niezbędne zabiegi kosmetyczne), pomoc w odżywianiu (w szczególności przygotowanie posiłku oraz udzielenie pomocy przy jego spożywaniu), poruszaniu, przemieszczaniu (w szczególności zmianę ułożenia ciała, przemieszczanie w obrębie mieszkania, ubieranie i rozbieranie, w przypadku, gdy osoba niesamodzielną nie jest w stanie tego dokonać własnymi siłami) oraz prowadzeniu i zaopatrzeniu gospodarstwa domowego.

<sup>7</sup> Projekt ustawy o pomocy osobom niesamodzielnym. [http://niesamodzielnym.pl/wp-content/uploads/2015/03/projekt-UPN\\_uzasadnienie\\_ekspertyza\\_FIN\\_17.03.2015.pdf](http://niesamodzielnym.pl/wp-content/uploads/2015/03/projekt-UPN_uzasadnienie_ekspertyza_FIN_17.03.2015.pdf) (dostęp: 14.08.2015)

### 3.2 Działania Unii Europejskiej w dziedzinie opieki nad osobami starszymi

Polityka Unii Europejskiej (UE) w dziedzinie opieki nad osobami starszymi może zostać dostrzeżona w europejskiej polityce społecznej, w ramach której UE uwzględniła kwestię starzenia się. Na stronach Komisji Europejskiej (KE) została ogólnie przedstawiona polityka prowadzona w dziedzinie starzenia się ludności z perspektywy ochrony zdrowia.<sup>8</sup>

Działania na poziomie europejskim obejmują m.in. powołanie Europejskiego Partnerstwa na rzecz innowacji sprzyjającej aktywnemu starzeniu się w dobrym zdrowiu (European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing, EIP-AHA), zbieranie danych nt. lat życia w zdrowiu i na podstawie innych wskaźników oraz działania nt. choroby Alzheimera. Na swojej stronie internetowej KE informuje także o realizowanych projektach.<sup>9</sup>

**Europejski Rok 2012.** Działania szeroko upowszechniające kwestię starzenia się zostały podjęte w 2012 r., który został ogłoszony **Europejskim Rokiem Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej**.<sup>10</sup> Celem Europejskiego Roku było tworzenie kultury aktywności osób starszych, w tym godne starzenie się w zdrowiu. Na koniec tego Roku, Rada UE przyjęła oświadczenie nt. dalszych działań poprzez które zwróciła uwagę na konieczność uwzględnienia aktywności osób starszych i solidarności międzypokoleniowej w realizacji Strategii Europa 2020.<sup>11</sup> Strategia Europa 2020 zawiera priorytet „Rozwój sprzyjający włączeniu społecznemu” i inicjatywę flagową „Przeciwdziałanie ubóstwu i wykluczeniu społecznemu”, które właśnie przewidują promowanie idei aktywnego starzenia się. Do oświadczenia Rady zostały więc załączone zasady przewodnie dla aktywności osób starszych i solidarności międzypokoleniowej, które zawierają następujące punkty nt. opieki:

- wspieranie nieoficjalnych opiekunów: zapewnienie nieoficjalnym opiekunom dostępu do profesjonalnego wsparcia i szkolenia; zagwarantowanie opieki zastępczej i odpowiedniej ochrony socjalnej, aby zapobiec wykluczeniu społecznemu opiekunów;
- dostosowanie warunków mieszkaniowych i świadczenie usług umożliwiających osobom starszym z dolegliwościami zdrowotnymi na jak najbardziej samodzielne życie;
- przyjazne wiekowo środowisko oraz towary i usługi: dostosowanie środowiska lokalnego, jak również towarów i usług, tak by były one odpowiednie dla ludzi w każdym wieku (podejście uniwersalne), w szczególności przez wykorzystanie nowych technologii, w tym e-zdrowia [...];
- maksymalizacja samodzielności w opiece długoterminowej: zagwarantowanie ludziom potrzebującym pomocy lub opieki, że ich samodzielność i uczestnictwo w takiej opiece zostaną w największym możliwym stopniu zwiększone, zachowane lub przywrócone oraz że będą oni traktowani ze współczuciem i bez naruszania ich godności.

<sup>8</sup> Komisja Europejska, *Ageing Policy*. [http://ec.europa.eu/health/ageing/policy/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/ageing/policy/index_en.htm) (dostęp: 11.09.2015)

<sup>9</sup> Komisja Europejska, *Projekty dot. starzenia się*. [http://ec.europa.eu/health/ageing/projects/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/ageing/projects/index_en.htm) (dostęp: 11.09.2015)

<sup>10</sup> Decyzja Parlamentu Europejskiego i Rady nr 940/2011/UE z dnia 14 września 2011 r. w sprawie Europejskiego Roku Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej (2012). <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/HTML/?uri=CELEX:32011D0940&from=EN> (dostęp: 11.09.2015)

<sup>11</sup> Rada UE, Oświadczenie Rady w sprawie Europejskiego Roku Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej (2012): Dalsze działania, 07.12.2012. <http://register.consilium.europa.eu/doc/srv?l=PL&f=ST%2017468%202012%20INIT> (dostęp: 11.09.2015)

Tym niemniej, instytucje europejskie podejmowały temat starzenia się już wiele lat wcześniej, np. w 2001 r., kiedy **Rada Europejska** ustaliła, że należy sporządzić wytyczne w dziedzinie służby zdrowia i opieki nad osobami starszymi.<sup>12</sup> W nawiązaniu do tego ustalenia, Rada UE i KE przedstawiły wspólny raport nt. zdrowia i opieki nad osobami starszymi na Radę Europejską w 2003 r.<sup>13</sup>

Należy jednak mieć na uwadze, że działania te są podejmowane w ramach **Otwartej Metody Koordynacji**. Metoda ta jest stosowana jedynie w celu koordynacji działań między Państwami członkowskimi i nie pozwala na przeprowadzenie harmonizacji przepisów. W ramach ograniczonych kompetencji, UE może jedynie wspierać, koordynować lub uzupełniać działania Państw członkowskich w dziedzinie ochrony i poprawy zdrowia ludzkiego (art. 6 TFUE). Natomiast w dziedzinie polityki społecznej kompetencje mogą być dzielone między UE a Państwami członkowskimi (art. 4 TFUE).

W Białej Księdze nt. zdrowego starzenia się opracowanej przez Koalicję na rzecz Zdrowego Starzenia się w 2013 r. autorzy stworzyli listę różnych dokumentów przyjętych nt. starzenia się, m.in. dokumentów w postaci Konkluzji Rady UE, czyli opracowanych w pierwszej kolejności przez Państwo członkowskie sprawujące prezydencję Rady, a następnie wynegocjowanych wspólnie z pozostałymi Państwami członkowskimi z udziałem KE. Tym niemniej dokumenty te nie stanowią wiążących aktów prawnych i nie muszą być stosowane przez Państwa członkowskie lub instytucje UE.<sup>14</sup>

**Finansowanie.** Jak już wspomniano UE może wspierać działania Państw członkowskich i czyni to np. poprzez finansowanie projektów polityki senioralnej w ramach **Europejskiego Funduszu Społecznego**, tj. w Polsce poprzez Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014-2020.<sup>15</sup> W ramach działania 2.8 *Rozwój usług społecznych świadczonych w środowisku lokalnym* zostaną wsparte projekty mające na celu:

- wypracowanie, przetestowanie i wdrożenie (w tym upowszechnienie) standardów usług łącznie z weryfikacją standardów kształcenia kadr usług asystenckich i opiekuńczych na rzecz osób starszych o różnym stopniu niesamodzielności w miejscu zamieszkania z uwzględnieniem świadczenia tych usług przez osoby 50+;
- opracowanie standardów kształcenia w usługach asystenckich i opiekuńczych świadczonych na rzecz osób starszych o różnym stopniu niesamodzielności w ich miejscu zamieszkania (w powiązaniu z wypracowanymi standardami<sup>16</sup>).

<sup>12</sup> Konkluzje Rady Europejskiej z Göteborg, 15-16.06.2001, str. 8. <http://www.consilium.europa.eu/en/european-council/conclusions/pdf-1993-2003/G%C3%96TEBORG-EUROPEAN-COUNCIL--PRESIDENCY-CONCLUSIONS-15-16-JUNE-2001/> (dostęp: 11.09.2015)

<sup>13</sup> Konkluzje Rady Europejskiej z Brukseli, 20-21.03.2003, str. 21. <http://www.consilium.europa.eu/en/european-council/conclusions/pdf-1993-2003/PRESIDENCY-CONCLUSIONS-BRUSSELS-EUROPEAN-COUNCIL-20-AND-21-MARCH-2003/> (dostęp: 11.09.2015)

<sup>14</sup> Koalicja na rzecz Zdrowego Starzenia się, *Zdrowe starzenie się: Biała Księga*, 2013 – A. Gębska-Kuczerowska, M. J. Wysocki, „Miejsce problemu starzejącego się społeczeństwa w polityce UE”, str. 113.

<http://www.starzejsiedrowo.pl/themes/business/files/Raport26022013c.pdf> (dostęp: 11.09.2015)

<sup>15</sup> Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, *Programy operacyjne EFS w perspektywie 2014-2020*. [http://senior.gov.pl/projekty\\_efs/pokaz/12](http://senior.gov.pl/projekty_efs/pokaz/12) (dostęp: 11.09.2015)

<sup>16</sup> Zgodnie z tabelą wskaźników rezultatu bezpośredniego i produktu dla działań i poddziałań (<http://www.power.gov.pl/media/6116/zalacznik2a.pdf>, dostęp: 19.09.2015), „standard” to podstawowe wymogi, które

Kwestie finansowe są także przedmiotem bardziej ogólnego podejścia: w 2015 r. KE opublikowała swój kolejny raport nt. starzenia się.<sup>17</sup> Raport został sporządzony w długoterminowej perspektywie i zawiera prognozy odnośnie do wydatków budżetowych (emerytury, zdrowie, długoterminowa opieka, edukacja, świadczenia dla bezrobotnych) związanych ze starzeniem się aż do 2016 r. W części nt. opieki opisano uwarunkowania wydatków na opiekę długoterminową w podziale na opiekę dochodzącą i stacjonarną, kwestie związane ze stopniem zależności oraz wzory świadczenia usług długoterminowych z uwzględnieniem kwestii zasobów ludzkich. Celem tego raportu jest oszacowanie wydatków związanych ze starzeniem się ludności.

**Dane.** Europejski Urząd Statystyczny (Eurostat) prowadzi badania nt. dochodów i warunków życia (EU-SILC). Badania te są wykorzystywane do dalszych prac statystycznych, jak np. do wielowymiarowej oceny jakości życia w ramach podejścia „GDP and beyond”, czyli wyjścia poza PKB poprzez analizę jakości życia z uwzględnieniem subiektywnego dobrobytu.<sup>18</sup> Dane Eurostat są opracowane w podziale na różne kategorie, w tym wiekowe. Na przykład można zapoznać się z danymi nt. dochodów lub spostrzegania własnego stanu zdrowia osób powyżej 60, 65 lub 75 roku życia, czy też posiadania osoby, na której można polegać w razie potrzeby.<sup>19</sup>

Ponadto, Komisja Europejska prowadzi badania opinii publicznej (Eurobarometer) i w 2011 r. – tuż przed Europejskim Rokiem Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej – przedstawiła wyniki badania nt. aktywnego starzenia się.<sup>20</sup> Pytania dotyczyły trendów demograficznych, zatrudnienia, wkładu osób starszych w gospodarkę i życie społeczeństwa, postrzegania osób starszych i młodych oraz dostosowania otoczenia do starzejącej się populacji. Jedno z pytań odnosiło się do najbardziej użytecznych środków, jakie rząd mógłby wprowadzić, aby pomóc osobom, które opiekują się starszymi członkami rodziny. Trzy pierwsze odpowiedzi w Polsce brzmiały: otrzymywanie wynagrodzenia finansowego za zapewnianą opiekę, opłacanie przez rząd składek emerytalnych za czas zapewniania opieki i możliwość pracy w elastycznych godzinach. Natomiast, na to samo pytanie, średnia UE27 wskazuje, że w pierwszej kolejności udzielono następujących odpowiedzi: otrzymywanie wynagrodzenia finansowego za zapewnianą opiekę, możliwość pracy w elastycznych godzinach i możliwość tymczasowego odejścia z pracy z prawem późniejszego powrotu na to samo stanowisko. Rok później, na początku

---

powinna spełniać usługę danego typu. Standard powinien odnosić się do każdego elementu usługi. Przez usługi asystenckie i opiekuńcze rozumie się usługi świadczone osobom w miejscu ich zamieszkania. Przez upowszechnienie rozumie się upowszechnienie wyników przeprowadzonych badań diagnostycznych i ewaluacyjnych (diagnoza-stan obecny; stan na koniec okresu programowania). Ponadto, upowszechnienie obejmuje upowszechnienie opracowanych 4 raportów monitorujących (w latach 2015, 2017, 2019, 2021), wdrożenie standardów.

Przez standard kształcenia rozumie się zakres wiedzy, w tym medycznej, komunikacji społecznej i umiejętności praktycznych, jakie musi posiadać asystent/opiekun oraz sposoby potwierdzenia kwalifikacji do realizacji usług na rzecz osoby o różnym poziomie niesamodzielności. Usługi mają charakter usług opiekuńczych i asystenckich dla osób o różnym poziomie niesamodzielności.

<sup>17</sup> Komisja Europejska, *The 2015 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2013-2060)*, 2015. [http://ec.europa.eu/economy\\_finance/publications/european\\_economy/2015/ee3\\_en.htm](http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2015/ee3_en.htm) (dostęp: 11.09.2015)

<sup>18</sup> Eurostat, *GDP and beyond – Overview*. <http://ec.europa.eu/eurostat/web/gdp-and-beyond/overview> (dostęp: 11.09.2015)

<sup>19</sup> Eurostat, *Quality of Life*. [http://ec.europa.eu/eurostat/cache/infographs/qol/index\\_en.html](http://ec.europa.eu/eurostat/cache/infographs/qol/index_en.html) (dostęp: 11.09.2015)

<sup>20</sup> Komisja Europejska, *Aktywne starzenie się*, Eurobarometer, 2011. [http://ec.europa.eu/public\\_opinion/archives/ebs/ebs\\_378\\_fact\\_pl\\_pl.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_378_fact_pl_pl.pdf) (dostęp: 11.09.2015)

Europejskiego Roku 2012, Komisja Europejska opublikowała tzw. Special Eurobarometer nt. aktywnego starzenia się, czyli bardziej dogłębną analizę.<sup>21</sup>

W przewidywaniu Europejskiego Roku 2012, Eurostat opublikował także statystyczny portret UE w odniesieniu do aktywnego starzenia się.<sup>22</sup> Statystyczny portret zawiera informacje nt. demografii, udziału osób starszych w rynku pracy, przechodzenia na emeryturę, dobrobytu, zdrowia i opieki zdrowotnej, warunków życia i wydatków oraz partycypacji w społeczeństwie.

**Wskaźnik aktywnego starzenia się (Active Ageing Index, AAI)** jest opracowywany przez Komisję Europejską razem z Komisją Narodów Zjednoczonych dla Europy (UNECE).<sup>23</sup> Wskaźnik ten pozwala na oszacowanie niewykorzystanego potencjału osób starszych do aktywności i zdrowego starzenia się. Wskaźnik Aktywnego Starzenia się składa się z 4 grup wskaźników: zatrudnienie, partycypacja w społeczeństwie, niezależne, zdrowe i bezpieczne życie oraz możliwości i warunki sprzyjające aktywnemu starzeniu się. W najnowszej edycji indeksu (2014 r.), Polska zajęła przedostatnie miejsce w UE-28.

Grupa wskaźników odnosząca się do niezależnego, zdrowego i bezpiecznego życia składa się ze wskaźników cząstkowych, w tym: opieka nad osobami starszymi, dostęp do opieki zdrowotnej, niezależne życie, bezpieczeństwo finansowe (w tym relatywna mediana dochodów dla osób powyżej 65. roku życia do dochodu osób poniżej 65. roku życia), bezpieczeństwo fizyczne. W tej grupie Polska znajduje się na 24 miejscu (wartość wskaźnika wynosi 64,9/100).

**SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe – Badanie zdrowia, starzenia się i emerytur w Europie).** Badania SHARE są prowadzone od 2002 r. W 2015 r. bierze w nich udział część Państw członkowskich UE, w tym Polska, oraz Szwajcaria i Izrael.<sup>24</sup> Celem SHARE jest analiza procesów starzenia się ludności. Należy zaznaczyć, że zastosowano granicę 50 roku życia do definicji osoby starszej. Badanie odnosi się do kwestii ekonomicznych, społecznych i zdrowotnych. Na podstawie danych SHARE są opracowywane publikacje, jak na przykład artykuł nt. długoterminowej opieki domowej w Europie.<sup>25</sup>

**Europejskie Partnerstwo na rzecz innowacji sprzyjającej aktywnemu starzeniu się w dobrym zdrowiu (European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing, EIP – AHA).** Od 2012 r. EIP-AHA stanowi jedno z partnerstw na rzecz innowacji stworzonych w ramach Strategii Europa 2020. Celem EIP-AHA jest podwyższenie o 2 lata średniego czasu życia w zdrowiu do 2020 r.<sup>26</sup> EIP-AHA gromadzi interesariuszy zaangażowanych w pracę naukową i wdrażanie innowacyjnych projektów, łącznie z tymi, którzy koncentrują się na standaryzacji

<sup>21</sup> Komisja Europejska, *Active Ageing Report*, Special Eurobarometer 378, 2012.

[http://ec.europa.eu/public\\_opinion/archives/ebs/ebs\\_378\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_378_en.pdf) (dostęp: 11.09.2015)

<sup>22</sup> Eurostat, "Active ageing and solidarity between generations – A statistical portrait of the European Union 2012", Eurostat Statistical Books, 2011. <http://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/5740649/KS-EP-11-001-EN.PDF/1f0b25f8-3c86-4f40-9376-c737b54c5fef> (dostęp: 11.09.2015)

<sup>23</sup> Komisja Europejska, UNECE, *Active Ageing Index*.

<http://www1.unece.org/stat/platform/display/AAI/Active+Ageing+Index+Home> (dostęp: 11.09.2015)

<sup>24</sup> Austria, Belgia, Czechy, Dania, Estonia, Francja, Grecja, Hiszpania, Niemcy, Irlandia, Luksemburg, Niemcy, Polska, Portugalia, Słowenia, Szwecja, Węgry, Włochy, Szwajcaria, Izrael.

<sup>25</sup> S. Balia, R. Brau, *A country for old men? Long-term home care utilization in Europe*, Health Economics, 2014. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hec.2977/abstract> (dostęp: 11.09.2015)

<sup>26</sup> Komisja Europejska, *About the European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing*. [http://ec.europa.eu/research/innovation-union/index\\_en.cfm?section=active-healthy-ageing&pg=about](http://ec.europa.eu/research/innovation-union/index_en.cfm?section=active-healthy-ageing&pg=about) (dostęp: 11.09.2015)

i regulacji. Partnerstwo umożliwia przede wszystkim ich współpracę. Ze strony Polski, m.in. Krajowy Instytut Gospodarki Senioralnej (KIGS) bierze udział w Partnerstwie. Eksperti KIGS uczestniczyli np. w Europejskim Szczycie Innowacji dla Aktywnego i Zdrowego Starzenia się w marcu 2015 r. W ramach podsumowania Szczytu stwierdzono, że instytucje UE, Państwa członkowskie, biznes, instytucje finansowe i inwestorzy oraz społeczeństwo obywatelskie powinny m.in. dążyć do opracowania strategii na rzecz srebrnej gospodarki.<sup>27</sup>

**Komitet Ochrony Socjalnej (Social Protection Committee, SPC).** SPC został ustanowiony w 2000 r. na podstawie (aktualnie) art. 160 TFUE (dawny art. 144 Traktatu ustanawiającego Wspólnotę Europejską). SPC składa się z 2 przedstawicieli każdego Państwa członkowskiego (z Polski – pracownicy Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej) oraz Komisji Europejskiej. Celem SPC jest zachęcenie Państw członkowskich i Komisji Europejskiej do współpracy w zakresie polityki ochrony socjalnej.<sup>28</sup> SPC zajmuje się m.in. tematem opieki długoterminowej. W 2014 r. opracował na przykład wspólnie z Komisją Europejską raport nt. odpowiedniej ochrony socjalnej dla osób potrzebujących opieki długoterminowej (z perspektywy starzejącej się ludności).<sup>29</sup>

<sup>27</sup> Komisja Europejska, *Innovation for Active and Healthy Ageing. Final report*, 2015, str. 6.  
[http://ec.europa.eu/research/innovation-union/pdf/active-healthy-ageing/ageing\\_summit\\_report.pdf](http://ec.europa.eu/research/innovation-union/pdf/active-healthy-ageing/ageing_summit_report.pdf)  
(dostęp: 11.09.2015)

<sup>28</sup> Decyzja Rady 2000/436/WE z dnia 29 czerwca 2000 r. ustanawiająca Komitet Ochrony Socjalnej; Decyzja Rady (UE) 2015/773 z dnia 11 maja 2015 r. ustanawiająca Komitet Ochrony Socjalnej. <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/HTML/?uri=CELEX:32015D0773&from=EN> (dostęp: 11.09.2015)

<sup>29</sup> Komisja Europejska, *SPC, Adequate social protection for long-term care needs in an ageing society*, 2014.  
<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=738&langId=pl&pubId=7724&visible=1> (dostęp: 11.09.2015)

### 3.3 Analiza praktyk opiekuńczych nad osobami starszymi w Austrii, Francji, Niemczech i Polsce (przykłady dobrych praktyk)

Analiza praktyk opiekuńczych nad osobami starszymi odnosi się do Austrii, Niemiec, Niemczech, Francji i Polski. Należy mieć na uwadze, że osoba starsza jest różnie definiowana, np. wiek określający starszą osobę różni się zarówno w aktach prawnych poszczególnych krajów, jak i w spostrzeganiu społeczeństwa. Wybór krajów został więc dokonany według dostępnych i porównywalnych danych.

Opis wybranych krajów jest podzielony na kwestie związane z ponoszeniem odpowiedzialności za opiekę długoterminową, promowaniem opieki dochodzącej i zapewnieniem jakości opieki.

W tabeli 1 przedstawiono dane pozwalające określić ogólną sytuację w poszczególnych krajach oraz w Unii Europejskiej.

Tabela 1. Ogólne przedstawienie sytuacji w wybranych krajach

| Kraj       | AAI (2014) <sup>30</sup>        |                                                        | Średni roczny dochód osób 60+ (2013) (Eurostat QoL-SILC) <sup>31</sup> | Średni wiek, w którym dana osoba jest spostrzegana, jako „stara” (2011) (Eurobarometer) <sup>32</sup> |
|------------|---------------------------------|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|            | Ogólnie<br>Wartość<br>(miejsce) | Subwskaźnik „niezależne życie”<br>Wartość<br>(miejsce) |                                                                        |                                                                                                       |
| Austria    | 34,1 (13)                       | 73,8 (10)                                              | 24 041€                                                                | 61,9                                                                                                  |
| Niemcy     | 35,4 (9)                        | 74,4 (8)                                               | 20 972€                                                                | 60,1                                                                                                  |
| Niderlandy | 40,0 (3)                        | 78,9 (3)                                               | 23 203€                                                                | 70,4                                                                                                  |
| Francja    | 35,8 (7)                        | 75,9 (6)                                               | 26 590€                                                                | 65,9 <sup>33</sup>                                                                                    |
| Polska     | 28,1 (27)                       | 64,9 (24)                                              | 5 819€                                                                 | 62,8                                                                                                  |
| UE28       | 33,9                            | 70,6                                                   | 17 752€                                                                | 63,9*                                                                                                 |

\*UE27

#### 3.3.1 Podejście do odpowiedzialności za opiekę długoterminową

##### 3.3.1.1 Formalna odpowiedzialność za opiekę długoterminową

W Austrii, Niemczech i Francji formalna odpowiedzialność za opiekę długoterminową jest podzielona między rodziną a państwem. Austria, tak jak Niemcy, stosuje zdecentralizowane podejście – opieka jest organizowana na poziomie lokalnym na podstawie zaleceń federalnego rządu.<sup>34</sup> Francja stosuje znacząco zdecentralizowane podejście – opieka jest organizowana na

<sup>30</sup> Komisja Europejska, UNECE, *Active Ageing Index*. <http://www1.unece.org/stat/platform/display/AAI/II.+Ranking> (dostęp: 14.08.2015)

<sup>31</sup> Eurostat, *op. cit.*, przypis 19.

<sup>32</sup> Komisja Europejska, *op. cit.*, przypis 21, str. 11.

<sup>33</sup> Wg danych francuskiego urzędu statystycznego (INSEE), średni wiek utraty samodzielności wynosi 83 lata. <http://www.social-sante.gouv.fr/espaces/770/personnes-agees-autonomie/776/dossiers/758/adaptation-de-la-societe-au/2971/le-projet-de-loi-en-chiffres/2975/quelques-donnees-cles/17314.html> (dostęp: 14.08.2015)

<sup>34</sup> D. Verbeek-Oudijk et al., *Who cares in Europe? A comparison of long-term care for the over-50s in sixteen European countries*, 2014, str. 34-35. [www.scp.nl/dsresource?objectid=36940&type=org](http://www.scp.nl/dsresource?objectid=36940&type=org) (dostęp: 14.08.2015)

poziomie lokalnym, a rząd określa jedynie ramy, w których Rady Departamentowe (*fr.* Conseil départemental) podejmują działania.

W Niderlandach formalną odpowiedzialność za opiekę długoterminową ponosi państwo. Pomimo wprowadzanych reform, w porównaniu z innymi krajami, Niderlandy nadal stosują zdecydowanie scentralizowane podejście – opieka jest organizowana na poziomie centralnym.

Polska stosuje scentralizowane podejście – opieka jest organizowana na poziomie centralnym.<sup>35</sup> W odróżnieniu od Austrii, Niemiec, Francji i Niderlandów, w Polsce głównie rodzina ponosi formalną odpowiedzialność za opiekę długoterminową.

### 3.3.1.2 Finansowanie opieki długoterminowej

W 2010 r., Niemcy przeznaczały 4,3% PKB na finansowanie opieki długoterminowej. Na długoterminową opiekę stacjonarną i dochodzącą przeznaczono odpowiednio 0,9% i 3,4% PKB.<sup>36</sup> Podział ten w dziedzinie opieki długoterminowej może być traktowany jako wskaźnik ukierunkowania pomocy państwa niemieckiego na opiekę dochodzącą. Podobne tendencje można zaobserwować w Austrii, Francji i Polsce (tabela 2 przedstawia część PKB przeznaczoną na finansowanie opieki długoterminowej w wybranych krajach). Polska wyróżnia się jednak niskim finansowaniem dla opieki stacjonarnej. Natomiast w Niderlandach podział finansowania między stacjonarną i dochodzącą opiekę długoterminową jest bardziej wyrównany – odpowiednio 2,6% i 2,2% PKB.

Tabela 2. Udział kosztów finansowania opieki długoterminowej, w podziale na stacjonarną i dochodzącą długoterminową opiekę, jako procent PKB (OECD)

| Kraj       | Opieka długoterminowa | Opieka długoterminowa stacjonarna | Opieka długoterminowa dochodząca |
|------------|-----------------------|-----------------------------------|----------------------------------|
| Austria    | 3,4%                  | 0,9%                              | 2,5%                             |
| Niemcy     | 4,3%                  | 0,9%                              | 3,4%                             |
| Niderlandy | 4,8%                  | 2,6%                              | 2,2%                             |
| Francja    | 3,8%                  | 0,7%                              | 3,2%                             |
| Polska     | 2,0%                  | 0,1%                              | 1,9%                             |

### 3.3.2 Długoterminowa opieka stacjonarna

Ukierunkowanie pomocy na opiekę dochodzącą może zostać także oszacowane na podstawie danych OECD z 2011 r. dot. ilości łóżek na długoterminową opiekę (tj. łóżka w instytucjach i szpitalach) na 1000 osób w wieku 65+ (patrz tabela 3).<sup>37</sup> Na przykład Niderlandy zajmują pierwsze miejsce wśród wybranych krajów (64,9%, 7 miejsce w OECD20<sup>38</sup>), za

<sup>35</sup> Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014-2020, załącznik do uchwały nr 238 Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2013 r. (M.P., poz. 118), str. 13.

<sup>36</sup> D. Verbeek-Oudijk et al., *op. cit.*, przypis 34, str. 38.

<sup>37</sup> OECD, "Long-term care beds in institutions and hospitals", Health at a Glance 2013: OECD Indicators, 2013, str. 185. [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2013-78-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-78-en) (dostęp: 14.08.2015)

<sup>38</sup> Austria, Belgia, Kanada, Dania, Francja, Niemcy, Grecja, Islandia, Irlandia, Włochy, Luksemburg, Niderlandy, Norwegia, Portugalia, Hiszpania, Szwecja, Szwajcaria, Turcja, Wielka Brytania, USA.

Luksemburgiem, Szwecją, Finlandią, Belgią, Islandią i Szwajcarią), a Austria (44,1%) znajduje się wręcz poniżej średniej OECD20 (49,1%). W ramach porównania należy zaznaczyć, że w Polsce proporcja ta wynosi mniej niż 20% (przedostatnie miejsce OECD20; na ostatnim miejscu znajdują się Włochy – 18,6%).

Tabela 3. Liczba łóżek na długoterminową opiekę (tj. łóżka w instytucjach i szpitalach) na 1000 osób w wieku 65+, 2011 r. (OECD)

| Kraj       | Liczba łóżek na długoterminową opiekę<br>(na 1000 osób w wieku 65+) |
|------------|---------------------------------------------------------------------|
| Austria    | 44,1‰                                                               |
| Niemcy     | 52,1‰                                                               |
| Niderlandy | 64,9‰                                                               |
| Francja    | 59,5‰                                                               |
| Polska     | 19,8‰                                                               |
| OECD20     | 49,1‰                                                               |

Warto także przytoczyć dane wymienione w Założeniach Długofalowej Polityki Senioralnej na lata 2014-2020, odnoszące się do łóżek na oddziałach geriatrycznych: w Austrii istnieje 25 łóżek na 100 tys. mieszkańców, a w Polsce 1,8 (tj. 728 łóżek geriatrycznych).<sup>39</sup>

### 3.3.3 Promowanie opieki dochodzącej

Zachęty do wyboru opieki dochodzącej są różnie kształtowane przez politykę prowadzoną w danym kraju. Opis sytuacji w wybranych Państwach członkowskich zawiera zarówno informacje nt. prowadzonych działań, przykłady dobrych praktyk, jak i przybliżenie kwestii finansowania usług opiekuńczych.

#### • Austria

Austriackie federalne Ministerstwo Pracy, Spraw Społecznych i Ochrony Konsumentów opublikowało analizę nt. znaczenia nieformalnej pomocy dla pozostawiania w domu w kontekście singularyzacji starości.<sup>40</sup> W raporcie wskazano, że podejmowanie działań w tym zakresie ma szczególne znaczenie w przypadku starszych kobiet, które opiekowały się swoimi bliskimi tak długo, aż w końcu stały się samotne. Zapewnienie możliwości pozostania we własnym domu, także dla osób samotnych, stanowi wyzwanie, aby samotna osoba starsza mogła pozostać w domu aż do końca życia, i aby jednocześnie zapewnić jej odpowiednią jakość życia i poszanowanie godności. Analiza ta jest skoncentrowana na znaczeniu nieformalnej pomocy (tj. brak pokrewieństwa z opiekunem) oraz zwraca szczególną uwagę na konieczności całodobowej opieki pod koniec życia. Podsumowano jednak, że credo „*Dochodzące przed Stacjonarnym*” (niem. „Ambulant vor Stationär”) jeszcze nie zostało wystarczająco wdrożone.<sup>41</sup>

<sup>39</sup> Op. cit., przypis 35, str. 13 (sprawozdanie za 2012 r. konsultanta krajowego w dziedzinie geriatry).

<sup>40</sup> S. Pleschberger et al., *Lebensqualität im Alter bis „Zuletzt“, Die Bedeutung von informeller Hilfe für einen Verbleib zu Hause von alten und hochbetagten Menschen in Einpersonenhaushalten – Studie*, 2014.  
<http://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/3/7/6/CH2228/CMS1323865896868/umit-studie.pdf> (dostęp: 14.08.2015)

<sup>41</sup> Ibid., str. 76.

Jednym z mechanizmów umożliwiających korzystanie z opieki dochodzącej jest jej finansowanie, np. poprzez przyznanie świadczenia na długoterminową opiekę. Już w 2011 r. w analizie OECD podawano przykład zasiłku, który miał umożliwić pozostanie we własnym domu austriackim seniorom wymagającym opieki długoterminowej.<sup>42</sup> **Zasiłek pielęgnacyjny** (*niem.* Pflegegeld) jest przyznawany wg stopni niepełnosprawności, ze specjalnym uwzględnieniem demencji. Przyznanie zasiłku ma m.in. na celu „zwiększenie możliwości prowadzenia niezależnego życia” (§1 federalnej ustawy dot. zasiłku pielęgnacyjnego, BPGG<sup>43</sup>). Zasiłek wynosi od 154,20€ (pierwszy stopień niepełnosprawności) do 1655,80€ (siódmy stopień niepełnosprawności) miesięcznie. Aby upewnić się, czy pomoc świadczona osobie wymagającej opieki odpowiada jej potrzebom, ustawa przewiduje możliwość przeprowadzenia wizyty domowej (§33a BPGG) przez osoby upoważnione do podejmowania decyzji zgodnie z BPGG (§33a w powiązaniu z §22). Wizyta domowa stanowi jeden z ustawowych środków mających na celu zapewnienie jakości świadczonych usług. W ramach wizyty, w której w miarę możliwości powinny brać udział osoby zaangażowane w opiekę, mogą zostać udzielone informacje i rady mające na celu polepszenie opieki, tak aby odpowiadała potrzebom osoby wymagającej opieki. Ponadto, jeżeli krewni świadczący opiekę poinformowali osobę przeprowadzającą wizytę, że odczuwają psychiczne obciążenie, zostaną im zaproponowane rozmowy wspierające.

Ukierunkowanie austriackiego podejścia na dochodzącą długoterminową opiekę potwierdza **federalny program dla seniorów „Starzenie się i przyszłość”**, w którym wyraźnie stwierdzono, że należy kłaść nacisk na wszelkie formy opieki stanowiące alternatywę dla długotrwałego pobytu w domach opieki i umożliwiające osobom wymagającym opieki pozostanie w domu.<sup>44</sup>

Na poziomie lokalnym można wymienić usługę polegającą na zapewnieniu darmowej, domowej, krótkotrwałej opieki medycznej (*niem.* kurzfristige medizinische Hauskrankenpflege) w Wiedniu.<sup>45</sup> Usługa polega na opiece świadczonej przez wykształcony personel przez okres nieprzekraczający 28 dni. Jednym z warunków jest, by to świadczenie opieki skróciło lub w ogóle zastąpiło pobyt w szpitalu. Przykład ten został przytoczony przez Europejską Komisję Gospodarczą Narodów Zjednoczonych (UNECE), jako dobra praktyka polepszająca jakość życia osób starszych poprzez umożliwienie pozostania we własnym domu.<sup>46</sup> Wg informacji podanych przez UNECE, 7000 osób skorzystało z tej usługi w 2013 r.

#### • Niemcy

W 2005 r. niemieckie federalne Ministerstwo Rodziny, Seniorów, Kobiet i Młodzieży (BMFSFJ) i federalne Ministerstwo Zdrowia przyjęły **Kartę Praw Osób Potrzebujących Pomocy**

<sup>42</sup> F. Colombo et al., *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*, OECD Health Policy Studies, 2011, str. 299.

[http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/help-wanted\\_9789264097759-en](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/help-wanted_9789264097759-en) (dostęp: 14.08.2015)

<sup>43</sup> Bundesgesetz, mit dem ein Pflegegeld eingeführt wird (Bundespfl egelgeldgesetz), BGBl. Nr. 110/1993, z późn. zm. <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10008859> (dostęp: 14.08.2015)

<sup>44</sup> BMASK, *Altern und Zukunft – Bundesplan für Seniorinnen und Senioren*, 4. wydanie, 2013, str. 53.

[http://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/4/7/6/CH2229/CMS1218014040042/bundesseniorenplan\\_kompl.pdf](http://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/4/7/6/CH2229/CMS1218014040042/bundesseniorenplan_kompl.pdf) (dostęp: 14.08.2015)

<sup>45</sup> FSW – Wiener Pflege- und Betreuungsdienste GmbH, *Kurzfristige medizinische Hauskrankenpflege (spitalsersetzend)*. [http://www.mobile-hauskrankenpflege.at/med\\_hkp/](http://www.mobile-hauskrankenpflege.at/med_hkp/) (dostęp: 14.08.2015)

<sup>46</sup> UNECE, *Innovative and empowering strategies for care*, Policy Brief on Ageing, luty 2015, str. 12. [http://www.unece.org/fileadmin/DAM/pau/age/Policy\\_briefs/ECE-WG.1-21-PB15.pdf](http://www.unece.org/fileadmin/DAM/pau/age/Policy_briefs/ECE-WG.1-21-PB15.pdf) (dostęp: 14.08.2015)

i Opieki (*niem.* Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen)<sup>47</sup>, zgodnie z którą każdy człowiek potrzebujący pomocy i opieki ma prawo do otrzymywania pomocy, aby być niezależnym, jak i do odpowiedniego wsparcia w tym celu (art. 1 Karty).

W 2011 r. w analizie OECD podano przykład reformy XI Księgi Społecznej (SGB XI) przeprowadzonej w 2008 r. i mającej na celu promowanie zasady opieki „outpatient over inpatient”.<sup>48</sup> Niemieckie federalne Ministerstwo Rodziny, Seniorów, Kobiet i Młodzieży także w 2011 r. podawało dane nt. zmian demograficznych, zgodnie z którymi 70% osób potrzebujących opieki otrzymywało ją w domu, a 30% korzystało z opieki stacjonarnej w pełnym zakresie.<sup>49</sup>

W 2012 r. niemiecki rząd federalny przyjął **Strategię na rzecz Demografii „Każdy wiek się liczy”** („Jedes Alter zählt”).<sup>50</sup> Niezależne życie na starość jest częścią Strategii.<sup>51</sup> W Strategii podano przykład działania mającego umożliwić utrzymanie niezależności: rząd federalny wspiera od 2012 r. projekt „Pflegeplaner ambulant”, który ma ułatwić planowanie pomocy wg potrzeb i umożliwić jak najdłuższe pozostanie osoby potrzebującej opieki we własnym domu.<sup>52</sup>

Niemiecki rząd federalny wspiera także realizację programów, w tym programu „Życie we wspólnocie, życie samodzielnie” („Gemeinschaftlich wohnen, selbstbestimmt leben”) oraz programu na rzecz dostosowania mieszkania odpowiednio do wieku („Altersgerecht umbauen”).<sup>53</sup> Program promujący dobre praktyki życia we wspólnocie jest prowadzony przez federalne Ministerstwo Rodziny, Seniorów, Kobiet i Młodzieży we współpracy ze stowarzyszeniem FORUM Gemeinschaftliches Wohnen e.V. Bundesvereinigung.<sup>54</sup> Natomiast program przewidujący dostosowanie mieszkania jest wspierany przez niemiecki bank rozwoju (Kreditanstalt für Wiederaufbau (KfW) – Bankengruppe), który udziela wsparcia lub pożyczek dla przeprowadzenia koniecznych robót.<sup>55</sup> Celem tych programów jest umożliwienie prowadzenia niezależnego życia poprzez zmianę otoczenia na wspólnotę (*niem.* Gemeinschaft), w której jest m.in. trwale zapewniona opieka lub umożliwienie pozostania we własnym domu po usunięciu w nim barier.

Jednym z mechanizmów umożliwiających korzystanie z opieki dochodzącej jest też jej finansowanie poprzez przyznawanie **zasiłku opiekuńczego dla samo-zapewnionej opieki domowej** (*niem.* Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen). Zasiłek jest przyznawany wg stopni niepełnosprawności, ze specjalnym uwzględnieniem demencji. Zasiłek wynosi od 244€ (pierwszy

<sup>47</sup> BMFSFJ, *Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen*, 11. wydanie, 2014.

[http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/Charta-der-Rechte-hilfe-und-pflegebed-C3\\_BCrtiger-Menschen.property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf](http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/Charta-der-Rechte-hilfe-und-pflegebed-C3_BCrtiger-Menschen.property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf) (dostęp: 14.08.2015)

<sup>48</sup> F. Colombo et al., *op. cit.*, przypis 42, str. 299.

<sup>49</sup> BMFSFJ, *Daten zum demografischen Wandel in Deutschland*, 2011, str. 14.

<http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/daten-zum-demografischen-wandel-praesentation.property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf> (dostęp: 14.08.2015)

<sup>50</sup> BMI, *Jedes Alter zählt – die Demographiestrategie der Bundesregierung*, 2012.

[http://www.bundesregierung.de/Content/DE/\\_Anlagen/Demografie/demographiestrategie-langfassung.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=2](http://www.bundesregierung.de/Content/DE/_Anlagen/Demografie/demographiestrategie-langfassung.pdf?__blob=publicationFile&v=2) (dostęp: 14.08.2015)

<sup>51</sup> *Ibid.*, str. 27.

<sup>52</sup> *Ibid.*, str. 36.

<sup>53</sup> BMFSFJ, *Zuhause im Alter – Wohnen im Alter*, 2015. <http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Aeltere-Menschen/zuhause-im-alter,did=128292.html> (dostęp: 14.08.2015)

<sup>54</sup> BMFSFJ, *Modellprogramm „Gemeinschaftlich Wohnen - selbstbestimmt leben”*, <https://www.serviceportal-zuhause-im-alter.de/programme/programm-gemeinschaftlich-wohnen-selbstbestimmt-leben.html>; FGW e.V., *Gemeinschaftlich wohnen, selbstbestimmt leben*. <http://www.fgw-ev.de/index.php?id=zuhauseimalter0> (dostęp: 14.08.2015)

<sup>55</sup> BMFSFJ, *op. cit.*, przypis 53.

stopień niepełnosprawności) do 728€ (trzeci stopień niepełnosprawności) miesięcznie. Ponadto należy zaznaczyć, że istnieje stopień niepełnosprawności „0”, który jest przyznawany osobom o trwale i znacząco ograniczonych możliwościach w życiu codziennym (*dauerhaft erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz*) nie spełniającym jeszcze przesłanek do przyznania pierwszego stopnia niepełnosprawności.<sup>56</sup> Są to przede wszystkim osoby cierpiące na demencję. W przypadku „stopnia 0” przysługuje zasiłek w wysokości 123€, ale jak wskazano już powyżej, pod warunkiem, że dana osoba ma ograniczone umiejętności wykonywania codziennych czynności.<sup>57</sup>

#### • **Niderlandy**

W Niderlandach został przyjęty **wieloletni krajowy Program na rzecz Opieki nad Seniorami**<sup>58</sup>, który rozpoczął się w 2008 r. i będzie trwał do 2016 r. Program ma na celu poprawę opieki nad osobami starszymi ze złożonymi potrzebami opieki. Poprawa ma w szczególności zostać osiągnięta poprzez zapewnienie spójnej opieki odpowiedniej dla indywidualnych potrzeb danej osoby. Program ten zakłada także, że poprawa jakości doprowadzi do większej samodzielności dla wielu starszych osób.

Program jest realizowany we współpracy z organizacjami na poziomie regionalnym jak i krajowym świadczącymi usługi opiekuńcze dochodzące i stacjonarne w ramach projektów mających na celu zapewnienie jak najdłuższego samodzielnego życia.<sup>59</sup> Wśród projektów znajdują się działania na rzecz szybszej reakcji w przypadku choroby, działania mające na celu nauczenie osób starszych w radzeniu sobie w przypadku przewlekłej choroby lub innego zaburzenia zdrowotnego i projekty określające kroki do podjęcia, gdy stan danej osoby może doprowadzić do utraty umiejętności samodzielnego wykonywania codziennych czynności.

Ponadto, zgodnie z ustawą dot. wsparcia socjalnego z 2015 r. (*nl. Wet maatschappelijke ondersteuning*) gminy zapewniają wsparcie dochodzące, także dla nieformalnych opiekunów – gminy są zobowiązane do zapewnienia osobom niewymagającym całodobowej opieki możliwości prowadzenia samodzielnego życia tak długo, jak jest to możliwe.<sup>60</sup>

Korzystanie z opieki dochodzącej jest także ułatwione przez jej dofinansowanie. W 2011 r. w analizie OECD podawano przykład **osobistego budżetu opiekuńczego** (*personal care budgets*) polegającego na zwrocie kosztów opieki. Natomiast pozostałe koszty życia są obliczane oddzielnie i nie podlegają zwrotowi.<sup>61</sup>

Warto także zwrócić uwagę na rolę ustawowo przypisaną ubezpieczeniom zdrowotnym: przepisy ustawy dot. ubezpieczeń zdrowotnych (*nl. Zorgverzekeringswet*) nakładają na ubezpieczycieli odpowiedzialność za zapewnienie opieki dochodzącej przed i bezpośrednio po

<sup>56</sup> BMG, *Pflegestufen*, 2015. <http://www.bmg.bund.de/themen/pflege/pflegebeduerftigkeit/pflegestufen.html> (dostęp: 14.08.2015)

<sup>57</sup> Caritas, *Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen (§ 37 SGB XI)*. [http://caritas.erzbistum-koeln.de/koeln\\_cv/caritas-sozialstationen/infolexikon/pv-ambulante-leistungen/pflegegeld.html](http://caritas.erzbistum-koeln.de/koeln_cv/caritas-sozialstationen/infolexikon/pv-ambulante-leistungen/pflegegeld.html) (dostęp: 14.08.2015)

<sup>58</sup> BeterOud, *The National Care for the Elderly Programme*. <http://www.beteroud.nl/ouderen/dutch-national-care-programme-for-the-elderly.html> (dostęp: 14.08.2015)

<sup>59</sup> Government of the Netherlands, *Care for older people – Vulnerable older people*. <http://www.government.nl/issues/care-for-older-people/vulnerable-older-people> (dostęp: 14.08.2015)

<sup>60</sup> Government of the Netherlands, *Care for older people – Living independently for longer*. <http://www.government.nl/issues/care-for-older-people/living-independently-for-longer>; IGZ, Ouderenzorg. <http://www.igz.nl/onderwerpen/verpleging-en-langdurige-zorg/ouderenzorg/index.aspx> (dostęp: 14.08.2015)

<sup>61</sup> F. Colombo et al., *op. cit.*, przypis 42, str. 298, 299.

pobycie w szpitalu.<sup>62</sup> Ponadto ustawa ta przewiduje prawo do otrzymywania świadczeń opieki medycznej i ogólnie pojętej opieki we własnym domu. Usługi opiekuńcze osobiste, takie jak mycie, także są ujęte zakresem stosowania ww. ustawy. Określenie potrzebnych usług opiekuńczych należy do lokalnej pielęgniarki, która opracowuje plan opieki razem z klientem.<sup>63</sup> Należy także zaznaczyć, że zgodnie z ustawą o długoterminowej opiece (*nl. Wet langdurige zorg*) osoby potrzebujące intensywnej opieki mogą ją otrzymywać w swoim domu.<sup>64</sup>

#### • Francja

W 2011 r. w analizie OECD podano przykład ulg podatkowych, które mają na celu promowanie opiekuńczych usług dochodzących we Francji.<sup>65</sup> Usługi opiekuńcze (*fr. aides à la personne*) są ustawowo uregulowane, m.in. w Kodeksie działań socjalnych i rodzin (*fr. Code de l'action sociale et des familles*) i w Kodeksie pracy.<sup>66</sup>

Rozróżnia się między **usługami dla osoby** (*fr. services à la personne*) i **pielęgniarskimi usługami dochodzącymi** (*fr. services de soins infirmiers à domicile, SSIAD*), które istnieją od 1981 r.<sup>67</sup>

Korzystanie z opieki dochodzącej jest umożliwione poprzez **spersonalizowany zasiłek dla utrzymania niezależności** (*fr. allocation personnalisée à l'autonomie (APA) à domicile*), który jest przyznawany wg stopni zależności. Zasiłek wynosi od maks. 562,57€ (stopień 4) do maks. 1312,67€ (stopień 1 – pełna zależność) miesięcznie, od których należy odjąć wkład własny obliczany wg dochodów i majątku (brak wkładu, jeżeli dochody są niższe od 739,06€ miesięcznie; do 90% wkładu w przypadku dochodów nieprzekraczających 2945,23€ miesięcznie; 90% gdy dochody przekraczają 2945,23€ miesięcznie)<sup>68</sup>. Wysokość zasiłku zależy także od planu pomocy, który określa potrzebne usługi opiekuńcze dochodzące. Należy dodać, że korzystanie z usług opiekuńczych dochodzących ramach APA poprzez zatrudnienie jednego lub paru opiekunów uprawnia do ulgi podatkowej (zwolnienie z części składki na ubezpieczenie społeczne opłacanej przez pracodawcę). Zasiłek ten może być także przyznawany osobom przebywającym w domu opieki (40% przypadków).

Ponadto w marcu 2015 r. została przyjęta **ustawa dot. dostosowania społeczeństwa do starzenia się** (*fr. loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement*). Celem ustawy jest umożliwienie wszystkim osobom starszym podejmowanie decyzji przed lub gdy pojawiają się pierwsze czynniki utraty samodzielności. Ustawa została stworzona w oparciu o 3 założenia, do których odnoszą się konkretne działania: (I) zmobilizowanie całego społeczeństwa, (II) wspieranie

<sup>62</sup> Government of the Netherlands, *op. cit.*, przypis 60.

<sup>63</sup> Government of the Netherlands, *op. cit.*, przypis 60.

<sup>64</sup> IGZ, *Ouderenzorg*. <http://www.igz.nl/onderwerpen/verpleging-en-langdurige-zorg/ouderenzorg/index.aspx> (dostęp: 14.08.2015)

<sup>65</sup> F. Colombo et al., *op. cit.*, przypis 42, str. 299.

<sup>66</sup> Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, *Aide à domicile*, 2014. <http://www.social-sante.gouv.fr/espaces/770/personnes-agees-autonomie/776/dossiers/758/aide-a-domicile/886/aide-a-domicile/17581.html> (dostęp: 14.08.2015)

<sup>67</sup> *Ibid.*

<sup>68</sup> Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, *L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile*, 2015. <http://www.social-sante.gouv.fr/espaces/770/aines/776/informations-pratiques/1329/fiches-pratiques-des-aides-aux/788/informations-pratiques/89/fiches-pratiques/91/l-allocation-personnalisee-d/1900/l-allocation-personnalisee-d/12399.html> (dostęp: 14.08.2015)

osób starszych, (III) przestrzeganie praw i wolności osób starszych.<sup>69</sup> Jedną z reform przeprowadzonych w ramach wdrażania ustawy zmniejszyła poziom wymaganego wkładu własnego celem otrzymania zasiłku APA. Ponadto w wyniku wdrażania ustawy Ministerstwo spraw społecznych, zdrowia i praw kobiet w partnerstwie z Krajową Kasą Solidarności na rzecz Autonomii (*fr.* Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie) stworzyło ustawowo przewidziany portal internetowy udostępniający informacje nt. całej oferty dla seniorów w dziedzinach prewencji, informacji, wspierania w domu i w jednostkach opieki (*portail national d'information et d'orientation des personnes âgées*, [www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr](http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr)).

#### • Polska

W Polsce od co najmniej 15 lat istnieje przekonanie o przewadze opieki udzielanej w środowisku lokalnym, najlepiej świadczonej przez rodzinę bezpośrednio w domu seniora oraz o subsydiarności innych form wsparcia.<sup>70</sup> W **Narodowym Programie Zdrowia na lata 2007-2015** zawarto cel operacyjny „Tworzenie warunków do zdrowego i aktywnego życia osób starszych”, w ramach którego zadaniem dla administracji rządowej jest tworzenie rozwiązań systemowych umożliwiających opiekę nad osobą starszą i/lub niepełnosprawną w środowisku zamieszkania z poszanowaniem jej praw i zapewnieniem najwyższej z możliwych jakości usług opiekuńczo-leczniczych.<sup>71</sup>

Natomiast ogólne podejście do opieki dochodzącej zostało określone w **Założeniach Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014-2020**<sup>72</sup>, w której został zawarty rozdział „Zdrowie i Samodzielność” oraz cel polegający na tworzeniu warunków do jak najdłuższego utrzymywania dobrego stanu zdrowia i autonomii. W Założeniach znajdują się m.in. następujące kierunki interwencji i rekomendacje:

- poprawa dostępu do usług opiekuńczych, co pozwoli osobom starszym i/lub o ograniczonej samodzielności jak najdłużej zostać we własnym środowisku,
- umożliwienie osobom starszym korzystania z pomocy asystentów świadczących usługi społeczne w domu i poza domem,
- upowszechnienie korzystania z usług opiekuńczych przy wykorzystaniu nowych technologii.

W przypadku Polski, OECD podaje w analizie z 2011 r. przykład usług dochodzących w ramach systemu zabezpieczenia społecznego (patrz pkt 3.1), które są świadczone dla osób chorych i/lub starszych.<sup>73</sup> Doprecyzowano, że usługi te mogą polegać na opiece, jak i na pomocy w czynnościach życia codziennego.

<sup>69</sup> Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, *Le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement – dossier de presse*, 2015. [http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/DP-adaptation\\_vieillessement.pdf](http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/DP-adaptation_vieillessement.pdf) (dostęp: 14.08.2015)

<sup>70</sup> P. Błędowski, B. Szatur-Jaworska, Z. Szwecka-Lewandowska, P. Kubicki, *Raport na temat sytuacji osób starszych w Polsce*, 2012, str. 86. [http://senior.gov.pl/source/raport\\_osoby%20starsze.pdf](http://senior.gov.pl/source/raport_osoby%20starsze.pdf) (dostęp: 14.08.2015) Przytacza: Augustyn 2010, Szatur-Jaworska i inni 2006; Błędowski 2004; Błędowski 2002.

<sup>71</sup> Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015, załącznik do uchwały nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007 r., str. 42-43.

<sup>72</sup> *Op. cit.*, przypis 35, str. 10.

<sup>73</sup> F. Colombo et al., *op. cit.*, przypis 42, str. 299.

Świadczenia opiekuńcze dzielą się na zasiłek pielęgnacyjny, świadczenie pielęgnacyjne, specjalny zasiłek opiekuńczy i zasiłek dla opiekunów. **Zasiłek pielęgnacyjny** przysługuje bez względu na dochody, m.in. po ukończeniu 75 roku życia w wysokości 153 zł miesięcznie.<sup>74</sup> Pozostałe wymienione świadczenia są ogólnie uwarunkowane sprawowaniem opieki nad osobą legitymującą się orzeczeniem o niepełnosprawności i nie stanowią świadczeń związanych ze starzeniem się.

Ministerstwo Zdrowia podaje także informacje nt. **opieki paliatywnej i hospicyjnej**, która może być świadczona **w warunkach domowych**.<sup>75</sup> Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. U. z 2013 r., poz. 1347) polegają na wszechstronnej, całościowej opiece i leczeniu objawowym świadczeniobiorców chorujących na nieuleczalne, niepoddające się leczeniu przyczynowemu, postępujące, ograniczające życie choroby. Świadczenia w warunkach domowych obejmują: świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez lekarzy i pielęgniarki, leczenie bólu i innych objawów somatycznych, opiekę psychologiczną nad świadczeniobiorcą i jego rodziną, rehabilitację, zapobieganie powikłaniom, badania, ordynację leków i bezpłatne wypożyczanie określonych wyrobów medycznych. Aby otrzymać wymienione świadczenia wymaga się przedstawienia skierowania i wskazania medycznego jednostki chorobowej nierokującej nadziei na wyleczenie.

<sup>74</sup> Serwis Rodzina.gov.pl, *Świadczenia opiekuńcze*. <https://rodzina.gov.pl/swiadczenia/swiadczenia-opiekuncze> (dostęp: 14.08.2015)

<sup>75</sup> Ministerstwo Zdrowia, *Opieka paliatywna i hospicyjna w warunkach domowych*. <http://www.mz.gov.pl/leczenie/opieka-paliatywna-i-hospicyjna/opieka-paliatywna-i-hospicyjna-w-warunkach-domowych> (dostęp: 14.08.2015)

### 3.4 Jakość opieki

Zapewnianie jakości opieki odbywa się według różnorodnych schematów, od wiążących przepisów ustawowych, poprzez niewiążące zalecenia i inne praktyki rozwijane zarówno na poziomie krajowym, jak i regionalnym.

#### • Austria

Jak już opisano, w Austrii jakość opieki finansowanej na podstawie ustawy dot. zasiłku pielęgnacyjnego (PFGG) może być kontrolowana np. poprzez **wizyty domowe**. Należy dodać, że zapewnienie jakości opieki stacjonarnej także zostało ustawowo przewidziane w § 20a federalnej ustawy ws. starszego pokolenia (Bundes-Seniorengesetz).<sup>76</sup>

Przepis ten został wprowadzony w 2012 r. (wszedł w życie w dniu 1 stycznia 2013 r.<sup>77</sup>) w ramach realizacji ww. federalnego programu „Starzenie się i przyszłość”, w którym stwierdzono, że oferta w poszczególnych *Länder* jest różnorodna i nieporównywalnej jakości. Program ten przewiduje wprowadzenie instrumentów na rzecz rozwoju i zapewniania jakości oraz wdrożenie **narodowego certyfikatu jakościowego usług w domach starców i domach opieki** (*niem. Nationales Qualitätszertifikat für Alten- und Pflegeheime, NQZ*).<sup>78</sup>

Należy zaznaczyć, że ww. ustawa przewiduje jedynie wspieranie działań na rzecz certyfikacji. Kryteria i procedura oceny jakości zostały określone w odrębnej dyrektywie dot. przygotowania i przeprowadzenia certyfikacji zgodnie z NQZ.<sup>79</sup> Procedura jest przeprowadzana przez certyfikującą jednostkę użyteczności publicznej (*niem. gemeinnützige Zertifizierungseinrichtung*). Federalne Ministerstwo Pracy, Spraw Społecznych i Ochrony Konsumentów powierzyło to zadanie Stowarzyszeniu na rzecz jakości opieki osób starszych (Verein zur Förderung der Qualität in der Betreuung älterer Menschen).<sup>80</sup> Aby poddać się procedurze certyfikacji podmiot musi spełniać określone wymogi dla domów starców i domów opieki (*niem. Anforderungsprofil für Alten- und Pflegeheime*), m.in. stosować uznany system zarządzania jakością, przeprowadzać procedury samooceny, udostępniać wyniki badań opinii klientów.<sup>81</sup> Przeprowadzenie procedury oceniającej przez jednostkę certyfikującą wymaga jeszcze zobowiązania się przez odpowiedni urząd danego *Land*, że poniesie co najmniej połowę kosztów danej certyfikacji oraz wydania przez ten urząd pozytywnej opinii (dany *Land* może wymagać spełnienia dodatkowych wymogów). „Kryteria jakościowe” (*niem. Qualitätsfelder*) i „wyniki” (*niem. Ergebnisfelder*) są podzielone na 5 kategorii: mieszkaniec, pracownik, zarządzanie, otoczenie, uczenie się.<sup>82</sup> Jednostka poddająca się procedurze certyfikacji jest zobowiązana do przygotowania raportu jakościowego odnoszącego się do wszystkich podkategorii jakościowych. Istnieje 30 podkategorii, które zostały przedstawione w tabeli 4.

<sup>76</sup> Bundesgesetz über die Förderung von Anliegen der älteren Generation (Bundes-Seniorengesetz). <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10001535> (dostęp: 14.08.2015)

<sup>77</sup> Bundesgesetz, mit dem das Bundes-Seniorengesetz geändert wird. <http://www.nqz-austria.at/assets/BGBl.-I-Nr.-94-2012.pdf> (dostęp: 14.08.2015)

<sup>78</sup> BMASK, *op. cit.*, przypis 44, str. 53-54.

<sup>79</sup> BMASK, Richtlinie für die Vorbereitung und Durchführung der Zertifizierung nach dem NQZ, 2. wydanie, 2014. <http://www.nqz-austria.at/assets/Richtlinie-NQZ-19.12.2014.pdf> (dostęp: 14.08.2015)

<sup>80</sup> NQZ, NQZ-Zertifizierungseinrichtung. <http://www.nqz-austria.at/nqz-organisation/> (dostęp: 14.08.2015)

<sup>81</sup> NQZ, Anforderungen. <http://www.nqz-austria.at/zertifizierung/anforderungen/> (dostęp: 14.08.2015)

<sup>82</sup> BMASK, *op. cit.*, przypis 79, str. 13, 14.

Tabela 4. Kryteria jakościowe: kategorie i podkategorie

| Kategoria    | Mieszkaniec                             | Pracownik                   | Zarządzanie               | Otoczenie             | Uczenie się                                        |
|--------------|-----------------------------------------|-----------------------------|---------------------------|-----------------------|----------------------------------------------------|
| Podkategorie | Ukierunkowanie na życiorys i styl życia | Kierownictwo i partycypacja | Polityka przedsiębiorstwa | Krewni i odwiedzający | Poprawa zarządzania                                |
|              | Autonomia                               | Komunikacja i informacja    | Jakość                    | Partnerzy i urzędy    | Rozwój zawodowy i szkolenia                        |
|              | Komunikacja                             | Współpraca                  | Organizacja               | Media i promocja      | Uczenie się międzypokoleniowe i interdyscyplinarne |
|              | Przeprowadzka do domu opieki            | Zachęty i motywacja         | Zarządzanie procesami     |                       |                                                    |
|              | Struktura dnia i życie w domu opieki    | Zaangażowanie pracowników   | Zasoby finansowe          |                       |                                                    |
|              | Procedury opieki                        | Czas pracy                  | Zarządzanie personelem    |                       |                                                    |
|              | Opieka lekarska                         | Stanowisko pracy            | Kierowanie pracownikami   |                       |                                                    |
|              | Zmiany miejsc                           |                             | Zarządzanie jednostką     |                       |                                                    |
|              | Opieka nad osobą umierającą             |                             |                           |                       |                                                    |

#### • Niemcy

Odnosnie do jakości usług opiekuńczych niemiecka Strategia „Każdy wiek się liczy” zawiera jedynie stwierdzenie, że należy zapewnić pielęgnację i opiekę wysokiej jakości, odpowiadającą potrzebom podopiecznych.<sup>83</sup> Natomiast **przepisy dot. jakości opieki** obowiązują w części już od 2002, a w całości od 2008 r. (Pflegequalitätssicherungsgesetz i Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – przepisy wprowadzone do XI Księgi Kodeksu socjalnego, §112-120 SGB XI)<sup>84</sup>, a nowe **przepisy regulujące umowy dot. mieszkań z usługami opiekuńczymi** (Gesetz zur Regelung von Verträgen über Wohnraum mit Pflege- oder Betreuungsleistungen, WBVG) obowiązują od 2009 r.<sup>85</sup>

Należy w pierwszej kolejności zwrócić uwagę na przepis §37 ust. 3 SGB XI, który przewiduje **wizyty domowe** w przypadku, gdy osoba potrzebująca opieki otrzymuje zasiłek opiekuńczy dla samo-zapewnionej opieki domowej. Wizyta służy udzieleniu doradztwa w celu zapewnienia jakości domowej opieki, regularnego wsparcia i profesjonalnej praktycznej pomocy osobom świadczącym opiekę domową. Wizyta domowa jest przeprowadzana przez dopuszczoną jednostkę opieki, jednostkę doradczą z udowodnioną kompetencją w dziedzinie opieki lub przez opiekuna, któremu kasa opiekuńcza zleciła przeprowadzenie wizyty, ale niezatrudnionego przez kasę opiekuńczą.

Następnie, zgodnie z aktualnie obowiązującym §112 SGB XI, zapewnienie jakości dotyczy także jednostek opieki. Jednostki opieki są prawnie zobowiązane m.in. do podejmowania działań na rzecz zapewnienia jakości, jak i do zarządzania jakością. W przypadku świadczenia opieki stacjonarnej, jednostka ma także obowiązek zapewnienia jakości opieki medycznej, socjalnej, usług

<sup>83</sup> BMI, *op. cit.*, przypis 50, str. 35.

<sup>84</sup> Sozialgesetzbuch (SGB) – Elftes Buch (XI) – Soziale Pflegeversicherung. [http://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_11/BJNR101500994.html#BJNR101500994BJNG004200308](http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_11/BJNR101500994.html#BJNR101500994BJNG004200308) (dostęp: 14.08.2015)

<sup>85</sup> Gesetz zur Regelung von Verträgen über Wohnraum mit Pflege- oder Betreuungsleistungen (Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz – WBVG). <http://www.gesetze-im-internet.de/wbvg/BJNR231910009.html> (dostęp: 14.08.2015)

mieszkaniowych i żywienia oraz innych dodatkowych usług. Na podstawie §113 ust. 1 SGB XI zostały przyjęte **zasady zapewniania i rozwoju jakości opieki dochodzącej i stacjonarnej**.<sup>86</sup> Na przykład usługi opieki dochodzącej są oceniane wg jakości struktury (personel i wyposażenie jednostki świadczącej opiekę), jakości procedury świadczenia opieki (planowanie, przeprowadzanie i dokumentacja opieki) i jakości wyników (porównanie celu z faktycznie osiągniętym stanem biorąc pod uwagę samopoczucie i zadowolenie podopiecznego).<sup>87</sup> Ocena jakości jest przeprowadzana przez służby medyczne systemu opieki zdrowotnej (*niem.* Medizinischer Dienst der Krankenversicherung), służby inspekcyjne stowarzyszenia prywatnych ubezpieczycieli zdrowotnych (Verband der privaten Krankenversicherung e.V.) i ekspertów powołanych przez regionalne jednostki kas opiekuńczych (§114a SGB XI).

Istnieją także komercyjne systemy zatwierdzania jakości, jak np. **znak jakości IQD** (*Qualitätssiegel des Instituts für Qualitätskennzeichnung von sozialen Dienstleistungen GmbH, IQD*).<sup>88</sup> W celu otrzymania znaku jakości należy spełnić wymogi jakościowe odpowiadające ww. wymogom § 113 SGB XI (jakość struktury, procedury świadczenia opieki i wyników). W pierwszej kolejności sprawdzane są kryteria, a następnie zbierane są dane subiektywne na podstawie ankiet wśród klientów, krewnych i pracowników. W ramach oceny jakości przywiązuje się szczególną wagę do wyników ankiet.

Kolejny przykład stanowi **norma DIN** (*Deutsches Institut für Normung e. V., DIN Norm Betreutes Wohnen*).<sup>89</sup> Norma DIN została stworzona z myślą o wspólnotach mieszkaniowych (*betreutes Wohnen*). Ocenie podlegają: przejrzystość oferty, świadczone usługi (w podziale na podstawowe usługi opiekuńcze i inne dostępne usługi), propozycje mieszkaniowe, sporządzanie umowy i środki zapewniające jakość.

Na poziomie regionalnym można przytoczyć m.in. system zapewniania jakości stosowany w Badenii-Wirtembergii, gdzie Fundacja na rzecz Pomocy Społecznej („Wohlfahrtswerk für Baden-Württemberg”) przeprowadza kontrole domów opieki, świadczonych usług i wewnętrznego zarządzania jakością oraz odnosi się do znaków jakości uzyskanych dobrowolnie przez domy opieki (np. znak jakości IQD, norma DIN domów opieki, znak BIVA przyjaźności

<sup>86</sup> MDS e.V., *Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der vollstationären Pflege*, 2011. [http://www.mds-ev.de/media/pdf/2011\\_06\\_09\\_MuG\\_stationaer.pdf](http://www.mds-ev.de/media/pdf/2011_06_09_MuG_stationaer.pdf) (opieka stacjonarna); MDS e.V., *Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der ambulanten Pflege*, 2011. [http://www.mds-ev.de/media/pdf/2011\\_06\\_09\\_MuG\\_ambulant.pdf](http://www.mds-ev.de/media/pdf/2011_06_09_MuG_ambulant.pdf) (opieka dochodząca); BMG, *Bekanntmachung des GKV-Spitzenverbandes der Pflegekassen Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) in der teilstationären Pflege (Tagespflege)*, 2013. [http://www.mds-ev.de/media/pdf/2012\\_12\\_10\\_MuG\\_teilstationaer.pdf](http://www.mds-ev.de/media/pdf/2012_12_10_MuG_teilstationaer.pdf) (dzienna opieka stacjonarna) (dostęp: 14.08.2015)

<sup>87</sup> MDS e.V., *Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der ambulanten Pflege*, 2011. [http://www.mds-ev.de/media/pdf/2011\\_06\\_09\\_MuG\\_ambulant.pdf](http://www.mds-ev.de/media/pdf/2011_06_09_MuG_ambulant.pdf) (opieka dochodząca) (dostęp: 14.08.2015)

<sup>88</sup> IQD, *Qualitätssiegel für ambulante Dienste*. <http://www.iqd.de/Qualitaetssiegel-fuer-ambulante-Dienste.15.0.html> (dostęp: 14.08.2015)

<sup>89</sup> DIN, *Betreutes Wohnen*. <http://www.din.de/cmd?level=tpl-artikel&languageid=de&cmstextid=betreuteswohnen> (dostęp: 14.08.2015)

konsumentom).<sup>90</sup> W **Memorandum na rzecz jakości** Fundacji na rzecz Pomocy Społecznej określono politykę jakościową Fundacji za pomocą 8 celów: m.in. uwzględnianie obiektywnych i subiektywnych czynników mających wpływ na stan osoby starszej, promowanie dobrego samopoczucia i szukanie rozwiązań odpowiadających oczekiwaniom mieszkańców, regularne sprawdzanie przestrzegania zobowiązań prawnych i umownych, dostosowywanie usług wg stanu wiedzy.<sup>91</sup>

Zapewnienie jakości usług świadczonych w domach starców i domach opieki jest także przedmiotem projektu przygranicznego regionu EUREGIO (przygraniczne części Dolnej Saksonii i Nadrenii Północnej-Westfalii w Niemczech oraz niderlandzkich regionów Geldrii, Overijssel i Drenthe<sup>92</sup>): EurSafety Health-Net.<sup>93</sup> Projekt ten koncentruje się na prewencji zakażeń wśród seniorów i osób potrzebujących opieki. **Znak jakości i przejrzystości** (niem. Qualitäts- und Transparenzsiegel für Alten- und Pflegeeinrichtungen) jest wydawany, jeżeli dana jednostka spełnia 10 celów jakościowych, w tym powołanie komisji higieny, udział w zajęciach dot. jakości, stosowanie zaleceń dot. higieny, grypy, zakażeń dróg moczowych i zakażenia żołądka i jelit oraz przeprowadzanie wykwalifikowanych szkoleń.<sup>94</sup>

#### • **Niderlandy**

Kwestia jakości opieki została ujęta w ww. Programie na rzecz Opieki nad Seniorami.<sup>95</sup> Zgodnie z założeniami Programu, jakość usług ma zostać zapewniona poprzez świadczenie spójnej opieki odpowiedniej dla indywidualnych potrzeb danej osoby: zapewnienie współpracy na poziomie regionalnym (stworzenie regionalnych sieci, których uczestnikami mogą być wszystkie zainteresowane jednostki świadczące usługi opiekuńcze i medyczne), przeprowadzenie nowatorskich projektów (projekty mogą mieć charakter badawczy i doświadczalny, aby opracować rozwiązania nie ograniczające się do aktualnie obowiązujących przepisów prawnych – sieci regionalne mogą składać wnioski), zaangażowanie seniorów w projekty i dyskusje na poziomie regionalnym i krajowym.

Jakość usług opiekuńczych jest także zapewniana w ramach wysoko jakościowych projektów realizowanych w ramach **Programu na rzecz lepszej opieki** (nl. Zorgvoorbeter).<sup>96</sup> Projekty są podzielone na 23 tematy, w tym samodzielność, demencja i opieka paliatywna. Odnosnie do samodzielności, w 2012 r. został opracowany dokument dot. jakości określonej

<sup>90</sup> Wohlfahrtswerk für Baden-Württemberg, *Qualität in der Altenhilfe*. <https://www.wohlfahrtswerk.de/qualitaet.html> (dostęp: 14.08.2015)

<sup>91</sup> Wohlfahrtswerk für Baden-Württemberg, *Memorandum zur Qualität in Pflegeheimen des Wohlfahrtswerks für Baden-Württemberg*. [https://www.wohlfahrtswerk.de/fileadmin/daten/pdfs/Qualitaet/Wohlfahrtswerk\\_Qualitaetsmemorandum.pdf](https://www.wohlfahrtswerk.de/fileadmin/daten/pdfs/Qualitaet/Wohlfahrtswerk_Qualitaetsmemorandum.pdf) (dostęp: 14.08.2015)

<sup>92</sup> EUREGIO, *Das EUREGIO-Gebiet*. <http://www.euregio.eu/de/%C3%BCber-euregio/region-mitglieder> (dostęp: 14.08.2015)

<sup>93</sup> EurSafety Health-Net, *Euregional teilnehmende Alten-/Pflegeheime und Pflegedienste*. <http://www.eursafety.eu/DE/projektteilnehmer/pflegeeinrichtungen.html> (dostęp: 14.08.2015)

<sup>94</sup> EurSafety Health-Net, *Qualitäts- und Transparenzsiegel Infektionsprävention für Alten- und Pflegeheime*. [http://www.eursafety.eu/DE/qualitaetssiegel/qualitaetsziele\\_pflege.html](http://www.eursafety.eu/DE/qualitaetssiegel/qualitaetsziele_pflege.html) (dostęp: 14.08.2015)

<sup>95</sup> BeterOud, *op. cit.*, przypis 58.

<sup>96</sup> Government of the Netherlands, Ministry of Health, Welfare and Sport, DG Long-Term Care, Long-Term Care Department (DLZ). <http://www.government.nl/ministries/vws/organisation/dg-long-term-care; Zorg voor Beter, http://www.zorgvoorbeter.nl/> (dostęp: 14.08.2015)

zawierający 2 wskaźniki: możliwość samodzielnego decydowania i otrzymywanie odpowiednich informacji.<sup>97</sup>

Ponadto, usługi opiekuńcze, zarówno dochodzące jak i stacjonarne, są kontrolowane przez Inspekcję medyczną (*nl. Inspectie voor de Gezondheidszorg*).<sup>98</sup> Inspekcja kontroluje cechy usług opiekuńczych oraz stosowane procedury kontroli jakości i bezpieczeństwa. Zgodnie ze stanowiskiem niderlandzkiego rządu, opieka musi być efektywna, bezpieczna i świadczona na czas.<sup>99</sup> Jakość usług jest uregulowana w **ustawie o jakości opieki** (*nl. Kwaliteitswet zorginstellingen*), a dodatkowo w lutym 2015 r. rząd przedstawił projekt ustawy dot. jakości usług mający na celu zaostrzenie kryteriów jakości.<sup>100</sup>

#### • Francja

Usługi opiekuńcze (*fr. aides à la personne*) podlegają procedurom dopuszczenia i jakości. Celem tych procedur jest zarazem zapewnienie jakości klientom i stworzenie pozytywnego wizerunku zawodu opiekuna.<sup>101</sup>

**Dopuszczenie** jednostki świadczącej usługi jest oceniane na podstawie wniosku (*fr. demande d'agrément*) do prefekta. Wniosek zawiera m.in. informację nt. warunków zatrudnienia personelu, dokumenty pozwalające ocenić jakość usług, informację nt. zlecenia zadań podwykonawcom (art. R129-2, R129-3 Kodeksu pracy).

W przypadku usług dla osoby istnieje także możliwość przystąpienia do **Krajowej Karty Jakości** (*fr. Charte Nationale Qualité*) francuskiego Ministerstwa gospodarki, przemysłu i cyfryzacji. Karta zawiera 6 zasad: szybkie i odpowiednie reagowanie na każde zapytanie, przejrzystość, dostosowanie do zmieniających się potrzeb klienta, kompetentni i profesjonalni usługodawcy, szacunek dla życia prywatnego, ocena i poprawa praktyk.<sup>102</sup> Przystąpienie do Karty jest dobrowolne i bezpłatne, a procedura jest uzależniona od typu organizacji (najbardziej wymagająca procedura polega na samoocenie, określeniu planu działań wg propozycji i uaktualnieniu planu działań po 6 miesiącach).

Natomiast SSIAD (pielęgniarskie usługi dochodzące) podlegają procedurze pozwolenia (*fr. procédure d'autorisation*), ponieważ należą do kategorii jednostek i usług społecznych i medyczno-społecznych (*fr. établissements et services sociaux et médico-sociaux*) – art. L312-1 Kodeksu działań socjalnych i rodzin. Pozwolenie jest wydawane przez przewodniczącego Rady Departamentu lub dyrektora generalnego Regionalnej Agencji Zdrowia (art. L313-3 Kodeksu

<sup>97</sup> Zorg voor Beter, *Meer werken aan zelfredzaamheid*, 2014.

<http://www.zorgvoorbeter.nl/ouderenzorg/Zelfredzaamheid-indicatoren.html> (dostęp: 14.08.2015)

<sup>98</sup> IGZ, *op. cit.*, przypis 64.

<sup>99</sup> Rijksoverheid, *Kwaliteit van de zorg*. <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/kwaliteit-van-de-zorg> (dostęp: 14.08.2015)

<sup>100</sup> Rijksoverheid, *Kwaliteit loont in de zorg*, Komunikat Minister Edith Schippers, 06.02.2015.

<http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/kwaliteit-van-de-zorg/nieuws/2015/02/06/schippers-kwaliteit-loont-in-de-zorg.html> (dostęp: 14.08.2015)

<sup>101</sup> DGE, *S'engager dans la qualité avec la Charte nationale Qualité des services à la personne*, 2013.

<http://www.entreprises.gouv.fr/services-a-la-personne/s-engager-dans-la-qualite-avec-la-charte-nationale-qualite-des-services-a-la> (dostęp: 14.08.2015)

<sup>102</sup> DGE, *Services à la personne – Charte nationale Qualité*, 2015.

[http://www.entreprises.gouv.fr/files/files/directions\\_services/services-a-la-personne/qualite/depliant-charte-nationale-qualite-mars-2015.pdf](http://www.entreprises.gouv.fr/files/files/directions_services/services-a-la-personne/qualite/depliant-charte-nationale-qualite-mars-2015.pdf) (dostęp: 14.08.2015)

działań socjalnych i rodzin), jeżeli projekt spełnia warunki **jakościowe** określone w art. L313-4 Kodeksu działań socjalnych i rodzin: m.in. zgodność z celami i potrzebami społecznymi i medyczno-społecznymi określonymi w odpowiednim społecznym i medyczno-społecznym schemacie organizacyjnym, zgodność z zasadami organizacji i funkcjonowania określonymi w Kodeksie działań socjalnych i rodzin, posiadanie procedury ewaluacji i informowania określonej w Kodeksie.

#### • Polska

W 2011 r. stwierdzono<sup>103</sup>, a w Założeniach Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014-2020<sup>104</sup> powtórzono, że system opieki zdrowotnej i społecznej nad osobami starszymi „nie spełnia standardów podejścia geriatrycznego – powszechności, jakości, dostępności i kompleksowości zaspokajania złożonych potrzeb”.<sup>105</sup> W Założeniach przewidziano więc **kierunek interwencji: poprawa jakości świadczonych usług opiekuńczych (w tym pielęgnacyjnych) dla osób starszych**.<sup>106</sup> Kierunek interwencji został doprecyzowany i przewiduje się:

- stworzenie 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;
- umożliwienie edukacji, szkoleń, praktyk i wymiany praktyk i doświadczeń dla opiekunów nieformalnych potrzebnych do opieki nad osobami starszymi (rodzina, pomoc sąsiedzka, wolontariusze);
- wprowadzenie rejestru, kwalifikowania, potwierdzenia umiejętności i kompetencji i udzielania certyfikatów dla opiekunów formalnych i nieformalnych.

Ze swojej strony Ministerstwo Zdrowia podaje informacje nt. procedury medycznej *Całościowa ocena geriatryczna*, która została wprowadzona zarządzeniem Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia do opieki szpitalnej od dnia 1 stycznia 2012 r.<sup>107</sup> i polega m.in. na standaryzowanej ocenie poziomu funkcji życiowych.<sup>108</sup> Ministerstwo Zdrowia podaje, że stosowanie *Całościowej oceny geriatrycznej* zmniejsza liczbę zbytecznych świadczeń – w tym przyjęć do stacjonarnych placówek opiekuńczych. Natomiast procedury zapewniania jakości opieki w Polsce muszą jeszcze zostać stworzone. Odnośnie do **opieki paliatywnej i hospicyjnej świadczonej w warunkach domowych**, Rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej określa wymagania dot. personelu (lekarz, pielęgniarka, psycholog, inne osoby), sprzętu medycznego i pomocniczego oraz innych warunków do spełnienia.

<sup>103</sup> T. Grodzicki, *Projekt strategii rozwoju systemu opieki geriatrycznej i rozwiązań poprawiających jakość opieki nad osobami starszymi w systemie ochrony zdrowia*, 2011, str. 4.

[http://www.mz.gov.pl/\\_data/assets/pdf\\_file/0003/7689/51\\_geriatria\\_13072011.pdf](http://www.mz.gov.pl/_data/assets/pdf_file/0003/7689/51_geriatria_13072011.pdf) (dostęp: 14.08.2015)

<sup>104</sup> *Op. cit.*, przypis 35, str. 16.

<sup>105</sup> *Op. cit.*, przypis 35, str. 13.

<sup>106</sup> *Op. cit.*, przypis 35, str. 21.

<sup>107</sup> Zarządzenie nr 72/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 20 października 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne i załącznik 13b Karta całościowej oceny geriatrycznej (COG).

<sup>108</sup> Ministerstwo Zdrowia, *Opieka nad osobami starszymi*. <http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/opieka-nad-osobami-starszymi> (dostęp: 14.08.2015 r.)

Natomiast Koalicja na Pomoc Niezależnym zwraca uwagę na wyzwanie, jakie stanowi niedoszacowanie kosztów świadczeń opieki długoterminowej dochodzącej.<sup>109</sup>

Warto podkreślić prekursorską rolę polskich organizacji pozarządowych w definiowaniu jakości opieki: w 2011 r. Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej (MOPS) w Gdyni we współpracy z organizacjami pozarządowymi zrealizował projekt mający na celu ustalenie kryteriów jakości usług opiekuńczych w Gdyni<sup>110</sup>, Wspólnota Robocza Związków Organizacji Socjalnych (Wrzos) opublikowała opracowanie nt. standardów usług opiekuńczych dochodzących dla osób starszych<sup>111</sup>, a zespół organizacji, w tym Wrzos, promował opracowanie nt. tychże usług na poziomie lokalnym.<sup>112</sup> Opracowania te stanowią kroki w kierunku zapewnienia jakości opieki, lecz ich zasięg pozostaje ograniczony w porównaniu z ogólnokrajowymi wiążącymi przepisami. W przypadku projektu MOPS w Gdyni można przytoczyć przykład wpływu projektu na poziomie lokalnym: od lipca 2013 r. Gdynia wprowadziła jako pierwsze z dużych miast usługę teleopieki w systemie powszechnym<sup>113</sup>, jako odpowiedź na potrzeby i oczekiwania mieszkańców Gdyni wyrażone podczas konsultacji społecznych w ramach projektu.<sup>114</sup> Osoby starsze podkreślały mianowicie, że poczucie bezpieczeństwa, które towarzyszy obecności opiekunki mija, gdy zostają same, szczególnie w godzinach nocnych. Teleopieka stanowi jedno z rozwiązań wprowadzonych celem podniesienia jakości życia tych osób.

<sup>109</sup> Koalicja na Pomoc Niezależnym, *Opieka długoterminowa na skraju przepaści*, 17.06.2015. <http://niezalezny.pl/?p=2393> (dostęp: 14.08.2015)

<sup>110</sup> Stocznia, *Jak usłyszeć głos seniora? Praktyczny przewodnik po partycypacji obywatelskiej osób starszych*, 2014, str. 66. [http://partycypacjaobywatelska.pl/wp-content/uploads/2013/08/jak\\_uslyszec\\_glos\\_seniora\\_2014.pdf](http://partycypacjaobywatelska.pl/wp-content/uploads/2013/08/jak_uslyszec_glos_seniora_2014.pdf) (dostęp: 14.08.2015)

<sup>111</sup> K. Balon i in., *op. cit.*, przypis 6.

<sup>112</sup> B. Mejsner, *Lokalne inicjatywy na rzecz ustalania kryteriów jakości i standaryzacji usług opiekuńczych świadczonych w miejscu zamieszkania – przykłady dobrych praktyk*, 2011. <http://ozrss.pl/wp-content/uploads/2015/04/Ekspertyza-ZE-OS.pdf> (dostęp: 14.08.2015)

<sup>113</sup> Polskie Centrum Opieki, *Aktualności: powszechny dostęp do teleopieki*. <http://www.centrum-opieki.pl/aktualnosci> (dostęp: 14.08.2015)

<sup>114</sup> MOPS Gdynia, *TELEOPIEKA – całodobowy monitoring osób starszych i niepełnosprawnych w miejscu zamieszkania*. [http://www.mopsgdynia.pl/www/index.php?option=com\\_content&task=view&id=1121&Itemid=1](http://www.mopsgdynia.pl/www/index.php?option=com_content&task=view&id=1121&Itemid=1) (dostęp: 14.08.2015)

### 3.5 Warunki świadczenia usług opiekuńczych w Polsce

W związku z upowszechnianiem danych i ewolucją świadomości o starzeniu się ludności w Polsce podejmowane są działania dostosowujące warunki świadczenia usług opiekuńczych. W szczególności warto zwrócić uwagę na szacowanie i definiowanie kosztów stacjonarnych i dochodzących usług opiekuńczych.

Średni miesięczny koszt utrzymania mieszkańca w domach pomocy społecznej prowadzonych na terenie m.st. Warszawy w 2015 r. został ustalony na podstawie zarządzenia Prezydent m. st. Warszawy i wynosi średnio 4 331,79 PLN.<sup>115</sup> W przypadku Domu Pomocy Społecznej w Dzielnicy Białoleka oszacowano ten koszt na 3 888,12 PLN miesięcznie. Natomiast koszty usług opiekuńczych dochodzących zostały wskazane w uzasadnieniu do projektu ustawy o pomocy osobom niesamodzielnym z następującym stwierdzeniem: „w usługach domowych cena roboczogodziny kształtuje się nierzadko poniżej 10 PLN, co oznacza, że są wykonywane na umowę zlecenia przez niskokwalifikowany personel”.<sup>116</sup> Koalicja na Pomoc Niesamodzielnym wskazuje na przyjmowaną stawkę za osobogodzinę pielęgniarstwa opieki długoterminowej nad pacjentami w domu na poziomie niższym od 36 zł za osobogodzinę.<sup>117</sup> Natomiast na przykładzie zamówienia publicznego przeprowadzonego przez Ośrodek Pomocy Społecznej Dzielnicy Białoleka m. st. Warszawy<sup>118</sup> można podać następujące kwoty:

- usługi opiekuńcze o charakterze gospodarczym (miesięcznie 60 osób, 1 316 godzin):  
157 130,40 / (1316\*12) = 9,95 PLN/godz.;
- usługi opiekuńcze w zakresie pielęgnacji (miesięcznie 10 osób, 97 godzin):  
14 841,00 / (97\*12) = 12,75 PLN/godz.

### 3.6 Opieka dochodząca w regulacjach

Analiza praktyk opiekuńczych w Austrii, Niemczech, Niderlandach, Francji i Polsce wskazała, że aktualnie promowana jest opieka dochodząca, która ma np. stanowić alternatywę dla długotrwałego pobytu w domach opieki i umożliwić osobom wymagającym opieki pozostanie w domu (Austria), realizować prawo do otrzymywania pomocy, aby być niezależnym oraz zasadę opieki „outpatient over inpatient” (Niemcy) lub jeszcze realizować prawo do otrzymywania opieki medycznej i ogólnie pojętej opieki we własnym domu (Niderlandy).

Jak wcześniej wskazano, ogólne podejście do opieki dochodzącej w Polsce zostało określone w Założeniach Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014-2020<sup>119</sup>. Mając na uwadze wpływ aktywności na utrzymanie jak najdłużej samodzielności seniora, w Założeniach zwrócono uwagę na potrzebę zwiększenia dostępu do usług opiekuńczych dochodzących, także z wykorzystaniem usług świadczonych przez asystentów i nowych technologii: teleopieki

<sup>115</sup> Zarządzenie Prezydent m. st. Warszawy nr 258/2015 z dnia 6 marca 2015 r. w sprawie ustalenia średniego miesięcznego kosztu utrzymania mieszkańca w domach pomocy społecznej na terenie m.st. Warszawy w 2015 r. wraz z załącznikami. <https://bip.warszawa.pl/NR/exeres/E476BDB9-C4B3-4CFB-8C1C-17D7915C79AE,frameless.htm> (dostęp: 09.11.2015)

<sup>116</sup> *Op. cit.*, przypis 7 – uzasadnienie, str. 41.

<sup>117</sup> Koalicja na Pomoc Niesamodzielnym, *op. cit.*, przypis 109.

<sup>118</sup> Ośrodek Pomocy Społecznej Dzielnicy Białoleka m. st. Warszawy, *Specyfika istotnych warunków zamówienia dla ogłoszenia 383384-2014*, 2014. [http://www.opsbialoleka.waw.pl/dokumenty/zamowienia/2014/SIWZ\\_21.11.2014.pdf](http://www.opsbialoleka.waw.pl/dokumenty/zamowienia/2014/SIWZ_21.11.2014.pdf) (dostęp: 09.11.2015)

<sup>119</sup> *Op. cit.*, przypis 35, str. 10.

i telemedycyny. Pomocą we wprowadzaniu tych rozwiązań ma być stworzenie systemu szkolenia opiekunów, w ramach którego powinni być zapoznawani z metodami i sposobami opiekowania się osobami starszymi. Podobne szkolenia i edukacja powinna być oferowana opiekunom nieformalnym. Podkreśleniem posiadanej wiedzy, umiejętności i kompetencji będzie rejestr opiekunów i firm świadczących takie usługi oraz wystawionych certyfikatów.

Ponadto, Założenia odnoszą się także do pojęcia „projektowania uniwersalnego”. W odniesieniu w szczególności do mieszkalnictwa rekomenduje się wspieranie budowy zespołów mieszkań, jak i zmiany istniejących, jako specjalnie dostosowanych pod względem infrastruktury i usług do potrzeb osób starszych.<sup>120</sup>

Warto także wymienić, jako przykładowy zestaw kierunków rozwoju w dziedzinie opieki nad osobami starszymi, projekt ustawy o pomocy osobom niesamodzielnym (tj. osobom, w stosunku do których wydano orzeczenie o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności, ze wskazaniem na stopień niesamodzielnosci), który został przedstawiony Ministrowi Pracy i Polityki Społecznej w kwietniu 2015 r. Projekt przewiduje wprowadzenie szeregu przepisów dot. świadczeń, uprawnień pracowniczych, usług pielęgniarsko-opiekuńczych, szkoleń z zakresu opieki, ustanowienie Funduszu Zabezpieczenia Opiekuńczego i powołanie Rady ds. Osób Niesamodzielných.<sup>121</sup> Zgodnie z projektem przyznanie i realizacja świadczeń pozostaje zadaniem własnym gminy wykonywanym jako zadanie pomocy społecznej (art. 4 projektu).

Zasady prowadzenia szkoleń i przeszkoleń z zakresu opieki nad osobą niesamodzielną zostały określony w art. 80-90 projektu ustawy. Zgodnie z uzasadnieniem projektu, kompetencje i umiejętności fachowe opiekunów mają stanowić gwarancję jakości usług.<sup>122</sup> Autorzy projektu zawarli upoważnienia do przyjęcia aktów wykonawczych w celu doprecyzowania szczegółów dotyczących m.in. programów praktycznych i teoretycznych (których propozycje będą przygotowywane przez Radę do spraw Osób Niepełnosprawnych), liczby godzin i wymagań dla kadry wykładowców.

W dalszej części projektu przewidziano ustanowienie Funduszu Zabezpieczenia Opiekuńczego (art. 91-98), który miałby zapewnić finansowanie opieki nad osobami niesamodzielnymi. Należy zauważyć, że projektodawcy wskazali w uzasadnieniu swoją intencję, by środki na opiekę nad osobami niesamodzielnymi były wydzielone z budżetu.<sup>123</sup> Założenie to ma umożliwić wprowadzenie po 2025 r. powszechnego, solidarnościowego ubezpieczenia opiekuńczego jako drugiego filaru w finansowaniu opieki nad osobami zależnymi, tak aby cały system miał charakter budżetowo-ubezpieczeniowy.

<sup>120</sup> *Op. cit.*, przypis 35, str. 24.

<sup>121</sup> *Op. cit.*, przypis 7.

<sup>122</sup> *Op. cit.*, przypis 7, uzasadnienie, str. 61.

<sup>123</sup> *Op. cit.*, przypis 7.

### 3.7 Zamówienia publiczne a opieka dochodząca

Jednostki sektora finansów publicznych, zlecając wykonanie określonego zadania publicznego poprzez zawieranie umów z innymi podmiotami, mogą na wykonanie zadania udzielić zamówienia publicznego na podstawie przepisów prawa zamówień publicznych.<sup>124</sup>

W świetle definicji ustawy Prawo zamówień publicznych, zamówieniem publicznym jest odpłatna umowa cywilnoprawna, zawarta pomiędzy Zamawiającym a Wykonawcą.

Zastosowanie procedury udzielenia zamówienia publicznego ma na celu wyłonienie spośród wszystkich ofert złożonych w danym postępowaniu oferty najkorzystniejszej dla Zamawiającego w oparciu o kryteria oceny ofert określone w specyfikacji istotnych warunków zamówienia. Ustawodawca wskazuje, iż kryteriami oceny ofert są cena albo cena i inne kryteria odnoszące się do przedmiotu zamówienia, w szczególności jakość, funkcjonalność, parametry techniczne, aspekty środowiskowe, społeczne, innowacyjne, serwis, termin wykonania zamówienia oraz koszty eksploatacji. W świetle powyższego należy stwierdzić, iż cena jest obligatoryjnym, lecz nie jedynym kryterium oceny ofert, którym może posłużyć się Zamawiający przy wyborze oferty najkorzystniejszej. Obok ceny, Zamawiający powinien co do zasady zastosować także inne kryteria odnoszące się do przedmiotu zamówienia. Ofertą najkorzystniejszą jest oferta, która przedstawia najkorzystniejszy bilans ceny i innych kryteriów odnoszących się do przedmiotu zamówienia publicznego, albo oferta z najniższą ceną.

Dążąc do uzyskania wysokiej jakości usług opiekuńczych, jednostki samorządu terytorialnego, prowadząc postępowanie przetargowe jako Zamawiający, powinny zastosować obok ceny jeszcze co najmniej jedno kryterium oceny ofert związane z przedmiotem zamówienia.

Określenie tych kryteriów wraz z przypisaniem im określonej wagi należy do Zamawiającego. To sam Zamawiający decyduje o zastosowaniu określonych kryteriów oceny ofert, kierując się specyfiką przedmiotu zamówienia oraz potrzebą uzyskania zamówienia na najkorzystniejszych warunkach.

Co do zasady Zamawiający nie może stosować dowolnych kryteriów oceny ofert, lecz tylko takie, które dotyczą oferowanej usługi, gdyż kryteria oceny ofert nie mogą dotyczyć właściwości Wykonawcy, a w szczególności jego wiarygodności ekonomicznej, technicznej lub finansowej. Wyjątkiem od powyższej zasady jest udzielanie zamówień na usługi niepriorytetowe, do których zaliczają się również zamówienia na świadczenie usług opiekuńczych. W przypadku usług opiekuńczych, w znacznej mierze poza ceną, kryterium wyboru Wykonawcy powinna być jakość świadczonych usług. O jakości świadczonych usług opiekuńczych decyduje m.in. doświadczenie i przygotowanie Wykonawcy, a także potencjał kadrowy, którym dany Wykonawca dysponuje.

Minimalne wymagania w zakresie posiadanego doświadczenia Wykonawcy w realizowaniu zamówień na usługi opiekuńcze oraz dysponowania wykwalifikowanym personelem, Zamawiający określa poprzez opis warunków udziału w postępowaniu tak, aby zapewnić udzielenie zamówienia publicznego Wykonawcy gwarantującemu należyte wykonanie zamówienia. Ustalając dodatkowe kryterium oceny ofert poza ceną, np. doświadczenie Wykonawcy bądź doświadczenie kadry, którą Wykonawca dysponuje lub posiadane przez kadrę kwalifikacje, Zamawiający promuje podmioty świadczące usługi opiekuńcze o wysokim standardzie oraz w sposób profesjonalny.

<sup>124</sup> Ustawa z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2013 r. poz. 907, z późn. zm.).

Jako przykładowe kryteria pozacenowe w przypadku wyboru najkorzystniejszej oferty na świadczenie usług opiekuńczych można więc wskazać: doświadczenie Wykonawcy, doświadczenie personelu, kwalifikacje personelu lub wskaźnik zatrudnienia na umowę o pracę osób świadczących usługi opiekuńcze.

W kryterium **doświadczenie Wykonawcy** dodatkowe punkty przyznawane będą, zależnie od decyzji Zamawiającego, np. tym Wykonawcom, którzy wykażą większą, niż wymagana dla spełnienia warunków udziału w postępowaniu, ilość należycie wykonanych usług opiekuńczych o określonych parametrach (np. wartość lub okres trwania umowy).

**Doświadczenie personelu** to kryterium, w którym Zamawiający przyznaje punkty ofercie, w której Wykonawca do realizacji usług opiekuńczych zaproponował personel posiadający dłuższy staż pracy w ramach posiadanych kwalifikacji, niż wymagany staż minimalny – np. określona przez Zamawiającego ilość punktów za każdy pełny rok pracy.

Przyjmując jako kryterium oceny ofert **kwalifikacje personelu**, dodatkowe punkty uzyskają oferty Wykonawców, którzy dysponują wykwalifikowanym personelem oraz posiadają system szkoleń, kładąc nacisk na podnoszenie kwalifikacji zawodowych zatrudnianych przez siebie opiekunów, np. za każde dodatkowe ukończenie kursu zawodowego, przydatnego w ramach świadczenia usług opiekuńczych, ofercie zostaje przyznana określona przez Zamawiającego ilość punktów.

**Wskaźnik zatrudnienia na umowę o pracę osób świadczących usługi opiekuńcze** to kryterium, w którym przy wyborze oferty Zamawiający będzie oceniał liczbę osób zatrudnionych przez Wykonawcę na podstawie umowy o pracę, w pełnym wymiarze czasu pracy, w rozumieniu przepisu art. 22 §1 Kodeksu Pracy.<sup>125</sup>

Przykładowo, Zamawiający dążący do zapewnienia wysokiej jakości usług opiekuńczych może w prowadzonym przez siebie postępowaniu przyjąć następujące kryteria oceny ofert<sup>126</sup>:

1. Cena – waga 60%
2. Doświadczenie Wykonawcy – 10%
3. Doświadczenie personelu – 15%
4. Kwalifikacje personelu – 5%
5. Wskaźnik zatrudnienia na umowę o pracę osób świadczących usługi opiekuńcze – 10%

Punkty w ramach powyższych kryteriów będą przyznawane w następujący sposób:

1. Punkty w kryterium **Cena** będą przyznawane wg. następującego wzoru:

$$\text{liczba punktów} = \frac{\text{najniższa cena oferty brutto}}{\text{cena brutto oferty ocenianej}} \times 60 \text{ pkt.}$$

<sup>125</sup> Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks Pracy (Dz. U. z 2014 r. poz. 1502 ze zm.).

<sup>126</sup> Wskazane kryteria oceny ofert, ich wagi oraz przyjęty sposób dokonywania oceny ofert w ramach każdego z kryteriów odrębnie, mają jedynie charakter poglądowy. Zamawiający każdorazowo winien przeanalizować wysokość środków posiadanych na realizację zamówienia oraz wymagania związane z realizacją zamówienia, które będą przekładały się na dobór kryteriów oceny ofert, ich wag oraz opis i sposób dokonywania oceny ofert w ramach każdego z kryteriów.

2. Punkty w kryterium **Doświadczenie Wykonawcy** będą przyznawane wg następującego wzoru:

$$\text{liczba punktów} = \frac{\text{ilość usług dodatkowych w badanej ofercie o parametrach określonych dla spełnienia warunków udziału w postępowaniu}}{\text{najwyższa liczba usług dodatkowych o parametrach określonych dla spełnienia warunków udziału w postępowaniu w złożonych ofertach}} \times 10 \text{ pkt.}$$

3. Punkty w kryterium **Doświadczenie personelu** będą przyznawane w następujący sposób: kryterium Doświadczenie personelu zostanie ocenione w skali punktowej do 15 punktów. Doświadczenie każdego z opiekunów (zgodnie z przyjętym w symulacji warunkiem udziału w postępowaniu, wymaganych jest 10 opiekunów o minimalnym doświadczeniu 3 lata każdy) będzie punktowane w poniżej przedstawiony sposób:

- doświadczenie 3 lata – 0 pkt.
- powyżej 3 lat do 5 lat włącznie – 5 pkt.
- powyżej 5 lat do 7 lat włącznie – 10 pkt.
- powyżej 7 lat do 9 lat włącznie – 15 pkt.

Punkty zostaną przyznane odrębnie dla każdej ze wskazanych osób, a następnie zsumowane i podzielone przez całkowitą liczbę osób (średnia arytmetyczna).

W przypadku, gdy Wykonawca do wykonania zamówienia przewidzi więcej niż 10 opiekunów, Zamawiający do punktacji wybierze osoby o największym doświadczeniu.

4. Punkty w kryterium **Kwalifikacje personelu** będą przyznawane w następujący sposób: kryterium Kwalifikacje personelu zostanie ocenione w skali punktowej do 5 punktów. Kwalifikacje każdego z opiekunów (zgodnie z przyjętym w symulacji warunkiem udziału w postępowaniu wymaganych jest 10 opiekunów z odbytym co najmniej jednym kursem zawodowym każdy, związanym ze specyfiką sprawowanej opieki zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia) będzie punktowane w poniżej przedstawiony sposób:

- odbyty 1 kurs – 0 pkt.
- odbyte 2 kursy – 1 pkt
- odbyte 3 kursy – 2 pkt.
- odbyte 4 kursy – 3 pkt.
- odbyte 5 kursów – 4 pkt.
- odbyte 6 kursów i więcej – 5 pkt.

Punkty zostaną przyznane odrębnie dla każdej ze wskazanych osób, a następnie zsumowane i podzielone przez całkowitą liczbę osób (średnia arytmetyczna).

W przypadku gdy Wykonawca do wykonania zamówienia przewidzi więcej niż 10 opiekunów, Zamawiający do punktacji wybierze osoby o największej liczbie ukończonych kursów.

5. Punkty w kryterium **Wskaźnik zatrudnienia na umowę o pracę osób świadczących usługi opiekuńcze** będą przyznawane w następujący sposób: w ramach powyższego kryterium Zamawiający przyzna punktację za wskazanie osób zatrudnionych przez Wykonawcę na podstawie umowy o pracę w pełnym wymiarze czasu pracy w następujący sposób:

- za wskazanie 2 osób zatrudnionych na umowę o pracę – 2 pkt.
- za wskazanie od 3 do 4 osób zatrudnionych na podstawie umowy o pracę – 4 pkt.
- za wskazanie 5-6 osób zatrudnionych na podstawie umowy o pracę – 6 pkt.
- za wskazanie 7-9 osób zatrudnionych na podstawie umowy o pracę – 8 pkt.
- za wskazanie 10 i więcej osób zatrudnionych na podstawie umowy o pracę – 10 pkt.

Jeżeli wykonawca przewiduje zatrudnienie osób na podstawie umowy o pracę w niepełnym wymiarze czasu pracy, wówczas do oceny oferty zamawiający będzie sumować poszczególne części etatu.

Ustawa nie precyzuje, w ilu procentach o wyborze danej oferty ma decydować cena, a w ilu pozostałe kryteria. **Decyzję w tym zakresie podejmuje każdorazowo sam Zamawiający, kierując się specyfiką przedmiotu zamówienia oraz własnymi potrzebami.** Zamawiający samodzielnie podejmuje decyzję o kryteriach wyboru oferty biorąc pod uwagę **zasadę efektywnego i oszczędnego wydatkowania środków publicznych.**

## 4 Część II. Rezultaty badań

### 4.1 Uzasadnienie celu przeprowadzonych badań

Przedmiotem badań były potrzeby seniorów w zakresie usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania (opieka dochodząca).

Brak jednolitych standardów jakościowych, warunkujących świadczenie usług opiekuńczych powoduje, że obecnie najważniejszym kryterium przy wyborze podmiotu opiekuńczego jest cena. Wydaje się, że ograniczenia finansowe gmin stanowią główny powód takiego, a nie innego doboru kryteriów. Jednak przyjęcie jednolitych standardów przyczyniłoby się do wyboru podmiotów dających gwarancję zapewnienia jakości usługi.

Zapewnienie możliwie wysokiej jakości świadczonej opieki można traktować jako czynnik konieczny, gdyż usługi te wpływają bezpośrednio na komfort życia podopiecznego.

W przeprowadzonym badaniu, którego wyniki prezentowane są w niniejszym raporcie, respondenci wskazują na opiekę domową jako najpopularniejszą formę pomocy. Poprawa ich sytuacji bytowej i społecznej w miejscu zamieszkania opóźniłaby konieczność przenosin do całodobowej jednostki opiekuńczej, a takie rozwiązanie badani traktują jako sytuację krytyczną związaną ze stałą zmianą miejsca zamieszkania, jako przysłowiowe „zło konieczne”. Podniesienie jakości świadczonej opieki domowej przyniosłoby również wymierne korzyści finansowe dla jednostki finansującej usługi, gdyż pobyt seniora w domu opieki niesie ze sobą wyższe koszty.

#### Dobór próby badawczej

Badania przeprowadzono w terminie od 20 czerwca 2015 r. do 30 września 2015 r. na terenie dwóch warszawskich dzielnic: Białoleka i Praga Południe, w sposób okolicznościowy.

Realizacja badania była możliwa dzięki przychylności władz dzielnicy i Ośrodków Pomocy Społecznej: na terenie których realizowane są usługi opiekuńcze dla seniorów organizowane w ramach ich zadań.

Grupę badaną stanowili seniorzy<sup>127</sup>, mieszkańcy wspomnianych dzielnic. Badaniem objęto 259 osób (zakładano objęcie badaniem przynajmniej 200 osób), z czego 15 osób nie udzieliło pełnych odpowiedzi, które można było wykorzystać w analizie.

Poniżej przedstawiono krótką charakterystykę badanej grupy:

Spośród wszystkich respondentów, którzy wzięli udział w badaniu największą grupę wiekową stanowiły osoby w wieku pomiędzy 66 a 80 rokiem życia. Łącznie takich osób było 56,6%. Drugą co do liczebności kategorią wiekową były osoby powyżej 81 roku życia. Stanowiły one łącznie 23,4% uczestników badania. Pozostała część to osoby najmłodsze, a więc w wieku do 65 lat. Wśród badanych stanowiły one 20,1%. Przeciętny wiek badanych osób wyniósł 73 lata (+/-8 lat). Struktura płci uczestników badania wskazuje, że 75% respondentów stanowiły kobiety.

<sup>127</sup> Zgodnie z założeniami Rządowego Programu na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2014-2020 w ramach którego był realizowany projekt „Nowa Jakość dla Seniora” przyjęto, że osobę starszą lub seniora definiuje się jako osobę powyżej 60. roku życia.

Badani w większości (209 osób) mieszkają w budynkach wielorodzinnych.

Wśród uczestników badania zdecydowana większość respondentów pozostaje w stanie wolnym (74%), a pozostała część aktualnie znajduje się w związku małżeńskim (21%) lub partnerskim (5%). Biorąc pod uwagę liczebny skład gospodarstwa domowego, wśród respondentów przeważały gospodarstwa jednoosobowe (65,7%), a w dalszej kolejności dwuosobowe (22,8% badanych). Respondenci zamieszkujący z większą liczbą osób (3 i więcej) stanowili łącznie 11,4% wszystkich badanych. Sytuacja osób żyjących w jednoosobowych gospodarstwach domowych może implikować poczucie osamotnienia, o ile więzi rodzinne badanych są postrzegane jako słabe.

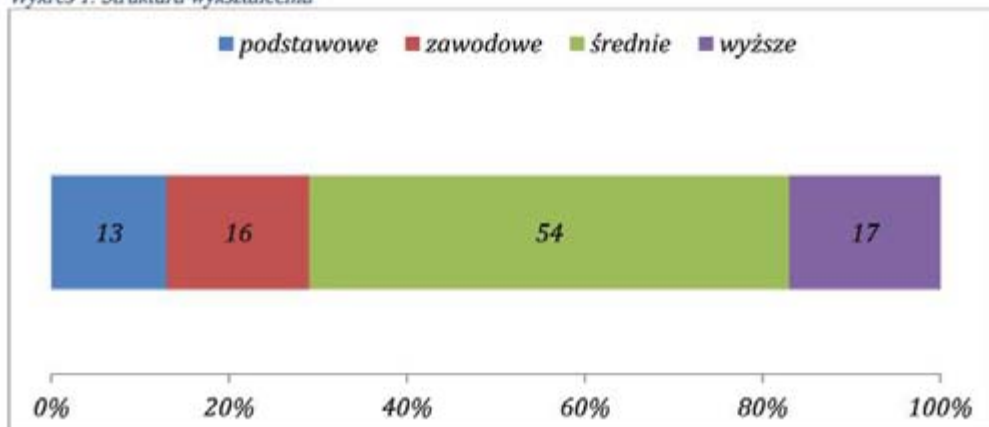
Dobór respondentów przedstawiają poniższe zestawienia:

Tabela 5. Zestawienia respondentów biorących udział w badaniu ilościowym

| <b>Badani w podziale na kategorie wiekowe</b>    |                 |          |         |                 |                     |
|--------------------------------------------------|-----------------|----------|---------|-----------------|---------------------|
|                                                  |                 | Częstość | Procent | Procent ważnych | Procent skumulowany |
| Udzielone odpowiedzi                             | do 65 lat       | 49       | 18,9    | 20,1            | 20,1                |
|                                                  | 66-80 lat       | 138      | 53,3    | 56,6            | 76,6                |
|                                                  | 81 i więcej lat | 57       | 22,0    | 23,4            | 100,0               |
|                                                  | Ogółem          | 244      | 94,2    | 100,0           |                     |
| Braki danych                                     | Brak odpowiedzi | 15       | 5,8     |                 |                     |
| Ogółem                                           |                 | 259      | 100,0   |                 |                     |
| <b>Badani w podziale na miejsce zamieszkania</b> |                 |          |         |                 |                     |
|                                                  |                 | Częstość | Procent | Procent ważnych | Procent skumulowany |
| Udzielone odpowiedzi                             | Białoleka       | 112      | 43,2    | 43,2            | 43,2                |
|                                                  | Praga Południe  | 147      | 56,8    | 56,8            | 100,0               |
|                                                  | Ogółem          | 259      | 100,0   | 100,0           |                     |
| <b>Badani w podziale na płeć</b>                 |                 |          |         |                 |                     |
|                                                  |                 | Częstość | Procent | Procent ważnych | Procent skumulowany |
| Udzielone odpowiedzi                             | mężczyzna       | 66       | 25,5    | 25,5            | 25,5                |
|                                                  | kobieta         | 193      | 74,5    | 74,5            | 100,0               |
|                                                  | Ogółem          | 259      | 100,0   | 100,0           |                     |

Biorąc pod uwagę wykształcenie badanych osób zaznaczyć należy, że najwięcej respondentów posiadało wykształcenie średnie (54%), a w dalszej kolejności wyższe oraz zasadnicze zawodowe (po około 17%). Szczegółowy rozkład prezentuje poniższy wykres.

Wykres 1. Struktura wykształcenia



W kwestii sytuacji materialnej respondentom zadano pytanie o oszacowanie swoich indywidualnych dochodów w odniesieniu do przeciętnej wysokości emerytury w Polsce w 2014 r. ZUS szacuje, że mediana<sup>128</sup> w tym wypadku wynosi 1808 PLN. Analiza uzyskanego materiału empirycznego wskazuje, że 55% badanych pobiera świadczenia niższe niż wskazana wartość, 21% dysponuje miesięcznym dochodem porównywalnym ze wskazaną wartością, a w przypadku 24% dochód jest wyższy niż 1808 PLN netto.

Respondenci wypowiadając się na temat swojej kondycji zdrowotnej dokonywali subiektywnej oceny, posilując się stosowną skalą. Raptem około 2% badanych określa swoje zdrowie jako bardzo dobre, a 29% uznaje je za dobre. Dominuje jednak ocena negatywna, gdyż około 12% uczestników badania uznaje swój stan za zły, a aż 28% za bardzo zły. Pozostała część (29%) nie potrafi jednoznacznie ocenić swojej kondycji. Subiektywna ocena swojego zdrowia w sposób bezpośrednio związana jest z wiekiem respondentów. Generalnie im jest on bardziej zaawansowany, tym gorsza ocena. W przypadku najstarszych seniorów (80 lat i więcej) odsetek uznających swój stan zdrowia za bardzo dobry lub dobry wynosi raptem 16%, podczas gdy w przypadku osób do 65 roku życia zwiększa się do poziomu 36%.

Tabela 6. Wiek a subiektywny stan zdrowia

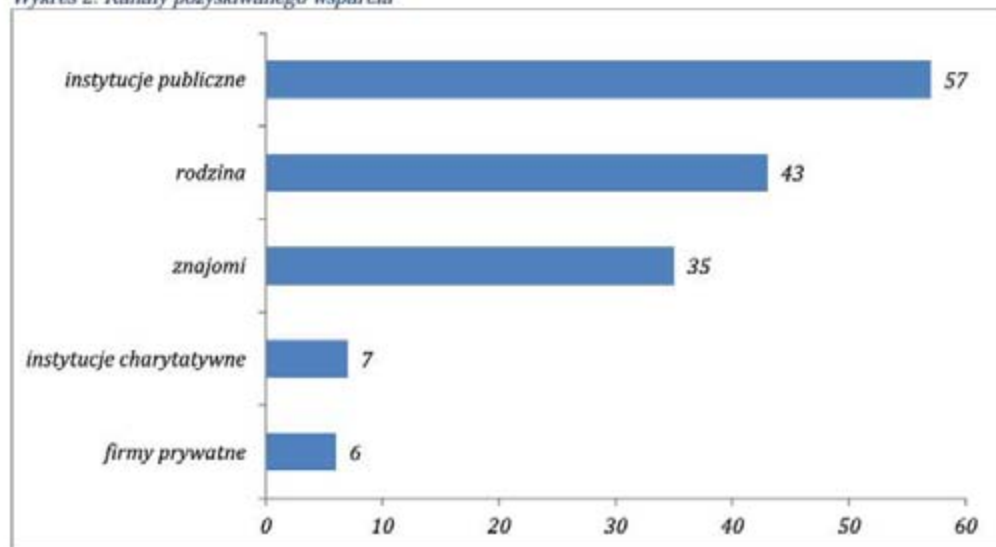
|               |                   | wiek      |        |        | Ogółem |
|---------------|-------------------|-----------|--------|--------|--------|
|               |                   | do 65 lat | 66-79  | 80+    |        |
| Ocena zdrowia | dobre             | 35,7%     | 35,0%  | 15,6%  | 30,5%  |
|               | trudno powiedzieć | 31,0%     | 34,0%  | 20,0%  | 30,0%  |
|               | złe               | 33,3%     | 31,1%  | 64,4%  | 39,5%  |
| Ogółem        |                   | 100,0%    | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

Sytuacja seniorów oceniana była również z perspektywy pobieranego świadczenia od szerokiego kręgu podmiotów zewnętrznych. Wśród badanych osób 57% zadeklarowało korzystanie

<sup>128</sup> Zdecydowano się na wykorzystanie mediany (jedna z miar tendencji centralnej), gdyż niweluje znaczne dysproporcje. Średnia arytmetyczna jest podatna na wartości skrajnie wysokie i niskie, co w rezultacie niejednokrotnie prowadzi do zaskakujących rezultatów. W analizowanym przypadku mediana dzieli populację na dwie części – tych, którzy nie osiągnęli wartości 1808 PLN i tych, którzy ją przekroczyli.

ze świadczeń instytucji publicznych, a w dalszej kolejności ze wsparcia rodziny (43%) oraz znajomych (35%). Zdecydowanie rzadziej wskazywane jest wsparcie pozyskiwane od instytucji charytatywnych (np. Caritas) i obejmuje 7% badanych oraz korzystanie z firm prywatnych (w domyśle za opłatą), co charakterystyczne jest dla 6%. Pozyskiwane wsparcie bezpośrednio związane jest z wiekiem – im osoba starsza, tym częściej pozyskiwane są świadczenia od różnych podmiotów. Prawdopodobieństwo pobierania świadczeń – tak w postaci instytucjonalnej jak i nieformalnej, rośnie także w przypadku jednoosobowych gospodarstw domowych.

Wykres 2. Kanały pozyskiwanego wsparcia



Na potrzeby badań zostały przygotowane dwie ankiety (Załącznik nr 3).

Ankieta do pierwszego badania ilościowego zawierała 26 pytań pogrupowanych według następujących kategorii (załącznik nr 3.1):

- Informacje ogólne, warunki mieszkaniowe.
- Kondycja ekonomiczna gospodarstwa domowego.
- Ocena jakości życia.
- Oczekiwania związane ze świadczeniem usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania seniora.

Ankieta do drugiego badania ilościowego zawierała 28 pytań pogrupowanych według następujących kategorii (załącznik nr 3.2):

- Informacje ogólne.
- Kompetencje personelu.
- Organizacja i zarządzanie usługami opiekuńczymi.
- Procedury reklamacyjne.
- Kwestie finansowe.

## 4.2 Opis wyników pierwszego badania ilościowego

### 4.2.1 Próba oceny jakości życia respondentów

Kluczowym zagadnieniem przy doborze odpowiedniego katalogu usług opiekuńczych jest ocena jakości życia potencjalnych beneficjentów opieki. Opis oparty jest na pewnych danych obiektywnych, a także na subiektywnych odczuciach badanych, którymi podzielili się w trakcie wypełniania ankiety.

Do opisu niniejszego zagadnienia, oprócz rozkładu częstości poszczególnych pytań, przyjęto indeksy uzupełniające ocenę: **indeks komfortu życia, indeks komfortu życia materialnego i indeks mobilności przestrzennej.**

**Indeks komfortu życia** powstał z połączenia pytań diagnozujących subiektywne opinie respondentów na temat ich codziennych praktyk.

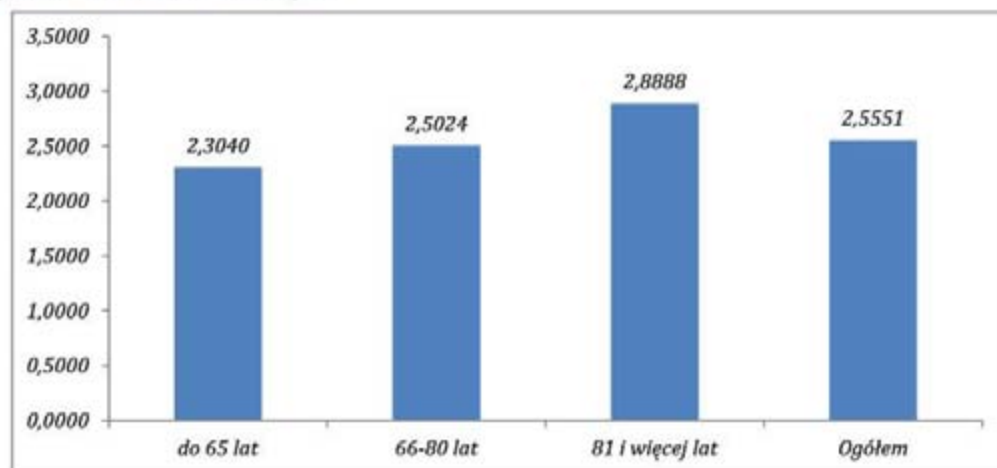
Elementy składowe indeksu to podpunkty a, b, c, e, f, h, i, j, k, l, o wchodzące w skład pytania nr 18. Indeks powstał poprzez zsumowanie wartości przyporządkowanych do poszczególnych odpowiedzi i podzielenie ich przez liczbę elementów składowych. Wcześniej niezbędna była zamiana wartości kodów odpowiedzi, tak aby uzyskać format skali.

W tym celu kody odpowiedzi przeformułowano zgodnie z intuicyjną zależnością, tj. im wyższa wartość, tym natężenie cechy jest większe. W związku z tym zasada interpretacji indeksu wskazuje, że im wyższe jego wartości tym trudniejsza sytuacja respondenta. Mieści się on w przedziale od 1 (respondent uzyskując taką wartość na wszystkie pytania składowe udzielił odpowiedzi „nigdy”) do 5 (respondent uzyskując taką wartość na wszystkie pytania składowe udzielił odpowiedzi „zawsze”).

Przeciętna wartość indeksu komfortu życia wynosi 2,55 punktu (odchylenie standardowe wynosi 0,8). Oznacza to, że respondenci postrzegają jakość swojego życia w sposób dość negatywny. Są oni jednocześnie względnie spójni w swoich poglądach, o czym świadczy niskie odchylenie standardowe.

Warto zaznaczyć, że uogólniona **jakość życia prezentowana w postaci indeksu komfortu życia wprost uzależniona jest od wieku respondentów.** Generalnie należy zauważyć, że im starszy wiek, tym odczuwana jakość życia jest mniejsza. Graficzną ilustrację zależności przedstawia poniższy wykres.

Wykres 3. Wiek a indeks komfortu życia



Biorąc pod uwagę zasobność materialną respondentów, wyrażoną przedziałem dochodów, nie obserwuje się znacznego zróżnicowania. Dla dochodów do 1100 PLN przeciętna wartość wynosi 2,58, a dla przedziału 1001-2800 PLN osiąga 2,6.

Pamiętać jednak należy, że indeks komfortu życia łączy ze sobą różne wymiary, z czego wymiar ekonomiczny to tylko jeden aspekt. Jak się okazuje, zasobność portfela nie wchodzi w istotne związki z takimi cechami, jak ograniczenia fizyczne czy jakość więzi.

Badani bardzo niechętnie odpowiadali na pytania dotyczące ich sfery materialnej. Poniższa tabela obrazuje rozkład odpowiedzi na pytanie dotyczące bezpośrednio ich dochodów:

Tabela 7. Przeciętne wartości indeksu komfortu życia a dochody

| Przedziały dochodów (PLN) | N   | Średnia | Odchylenie standardowe |
|---------------------------|-----|---------|------------------------|
| <1100                     | 59  | 2,5757  | ,85649                 |
| <1101-2800                | 162 | 2,5951  | ,80314                 |
| 2801-3500                 | 13  | 2,0207  | ,54650                 |
| 3501-5000                 | 11  | 2,5950  | ,72769                 |
| >5000                     | 2   | 1,7273  | 0,00000                |
| Ogółem                    | 247 | 2,5532  | ,80814                 |

W zdecydowanej większości (89%) dochody respondentów kształtują się w przedziale do 2800,00 PLN.

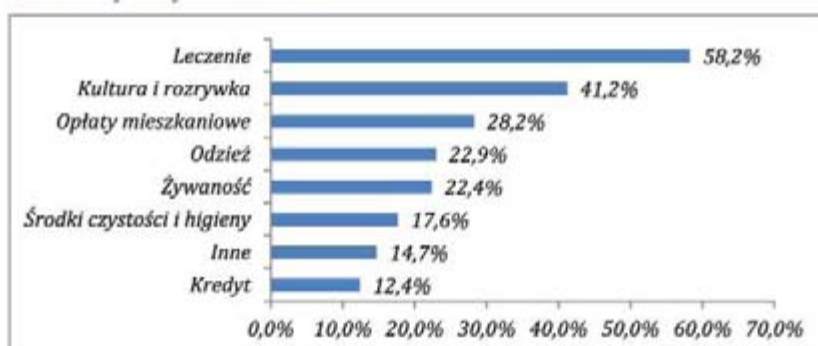
Tabela 8. Dochody respondentów

| Indywidualne dochody na rękę (PLN)    |            | N   | Średnia | Odchylenie standardowe |
|---------------------------------------|------------|-----|---------|------------------------|
| Indeks Komfortu Życia<br>Materialnego | <1100      | 59  | 3,1695  | ,81267                 |
|                                       | <1101-2800 | 162 | 2,6708  | ,96680                 |

Sytuację ekonomiczną respondentów ilustruje również pytanie o posiadane oszczędności. Jedynie 23,3% badanych przyznało, iż takie posiada (przy 14,2% odmowy odpowiedzi).

Przeprowadzone badanie wskazało, że w ostatnich dwunastu miesiącach seniorom zabrakło środków finansowych na cały szereg ich potrzeb. Głównie było to leczenie (58% przypadków), a w dalszej kolejności na kulturę i rozrywkę (41% przypadków). Szczegółową kafeiterię obszarów deficytowych ilustruje poniższy wykres.

Wykres 4. Główne obszary deficytowe seniorów



Uwaga: pytanie wielokrotnej odpowiedzi, odpowiedzi nie sumują się do 100%.

Wśród rozpoznanych obszarów na uwagę zasługują również niedobory związane z opłatami mieszkaniowymi oraz zakupem odzieży i żywności. Odsetki deklarujących brak możliwości zaspokojenia tych potrzeb są wprawdzie znacząco mniejsze, ale z punktu widzenia jakości życia i relacji z innymi bardzo istotne.

Jednocześnie zdecydowana większość badanych nie dokonywała remontów w swoim miejscu zamieszkania w ostatnich dwunastu miesiącach (69,3%).

Na ile zasobność materialna wpływa na jakość życia badanych wskazuje **Indeks komfortu życia materialnego**. Indeks został skonstruowany w oparciu o dwie składowe: „a” i „b”, wchodzące w skład pytania nr 21, a określające subiektywne odczucia badanych co do możliwości realizacji swoich zainteresowań i zakupów konsumpcyjnych.

Wynik koncentruje się na możliwości nabywania. Im wyższa wartość indeksu, tym niższa zdolność nabywania respondentów. Tu ewidentnie widać, że niższe dochody wskazują na deficyt. Dla przedziału do 1100 PLN, wartość indeksu osiąga 3,2 podczas, gdy dla osób osiągających dochody do 2800 PLN oscyluje w granicach 2,7. Przeciętna wartość indeksu wynosi 2,73 punktu (odchylenie standardowe 0,97), co wskazuje na ograniczone możliwości nabywcze respondentów.

Tabela 9. Zdolność nabywcza badanych

| Indywidualne dochody „na rękę” (PLN) | N   | Średnia | Odchylenie standardowe |
|--------------------------------------|-----|---------|------------------------|
| <1100                                | 59  | 3,1695  | ,81267                 |
| <1101-2800                           | 161 | 2,6708  | ,96680                 |
| 2801-3500                            | 13  | 2,0000  | ,84163                 |
| 3501-5000                            | 11  | 2,3636  | ,95108                 |
| >5000                                | 2   | 1,0000  | 0,00000                |
| Ogółem                               | 246 | 2,7276  | ,97259                 |

Na podstawie uzyskanych danych (54% badanych udzieliło odpowiedzi) można przyjąć, że wysokość łącznych miesięcznych dochodów dla gospodarstw jednoosobowych wynosi średnio 1 377,00 PLN, podczas gdy dla gospodarstw dwuosobowych i większych, osiąga wartość 3 000,00 PLN.<sup>129</sup>

Tabela 10. Dochody respondentów. Rozkład udzielonych odpowiedzi

|                                                                          | Obserwacje   |         |            |         |        |         |
|--------------------------------------------------------------------------|--------------|---------|------------|---------|--------|---------|
|                                                                          | Uwzględnione |         | Wykluczone |         | Ogółem |         |
|                                                                          | N            | Procent | N          | Procent | N      | Procent |
| Wysokość łącznych miesięcznych dochodów wszystkich członków gospodarstwa | 141          | 54,4%   | 118        | 45,6%   | 259    | 100,0%  |

**Ograniczone możliwości finansowe badanych nie pozwalają im na swobodne korzystanie z usług opiekuńczych realizowanych komercyjnie**, które mogłyby stanowić uzupełnienie do oferty finansowanej lub współfinansowanej przez samorząd. Z tego powodu są oni w dużej mierze uzależnieni od pomocy realizowanej w ramach jednostek samorządowych. Usługa opiekuńcza, którą zapewnia Ośrodek Pomocy Społecznej w większości będzie jedyną, na jaką mogą liczyć badani. Z tego powodu istotny jest poziom jakości świadczonych w ten sposób usług i indywidualne podejście do potrzeb beneficjenta usługi.

Usługi opiekuńcze są też najczęściej realizowaną formą pomocy, jaką otrzymywali w ostatnich dwunastu miesiącach respondenci. 25,7% pytanych wybierało tę formę pomocy, następnie pomoc finansową (20,6%) i rzeczową (14,8%).

**Jedynie 31,9% pytanych oceniało swój stan zdrowia jako bardzo dobry lub dobry.** Duża grupa respondentów nie potrafiła dokonać subiektywnej oceny, wybierając odpowiedź „trudno powiedzieć” (21,1%).

Za pomocą **Indeksu mobilności przestrzennej** określono możliwości badanych w zakresie swobodnego poruszania się poza miejscem zamieszkania. Elementy składowe indeksu to pytania 4, 5 i 18 podpunkt b. Zasada interpretacji indeksu wskazuje, że im wyższe jego wartości tym bardziej

<sup>129</sup> Ze względu na niewielką liczebność próby i znaczne zróżnicowanie wysokości deklarowanych dochodów, jako miarę średnią przyjęto medianę. Dzieli ona badanych na tych, którzy nie osiągają wskazanej wartości oraz na tych, którzy ją przekraczają.

ograniczona mobilność respondenta. Mieści się on w przedziale od 1 (respondent uzyskując taką wartość na wszystkie pytania składowe udzielił odpowiedzi „nigdy”) do 5 (respondent uzyskując taką wartość na wszystkie pytania składowe udzielił odpowiedzi „stale”). Wysoki wskaźnik wśród mieszkańców budynków o pięciu i mniej kondygnacjach może wynikać z faktu braku windy. W sytuacji, kiedy w domu mieszkalnym znajduje się winda, przeciętna wartość indeksu wynosi 2,46, a kiedy jej nie ma, wartość ta wzrasta do poziomu 2,98. W przypadku seniorów mieszkających w budynkach do czterech kondygnacji (budynki takie z reguły nie są wyposażone w windę) indeks wzrasta do poziomu 3,14 punktu.

Tabela 11. Zdolność respondentów do swobodnego poruszania się. Indeks mobilności przestrzennej

| Opis komórek                                            | N          | Średnia      | Odchylenie standardowe |
|---------------------------------------------------------|------------|--------------|------------------------|
| Budynek jednorodzinny wolnostojący, bliźniak, kamienica | 38         | 2,44         | 1,47-                  |
| Blok mieszkalny do 4 pięter                             | 114        | 3,14         | 1,536-                 |
| Blok mieszkalny powyżej 4 pięter                        | 81         | 2,48-        | 1,48                   |
| Inne                                                    | 3          | 3,0000       | 1,86                   |
| <b>Ogółem</b>                                           | <b>236</b> | <b>2,-80</b> | <b>1,54</b>            |

Sytuacja materialna respondentów w dość istotny sposób wpływa na skalę otrzymywanej pomocy oraz jej źródła. Jak się okazuje dochody przekraczające 2800 PLN praktycznie nie wpływają na konieczność otrzymywania wsparcia.

Poniżej tej wartości deklarowane wsparcie jest bardzo wyraźne i dodatkowo zróżnicowane. Dochody nieprzekraczające 1100 PLN wpływają na częstsze korzystanie ze wsparcia finansowego (65,7% w stosunku do 34,8%) oraz rzeczowego (50% stosunku do 23,2%). Z kolei respondenci dysponującymi dochodami w przedziale 1101-2800 PLN częściej korzystają z usług (60,9% w stosunku do 40%).

Zróżnicowanie w wyborze typu pomocy może być związane z tym, że część usług jest płatna, a więc dysponując większą zasobnością materialną badani są w stanie przyjąć taką pomoc. Badanie to jednak nie pozwala na ostateczne rozstrzygnięcie tej kwestii, gdyż nie poruszało dogłębnie omawianego aspektu.

Tabela 12. Sytuacja materialna a deklarowane formy wsparcia

|                            |           |              | Indywidualne dochody „na rękę” (PLN) |            |           |           | Ogółem |
|----------------------------|-----------|--------------|--------------------------------------|------------|-----------|-----------|--------|
|                            |           |              | <1100                                | <1101-2800 | 2801-3500 | 3501-5000 |        |
| Forma otrzymanego wsparcia | Finansowe | Liczebność   | 27                                   | 24         | 0         | 0         | 51     |
|                            |           | % w kolumnie | 67,5%                                | 34,8%      | 0,0%      | 0,0%      |        |
|                            | Rzeczowe  | Liczebność   | 20                                   | 16         | 1         | 1         | 38     |
|                            |           | % w kolumnie | 50,0%                                | 23,2%      | 50,0%     | 25,0%     |        |
|                            | Usługi    | Liczebność   | 16                                   | 42         | 1         | 3         | 62     |
|                            |           | % w kolumnie | 40,0%                                | 60,9%      | 50,0%     | 75,0%     |        |
| Ogółem                     |           | Liczebność   | 40                                   | 69         | 2         | 4         | 115    |

Uwaga: odpowiedzi wielokrotnego wyboru, wartości nie sumują się do 100%.

Biorąc pod uwagę źródła otrzymywanego wsparcia zauważono, że **grupa respondentów o najniższych dochodach otrzymywała zwiększone wsparcie od instytucji publicznych (79,5%)**. Być może wynika to z faktu, iż kryterium dochodowe jest jednym z decydujących o przyznaniu pomocy przez jednostkę samorządową.

Wsparcie sąsiedzkie również jest bardziej charakterystyczne dla respondentów najmniej uposażonych, a wsparcie pochodzące od rodziny bardziej charakterystyczne jest dla osób o wyższych dochodach (41,7% w stosunku do 22,7%).

Tabela 13. Sytuacja materialna a źródła deklarowanego wsparcia

| Źródło deklarowanego wsparcia |              | Indywidualne dochody „na rękę” (PLN) |            |           |           | Ogółem |
|-------------------------------|--------------|--------------------------------------|------------|-----------|-----------|--------|
|                               |              | <1100                                | <1101-2800 | 2801-3500 | 3501-5000 |        |
| Rodzina                       | Liczebność   | 10                                   | 30         | 1         | 3         | 44     |
|                               | % w kolumnie | 22,7%                                | 41,7%      | 33,3%     | 75,0%     |        |
| Znajomi, sąsiedzi             | Liczebność   | 9                                    | 6          | 1         | 1         | 17     |
|                               | % w kolumnie | 20,5%                                | 8,3%       | 33,3%     | 25,0%     |        |
| Instytucja publiczna          | Liczebność   | 35                                   | 45         | 1         | 3         | 84     |
|                               | % w kolumnie | 79,5%                                | 62,5%      | 33,3%     | 75,0%     |        |
| Firma prywatna                | Liczebność   | 0                                    | 3          | 0         | 0         | 3      |
|                               | % w kolumnie | 0,0%                                 | 4,2%       | 0,0%      | 0,0%      |        |
| Inne                          | Liczebność   | 3                                    | 6          | 0         | 0         | 9      |
|                               | % w kolumnie | 6,8%                                 | 8,3%       | 0,0%      | 0,0%      |        |
| Ogółem                        | Liczebność   | 44                                   | 72         | 3         | 4         | 123    |

Uwaga: możliwość wielokrotnego wyboru odpowiedzi, wartości nie sumują się do 100%.

Częstsze wsparcie rodzinne dla osób o nieco wyższych dochodach związane jest prawdopodobnie z tym, że otrzymywane wsparcie to przede wszystkim usługi (50%) – odpowiednia zasobność materialna nie wymaga dodatkowych świadczeń. Analiza źródeł pomocy wskazuje także, że pomoc sąsiedzka to również przede wszystkim usługi (64,7%), chociaż świadczenia finansowe wcale nie należą do rzadkości (31,6%). Pomoc instytucjonalna polega przede wszystkim na silnym wsparciu usługowym i finansowym (60,7% oraz 51,2%). Szczegóły w tym zakresie ilustruje poniższa tabela.

Tabela 14. Źródło wsparcia a typ udzielonego wsparcia

| Forma otrzymanego wsparcia |              | Źródło deklarowanego wsparcia |                   |                      |                |       | Ogółem |
|----------------------------|--------------|-------------------------------|-------------------|----------------------|----------------|-------|--------|
|                            |              | Rodzina                       | Znajomi, sąsiedzi | Instytucja publiczna | Firma prywatna | Inne  |        |
| Finansowe                  | Liczebność   | 12                            | 9                 | 43                   | 1              | 5     | 52     |
|                            | % w kolumnie | 31,6%                         | 52,9%             | 51,2%                | 25,0%          | 55,6% |        |
| Rzeczowe                   | Liczebność   | 16                            | 8                 | 21                   | 1              | 6     | 35     |
|                            | % w kolumnie | 42,1%                         | 47,1%             | 25,0%                | 25,0%          | 66,7% |        |
| Usługi                     | Liczebność   | 19                            | 11                | 51                   | 4              | 6     | 65     |
|                            | % w kolumnie | 50,0%                         | 64,7%             | 60,7%                | 100,0%         | 66,7% |        |
| Ogółem                     | Liczebność   | 38                            | 17                | 84                   | 4              | 9     | 118    |

Uwaga: odpowiedzi wielokrotnego wyboru, wartości nie sumują się do 100%.

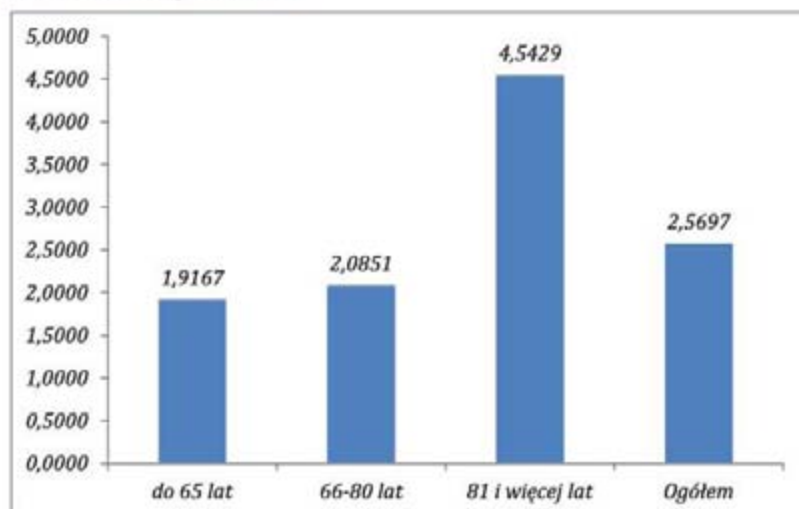
Sytuacja seniorów diagnozowana była także przy uwzględnieniu deklarowanych trudności w podstawowych czynnościach związanych z życiem codziennym.

Respondenci często wskazywali, że w ostatnich 12 miesiącach wymagali wsparcia w następujących czynnościach:

- sprzątanie mieszkania (59,6%),
- wizyta u lekarza (41,0%),
- pranie, prasowanie (39,0%),
- sporządzanie posiłków (28,4%),
- spacer (27,8%),
- planowanie budżetu domowego, robienie zakupów (27,6%),
- odwiedziny znajomych (19,3%).

Na podstawie przedstawionej powyżej kafeterii utworzono **syntetyczny wskaźnik konieczności wsparcia**. Stanowi on sumę odpowiedzi wskazujących na konieczność wsparcia w danej czynności. Mieści się w zakresie od 0 (respondent w ostatnich 12 miesiącach w ogóle nie wymagał wsparcia w żadnej czynności) do 8 (respondent w ostatnich 12 miesiącach wymagał wsparcia w każdej czynności). Rozkład tego indeksu wskazuje, że część badanych (40,2%) nie musiała korzystać z żadnego wsparcia. Pozostała część (59,8%) wymagała wsparcia w co najmniej 1 czynności. Przeciętna wartość indeksu (przeciętna liczba czynności, odnośnie do których wymagane było wsparcia wynosi 2,56; odchylenie standardowe 2,67, co wskazuje na bardzo duże zróżnicowanie wśród respondentów pod tym względem. Okazuje się, że skala pomocy wprost uzależniona jest od wieku respondentów. Ilustruje to poniższy wykres.

Wykres 5. Indeks konieczności wsparcia a wiek



Przeciętna liczba czynności, przy których respondenci otrzymali wsparcie w przypadku osób najmłodszych wynosi raptem 1,9 i wzrasta do poziomu 2,08 dla osób w wieku 66-80 lat oraz 4,54 w przypadku najstarszych badanych osób (81 lat i więcej).

#### 4.2.2 Oczekiwania respondentów związane ze świadczeniem usług opiekuńczych

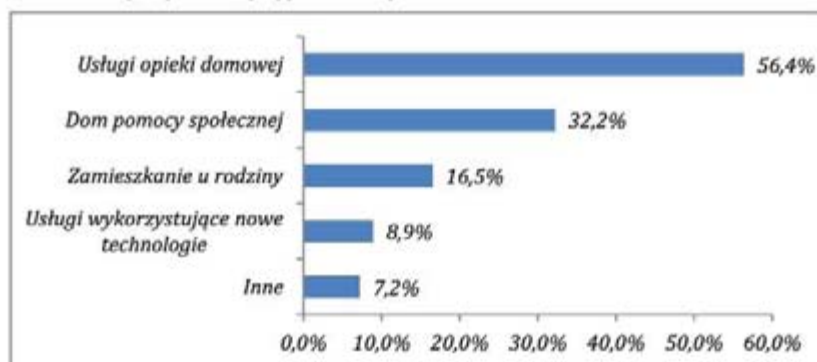
**Badania pokazują, że respondenci świadomie podchodzą do swoich ograniczeń fizycznych.** Jedno z pytań ankiety (pytanie nr 9) poruszało sytuację hipotetycznej utraty samodzielności. Okazuje się, że zdecydowana większość uczestników badania (73,4%) rozważa możliwość skorzystania z jakiejś formy pomocy.

Najpopularniejszym rozwiązaniem wśród respondentów są usługi opieki domowej (56,4% wskazań). Domy pomocy społecznej są drugim wskazaniem (32,2%), jednak w porównaniu do usług domowych zyskują relatywnie mało zwolenników. Trzecim sposobem wsparcia jest możliwość zamieszkania u rodziny (16,5%), co jednak w znacznym stopniu związane jest prawdopodobnie z możliwościami lokalowymi, a także siłą więzi rodzinnych. Podane wyniki wskazują jednoznacznie na chęć pozostania w swoim miejscu zamieszkania tak długo, jak tylko będzie to możliwe ze względu chociażby na stan zdrowia. 72,9% wskazujących na możliwość skorzystania z formy opieki chciałoby, aby była ona realizowana w ich miejscu zamieszkania. Jako że największą grupą gospodarstw domowych respondentów są gospodarstwa jednoosobowe można przyjąć, że osoby te będą korzystały z usług opiekuńczych realizowanych przez zewnętrzne podmioty.

Najmniej popularną formą wsparcia są tzw. „usługi nowoczesne” np. teleopieka. Niskie zainteresowanie w tym zakresie jest prawdopodobnie związane z trudnością wyobrażenia sobie zasad ich funkcjonowania oraz rzeczywistego udzielenia wsparcia, kiedy dojdzie do sytuacji kryzysowej. Wydaje się, że tego typu rozwiązania byłyby akceptowalne w połączeniu z tradycyjnym modelem świadczenia usługi. Przełamanie bariery obawy przed nowoczesną technologią podniosłoby poziom subiektywnego poczucia bezpieczeństwa podopiecznego.

Kampania informacyjna oraz demonstracyjna prawdopodobnie wpłynęłaby korzystnie na odbiór takiej formy wsparcia.

Wykres 6. Rozważane formy wsparcia w przypadku utraty samodzielności



Uwaga: pytanie wielokrotnej odpowiedzi, odpowiedzi nie sumują się do 100%

Dokładną analizę oczekiwań respondentów w zakresie świadczenia usług opiekuńczych należy rozpocząć od prezentacji zapotrzebowania na poszczególne czynności.

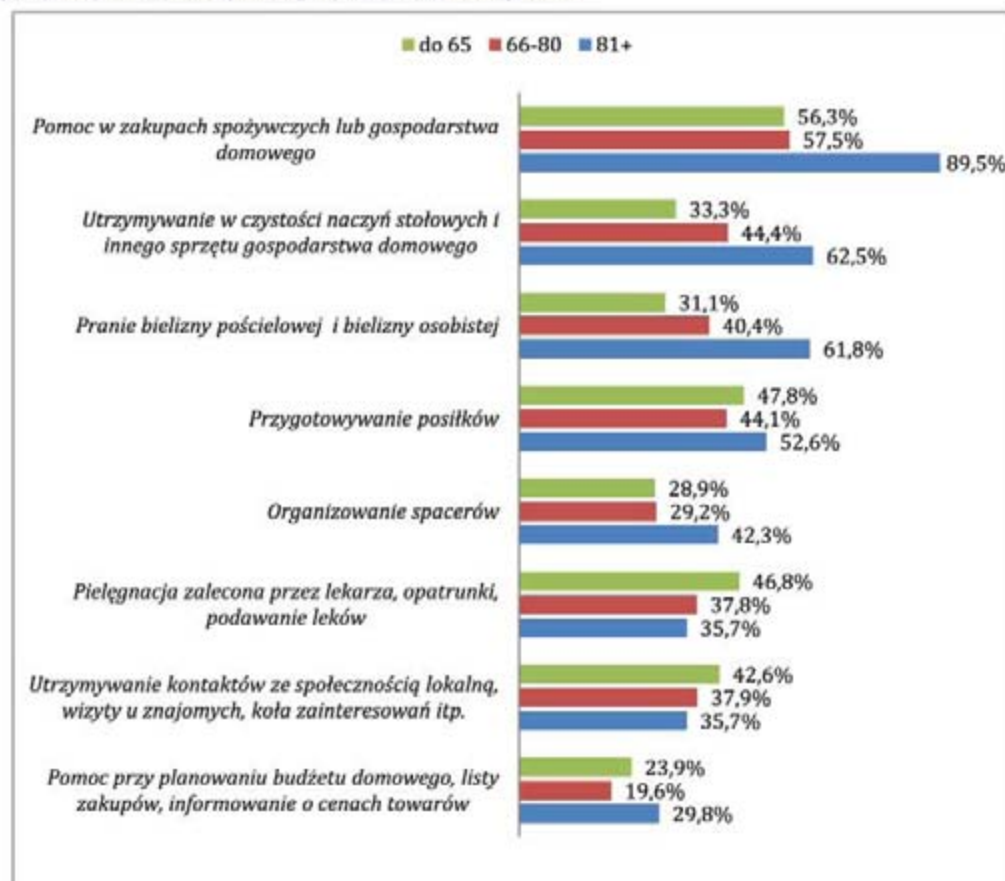
Tabela 15. Oczekiwania w zakresie świadczenia usług opiekuńczych

| Rodzaj usług opiekuńczych                                                                    | TAK  | NIE  | TRUDNO POWIEDZIEĆ |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|-------------------|
| Pomoc w zakupach spożywczych lub gospodarstwa domowego                                       | 66,1 | 27,2 | 6,7               |
| Załatwianie za mnie spraw urzędowych, na pocztę, w ośrodku pomocy społecznej                 | 58,8 | 29,4 | 11,8              |
| Pomoc w wypełnianiu dokumentów urzędowych                                                    | 56,2 | 36,3 | 7,5               |
| Przygotowywanie posiłków                                                                     | 47,6 | 44,1 | 8,3               |
| Utrzymywanie w czystości naczyń stołowych i innego sprzętu gospodarstwa domowego             | 46,4 | 46,0 | 7,6               |
| Uzgadnianie i pilnowanie wizyt lekarskich i badań diagnostycznych                            | 44,2 | 46,6 | 9,2               |
| Pranie bielizny pościelowej i bielizny osobistej                                             | 43,6 | 46,8 | 9,6               |
| Pielęgnacja zalecona przez lekarza, opatrunki, podawanie leków                               | 40,1 | 51,2 | 8,7               |
| Utrzymywanie kontaktów ze społecznością lokalną, wizyty u znajomych, koła zainteresowań itp. | 38,6 | 49,8 | 11,6              |
| Pomoc w higienie codziennej, na przykład w myciu, kąpieli, czesaniu                          | 34,9 | 55,0 | 10,1              |
| Organizowanie spacerów                                                                       | 33,0 | 51,0 | 16,0              |
| Pomoc przy planowaniu budżetu domowego, listy zakupów, informowanie o cenach towarów         | 23,0 | 60,9 | 16,1              |
| Ubieranie                                                                                    | 20,6 | 68,5 | 10,9              |
| Pomoc w spożywaniu posiłków                                                                  | 12,7 | 74,2 | 13,1              |
| Pomoc w załatwianiu potrzeb fizjologicznych                                                  | 12,4 | 73,2 | 14,4              |

Analizując poszczególne pozycje przedstawione w tabeli powyżej należy rozpatrzeć uzyskane wyniki w oparciu o kilka kryteriów mogących wpływać na zróżnicowanie zainteresowania załączonymi kategoriami usług.

Główną cechą respondentów różnicującą zainteresowanie pomocą jest wiek. Jak wcześniej wskazano, im starsi respondenci tym częściej pojawia się konieczność wsparcia w konkretnych sytuacjach życiowych (rzeczywiste doświadczenia respondentów). Skutkiem tego jest rosnące zainteresowanie poszczególnymi usługami w kolejnych grupach wieku.

Wykres 7. Zainteresowanie poszczególnymi formami według wieku



Przekroczenie bariery 80 lat bardzo wyraźnie wpływa na zainteresowanie pomocą w robieniu codziennych zakupów (89,5%), co w pozostałych kategoriach wiekowych charakterystyczne jest dla około połowy badanych. Liniowy wzrost zainteresowania widoczny jest natomiast w przypadku pomocy z zakresu utrzymywania czystości naczyń stołowych i innego sprzętu gospodarstwa domowego. O ile w grupie do 65 lat odsetek zainteresowanych sięga 33%, o tyle w grupie 66-80 lat wynosi 44,4% i zwiększa się do poziomu 62,5% w przypadku osób najstarszych.

Analogiczny trend dotyczy prania bielizny pościelowej i osobistej. W tym wypadku aż 61,8% osób w wieku powyżej 80 lat byłaby takim wsparciem zainteresowana, w stosunku do około 40% spośród osób w wieku 66-80 lat i 31% z przedziału do 65 lat.

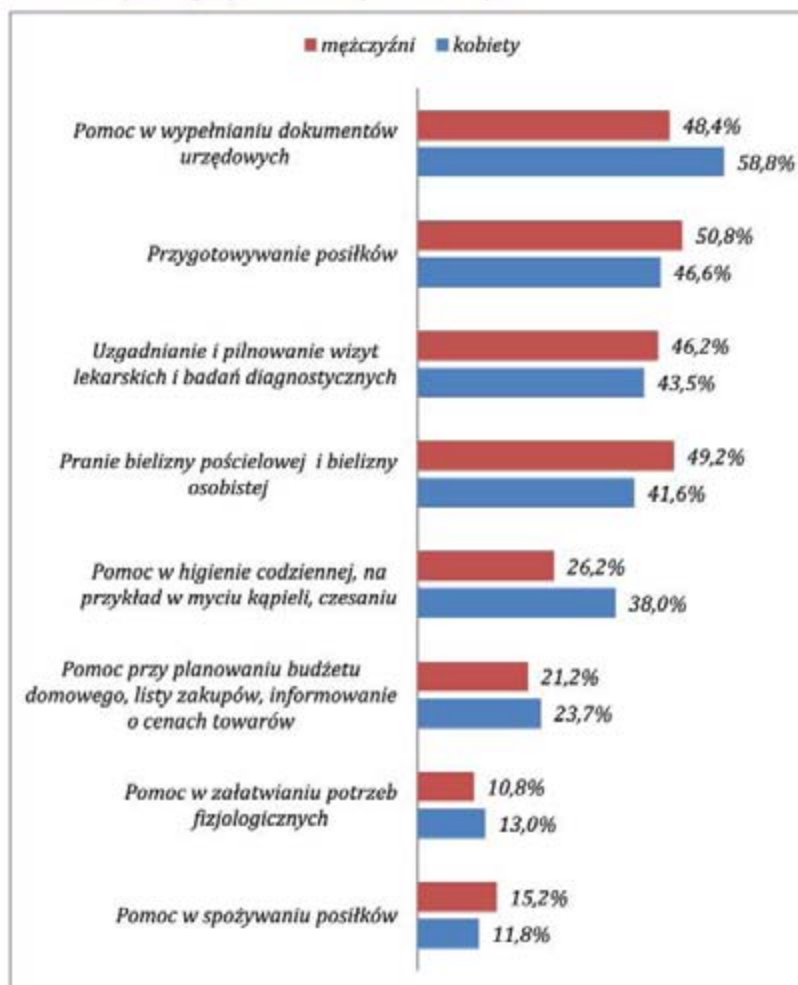
Skokową zależność notuje się z kolei w przygotowywaniu posiłków. W tym wypadku około 53% osób w wieku najstarszym byłaby zainteresowana takim wsparciem, w porównaniu do 44-48% spośród młodszych grup wiekowych. Analogiczna sytuacja występuje, kiedy weźmie się pod uwagę pomoc w organizowaniu spacerów. Młodszy respondenci (generalnie do 80 roku życia) wykazują słabsze zainteresowanie (ok. 29%) niż ma to miejsce w przypadku najstarszych 42,3%. Ostatnim obszarem wsparcia, w którym obserwuje się wzrost zainteresowania w przypadku osób starszych to wsparcie przy planowaniu budżetu domowego. Jest tym zainteresowanych około 30% najstarszych respondentów i około 20-24% badanych w wieku do 80 lat.

Zainteresowanie pewnymi usługami w poszczególnych kategoriach wieku wykazuje również związek ujemny – część z nich jest bardziej charakterystyczna dla młodszych osób. Pierwszą z nich jest utrzymywanie kontaktów ze społecznością lokalną. 42,6% spośród osób w wieku do 65 lat byłaby zainteresowana takimi usługami w stosunku do 36-38% w przypadku kolejnych przedziałów wiekowych. Jest to zapewne efekt kondycji fizycznej, która współwystępuje z dużym zaangażowaniem w podtrzymywanie więzi z innymi oraz rozwijanie, czy też utrzymywanie swoich pasji. Drugą usługą bardziej charakterystyczną dla młodszych uczestników badania (46,8% w stosunku do 37-39%) jest pielęgnacja zalecona przez lekarza. Zrealizowane badanie nie wyjaśnia takiego stanu rzeczy, ale być może związane jest to z tym, że osoby młodsze częściej samodzielnie są w stanie pójść na wizytę lekarską. Osoby starsze, mimo że ich stan zdrowia jest poważniejszy, być może nie mają sposobności, bądź motywacji do inicjowania wizyt lekarskich.

Spośród innych zmiennych, które w sposób istotny wpływają na preferencje usług opiekuńczych należy wskazać płeć. Badania wskazują, że część usług wyraźniej preferowana jest przez kobiety. Należą do nich przede wszystkim: pomoc w wypełnianiu dokumentów urzędowych (58,8% w stosunku do 48,4%), a w dalszej kolejności pomoc w higienie codziennej (38% w stosunku do 26,2%). W mniejszym stopniu dotyczy to także planowania budżetu domowego oraz pomocy przy załatwianiu potrzeb fizjologicznych. Szczegóły ilustruje poniższy wykres.

Spośród usług które częściej wskazywali mężczyźni przede wszystkim należy wskazać na pranie bielizny pościelowej i osobistej (49,2% mężczyzn w stosunku do 41,6% kobiet), a w dalszej kolejności na przygotowywanie posiłków (50,8% w stosunku do 46,6%). Zdecydowanie mniejsze różnice dotyczą uzgadniania i pilnowania wizyt lekarskich oraz pomocy w spożywaniu posiłków – dane zaprezentowane na poniższym wykresie.

Wykres 8. Zainteresowanie poszczególnymi formami z podziałem na płeć

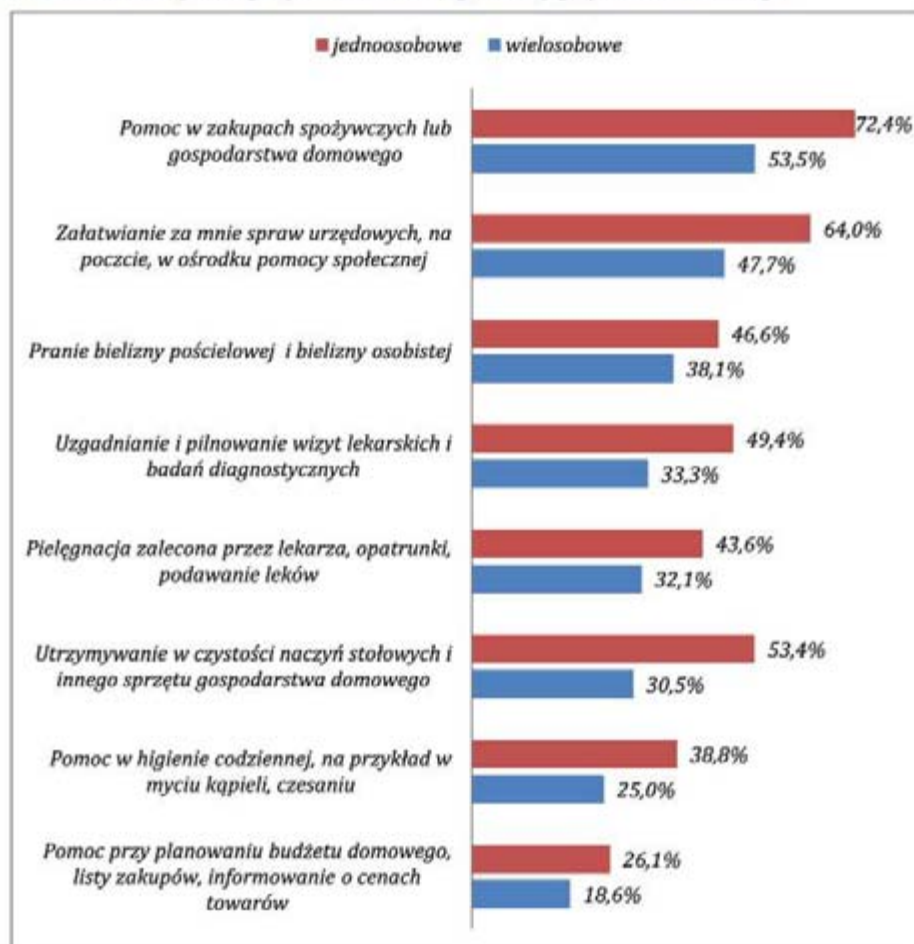


Ostatnim czynnikiem, który w sposób istotny kształtuje zapotrzebowanie na usługi opiekuńcze jest liczebny skład gospodarstwa domowego.

Jednoosobowe gospodarstwa częściej deklarują chęć otrzymywania pomocy. Zamieszkiwanie z partnerem/partnerką lub członkami najbliższej rodziny implikuje wspólne zaangażowanie w czynności domowe. Konieczność ich pełnienia przez jedną osobę skutkuje zwiększonym nakładem sił. Stąd też wyraźne zależności, prezentowane na poniższym wykresie.

Spośród nich, z racji siły zależności, cztery zasługują na wyraźne wyeksponowanie. Przede wszystkim dotyczy to utrzymywania w czystości naczyń oraz sprzętu AGD. W tym wypadku takim wsparciem zainteresowanych jest 53,4% jednoosobowych gospodarstw domowych wobec 30,5% wieloosobowych. W dalszej kolejności należy zwrócić uwagę na pomoc przy robieniu zakupów (72,4% w stosunku do 53,5%) oraz załatwianie spraw urzędowych (65% w stosunku do 47,7%). Istotne jest także uzgadnianie i pilnowanie terminów wizyt lekarskich i równoległe dbanie o higienę osobistą.

Wykres 9. Zainteresowanie poszczególnymi formami według struktury gospodarstwa domowego



Na podstawie uzyskanych danych można także zauważyć, że zainteresowanie pomocą w poszczególnych czynnościach odbiega w pewien sposób od przedstawionych wyników dla całej grupy badanej. Zwiększa się odsetek odpowiedzi twierdzących, szczególnie w przypadku najstarszych respondentów. Taka sytuacja może być spowodowana ograniczeniami mobilnymi badanych.

Przeprowadzony sondaż wskazuje, że im gorzej badani oceniają jakość swojego życia tym większe wykazują zainteresowanie potencjalnymi typami usług. Analiza została oparta na korelacji dwóch zmiennych, Indeksu jakości życia oraz poszczególnych elementów składowych pytania nr 26 (po wykluczeniu z kafeterii odpowiedzi „trudno powiedzieć”)<sup>130</sup>.

Eksploracja wskazuje, że badani znacznie różnicują zainteresowanie zakresem usług przedstawionych w badaniu. Potencjalny popyt na usługi nie jest jednakowy. Na podstawie analizy danych można mówić o trzech grupach usług. W pierwszej znajdują się te, którymi

<sup>130</sup> Miarą korelacji uczyniono tau-b Kendalla, którego wartość mieści się w przedziale od -1 do 1. Im wyższa wartość tym silniejszy związek.

respondenci mogliby być w największym stopniu zainteresowani. Są to przede wszystkim: pomoc przy robieniu zakupów oraz utrzymywanie czystości w gospodarstwie domowym i utrzymanie higieny. Istotną rolę odgrywa także wsparcie przy załatwianiu spraw instytucjonalnych (poczta, OPS, urzędy) oraz przygotowywanie posiłków. Do tej grupy usług można byłoby dołączyć także wsparcie w zakresie załatwiania potrzeb fizjologicznych. Usługa ta jednak charakteryzuje się znacznie mniejszym zainteresowaniem biorąc pod uwagę deklarowaną jakość życia (wchodzi w skład II grupy usług). Sytuacja taka może być spowodowana bądź normami zachowania (wstyd), bądź niską częstotliwością występowania dolegliwości z tym związanych. Pierwsza argumentacja wydaje się bardziej zasadna, biorąc pod uwagę, że w I grupie czynników znajduje się pomoc w higienie osobistej, w tym kąpieli.

Druga grupa potencjalnych usług związana jest z szeroko pojętą organizacją życia. Należą do nich: organizacja spacerów (w domyśle również pomoc przy ubieraniu się), planowanie budżetu oraz wizyt lekarskich.

Grupa trzecia to usługi, które wydają się być poza związkiem z odczuwaną jakością życia.

Tabela 16. Jakość życia respondentów a zainteresowanie usługami

| <i>Ewentualne usługi pomocowe</i>                                                            | <i>Sila związku</i> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| <b>I - Wyraźne zależności</b>                                                                |                     |
| Pomoc w zakupach spożywczych lub gospodarstwa domowego                                       | -0,391              |
| Utrzymywanie w czystości naczyń stołowych i innego sprzętu gospodarstwa domowego             | -0,320              |
| Pomoc w higienie codziennej, na przykład w myciu, kąpieli, czesaniu                          | -0,298              |
| Załatwianie za mnie spraw urzędowych, na poczcie, w ośrodku pomocy społecznej                | -0,296              |
| Pranie bielizny pościelowej i bielizny osobistej                                             | -0,285              |
| Przygotowywanie posiłków                                                                     | -0,277              |
| <b>II - Słabe zależności</b>                                                                 |                     |
| Organizowanie spacerów                                                                       | -0,221              |
| Ubieranie                                                                                    | -0,206              |
| Pomoc przy planowaniu budżetu domowego, listy zakupów, informowanie o cenach towarów         | -0,201              |
| Uzgadnianie i pilnowanie wizyt lekarskich i badań diagnostycznych                            | -0,172              |
| Pomoc w załatwianiu potrzeb fizjologicznych                                                  | -0,113              |
| <b>III - Niski związek / Brak związku</b>                                                    |                     |
| Pielęgnacja zalecona przez lekarza, opatrunki, podawanie leków                               | -0,094              |
| Pomoc w wypełnianiu dokumentów urzędowych                                                    | -0,091              |
| Pomoc w spożywaniu posiłków                                                                  | -0,091              |
| Utrzymywanie kontaktów ze społecznością lokalną, wizyty u znajomych, koła zainteresowań itp. | 0,022               |

Zainteresowanie poszczególnymi grupami usług związane jest z subiektywnie ocenianą jakością życia (indeks komfortu życia). Tak jak wskazano wcześniej związana jest z dostrzeganiem swoich ograniczeń fizycznych, odczuwanym osamotnieniem, ale także zasobnością materialną oraz

więziami społecznymi. Wypadkowa tych elementów oceniana w sposób negatywny przekłada się na zwiększoną skłonność do pobierania poszczególnych usług opiekuńczych. Wydaje się jednak, że ograniczenia fizyczne odgrywają najistotniejszą rolę. Grupa usług w najwyższym stopniu korelująca z postrzeganą jakością życia związana jest właśnie z ograniczeniami w poruszaniu się, które z kolei w sposób bezpośredni uzależnione są od wieku.

Oznacza to, że skłonność do pobierania usługi będzie uzależniona od indywidualnych uwarunkowań.

#### 4.3 Wnioski do dalszych badań nad kryteriami jakościowymi w usługach opiekuńczych

Sytuacja materialna respondentów wskazuje na to, że w większości będą oni beneficjentami usług opiekuńczych organizowanych przez gminne jednostki opieki społecznej. Badani sami wskazali na tę formę opieki, jako najbardziej przez nich preferowaną w razie utraty samodzielności. Rozważając możliwość skorzystania z usług opiekuńczych, w większości chcieliby, aby usługi były realizowane w ich miejscu zamieszkania. Przywiązanie do swojego mieszkania i niechęć do zmiany otoczenia powodują, że przeprowadzkę związaną z utratą samodzielności traktują oni jako ostateczność.

Tak więc, w zdecydowanej większości, opieka realizowana będzie w miejscu zamieszkania seniora, a jedynie w uzasadnionych przypadkach, np. stanem jego zdrowia, może być świadczona w miejscu czasowego pobytu choćby u rodziny lub w szpitalu. Niskie dochody uzyskiwane przez gospodarstwa emeryckie ograniczają możliwość korzystania z usług prywatnych, co mogłoby stanowić uzupełnienie oferty.

Większość respondentów mieszka samotnie, a więc personel opiekuńczy to często jedyne osoby, z którymi podopieczni utrzymują kontakt w życiu codziennym.

Z tych powodów uzasadnienie znajduje próba określenia norm jakościowych dla tego typu usług.

Aby realizowana pomoc w zakresie opieki mogła być przede wszystkim nastawiona na efektywne wykorzystanie czasu poświęconego podopiecznemu, należy szczegółowo określić zakres usług, a szczególnie czynności wykonywanych w ramach usługi, tak aby personel świadczący opiekę podejmował działania adekwatne do oczekiwań.

Badania wskazały na ograniczenia podopiecznych związane z mobilnością przestrzenną spowodowane np. przez bariery architektoniczne.

Następna kategoria czynności to wszelaka pomoc w wypełnianiu dokumentów, np. odpowiedź na pisma urzędowe. W tym przypadku wydaje się niezbędna pomoc, nie tyle personelu opiekuńczego, co pracowników socjalnych. Stworzenie np. komórki monitorującej tego typu potrzeby i oferującej pomoc może okazać się niezbędna do realizacji zapotrzebowania.

Następujące zagadnienia zostały podkreślone w podsumowaniu I części badania i rekomendowane do realizacji w II części:

- Oczekiwania seniorów względem świadczonych usług. Opracowanie katalogu usług odpowiadającego oczekiwaniom beneficjentów tej usługi.

- Właściwe przeprowadzenie audytu wstępnego przed rozpoczęciem usługi, określającego potrzeby seniora, stan jego zdrowia (np. zakres samodzielności, choroby, kłopoty ze wzrokiem, zmiany dementyjne itp.) i dopasowującego personel opiekuńczy.
- Rozpoczęcie świadczenia usługi. Zagadnienia związane z aklimatyzacją podopiecznego do nowej osoby w miejscu zamieszkania. Pierwszy kontakt personelu z podopiecznym, przedstawienie opiekuna.
- System doboru kadr i szkoleń personelu opiekuńczego zgodny z zaistniałymi problemami w trakcie realizacji opieki (np. konieczność szkolenia z transferu podopiecznego wynikająca z utrudnień ruchowych, wagi lub schorzeń osoby podopiecznej).
- Procedury przy realizacji usług i wytyczne dotyczące np. przyjmowania i rozliczania się z powierzonych środków pieniężnych lub materialnych, ew. nawiązania współpracy poza wyznaczonymi limitami oraz nawiązywania relacji osobistych z podopiecznymi.
- Procedury postępowania w przypadku przemocy fizycznej, napastowania fizycznego i psychicznego.
- Kontrola realizowanych usług z zaleceniami. Ustalenie procedury reklamacyjnej i reagowania na zaistniałe sytuacje.
- Monitoring stanu podopiecznego, ustalanie wraz z podopiecznym modyfikacji w zakresie świadczonych usług.

Jakość świadczonej opieki w dużym stopniu zależy od wsłuchania się w potrzeby podopiecznych.

Wszystkie działania związane ze świadczeniem usług opiekuńczych powinny być ukierunkowane na podtrzymywanie lub ew. poprawę stanu zdrowia i sprawności fizycznej osoby starszej, a także podtrzymywanie jej aktywności i zmniejszenie izolacji społecznej.

Jednak ze względu na specyfikę świadczonych usług, często ingerencję w najbardziej prywatne sfery człowieka, niezwykle ważne jest ustalenie jego potrzeb i nie podejmowanie arbitralnych decyzji bez konsultacji z podopiecznym.

#### 4.4 Problematyka i metodyka badania – badanie jakościowe

Kolejny etap, po badaniu ilościowym, stanowiło zrealizowane techniką zogniskowanego wywiadu grupowego badanie jakościowe wśród seniorów (osób, które ukończyły 60. rok życia) oraz pracowników służb społecznych (głównie pracowników socjalnych). Badanie zrealizowano w dwóch ośrodkach pomocy społecznej w Warszawie (OPS Praga Południe i OPS Białoleka). Celem badania było skonstruowanie modelowego obrazu (standardu) usług opiekuńczych dla seniorów na podstawie doświadczeń i opinii seniorów oraz profesjonalistów pomagających seniorom. Przed przystąpieniem do konstrukcji narzędzia badawczego (scenariusza zogniskowanego wywiadu grupowego) sformułowano następujące pytania badawcze:

1. Jakie są najważniejsze potrzeby seniorów składające się na uniwersalny katalog potrzeb konieczny do uwzględnienia przez profesjonalnego opiekuna?
2. Do podejmowania jakich działań powinien być przygotowany profesjonalny opiekun, aby w sposób adekwatny odpowiadać na potrzeby seniorów?
3. Jakimi cechami powinien charakteryzować się profesjonalny opiekun osób starszych?

#### 4.4.1 Opis przeprowadzonych badań

Na zrealizowane badanie składały się 2 zogniskowane wywiady grupowe. Wywiad nr 1 (FGI1) odbył się w Ośrodku Pomocy Społecznej Praga Południe w Warszawie przy ul. Paca 42, w dniu 10 września 2015 r. o godz. 10:10. W wywiadzie wzięło udział 5 seniorów i 2 pracowników socjalnych (łącznie 7 osób). Wśród seniorów, jedna osoba należała do przedziału wiekowego 60-65 lat (rok urodzenia 1952), dwie osoby do przedziału 66-80 lat, w tym jedna ukończyła 80 rok życia (lata urodzenia 1935, 1949) i dwie osoby miały powyżej 80 lat (lata urodzenia 1926, 1927). Trzy osoby miały wykształcenie zasadnicze zawodowe, jedna – wykształcenie średnie, a jedna – wykształcenie wyższe. 4 seniorów z tej grupy wskazało, że w codziennym życiu aktualnie korzysta z pomocy instytucji publicznych, np. Ośrodka Pomocy Społecznej. Jedna osoba wskazała znajomych/sąsiadów jako tych, z pomocy których korzysta w codziennym życiu. Wśród badanych pracowników socjalnych z tej grupy fokusowej, jedna osoba miała wykształcenie średnie, jedna – wyższe. Badaną grupę stanowiły wyłącznie kobiety. Czas trwania wywiadu wyniósł 1 godz. 40 min.

Wywiad nr 2 (FGI2) odbył się w Ośrodku Pomocy Społecznej Białoleka w Warszawie przy ul. Porajów 14, w dniu 11 września 2015 r. o godz. 9:10. W wywiadzie wzięło udział 4 pracowników socjalnych (w tym jeden będący również seniorem) i 2 seniorów (łącznie 6 osób). Wśród seniorów, dwie osoby należały do przedziału wiekowego 60-65 lat (lata urodzenia 1950, 1955). Osoba pełniąca w badaniu rolę zarówno pracownika socjalnego, jak i seniora również należała do tego przedziału wiekowego (rok urodzenia 1950). Wśród wspomnianych seniorów, dwie osoby miały ukończone wykształcenie średnie, jedna – wyższe. Żadna nie korzystała w chwili badania w codziennym życiu z pomocy rodziny, znajomych/sąsiadów, instytucji publicznych (np. Ośrodka Pomocy Społecznej), organizacji pozarządowych (np. Caritas) lub ośrodka prywatnego. Wśród badanych pracowników socjalnych, trzy osoby posiadały wykształcenie wyższe, jedna – średnie. Również w tym przypadku badaną grupę stanowiły wyłącznie kobiety. Czas trwania wywiadu wyniósł 1 godz. 30 min.

#### 4.4.2 Analiza wyników badania nt. potrzeb seniorów

Po przeprowadzeniu badania jakościowego i sporządzeniu transkrypcji, zakodowano wypowiedzi respondentów według głównych kategorii problemowych, a następnie w toku analizy poddano je strukturyzacji i typologizacji, a w dalszej kolejności – interpretacji i wnioskowaniu. Poniżej zaprezentowano wyniki analizy.

W początkowej fazie obu wywiadów poproszono respondentów o wspólne opracowanie katalogu głównych potrzeb seniorów. Docelowo chodziło o listę potrzeb, których możliwości wystąpienia musi mieć świadomość profesjonalny opiekun. Podczas obu wywiadów respondenci wspólnie skonstruowali listę głównych potrzeb seniorów. W toku analizy wyników badania, potrzeby te zostały podzielone na trzy następujące grupy:

##### 1. Potrzeby związane z codzienną egzystencją, w zaspokojeniu których pomocny może być opiekun, w tym:

- **Potrzeby biologiczne, np. potrzeba pomocy związanej z przyjmowaniem posiłku** (w tym przyrządzeniem, udział we wspólnym przyrządzaniu, dowiezieniem, spożyciem; chodzi tu także m.in. o posiłek dostosowany do uwarunkowań dietetycznych, czy upodobań seniora);

- **Potrzeba otrzymania pomocy w czynnościach higienicznych i fizjologicznych;**
  - **Potrzeba permanentnej opieki w przypadku osób leżących;**
  - **Potrzeba pomocy w zakupach codziennych** (co drugi/trzeci dzień);
  - **Potrzeba pomocy w regularnych bądź nieregularnych wizytach lekarskich** (w tym domowych i w przychodni), ponieważ dla seniorów sama procedura zapisania się do lekarza może stanowić istotną barierę;
  - **Potrzeba pomocy w rehabilitacji zdrowotnej, a także we właściwej pielęgnacji i opiece medycznej**, w tym pomocy w odpowiednim i regularnym przyjmowaniu leków;
  - **Potrzeba pomocy w utrzymaniu czystości w mieszkaniu**, w tym wymagającej większej siły fizycznej;
  - **Potrzeba pomocy w dopełnieniu obowiązków związanych z gospodarowaniem** (w tym np. odpowiednim i terminowym opłacaniu rachunków);
  - **Potrzeba pomocy w usprzętowieniu**, w tym dostarczeniu sprzętu (m.in. kijków wspomagających chodzenie, telefonu komórkowego z dużym wyświetlaczem itp.);
  - **Potrzeba ochrony przed nadużyciami wobec osób starszych**, która powinna polegać przede wszystkim na ostrzeganiu przed nieuczciwymi praktykami marketingowymi (takimi, jak sprzedaż towarów po znacznie zawyżonych cenach podczas pokazów dla seniorów) czy przed przestępstwami kryminalnymi (takimi, jak wyłudzenie pieniędzy tzw. metodą „na wnuczka”).
- 2. Potrzeby psychologiczne, społeczne i kulturalne, w zaspokojeniu których pomocny może być opiekun, w tym:**
- **Potrzeba bezpieczeństwa** (leżąca u źródeł praktycznie wszystkich pozostałych potrzeb); przy czym już sam fakt przebywania w samotności może powodować poczucie lęku seniora;
  - **Potrzeba aktywności**, w tym potrzeba pomocy w wyjściu z domu. Niekiedy sam fakt mieszkania w domu bez windy już uniemożliwia samodzielne wyjście choćby przed dom; jednocześnie nawet jakakolwiek możliwość wyjścia z domu jest dla badanych sprawą bardzo ważną. Dodatkowo należy zaznaczyć fakt, że prozaiczna czynność, jaką jest wyjście z domu może faktycznie oznaczać działania rehabilitacyjne dla seniora.
  - **Potrzeba kontaktu z drugim człowiekiem**, w tym wspólnego spędzania czasu przy prozaicznych czynnościach (takich, jak np. oglądania telewizji);
  - **Potrzeba rozmowy i bycia wysłuchanym;**
  - **Potrzeba bycia potrzebnym;**
  - **Potrzeba szacunku;**
  - **Potrzeba bycia autorytetem;**
  - **Potrzeba bycia samodzielnym w sprawach**, w których jest to możliwe;
  - **Potrzeba pomocy w rozwijaniu wiedzy i umiejętności;**
  - **Potrzeby kulturalno-rekreacyjne** (w tym np. towarzystwa przy wyjściu do teatru, do kina);
  - **Potrzeba pomocy przy czytaniu;**
  - **Potrzeby estetyczne** (takie, jak np. manicure czy pedicure, nie pozostające niekiedy bez wpływu na stan zdrowia fizycznego seniora);
  - **Potrzeba pomocy w organizowaniu kontaktów rodzinnych.**

**3. Potrzeby związane z codzienną egzystencją oraz inne, na zaspokojenie których opiekun może mieć jedynie bardzo ograniczony wpływ (lub wpływu tego mieć nie może):**

- **Potrzeba bezpieczeństwa materialnego** (np. dysponowania wystarczającą ilością środków finansowych), która była bardzo często wskazywana przez respondentów jako kluczowa;
- **Potrzeba regularnych bądź nieregularnych konsultacji lekarskich** (domowych i w przychodni), w tym okresowych obligatoryjnych wizyt lekarskich, konsultacji geriatrycznych;
- **Potrzeba usprzętowania niezaspokojona z uwagi na ograniczenia finansowe seniora lub ograniczenia formalne w organizowaniu pomocy przez Ośrodek Pomocy Społecznej;**
- **Potrzeba więzi rodzinnych.**

W kontekście powyższej listy potrzeb warto nadmienić, że respondenci często wspominali o licznych problemach dnia codziennego seniorów, w tym problemach zdrowotnych, takich jak chroniczne zmęczenie, zapominanie słów, choroby narządów ruchu, zawroty głowy, nadciśnienie i inne choroby krążenia. Jako problematyczne badani traktowali także zanik więzi rodzinnych czy sąsiedzkich utrudniający egzystencje ludzi starszych. Szczególnie ciężka sytuacja wydaje się mieć miejsce w odniesieniu do więzi z dalszą rodziną. Jednocześnie badani dostrzegali niekiedy zobiektywizowane przyczyny takiego stanu rzeczy, takie jak konieczność utrzymania przez ludzi młodych pracy zarobkowej, choć – co należy zaznaczyć – nie traktowali tych okoliczności jako usprawiedliwienia.

Już sam przegląd powyższego katalogu potrzeb wskazuje, że profesjonalny opiekun może mieć wpływ na zaspokojenie istotnej większości z nich. Wpływ ten nie musi przy tym wiązać się z koniecznością dodatkowych nakładów finansowych czy nawet czasowych (choć pewnie tych ostatnich niekiedy będzie wymagał nieco więcej). Aby jednak odpowiedź na ww. potrzeby była adekwatna, podmiot organizujący opiekę powinien zagwarantować dobór personelu posiadającego odpowiednie kompetencje, a także zapewnić temu personelowi profesjonalne szkolenia i skuteczne bodźce motywacyjne.

**4.4.3 Działania, do podejmowania których powinien być przygotowany profesjonalny opiekun seniorów**

W kolejnej fazie badania respondenci zostali poproszeni o wybranie kilku potrzeb i próbę odtworzenia krok po kroku działań idealnego opiekuna odpowiadającego na daną potrzebę. Następnie na tej podstawie, w wyniku pracy grupowej, stworzono propozycję uniwersalnego standardu postępowania opiekuna. Na propozycję tę składają się następujące działania:

1. Pierwszy kontakt wprowadzający, najlepiej z pośrednictwem pracownika socjalnego z Ośrodka Pomocy Społecznej;
2. Przedstawienie się seniorowi przez opiekuna i poświęcenie czasu na zbudowanie dobrego kontaktu, a nie wyłącznie przedmiotowe przystępowanie do wykonywania zadań;
3. Dogłębne poznanie potrzeb seniora zarówno w perspektywie ogólnej pomocy jak i w perspektywie każdorazowej wizyty u seniora (wręcz zapisywanie tych potrzeb na kartce) i ocena, czy w świetle innych uwarunkowań, np. kondycji opiekuna, opiekun jest w stanie adekwatnie na te potrzeby odpowiedzieć;

4. Dopytanie seniora o jego potrzeby, oczekiwania, preferencje i dokładne wysłuchanie go i stosowanie się do jego próśb, np. w kwestii zakupów bądź sprzątania mieszkania;
5. Poznanie nawyków seniora;
6. Elastyczne, dostosowane do bieżących oczekiwań seniora, odpowiadanie na potrzeby;
7. Empatyczne obserwowanie i poznanie seniora w takim zakresie, aby również odpowiadać na jego nieuświadomione / niezwerbalizowane potrzeby;
8. Konsultowanie działań opiekuńczych z seniorem (w miarę możliwości);
9. Skrupulatne rozliczanie się z wykonanych zadań, w tym przede wszystkim z wydawanych pieniędzy seniora, co pozwala na unikanie nieporozumień;
10. Adekwatne, a nie protekcyjne zwracanie się do seniora;
11. Poświęcanie czasu na „ludzką rozmowę” z seniorem, nawet podczas wykonywania innych czynności;
12. Zaoferowanie seniorowi towarzystwa – niekiedy również dodatkowo – w prozaicznych czynnościach, takich jak np. spacer czy wspólne oglądanie telewizji.

W świetle przeprowadzonego badania powyższym działaniom powinny towarzyszyć następujące zasady:

1. Indywidualne traktowanie każdego seniora;
2. Dbanie o dobrą relację interpersonalną, ale eliminacja ryzyka obciążania psychicznego seniora problemami życiowymi opiekuna (choć nie wyklucza to sytuacji, w której opiekun dzieli się z seniorem swoimi przeżyciami czy rozterkami);
3. Pamiętanie o tym, że często opiekun jest najbliższą osobą dla seniora (szczególnie samotnego) i zastępuje mu najbliższą rodzinę;
4. Pozostawienie seniorowi przestrzeni na samodzielność tam, gdzie jest to możliwe, np. poprzez wspólne załatwianie określonych spraw.

Respondenci wspominali o możliwych różnicach między seniorami mężczyznami i kobietami. Np. pojawiły się głosy, że w przypadku mężczyzn potrzeby higieniczne mogą być w mniejszym stopniu uświadomione niż w przypadku kobiet, co powinno być uwzględnione w pracy opiekuna.

Badani wskazali także na występujący niekiedy problem niewłaściwego traktowania opiekuna zarówno przez seniora, jak i przez rodzinę. Również w takim przypadku powinny być podejmowane działania zarówno opiekuna, jak i podmiotu nadzorującego mające na celu właściwe zdefiniowanie relacji opieki.

Jak wynika z badania pomocne w pracy opiekuna może być również bezpośrednie oddziaływanie na rodzinę (choćby poprzez przekazywanie wiedzy nt. potrzeb osoby starszej, rodzajów działań pomocowych oraz roli opiekuna i rodziny w tych działaniach). Jak jednak stwierdziła jedna z badanych, zwykle członkowie rodzin seniorów (np. czterdziestolatkowie) nie są zainteresowani taką wiedzą.

#### 4.4.4 Cechy profesjonalnego opiekuna seniorów

W oparciu o pracę grupową, respondentów poproszono o wspólne skonstruowanie listy kluczowych cech idealnego opiekuna. Biorąc pod uwagę wyniki obu wywiadów badani zaproponowali następującą listę cech:

- **Uczciwość i rzetelność;**
- **Umiejętność nawiązania kontaktu;**
- **Pozytywny stosunek do innych ludzi (szczególnie ludzi starszych), ludzkie ciepło;**
- **Dobra wola i zaangażowanie, w tym pozafinansowa motywacja do pomagania ludziom;**
- **Sprawność fizyczna** – jak zgodnie twierdzili respondenci zdarzają się problematyczne sytuacje, w których opiekun jest również osobą starszą, schorowaną i o ograniczonej sprawności fizycznej, i w związku z tym nie jest w stanie pomóc w istotnych czynnościach swojego podopiecznego. Widoczny brak sprawności fizycznej może przy tym krępować seniora przed otwartym formułowaniem określonych prośb w stosunku do opiekuna;
- **Empatia;**
- **Tolerancja i cierpliwość**, w tym akceptacja – nawet nie zawsze zrozumiałych – potrzeb osób starszych i nieobrażanie się za zwrócenie uwagi lub niemiłe słowa czy gesty; respondenci zwrócili uwagę na fakt, że niektóre osoby starsze mogą być szczególnie trudne, na co profesjonalny opiekun również powinien być przygotowany;
- **Skrupulatność**, w tym skrupulatność w prozaicznych czynnościach związanych z opieką, takich jak zakupy czy sprzątanie;
- **Obowiązkowość i odpowiedzialność;**
- **Słowność**, w tym punktualność, tj. dotrzymywanie terminów, a w razie spóźnienia lub konieczności odwołania wizyty, niezwłoczne poinformowanie o tym seniora;
- **Wiedza;**
- **Profesjonalizm;**
- **Poczucie humoru** (pogoda ducha).

Dodatkowo badani wskazali na istotną kwestię podobieństwa mentalnego między opiekunem i seniorem (w tym np. w zakresie wspólnych zainteresowań), co może odgrywać istotną rolę w nawiązaniu dobrej relacji interpersonalnej. W tym kontekście nie bez znaczenia może też być różnica wieku między opiekunem a seniorem, choć ta kwestia nie jest już taka jednoznaczna. Pojawiły się zarówno głosy sugerujące, że mniejsza różnica wieku sprzyja lepszej komunikacji, jak i takie, że szczególnie ludzie młodzi potrafią w sposób satysfakcjonujący dla seniora nawiązać z nim kontakt.

Badani dyskutowali o tym, jak należy dobierać opiekuna pod względem płci. Jedna z respondentek stwierdziła, że powinna to być osoba tej samej płci, co senior (ze względu na konieczność towarzyszenia przy czynnościach intymnych). Inna respondentka stwierdziła jednak, że opiekun będący tej samej płci, co senior może również w określonych okolicznościach wzbudzić u seniora poczucie zagrożenia, np. kobieta opiekunka może spowodować, że kobieta seniorka przestanie czuć się gospodynią we własnym domu.

Z pozostałych wypowiedzi badanych wynikało jednak, że różnice płci mają tu raczej charakter wtórny. Ważniejsze są pozostałe cechy opiekuna, w zależności od potrzeb seniora, takie jak np. empatia czy umiejętność słuchania (które kojarzą się przede wszystkim z predyspozycjami opiekunów), czy siła fizyczna (która kojarzy się przede wszystkim z predyspozycjami opiekunów). Podobnie wygląda wspomniana już kwestia wieku opiekuna. Wiek również ma charakter wtórny wobec takich cech, jak siła fizyczna z jednej strony czy podobieństwo mentalne do seniora –

z drugiej. Respondenci zgodnie stwierdzili, że kwestia płci czy wieku opiekuna powinna być każdorazowo indywidualnie ustalana z seniorem. Ponadto zwrócono uwagę na fakt, że senior nigdy nie powinien być zaskoczony osobą opiekuna, który np. bez przekazania wcześniejszej informacji o jego osobie seniorowi, pojawi się w jego drzwiach.

Z wypowiedzi badanych wynikało, że niekiedy może zaistnieć konieczność pomocy, np. dwóch opiekunów dla jednego seniora, w tym samym czasie. W związku z tym należy także przewidzieć taką możliwość.

Ponadto warto zaznaczyć, że zakres usług i czynności realizowanych w miejscu zamieszkania oraz poziom utraty samodzielności wywierają wpływ na wymagane cechy profesjonalnego opiekuna seniora. W ramach procedury zapewniania jakości świadczonych usług należy więc brać pod uwagę zarówno oczekiwania co do cech opiekuna (w szczególności cechy uznawane za najistotniejsze: uczciwość i rzetelność, umiejętność nawiązania kontaktu, sprawność fizyczna), jak i ww. oczekiwania związane ze świadczeniem usług opiekuńczych (patrz pkt 4.4.2).

Jako najistotniejsze bariery w odniesieniu do zatrudniania odpowiednich osób na stanowisku opiekunów, respondenci uznali:

- Stanowczo za niskie wynagrodzenie dla opiekunów (jako kwestię kluczową);
- Zatrudnianie opiekunów na tzw. „umowach śmieciowych”;
- Przeciążenie opiekunów pracą, w tym zbyt wysoką liczbą podopiecznych;
- Przypisywanie do tego samego opiekuna podopiecznych zamieszkałych w znacznie oddalonych od siebie lokalizacjach;
- Brak szkoleń dla opiekunów;
- Brak faktycznej kontroli nad pracą opiekunów.

Często twierdzono, że na stanowisko opiekunek zatrudniane są osoby przypadkowe, niemające przygotowania do świadczenia tej pracy.

Badani pracownicy socjalni wskazali także na problem wyłaniania przez ośrodki pomocy społecznej agencji prywatnych świadczących usługi opiekuńcze. Jedynym kryterium wyboru agencji przez OPS jest cena, co powoduje, że agencje oferują *de facto* rażąco niskie ceny uniemożliwiające potem świadczenie usług na adekwatnym poziomie. Jednocześnie jedna respondentka stwierdziła, że sytuacja ta wydaje się wciąż pogarszać, ponieważ oferowane ceny są coraz niższe (a możliwości kontroli niewielkie).

#### 4.4.5 Pozostałe kwestie związane z opieką nad seniorami

Respondenci zostali zapytani o najbardziej adekwatną porę dnia, w której opiekun powinien odwiedzać seniora. Badani zgodnie stwierdzili, że zależy to od indywidualnego przypadku i każdorazowo powinna zostać uzgodniona między opiekunem a seniorem. Poproszeni o wskazanie – ich zdaniem – najczęstszej preferencji, zgodnie stwierdzili, że najbardziej adekwatne wydają się godziny przedpołudniowe (np. ok. godz. 11.00).

Jeżeli chodzi o średnią liczbę wizyt opiekuna w tygodniu oraz o minimalny czas jednorazowej wizyty opiekuna u seniora, badani również zgodzili się, że powinno to być ustalane indywidualnie. Poproszeni o wskazanie – ich zdaniem – najczęstszych przypadków, stwierdzili, że powinno to być jednorazowo nie mniej niż 2 godziny, co najmniej 2-3 razy w tygodniu.

Badanych zapytano także o to, jak ich zdaniem powinna wyglądać idealna procedura kontroli pracy opiekunów i procedura reklamacyjna w przypadku niezadowolenia seniora z usług opiekuńczych. W oparciu o wypowiedzi respondentów opracowano poniższą listę działań odnoszących się do wspomnianych kwestii:

- Poinformowanie seniora przez pracownika socjalnego, że zawsze ma możliwość zgłoszenia zastrzeżeń dotyczących opieki; przekazanie seniorowi kontaktu telefonicznego do konkretnego koordynatora usług;
- Przewidzenie możliwości rozmowy seniora z opiekunem o zastrzeżeniach do pracy opiekuna (być może to opiekun powinien aranżować takie rozmowy rozładowując potencjalne skrzepowanie seniora i w ten sposób wiele kwestii konfliktowych mogłoby zostać rozwiązanych na najniższym poziomie);
- Przewidzenie możliwości konfrontacji czy mediacji między opiekunem a seniorem z udziałem koordynatora usług;
- Przewidzenie możliwości wypowiedzenia się seniora w regularnych wywiadach (ankietach) środowiskowych, niezależnie od tego czy zgłaszano zastrzeżenia na pracę opiekuna, czy nie;
- Przewidzenie możliwości zmiany opiekuna nie tylko w sytuacji niewłaściwego świadczenia pomocy, ale także w razie niedopasowania osobowościowego czy mentalnego opiekuna i seniora (oczywiście w określonych granicach);
- Losowe wybieranie seniorów i okresowe kontrolowanie pracy ich opiekuna;
- Bezpośrednia obserwacja pracy opiekuna u seniora (i wzajemnej relacji) oraz kontakt z seniorem poza godzinami pracy opiekuna;
- Podejmowanie działań kontrolnych niezależnie od zgłoszeń seniora, ponieważ nie zawsze senior może być w stanie – czy to ze względów zdrowotnych czy psychologicznych – zgłosić nieprawidłowość;
- Okresowe rozmowy z opiekunami bez względu na fakt wpłynięcia bądź niewpłynięcia reklamacji.

Należy także uwzględnić fakt, że zdarzają się nieuzasadnione reklamacje seniorów. W takiej sytuacji należy podjąć działania wyjaśniające zmierzające do zobjektywizowania zaistniałych faktów.

#### 4.5 Podsumowanie i wnioski z przeprowadzonych badań

W świetle przeprowadzonego badania można sformułować następujące wnioski i rekomendacje dotyczące kształtowania systemu profesjonalnej opieki dla seniorów:

##### Wnioski i rekomendacje z przeprowadzonego badania

| Wnioski                                                                                                                                                                                                                   | Rekomendacje                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Istnieje wiele potrzeb seniorów, na zaspokojenie których opiekunowie mogą mieć wpływ (niekoniecznie wiążący się z koniecznością wyższych kosztów finansowych pomocy).</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Szkolenia warsztatowe dla osób pełniących funkcję opiekunów;</li> <li>• Dobór (rekrutacja i selekcja) personelu na stanowiska opiekunów spośród osób posiadających określone kompetencje (obszernie opisane w niniejszym raporcie).</li> </ul> |

| Wnioski                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Rekomendacje                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Wiele potrzeb seniorów ma charakter psychologiczny i ich zaspokojenie wymaga odpowiednich predyspozycji osobowościowych osób pomagających, takich jak np. empatia czy umiejętność słuchania.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>Dobór (rekrutacja i selekcja) personelu na stanowiska opiekunów spośród osób posiadających określone predyspozycje osobowościowe.</li> </ul>                                                                                                |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Zaspokojenie wielu potrzeb psychologicznych seniorów często wiąże z prostymi, nieuświadamianymi gestami opiekunów.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>Uświadamianie (poprzez szkolenia, superwizję itp.) opiekunom wagi ich zachowania (również tego najdrobniejszego, na pozór oczywistego).</li> </ul>                                                                                          |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Skuteczna pomoc musi wiązać się z dobrym nawiązaniem kontaktu opiekuna z seniorem.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>Posiadanie standardów (adekwatnych procedur) postępowania (np. w przypadku agencji zatrudniającej opiekunów) odnoszących się do takich kwestii, jak nawiązywanie kontaktu z seniorem (szkolenie opiekunów w tym zakresie).</li> </ul>       |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Skuteczna pomoc musi wiązać się z dobrą indywidualną diagnozą potrzeb seniora.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>Posiadanie standardów (adekwatnych procedur) postępowania (np. w przypadku agencji zatrudniającej opiekunów) odnoszących się do początkowego i każdorazowego diagnozowania potrzeb seniora (szkolenie opiekunów w tym zakresie).</li> </ul> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Skuteczna pomoc musi wiązać się ze szczegółowymi wzorcami postępowania w zależności od obszaru tej pomocy, przykładowo opiekun robiący seniorowi zakupy powinien wiedzieć, że musi uzyskać od seniora dokładną informację o jego oczekiwaniach (odnośnie do tego, co powinno być kupione, w jakich ilościach, w którym sklepie, do jakiej wysokości ceny itp.), a następnie z własnej inicjatywy powinien rozliczyć się przedstawiając rachunek ze sklepu.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Posiadanie standardów (adekwatnych procedur) postępowania (np. w przypadku agencji zatrudniającej opiekunów) odnoszących się do poszczególnych obszarów pomocy (szkolenie opiekunów w tym zakresie).</li> </ul>                             |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Skuteczna pomoc musi wiązać się z odpowiednią motywacją opiekuna.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>Zatrudnianie opiekunów na podstawie stałych umów o pracę;</li> <li>Godziwe wynagradzanie opiekunów.</li> </ul>                                                                                                                              |

| Wnioski                                                                                                                                                                                                                                              | Rekomendacje                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Skuteczna pomoc musi wiązać się z adekwatnym obciążaniem opiekuna obowiązkami.</li> </ul>                                                                                                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>Nieobciążanie opiekunów zbyt dużą liczbą podopiecznych;</li> <li>Kierowanie opiekunów do podopiecznych mieszkających w niewielkich odległościach od siebie;</li> <li>W przypadku agencji, dysponowanie liczbą opiekunów adekwatną do potrzeb lokalnych.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Skuteczna pomoc musi wiązać się z realną kontrolą pracy opiekunów i stworzeniem prostej możliwości identyfikowania nieprawidłowości, w tym procedury reklamacyjnej adekwatnej do potrzeb seniorów.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Stała kontrola pracy opiekunów przez agencję i ośrodek pomocy społecznej (metody tej kontroli opisano w niniejszym raporcie), w tym posiadanie standardów (adekwatnych procedur) postępowania kontrolnego przez agencję;</li> <li>Prosta procedura reklamacyjna dla seniora (od stworzenia możliwości nieskrępowanej rozmowy z opiekunem po interwencję telefoniczną u koordynatora opiekuna), w tym posiadanie standardów (adekwatnych procedur) postępowania reklamacyjnego przez agencję (elementy takiej procedury opisano w niniejszym raporcie).</li> <li>Umożliwienie zmiany opiekuna nie tylko w sytuacji jawnego niewypełniania obowiązków, ale również w razie niedopasowania mentalnego seniora i opiekuna.</li> </ul> |

Źródło: opracowanie własne.

#### 4.6 Drugie badanie ilościowe – analiza obecnych potrzeb i oczekiwań seniorów odnośnie do systemu świadczenia usług opiekuńczych

Wyniki badania „Określenie potrzeb seniorów” dały podstawę do sporządzenia ankiety „Kryteria dostępności i certyfikacji usług opiekuńczych”. Respondentów pytano m.in. o istotne według nich cechy, jakimi powinna charakteryzować się usługa opieki w ich miejscu zamieszkania.

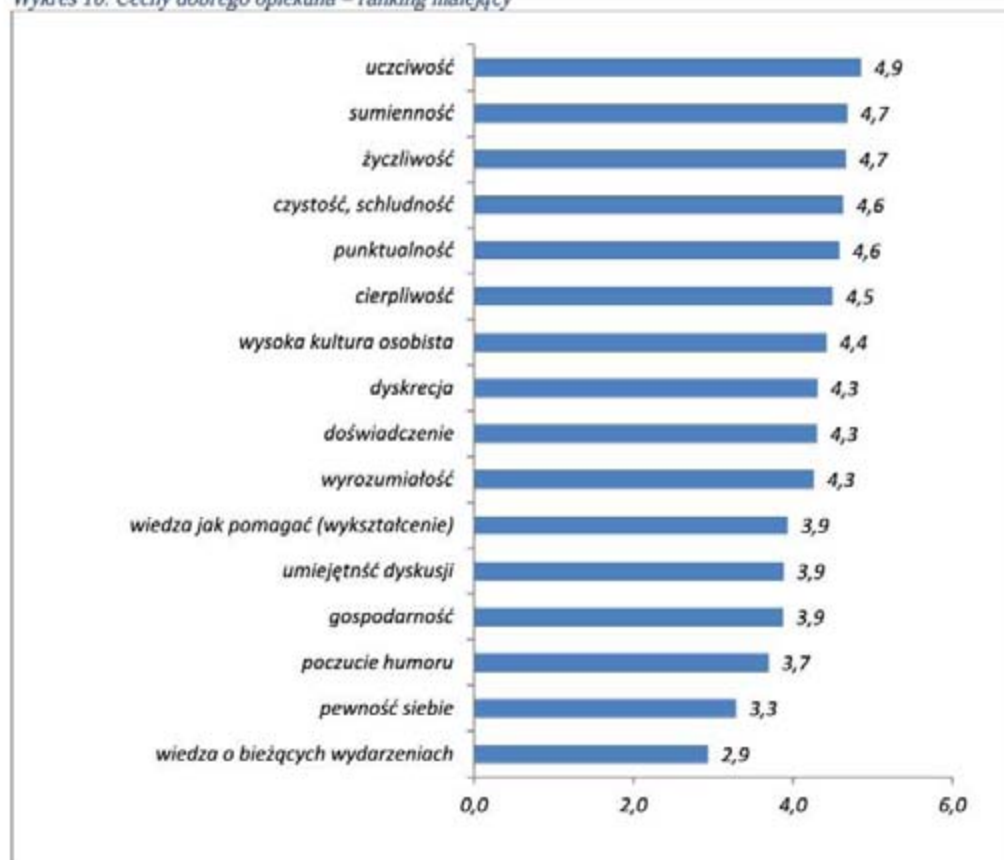
Badanie drugie pozwoliło na sporządzenie kryteriów certyfikacji prezentowanych w raporcie.

- Cechy dobrego opiekuna

Respondenci wypowiadali się na temat pożądanых cech opiekunów osób starszych. Całą gamę cech oceniali posilując się sześciostopniową skalą, od zera (cecha w ogóle nieistotna) do 5 (cecha bardzo istotna). Wyniki przeprowadzonej analizy wskazują, że dominującymi,

najistotniejszymi cechami są uczciwość, sumienność i życzliwość oraz pewnego rodzaju predyspozycje osobowościowe. Co istotne, doświadczenie w pracy z osobami starszymi, a także wiedza w tym zakresie wcale nie są najistotniejsze dla respondentów – jednak prym wiedzie podejście do seniora. Szczegółowy rozkład istotności poszczególnych cech prezentuje poniższy wykres.

Wykres 10. Cechy dobrego opiekuna – ranking malejący



Dysponując całą gamą cech, jakimi powinni się charakteryzować opiekunowie osób starszych, na podstawie analizy czynnikowej, wyodrębniono dwie względnie równoważne grupy. Są to cechy, które umownie można nazwać „osobowościowymi” oraz „kwalifikacyjno-interakcyjnymi”. Cechy osobowościowe (zdecydowanie najistotniejsze, jak pokazuje zestawienie na powyższym wykresie) współwystępują wraz z elementami wysokiej kultury osobistej. Jak się okazuje seniorzy oczekiwali uogólnionego przychylnego i wyrozumiałego podejścia do ich sytuacji. Druga grupa cech, które współwystępują ze sobą, odwołuje się do rzeczywistych umiejętności i jednocześnie zdolności i gotowości konwersacji. Związane jest to z wiedzą na temat bieżących wydarzeń w kraju i na świecie, ale także posiadanym poczuciem humoru. Wtórnie temu pewność siebie, która w znacznym stopniu odpowiada za inicjowanie interakcji. Znamienne jest przy tym, że aspekt kwalifikacyjny nie stanowi samoistnej, wyraźnej cechy. Jest poniekąd „dodatkiem”. Wnosić stąd można, że ważniejsze jest podejście do seniora, a nie formalne

kwalifikacje. Wydaje się, że umiejętność wsparcia prawdopodobnie związana jest z postrzeganymi własnymi ograniczeniami. Innymi słowy jeżeli ktoś wymagałby pomocy przy zakupach, to żadne formalne umiejętności i kwalifikacje nie są do tego potrzebne, zważywszy, że każdy dba o gospodarstwo domowe. Kluczem jest w tej sytuacji zaufanie i „gospodarność” rozumiana jako podejmowanie racjonalnych decyzji w oparciu o zasoby seniora, którymi dysponuje opiekun.

Tabela 17. Elementy składowe głównych cech dobrego opiekuna

| Zbiór cech                                                                                             | Składowa            |                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-----------------------------------|
|                                                                                                        | Cechy osobowościowe | Cechy kwalifikacyjno-interakcyjne |
| Dobry opiekun: życzliwość                                                                              | ,823                |                                   |
| Dobry opiekun: uczciwość                                                                               | ,776                |                                   |
| Dobry opiekun: czystość, schludność                                                                    | ,774                |                                   |
| Dobry opiekun: sumienność                                                                              | ,771                |                                   |
| Dobry opiekun: punktualność                                                                            | ,703                |                                   |
| Dobry opiekun: wyrozumiałość                                                                           | ,698                |                                   |
| Dobry opiekun: cierpliwość                                                                             | ,681                |                                   |
| Dobry opiekun: wysoka kultura osobista                                                                 | ,668                |                                   |
| Dobry opiekun: dyskrecja                                                                               | ,595                |                                   |
| Dobry opiekun: pewność siebie                                                                          |                     | ,809                              |
| Dobry opiekun: poczucie humoru                                                                         |                     | ,780                              |
| Dobry opiekun: umiejętność dyskusji                                                                    |                     | ,745                              |
| Dobry opiekun: wiedza o bieżących wydarzeniach                                                         |                     | ,735                              |
| Dobry opiekun: gospodarność                                                                            |                     | ,611                              |
| Dobry opiekun: wiedza jak pomagać (wykształcenie)                                                      |                     | ,595                              |
| Dobry opiekun: doświadczenie                                                                           |                     | ,543                              |
| <b>Uwagi metodologiczne</b>                                                                            |                     |                                   |
| % wyjaśnionej wariancji                                                                                | 33%                 | 26%                               |
| Metoda wyodrębniania czynników – Głównych składowych. Metoda rotacji – Varimax z normalizacją Kaisera. |                     |                                   |
| KMO = 0,9                                                                                              |                     |                                   |
| Wyznacznik = 0,01                                                                                      |                     |                                   |

Sposób postrzegania cech opiekunów uzależniony jest do pewnego stopnia od rysu społeczno-demograficznego respondentów. Ustalono, że kobiety w nieco większym stopniu kładą nacisk na cechy osobowościowe, podczas gdy mężczyźni na kwalifikacyjno-interakcyjne.<sup>131</sup> Z kolei biorąc pod uwagę wiek seniorów, takim punktem granicznym jest mniej więcej osiemdziesiąty rok życia. Po tym okresie większej wagi nabierają cechy osobowościowe (w domyśle zaufanie w obliczu własnej dysfunkcji), spada natomiast waga cech kwalifikacyjno-interakcyjnych. Są to jednak subtelne różnice, a uzyskane wyniki informują raczej o pewnych tendencjach.

Bardziej wyraźne różnice uwidaczniają się natomiast w przypadku wykształcenia. Generalnie należy stwierdzić, że im jest ono wyższe, tym większe oczekiwania w stosunku do

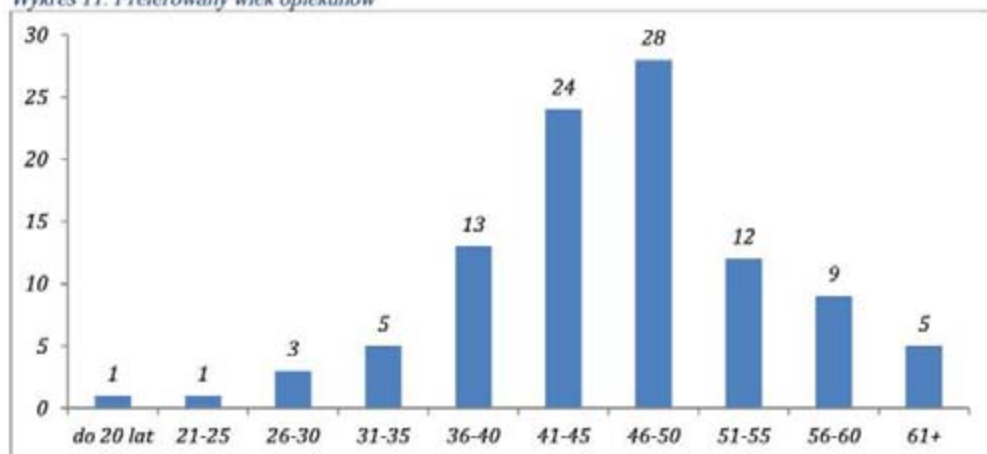
<sup>131</sup> Składowe, które powstały w trakcie analizy czynnikowej zapisano w postaci regresyjnej jako wskaźniki. Dalsze wnioskowanie o różnicach we wskaźnikach oparte jest na porównaniu wartości średnich w zależności od zmiennej niezależnej. Pojęcia „więcej”, „mniej”, „silniej”, „słabiej” odwołują się do wartości poniżej lub powyżej przeciętnej dla całej próby. Zrezygnowano przy tym z podawania dokładnych wartości, gdyż utrudniałoby to odbiór tekstu.

personelu, co dotyczy cech osobowościowych, jak i kwalifikacyjno-interakcyjnych. W szczególności dotyczy to osób legitymujących się wyższym wykształceniem. W ich wypadku obserwuje się zdecydowanie ponadprzeciętne (w stosunku do średniej dla ogółu respondentów) przypisywanie wag dla cech osobowościowych. Osoby z wykształceniem zawodowym i niższym, zdecydowanie poniżej przeciętnej wskazują na cechy osobowościowe. W przypadku cech kwalifikacyjnych, jedynie wykształcenie wyższe potęguje oczekiwania we wskazanym zakresie. Pozostałe typy wykształcenia nie wpływają w ewidentny sposób na oczekiwania wysokich kwalifikacji zawodowych personelu opiekuńczego.

- Preferencje

Pewne oczekiwania charakterologiczne pod adresem potencjalnych opiekunów są jedynie wycinkiem oczekiwań odnośnie do personelu w ogóle. W grę wchodzi także takie cechy demograficzne jak płeć oraz wiek przyszłych pracowników. W przypadku tego drugiego obserwuje się wyraźną tendencję do preferencji opiekunów w wieku pomiędzy 41 a 55 rokiem życia. Takiego zdania jest 64% badanych. Opiekunami młodszymi, tj. do 40 roku życia zainteresowanych jest około 22% badanych, a personelem najstarszym (w wieku 56 lat i więcej) 14% respondentów.

Wykres 11. Preferowany wiek opiekunów



Wydaje się zatem, że respondenci oczekują osób dysponujących pewnym doświadczeniem życiowym, które można byłoby skapitalizować na własne potrzeby. W tym przypadku doświadczenie to łączy się zapewne z umiejętnością prowadzenia gospodarstwa domowego, a więc pewną racjonalnością. Co istotne, płeć badanych osób odgrywa pewną rolę przy formułowaniu preferencji. O ile w przypadku zainteresowania opiekunami „najmłodszymi” różnice między kobietami, a mężczyznami nie występują, o tyle w przypadku mężczyzn ewidentnie widać większe zainteresowanie opiekunami starszymi (22% zainteresowanych osobami w wieku 56+) niż ma to miejsce w przypadku kobiet (11%).

Zauważono jednocześnie stosunkowo niewielką tendencję do preferencji opartej na dążeniu do wyrównania wieku opiekuna w stosunku do wieku respondenta. Innymi słowy młodszy seniorzy (w wieku do 65 lat) nieco częściej wskazują na młodszy personel tj. w wieku do 40 lat (25%), niż „starsi” seniorzy (21% w przypadku respondentów w wieku 66-79 lat oraz 80 lat i więcej). Z kolei

starsi seniorzy (w wieku 80 lat i więcej) dwukrotnie częściej oczekiwali by personelu w wieku 56 lat i więcej (16%) w porównaniu do młodszych seniorów tj. w wieku do 65 lat (8% wskazań).

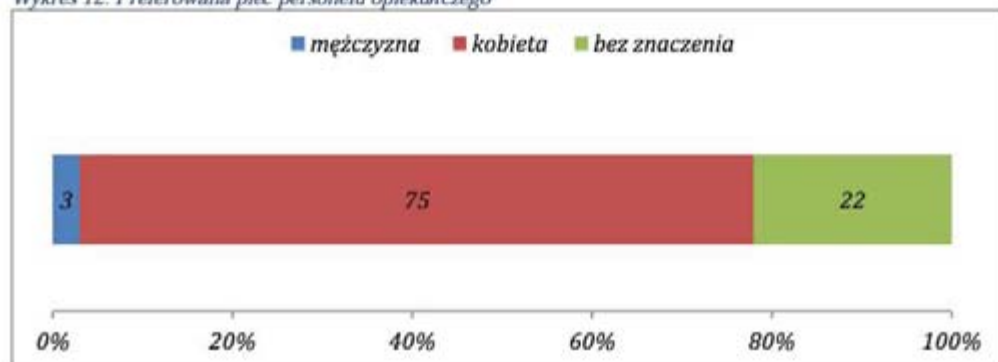
Tabela 18. Preferowany wiek opiekunów a wiek respondentów

|                           |           | wiek      |        |        | Ogółem |
|---------------------------|-----------|-----------|--------|--------|--------|
|                           |           | do 65 lat | 66-79  | 80+    |        |
| Preferowany wiek opiekuna | do 40 lat | 25,0%     | 20,7%  | 20,5%  | 21,6%  |
|                           | 41-55     | 67,5%     | 64,1%  | 63,6%  | 64,8%  |
|                           | 56+       | 7,5%      | 15,2%  | 15,9%  | 13,6%  |
| Ogółem                    |           | 100,0%    | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

Pewne znaczenie ma również wykształcenie badanych seniorów. Generalna tendencja jest taka, że wraz ze wzrostem wykształcenia rośnie preferowany wiek opiekunów. Spośród respondentów legitymujących się wykształceniem podstawowym 38% wskazało na opiekunów w wieku do 40 lat, w stosunku do 19% respondentów z wykształceniem wyższym. I odwrotnie, osoby o najniższym wykształceniu znacząco rzadziej wskazują na starszych opiekunów (10%), niż ma to miejsce z przypadku osób lepiej wykształconych (13-16%).

Jak wynika z powyższych danych preferencje wieku personelu opiekuńczego są wyraźnie zróżnicowane, czego nie można powiedzieć w odniesieniu do płci opiekuna. W zdecydowanej większości przypadków respondenci wskazywali, że chcieliby, aby ich opiekunem była kobieta (75%). Wskazania na mężczyznę dotyczą raptem 3% przypadków, a w pozostałej części badani nie posiadali wyraźnie określonych preferencji – dla 22% płeć personelu opiekuńczego nie miałaby znaczenia.

Wykres 12. Preferowana płeć personelu opiekuńczego



Składając wyraźną preferencję płci, kobiety dążą do homogamii – 79% z nich wskazuje na kobiety jako potencjalne opiekunki, podczas gdy w przypadku mężczyzn obserwuje się znacznie większy stopień ambiwalencji. 35% mężczyzn wyraźnie wskazuje, że płeć nie będzie mieć dla nich znaczenia, w stosunku do 18% kobiet. Nie zmienia to jednak faktu, że zarówno mężczyźni jak i kobiety najczęściej wybierają kobiety jako opiekunki. Pewien wpływ posiada także wiek respondentów. Zauważono, że młodszy seniorzy są bardziej ambiwalentni (31% z nich nie różnicuje płci opiekuna) niż starsi seniorzy – jedynie dla 5% spośród badanych w wieku 80 lat i więcej płeć personelu opiekuńczego nie będzie mieć znaczenia. Z kolei wśród osób z wykształceniem wyższym 29% wskazywało na brak znaczenia wyboru opiekuna z uwagi na płeć.

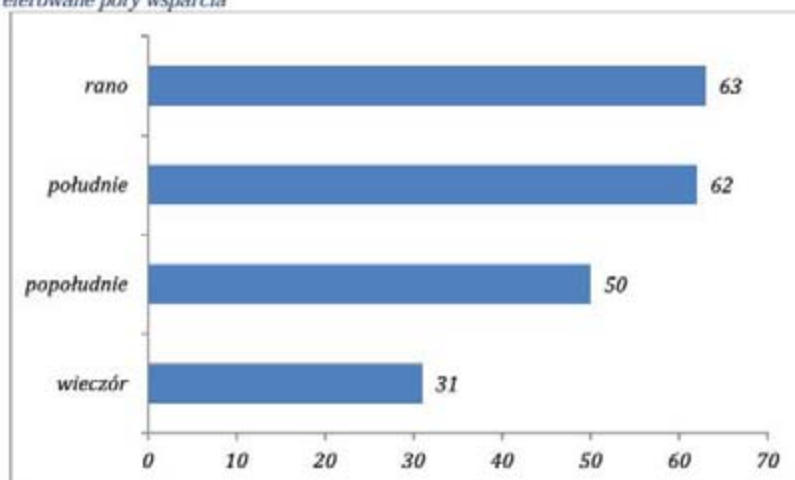
Zważywszy na fakt, że w Polsce znaczny odsetek dorosłej ludności pali papierosy, respondentów zapytano także o akceptację opiekuna, który uzależniony byłby od wyrobów tytoniowych. Okazuje się, że krytyka w tej sytuacji jest daleko posunięta. Kategoryczny sprzeciw wobec opiekunów palących wyraziło 67% ankietowanych. Reszta dopuściłaby taką możliwość bezwarunkowo (11%) lub warunkowo – palenie w oddaleniu od seniora (około 23%). Skala krytycyzmu związana jest przy tym przede wszystkim z wykształceniem – im wyższe, tym większa dezaprobatą dla palących opiekunów. Mężczyźni nieco częściej dopuszczaliby możliwość opiekuna palącego papierosy.

- Zasady wsparcia

Odrębną kwestią poruszaną w trakcie badania były zasady organizacji wsparcia, co związane jest przede wszystkim z porą jego udzielenia. Wyniki przeprowadzonego badania wskazują, że kluczowymi porami w których seniorzy oczekiwali by wsparcia to poranek oraz południe – w obu przypadkach odnotowano ponad 60% wskazań. Znacznie mniejsze, ale istotne znaczenie ma wsparcie udzielane po południu. Jednocześnie pora wieczorna, wskazywana najrzadziej, nie ma charakteru marginalnego – dotyczy to około 1/3 wszystkich badanych seniorów.

Jak ustalono, na preferowane pory wsparcia w zasadzie wpływ ma jedynie wiek respondentów i praktycznie dotyczy tylko pomocy południowej i popołudniowej. Wsparciem w okolicach południa przede wszystkim zainteresowani byłiby seniorzy najstarsi (w wieku 80 lat i więcej: 88%), podczas gdy pomocą w godzinach popołudniowych osoby w wieku do 65 lat (40%).

Wykres 13. Preferowane pory wsparcia

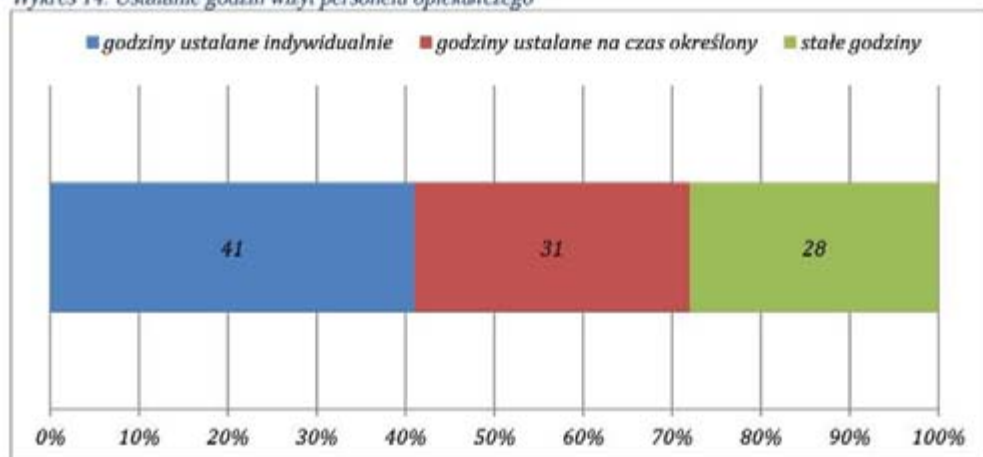


Z porą wsparcia związana jest również jego częstotliwość. W tym przypadku obserwuje się tendencję do wskazywania na wybrane robocze dni tygodnia. Takiego zdania jest 32% badanych, a wtórują im osoby, które chciałyby indywidualnie ustalać dni odwiedzin personelu opiekuńczego – taka sytuacja dotyczy 28% badanych. Regularne wsparcie codzienne (włączając w to dni wolne) preferowałyby 12% badanych, a wsparcie w czasie dni wolnych 2% respondentów.

Jak się okazuje, indywidualizm w dostosowywaniu wsparcia na rzecz seniorów jest oczekiwaną cechą systemu wsparcia w ogóle. Ustalanie nie tylko pory świadczonych usług, ale także dokładnych ich godzin w opinii badanych opierać się powinno na dynamicznej relacji.

Godziny ustalane indywidualnie wskazało 41% badanych, podczas gdy stałe godziny, do których dostosowuje się zarówno personel, jak i senior charakterystyczne jest dla 29% badanych. Pewnym wariantem pośrednim jest natomiast ustalanie godzin na czas określony tj. sztywne godziny wsparcia obowiązują przez pewien okres czasu po czym może nastąpić zmiana warunków. Takie rozwiązanie preferuje 31% respondentów.

Wykres 14. Ustalanie godzin wizyt personelu opiekuńczego

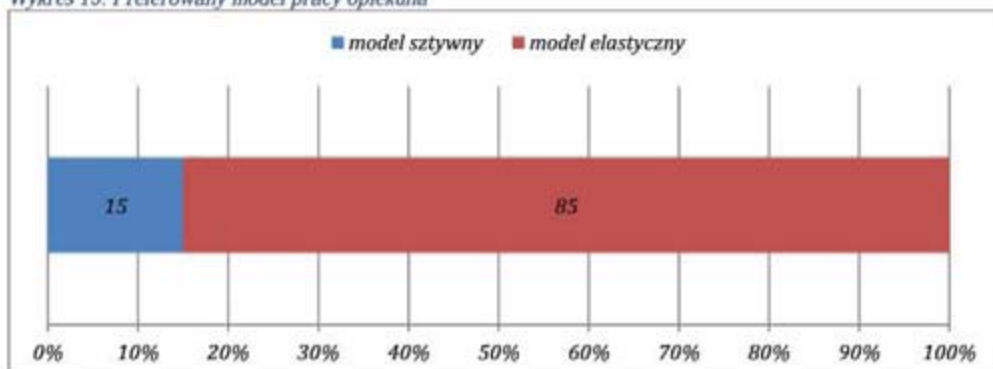


Opisany stan rzeczy łączy się z dwoma cechami respondentów – ich stanem cywilnym oraz wiekiem. Zauważono, że dążenie do indywidualizmu częściej dotyczy osób pozostających w związku małżeńskim/partnerskim (54%) niż w przypadku osób stanu wolnego (36%). Prawdopodobnie występowanie drugiej osoby w gospodarstwie domowym sprawia, że organizacja życia jest łatwiejsza, co za tym idzie prawdopodobieństwo wystąpienia konieczności wsparcia wymagającego dodatkowego nakładu pracy mniejsza. Są to sytuacje mniej przewidywalne, zatem wpływające na preferencje indywidualistycznego podejścia. Pośrednio łączy się to z wiekiem badanych – starsi respondenci częściej są samotni, zatem akcentują raczej stałe, sztywne godziny udzielanego wsparcia. Sytuacja taka dotyczy 54% seniorów w wieku 80 lat i więcej i 15% tych młodszych tj. w wieku do 65 lat.

W trakcie wywiadu poruszono także kwestię ilości czasu przeznaczanego na poszczególne czynności, jako kwestię organizacji czasu pracy opiekunów osób starszych. Badani poproszeni zostali o wskazanie najlepszego dla nich rozwiązania. Z jednej strony zaproponowano sztywny model pracy, a z drugiej elastyczny:

- Model sztywny – opiekun ma określony czas i zadania do wykonania, np. 10 minut na przygotowanie śniadania, 60 minut na sprzątanie;
- Model elastyczny – podopieczny ma do dyspozycji określoną liczbę godzin, w ramach których opiekun świadczy usługi. Przykładowo: w czasie 2 godzin opiekun może pomóc w różnych czynnościach, niezależnie od tego, ile będą one trwać.

Wykres 15. Preferowany model pracy opiekuna



Wyniki przeprowadzonej analizy wskazują, że zdecydowana większość respondentów **opowiada się za modelem elastycznym** (85%), co oznacza, że opiekunowie i/lub usługobiorcy nie musieliby się martwić w sytuacji, gdyby należało pomóc w sytuacji, której nie przewidziano na etapie formalizowania zasad udzielanego wsparcia. Elastyczność jest tu tożsama z dynamicznym reagowaniem na aktualnie występujące potrzeby, chociaż wiadomo, że zdecydowana większość z nich będzie miała charakter powtarzalny, rutynowy. Jedynym ustalonym czynnikiem, który wpływa w pewien sposób na wybór modelu wsparcia jest płeć respondentów – zauważa się, że mężczyźni znacznie częściej preferują model sztywny (27%) niż kobiety (10%).

Respondenci wskazujący na preferencje sztywnej organizacji czasu pracy prawie dwukrotnie częściej oczekują codziennych odwiedzin personelu medycznego (21%). Pewna różnica występuje również w przypadku wizyt opiekunów w wybrane dni robocze. Taki czas wizyt bardziej charakterystyczny jest dla seniorów wybierających elastyczny czas godzin pracy (35%).

Tabela 19. Preferowany model czasu pracy a częstotliwość odwiedzin personelu

|                         |                       | Godziny pracy:  |              | Ogółem |
|-------------------------|-----------------------|-----------------|--------------|--------|
|                         |                       | czas elastyczny | czas sztywny |        |
| Częstotliwość odwiedzin | codziennie            | 11,0%           | 20,8%        | 12,5%  |
|                         | w każdy dzień roboczy | 10,3%           | 12,5%        | 10,6%  |
|                         | w wybrane dni robocze | 35,3%           | 29,2%        | 34,4%  |
|                         | w dni wolne           | 2,9%            | 0,0%         | 2,5%   |
|                         | indywidualnie         | 28,7%           | 25,0%        | 28,1%  |
|                         | trudno powiedzieć     | 11,8%           | 12,5%        | 11,9%  |
| Ogółem                  |                       | 100,0%          | 100,0%       | 100,0% |

Co więcej respondenci, którzy preferują sztywny czas pracy opiekunów, częściej wskazują na potrzebę ustalania godzin wizyt personelu na czas określony (38%). Pewne zróżnicowanie dotyczy także osób wskazujących na elastyczny czas pracy – ci z kolei nieco częściej preferują stałe godziny pracy personelu opiekuńczego (29%).

Tabela 20. Preferowany model czasu pracy a sposób ustalania godzin pracy personelu

|                                                      |                                    | Czas pracy      |              | Ogółem |
|------------------------------------------------------|------------------------------------|-----------------|--------------|--------|
|                                                      |                                    | czas elastyczny | czas sztywny |        |
| Forma ustalonych godzin pracy personelu opiekuńczego | godziny ustalane indywidualnie     | 42,1%           | 41,7%        | 42,0%  |
|                                                      | godziny ustalane na czas określony | 28,6%           | 37,5%        | 29,9%  |
|                                                      | stałe godziny                      | 29,3%           | 20,8%        | 28,0%  |
| Ogółem                                               |                                    | 100,0%          | 100,0%       | 100,0% |

- Wpływ na wybór

Problem organizacji wsparcia dla seniorów dotyczy także bezpośrednio sposobu wyboru opiekuna, co dla potrzeb badania sprowadzono do możliwości wpływu seniora na wybór konkretnej osoby, która miałaby świadczyć usługi na jego rzecz. Tak jak miało to miejsce wcześniej, tak i w tym wypadku obserwuje się tendencję do indywidualizacji, czy też podmiotowości seniorów. Respondenci bardzo wyraźnie zgłaszają **chęć posiadania wpływu na to, kto będzie się nimi opiekował**. Takiego zdania jest 63% badanych osób, a rezygnacja z takiej możliwości właściwa jest raptem dla 7% badanych. Pozostała część nie potrafiła się wypowiedzieć w tej kwestii w sposób jednoznaczny. Próbuąc wskazać cechy charakterystyczne respondentów, którzy wykazują zainteresowanie wpływem na wybór opiekuna należy zaznaczyć, że większymi zwolennikami takiego rozwiązania są:

1. Osoby pozostające w związku małżeńskim lub partnerskim (70%),
2. Osoby z wyższym wykształceniem (79%),
3. „Młodszy” seniorzy tj. w wieku do 65 lat (74%),
4. Osoby określające swój stan zdrowia jako bardzo dobry lub dobry (75%) – osoby określające swój stan zdrowia jako zły lub bardzo zły prawdopodobnie patrzą z perspektywy swoich dysfunkcji. Założyć można, że dla nich bardziej istotne jest to, aby pozyskać wsparcie niż mieć wpływ na to, kto będzie udzielał tego wsparcia.

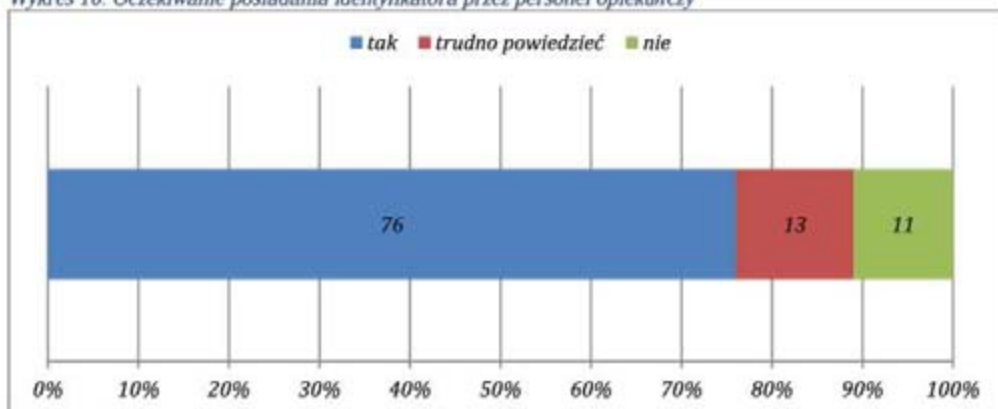
Tabela 21. Chęć wpływu na wybór opiekuna a preferowane godziny wizyt personelu

|                                    |                                    | Chęć wpływu na wybór opiekuna |                   |        | Ogółem |
|------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|-------------------|--------|--------|
|                                    |                                    | tak                           | trudno powiedzieć | nie    |        |
| Godziny wizyt personelu medycznego | godziny ustalane indywidualnie     | 45,7%                         | 34,0%             | 36,4%  | 41,6%  |
|                                    | godziny ustalane na czas określony | 27,6%                         | 36,0%             | 36,4%  | 30,7%  |
|                                    | stałe godziny                      | 26,7%                         | 30,0%             | 27,3%  | 27,7%  |
| Ogółem                             |                                    | 100,0%                        | 100,0%            | 100,0% | 100,0% |

Ponadto ustalono, że osoby, które chcą mieć wpływ na wybór opiekuna, częściej chciałyby indywidualnie ustalać godziny wizyt personelu medycznego (46%). Innymi słowy obserwuje się daleko idące dążenie seniorów do współdecydowania o ich opiece.

Podobną jednomysłność jak w przypadku wpływu na dobór personelu obserwuje się w stosunku do propozycji **posiadania przez opiekuna identyfikatora** ułatwiającego rozpoznanie. Takie rozwiązanie charakterystyczne jest dla 76% badanych. Z racji tak znacznej aprobaty nie ustalono czynników, które miałyby bardzo wyraźny wpływ na preferencje w omawianym zakresie.

Wykres 16. Oczekiwanie posiadania identyfikatora przez personel opiekuńczy



- Stały / zmienny opiekun

W sytuacji, kiedy seniorzy pozyskają personel opiekuńczy, a sami opiekunowie świadczą usługi na rzecz podopiecznych, kwestią istotną jest stabilność oferowanego wsparcia. Innymi słowy rzecz dotyczy kwestii ewentualnej zmiany opiekuna. Respondenci w toku badania wskazują raczej **na potrzebę utrzymywania raz pozyskanego opiekuna**. Takiego zdania jest 75% badanych osób. Jest to związane z koniecznością zapewnienia sobie poczucia bezpieczeństwa. Należy pamiętać, że opiekun poniekąd wchodząc w świat seniora staje się częścią jego codzienności. Zdobywa jego zaufanie, jest jego rzecznikiem czy też powiernikiem. Stąd bardzo wyraźna tendencja do utrzymywania stałego personelu, a jeżeli miałyby nastąpić zmiana w tym zakresie, to nie częściej niż raz na 3 miesiące – takiego zdania jest z kolei 21% (pozostała część respondentów dopuszcza częstszą zmianę opiekunów). Stabilizacja w omawianym zakresie nie łączy się z możliwością wpływu na wybór opiekuna – niezależnie od tego czy senior chciałby mieć wpływ czy też nie, dążenie do stabilizacji jest powszechne. Pomimo tego ponadprzeciętną potrzebą utrzymania stałego opiekuna charakteryzują się osoby najstarsze (w wieku 80 lat i więcej: 86%), określające swój stan zdrowia jako zły (82%), gospodarstwa jednoosobowe (80%) i generalnie osoby o niższym wykształceniu – zwłaszcza podstawowym (79%).

- Ocena opiekuna

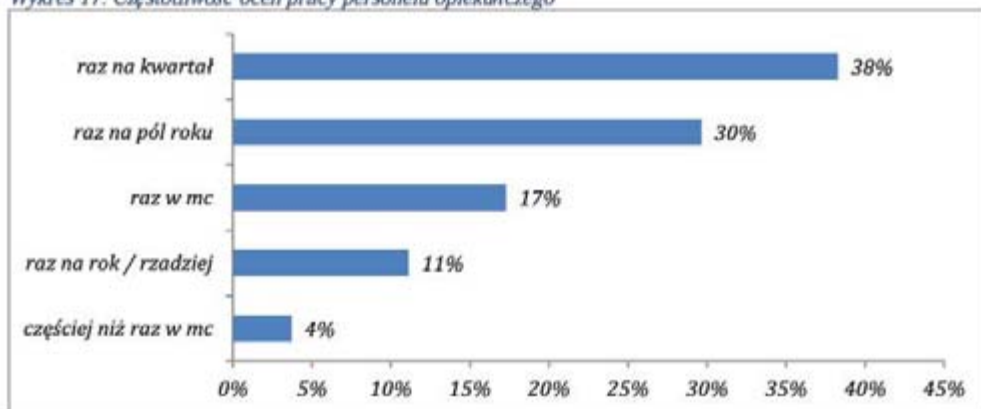
Utrzymywanie stałego opiekuna nie wyklucza jednak możliwości oceny jego pracy. Wśród ogółu respondentów 49% uznaje takie rozwiązanie za zasadne. Dalsze 30% nie ma w tej kwestii zdania, a 21% badanych stwierdza, że ocena byłaby niepożądanym rozwiązaniem. Zwolennicy takiego rozwiązania przeważają nad osobami wyrażającymi dezaprobatę, jednak duża ilość seniorów nie potrafi się w tej kwestii jednoznacznie wypowiedzieć. Chociaż rozwiązanie polegające na formułowaniu ocen pracy świadczonej przez personel opiekuńczy dosyć wyraźnie dzieli respondentów, to jednak nie ustalono warunków, które sprzyjałyby takiej ocenie, bądź jej odmowie. Jedynie istotną kwestią jest deklaracja gotowości do współdecydowania przy wyborze personelu opiekuńczego. 59% spośród osób gotowych do współdecydowania jednocześnie chciałoby oceniać w przyszłości usługi świadczone przez opiekunów.

Tabela 22. Gotowość do współdecydowania o wyborze opiekuna a chęć oceny jego pracy

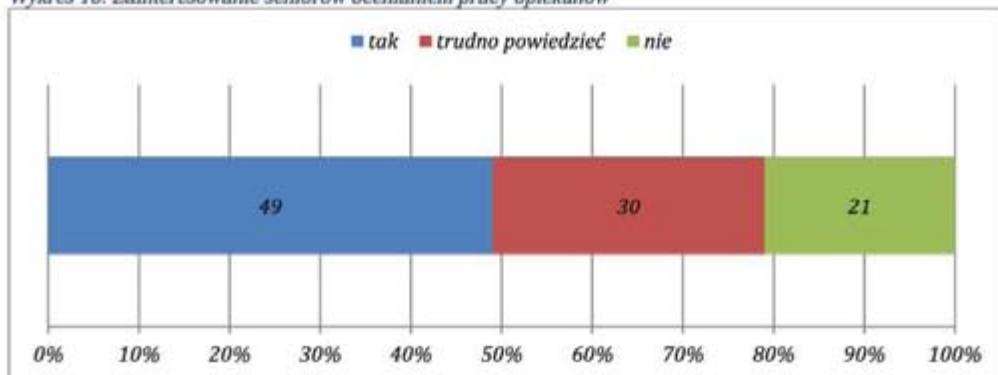
|                            |                   | Chęć wpływu na wybór opiekuna |                   |        | Ogółem |
|----------------------------|-------------------|-------------------------------|-------------------|--------|--------|
|                            |                   | tak                           | trudno powiedzieć | nie    |        |
| Chęć oceny pracy opiekunów | tak               | 58,5%                         | 36,0%             | 10,0%  | 48,8%  |
|                            | trudno powiedzieć | 27,4%                         | 34,0%             | 40,0%  | 30,1%  |
|                            | nie               | 14,2%                         | 30,0%             | 50,0%  | 21,1%  |
| Ogółem                     |                   | 100,0%                        | 100,0%            | 100,0% | 100,0% |

Biorąc pod uwagę te osoby, które wyraziły zainteresowanie ocenianiem opiekunów, zdecydowana większość z nich chciałaby ocenę dokonywać w trybie kwartalnym (38%), a dalsze 30% sugerowało ocenę półroczną.

Wykres 17. Częstotliwość ocen pracy personelu opiekunczego



Wykres 18. Zainteresowanie seniorów ocenianiem pracy opiekunów



- Reklamacje

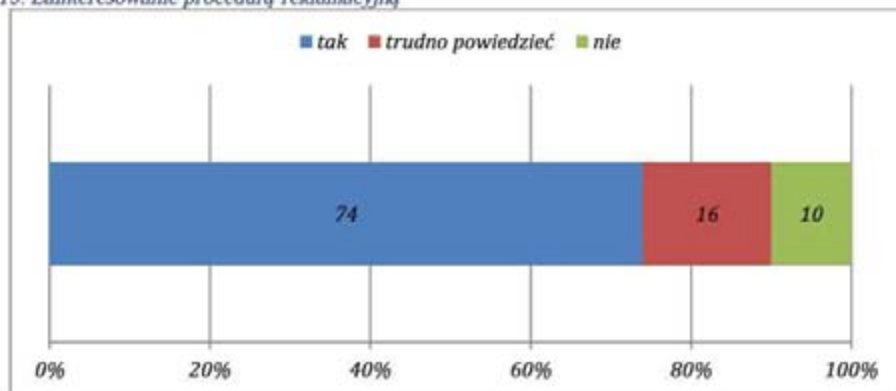
Niezależnie od skłonności do oceny pracy opiekunów seniorzy bardzo wyraźnie widzą potrzebę, czy też ewentualność reklamowania świadczonych usług. Jest to charakterystyczne dla ¾ badanych osób, przy czym osoby niezdecydowane stanowią aż 16%. Oznacza to, że przeciwnicy procedur reklamacyjnych stanowią raczej margines obejmujący raptem około 10% badanych. Skłonność w tym zakresie jest bardziej charakterystyczna dla kobiet (79%) niż dla mężczyzn (60%) oraz dla osób w stanie wolnym (77%) niż pozostających w stanie małżeńskim (68%). Pewien

dotadni wpływ związany jest także z postrzeganiem stanu swojego zdrowia – osoby uznające swoją kondycję za złą częściej (80%) są skłonne do deklarowania reklamacji niż osoby określające swój stan jako dobry (72%).

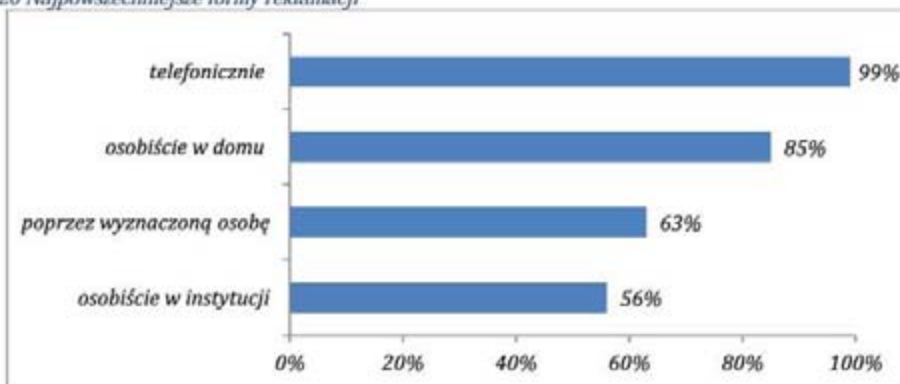
Rozważając potencjalne kanały reklamacyjne respondenci zwracają uwagę przede wszystkim na kontakt telefoniczny (99% wskazań), a w dalszej kolejności na możliwość złożenia reklamacji u siebie w domu (85%), osobiście w instytucji nadzorującej (58%), a także za pośrednictwem wyznaczonej i upoważnionej przez seniora osoby (56%).

Po zgłoszeniu reklamacji respondenci oczekują stosunkowo szybkiej reakcji – większość z nich daje maksymalnie 1-3 dni na jej rozpatrzenie (51% wskazań), a znaczna część oczekiwałaby reakcji w dniu zgłoszenia problemu (24%). Generalnie można powiedzieć, że czas reakcji powinien zamykać się w 7 dniach (dotyczy to łącznie 94% respondentów).

Wykres 19. Zainteresowanie procedurą reklamacyjną



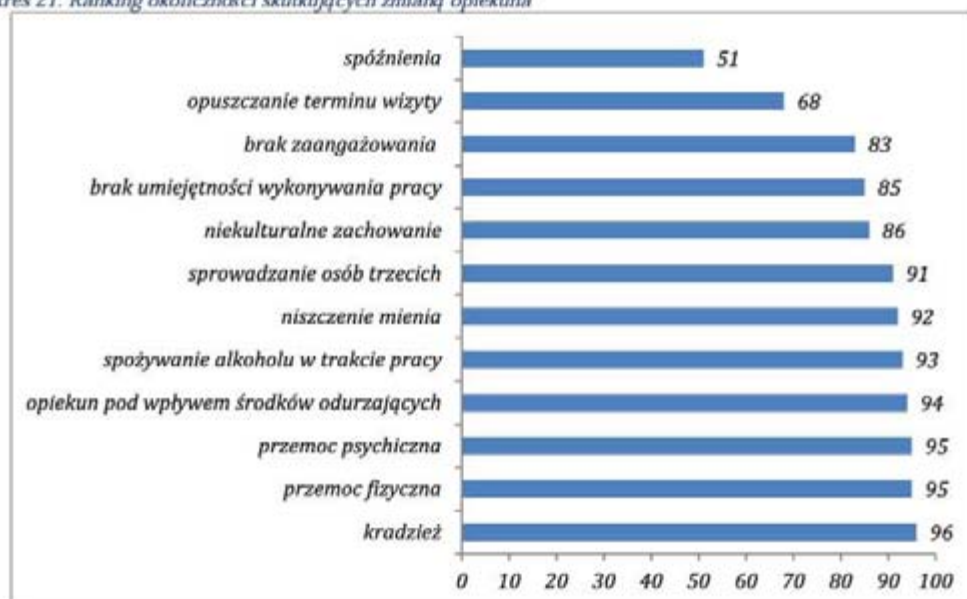
Wykres 20. Najpowszechniejsze formy reklamacji



Procedury reklamacyjne, jak również cały proces oceny w ostatecznym rozrachunku prowadzą do zmiany opiekunów, którzy świadczą usługi na rzecz seniorów. Jednym z aspektów poruszanych w trakcie badania były okoliczności, jakie kwalifikują personel opiekuńczy do zastąpienia go innym. Respondenci wypowiadali się w tej kwestii wskazując na zajęcia, które powinny być obciążone categorycznym zaprzestaniem świadczenia usług przez danego opiekuna.

Wyniki analizy wskazują, że praktycznie wszystkie poddawane ocenie okoliczności skutkować powinny zaprzestaniem współpracy. Okoliczności budzące najwięcej emocji (odsetek wskazań powyżej 90%), to przede wszystkim kradzież i poszczególne formy przemocy, a także bycie pod wpływem różnych środków odurzających oraz niszczenie mienia i sprowadzanie osób trzecich do mieszkania seniora. Druga grupa okoliczności, tylko nieco mniej istotna (wskazane do 80%), to przede wszystkim niekulturalne zachowanie oraz nieadekwatne podejście do pracy. Respondenci najbardziej liberalni byłoby w przypadku opuszczenia terminu zaplanowanej wizyty oraz w sytuacji spóźnień.

Wykres 21. Ranking okoliczności skutkujących zmianą opiekuna



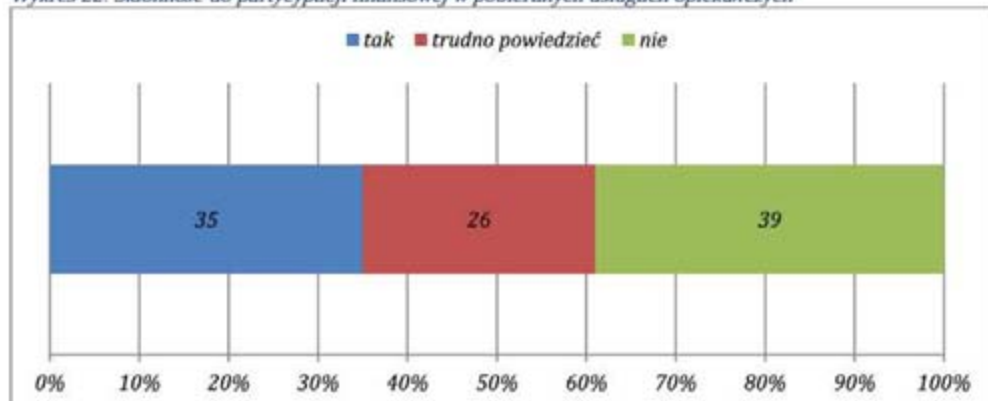
Jak widać seniorzy oczekują bezpieczeństwa i stabilizacji, mając przy tym świadomość, że praca opiekuna jest zawodem, który wykonuje się w oparciu o pewne standardy jakościowe. Złamanie ich jest dla badanych wystarczającym argumentem do zmiany personelu, czego nie można bezpośrednio łączyć z wcześniejszymi uwagami na temat wizji dobrego opiekuna. Wcześniej wskazano, że dla dobrego opiekuna nie jest najważniejsze posiadanie fachowej wiedzy, ani doświadczenia. Musi natomiast rzetelnie wykonywać swoją pracę. Innymi słowy seniorzy teoretycznie „dają” szansę wszystkim tym, którzy podejmując pracę opiekuna zorientowani są na pozyskanie zatrudnienia, pomimo braku doświadczenia zawodowego. Dla respondentów najważniejsze są rezultaty, a więc rzeczywista otrzymana pomoc.

- **Partycypacja finansowa**

Ostatnim zagadnieniem poruszonym w trakcie badania była ewentualna partycypacja finansowa seniorów przy świadczeniu usług opiekuńczych. Mając świadomość trudności materialnych tej kategorii społecznej, a także biorąc pod uwagę rzeczywiste nakłady finansowe, jakie ponoszone są przez instytucje pomocowe, zdecydowano się zdiagnozować, na ile seniorzy skłonni byłoby dopłacać do świadczonych usług.

W rezultacie przeprowadzonego sondażu ustalono, że łącznie około 35% badanych jest gotowych ponieść część kosztów związanych z opieką. Dalsze 39% odmówiło takiej możliwości, 26% nie potrafi wypowiedzieć się w tej kwestii.

Wykres 22. Skłonność do partycypacji finansowej w pobieranych usługach opiekuńczych



Sytuacja taka spowodowana jest przede wszystkim raczej niewielką zasobnością respondentów. Większość respondentów biorących udział w badaniu (54%) stwierdziła, że ich indywidualne dochody są niższe niż przeciętna emerytura (mediana) w Polsce w 2014 r. (wg danych ZUS 1808 PLN netto). 21% przyznała, że ich dochody są porównywalne, a około 25%, że ją przekraczają. Zrozumiałe jest zatem, że spośród respondentów, którzy posiadają indywidualne dochody przekraczające 1808 PLN znaczna część gotowa jest do ewentualnej partycypacji finansowej (54% wskazań). Również znaczny odsetek badanych, którzy wskazują na dochody porównywalne względem przeciętnej emerytury skłonni są do dofinansowania pobieranych usług. W tym przypadku odsetek kształtuje się na poziomie 46%. Jednocześnie jednak występuje pewna grupa osób, które nie uzyskując dochodu co najmniej porównywalnego z przeciętną emeryturą, mimo to deklarują gotowość do wsparcia finansowego. Dotyczy to około 23% tej kategorii osób.

Tabela 23. Partycypacja finansowa a indywidualne dochody

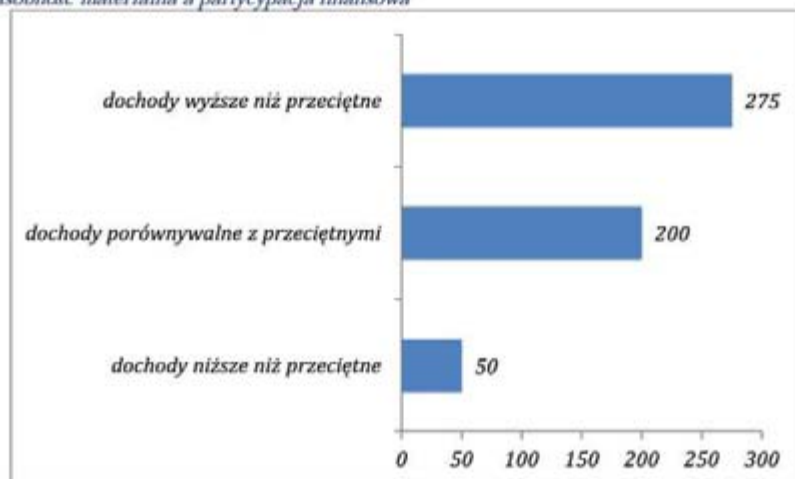
|                               |                   | Indywidualne dochody względem przeciętnej emerytury w Polsce |              |        | Ogółem |
|-------------------------------|-------------------|--------------------------------------------------------------|--------------|--------|--------|
|                               |                   | niższe                                                       | porównywalne | wyższe |        |
| Dopłata do usług opiekuńczych | tak               | 22,9%                                                        | 45,9%        | 53,8%  | 34,9%  |
|                               | nie               | 57,3%                                                        | 18,9%        | 15,4%  | 39,5%  |
|                               | trudno powiedzieć | 19,8%                                                        | 35,1%        | 30,8%  | 25,6%  |
| Ogółem                        |                   | 100,0%                                                       | 100,0%       | 100,0% | 100,0% |

Bardziej szczegółowa analiza wskazuje, że przeciętna kwota deklarowanego dofinansowania wynosi 164 PLN, co stanowi 9% przeciętnej emerytury w Polsce. Warto przy tym zaznaczyć, że mężczyźni skłonni byłiby uiścić większą kwotę (293 PLN) niż kobiety (151 PLN), co jednak spowodowane jest faktem, że mężczyźni przeciętnie pobierają wyższe świadczenia. Podobnie jest w przypadku gospodarstw domowych składających się z co najmniej dwóch osób. W tym przypadku partycypacja oscyluje w granicach 258 PLN, a w odniesieniu do osób samotnych wynosi przeciętnie 128 PLN. Jest to związane z całkowitym budżetem gospodarstwa. Ci respondenci,

którzy są w związku małżeński bądź mieszkają np. z rodziną dysponują większym zasobem finansowym, co oznacza, że teoretycznie są w stanie przeznaczyć wyższe dofinansowanie.

Ewidentnie widać, że im większa zasobność materialna seniorów, tym wyższe wartości respondenci skłonni są przeznaczyć na dofinansowanie usług opiekuńczych. W przypadku deklarowanych dochodów poniżej przeciętnej (mediany) emerytury w Polsce, przeciętna partycypacja (mediana) wynosi 50 PLN. Kiedy dochody są porównywalne z przeciętną emeryturą, wówczas partycypacja sięga 200 PLN (mediana), a w przypadku dochodów przekraczających medianę świadczeń emerytalnych, kwota dofinansowania (mediana) oscyluje w granicach 275 PLN.

Wykres 23. Zasobność materialna a partycypacja finansowa



#### 4.7 Opis wniosków z działań związanych z procesami partycypacji społecznej seniorów

Realizacja celu projektu „Nowa Jakość dla Seniora” – tj. działania polegające na poprawie jakości życia seniorów poprzez podniesienie jakości i rozszerzenie dostępności do niestacjonarnych usług opiekuńczych – zakładała opracowanie kryteriów dostępności i zasad certyfikacji tych usług z udziałem seniorów (cel). Założono więc połączenie działań eksperckich z procesami partycypacji społecznej. Procesy partycypacji były oparte na wynikach projektu Pracowni Badań i Innowacji Społecznych „Stocznia”: „Jak usłyszeć głos seniora? Praktyczny przewodnik włączania osób starszych w procesy decyzyjne”.<sup>132</sup>

Grupa docelowa objęta procesem partycypacji została precyzyjnie określona (ponad 60 lat, z podziałem na kategorie wiekowe oraz z udziałem osób objętych usługami opiekuńczymi).

Informacja o projekcie „Nowa Jakość dla Seniora” została przekazana zainteresowanym seniorom w formie: ogłoszeń w gazetach, plakatów i ulotek informacyjnych. Plakaty i ulotki były wywieszone i dostępne w miejscach, gdzie uczęszczają seniorzy. Zainteresowani seniorzy mogli wrzucać swoje zgłoszenia do rozstawionych skrzynek z logo projektu, ale ta forma kontaktu nie cieszyła się zbyt wielkim powodzeniem. Proces partycypacji był wspierany przez władze samorządowe. Cel projektu był jasno sformułowany, a w trakcie realizacji procesu partycypacji uważnie obserwowano potrzeby i możliwości wszystkich uczestników procesu i wykazywano się elastycznością. Dopasowano termin, czas trwania spotkań, miejsca organizacji (klub seniora, dom

<sup>132</sup> Stocznia, *op. cit.*, przypis 110.

dziennego pobytu, centrum aktywności seniora) oraz program do możliwości seniorów. Pomieszczenia wykorzystywane do działań realizowanych w ramach projektu z uczestnikami-seniorami były dostępne dla osób narażonych na bariery funkcjonalne.

Zastosowano procesy partycypacji społecznej w formie ankiet i spotkań. Grupa adresatów została zebrana na zasadzie dobrowolności udziału. Działania w ramach projektu skoncentrowano na dwóch dzielnicach m. st. Warszawy (Białołęka i Praga Południe). W procesie partycypacji (spotkania i konsultacje) uczestniczyło prawie 300 seniorów. W pierwszym badaniu wypełniono prawie 260 ankiet, w drugim prawie 200. Starano się przy drugim badaniu ankietowym docierać do osób, które wypełniały pierwszą ankietę. W czasie spotkań poinformowano seniorów o wynikach pierwszego badania ankietowego i konsultowano zakres drugiego badania. Ankiety wydrukowane zostały odpowiednią czcionką czytelną i łatwą do przyswojenia (rozmiar 14 pkt, czcionka szeryfowa). Również plakaty i ulotki zostały zaprojektowane zgodnie z zasadami o czytelności przekazywanego komunikatu.

Seniorzy biorący udział w tych działaniach mogli wykazać się aktywnością społeczną. Należy w szczególności wspomnieć o roli wolontariuszy-seniorów, którzy wspierali przeprowadzanie badań ankietowych. Pozyskanie seniorów-wolontariuszy stanowiło wyzwanie dla koordynatora projektu, ponieważ seniorzy nie wyrażali oczekiwanego zainteresowania taką formą aktywności.

Procesy partycypacji zostały przeprowadzone zgodnie z założeniami. Tym niemniej należy zwrócić uwagę na wyzwania, które pojawiły się podczas realizacji ww. procesów. Wśród respondentów-seniorów napotkano np. na niechęć do udzielania odpowiedzi na niewygodne pytania – projekt koncentrował się na usługach opiekuńczych, z których dana osoba korzysta od momentu, gdy zanika pełna samodzielność i gdy powstają potrzeby wynikające z postępującej zależności. Aktualnie samodzielni respondenci byli więc proszeni o dokonanie projekcji, co mogło być negatywnie spostrzegane. Samodzielny senior zarazem obawia się momentu utraty samodzielności i niechętnie odnosi się do sugestii o jego przyszłych ograniczeniach. Ze względu na niski poziom dochodów, skorzystanie z przyszłych usług opiekuńczych warunkuje wsparciem samorządu. Inne wyzwanie wynikało z braku wiedzy o potencjalnym wachlarzu usług opiekuńczych, w szczególności usług rozwiniętych za pomocą nowych technologii. Rozwój innowacyjnych rozwiązań opiekuńczych jest uzależniony od ich akceptacji przez beneficjentów: w wyniku rozmów z respondentami należy przede wszystkim zapamiętać, że najważniejsze jest wyraźne zobrazowanie zasad ich funkcjonowania oraz zapewnienie rzeczywistego udzielenia wsparcia (patrz pkt 4.4.2).

Należy podkreślić, że głos uczestniczących w procesie partycypacji seniorów (spotkania i ankiety) miał niebagatelny wpływ na ostateczny wynik wypracowanych rozwiązań.

## 5 Zał. 1 – Szczegółowa prezentacja kryteriów dostępności do usług opiekuńczych i zasad certyfikacji niestacjonarnych usług opiekuńczych i personelu świadczącego usługi opiekuńcze

W wyniku przeprowadzonego drugiego badania ilościowego wyszczególniono kilka cech dostępności usługi opiekuńczej, a mianowicie:

- kryterium finansowe czyli możliwości potencjalnego beneficjenta do współfinansowania usługi,
- kryterium zdrowotne czyli stan zdrowia kwalifikujący do uzyskania pomocy w postaci opieki dochodzącej,
- kryterium jakościowe czyli charakterystyka samej usługi, wpływająca na komfort życia podopiecznego.

Przedstawiony poniżej opis kryteriów jakościowych wynika z oczekiwań względem systemu świadczenia usług opiekuńczych, jakie wyrazili respondenci. Kryterium finansowe uzależnia dostęp do systemu seniora w dwojaki sposób: poprzez niskie dochody uzyskiwane w gospodarstwie domowym, jako świadczenie opłacane przez właściwą jednostkę, a także poprzez dochody pozwalające na nabycie usług na wolnym rynku (w mniejszym stopniu).

Zalecenia dotyczące polityki informacyjnej podmiotu świadczącego usługi opiekuńcze mają na celu usprawnienie zbierania informacji dotyczącej podopiecznego tak, aby zaproponowana usługa odpowiadała jego potrzebom i skutecznie niwelowała, w ramach dostępnych środków, jego obciążenia chorobowe.

Standard oparty na uzyskanych wynikach badania jest odpowiedzią na oczekiwania beneficjentów usługi i daje możliwość oceny rozbieżności pomiędzy kryteriami jakościowymi świadczonej usługi w stosunku do danej grupy podopiecznych a postulowanymi w projekcie.

### 1. Wstęp

Standard jakości usług opiekuńczych dla seniorów został opracowany w odpowiedzi na rosnące zapotrzebowanie na usługi wspierające osoby starsze niesamodzielne. Do grupy starszych osób niesamodzielnych należy zaliczyć przede wszystkim osoby wymagające wsparcia ze względu na swój wiek i wynikający z niego stan zdrowia.

Osoby starsze stanowią coraz większą część polskiego społeczeństwa. Znaczący wzrost liczby osób starszych wystąpi już w najbliższych latach – w 2015 r. wiek 65 lat osiągnęły osoby urodzone w 1950 r., a w kolejnych latach populację ludzi starszych będą zasilali bardzo liczne roczniki wyżu urodzeń z lat 50-tych. Przebieg zmian liczebności subpopulacji 65+ pokrywa się bowiem nierozdzielnie z występowaniem wyżów i niżów urodzeń w II połowie ubiegłego stulecia. Dynamika tego procesu ulegnie spowolnieniu dopiero w 2020 r. Udział procentowy ludności w wieku 65 lat i więcej w ogólnej liczbie ludności wzrośnie z 15,8% w 2015 r. do 18,9% w 2020 r., by w 2035 r. osiągnąć poziom 23,3%, co stanowi prawie ¼ społeczeństwa.<sup>133</sup>

<sup>133</sup> Główny Urząd Statystyczny, *Sytuacja demograficzna osób starszych i konsekwencje starzenia się ludności Polski w świetle prognozy na lata 2014-2050*, listopad 2014, str. 35. <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/sytuacja-demograficzna-osob-starszych-i-konsekwencje-starzenia-sie-ludnosci-polski-w-swietle-prognozy-na-lata-2014-2050,18,1.html> (dostęp: 24.11.2015)

Dodatkowo należy zauważyć, że do 2025 r. będzie wzrastał udział „młodszej” subpopulacji (65-79 lat) – tę grupę osób starszych będą w kolejnych latach zasilali osoby urodzone w latach 1949-1965. Po 2025 r. osoby urodzone w czasie powojennego wyżu urodzeń zaczną osiągać wiek 80+, co wpłynie na znaczący wzrost liczebny tej grupy.<sup>134</sup> Proces demograficznego starzenia się ludności przebiegać będzie nierównomiernie, w większym stopniu kształtując strukturę demograficzną mieszkańców miast. Zgodnie z prognozą Głównego Urzędu Statystycznego (GUS), w miastach będzie znacznie wyższy odsetek osób w wieku 80 i więcej lat.<sup>135</sup>

Wskazane wyżej tendencje starzenia się społeczeństwa związane z wydłużaniem się życia należy dodatkowo skorelować ze spadkiem urodzeń oraz zmniejszeniem się populacji osób w wieku produkcyjnym wynikającym z mniejszej liczebności roczników wchodzących na rynek pracy, co dodatkowo jest wzmocnione migracjami zewnętrznymi.

Wszystkie wymienione czynniki wskazują na wzrost zapotrzebowania w najbliższych latach na różne formy pomocy i wsparcia w szczególności dla najstarszych mieszkańców miast. Ze względu na wynikające z wieku i stanu zdrowia obniżenie się naturalnej sprawności, wielu z nich będzie potrzebować wsparcia w swoim codziennym funkcjonowaniu. Z racji tego, że duża populacja osób starszych, szczególnie kobiet (znaczenie ma tu wyższa średnia dla długości życia niż u mężczyzn), mieszka w jednoosobowych gospodarstwach domowych, a wsparcie rodziny ze względu na zwiększoną mobilność społeczeństwa nie zawsze jest możliwe – pomoc osobom starszym musi pochodzić od podmiotów zewnętrznych.

Ze względu na rachunek ekonomiczny i mentalność osób starszych, które wolą pozostać we własnym domu, wskazane jest rozwijanie w najbliższych latach sektora usług, które umożliwią seniorom jak najdłuższe przebywanie w dotychczasowym miejscu zamieszkania. Z perspektywy państwowej opieki społecznej jest to rozwiązanie tańsze, ponieważ nie wymaga wysokich nakładów związanych ze świadczeniem pomocy stacjonarnej. Dla seniora zmiana miejsca zamieszkania wiąże się z dużym stresem. Osoby starsze okazują najczęściej niechęć dla takiego rozwiązania. Związany emocjonalnie z miejscem zamieszkania senior woli przebywać we własnym domu. Daje mu to poczucie bezpieczeństwa i ma znaczenie psychoterapeutyczne wzmacniające zdrowie psychiczne, co przekłada się na lepszy stan zdrowia fizycznego.

W zależności od potrzeb osoby starszej, usługi wspierające w domu podopiecznego mogą obejmować doraźną pomoc w przygotowywaniu posiłków, realizacji zakupów, utrzymaniu czystości i innych codziennych czynnościach, aż po specjalistyczne świadczenia medyczne. Podczas gdy usługi medyczne mogą być realizowane w ramach opieki pielęgniarstwa świadczonej w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia, wsparcie dla codziennego funkcjonowania w celu uzupełnienia braków wynikających z obniżenia sprawności wywołanej wiekiem lub stanem zdrowia, jest obszarem dla działań profesjonalnych opiekunów i firm opiekuńczych.

Ze względu na tendencje w zachowaniu rodzin seniorów oraz podmiotów państwowych, których celem staje się dostarczenie osobom starszym usług o odpowiedniej jakości, koniecznością jest opracowanie standardu, który wskaże organizacjom z branży opiekuńczej warunki, których

<sup>134</sup> *Ibid.*, str. 37.

<sup>135</sup> *Ibid.*, str. 37, 40.

spełnienie pozwoli realizować świadczenia zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa i wysokiej jakości, adekwatnych do potrzeb klientów.

Cel dla niezależnej jednostki certyfikującej, poza wskazaniem standardu działań dla firm opiekuńczych, stanowi również promowanie dobrych praktyk w zakresie usług opieki nad podopiecznym w jego miejscu zamieszkania oraz dostarczenie instytucjom państwowym oraz osobom prywatnym sprawdzonych informacji na temat jakości usług świadczonych przez dany podmiot. Przyznanie certyfikatu jakości dochodzących usług opiekuńczych dla seniorów ma na celu wzmocnienie zaufania do danej organizacji i wyróżnienie jej wśród podobnych podmiotów na rynku jako wiarygodnego partnera wspomagającego działania na rzecz podnoszenia komfortu i jakości życia osób niesamodzielnych.

## **2. Zakres standardu**

Niniejszy standard stanowi zbiór wymagań sprawdzających system zapewnienia jakości usług świadczonych osobom niesamodzielnym w ich domu zamieszkania. Wymagania standardu skoncentrowane są wokół czterech obszarów działania podmiotu świadczącego usługi opieki, które mają znaczenie dla weryfikacji, czy świadczone usługi odpowiadają oczekiwaniom klientów i są świadczone zgodnie z prawem:

- organizacja świadczonych usług opiekuńczych,
- polityka informacyjna firmy opiekuńczej,
- zapewnianie kompetencji i kwalifikacji personelu,
- ramy prawne prowadzonej działalności.

Certyfikacji wg wymagań niniejszego standardu mogą poddać się podmioty świadczące usługi opieki nad osobami niesamodzielnymi. Obszar działania certyfikowanych organizacji to opieka doraźna (podstawowa opieka pielęgnacyjna) świadczona w domu osoby niesamodzielnej ze względu na zaawansowany wiek lub stan zdrowia. Certyfikacja jest potwierdzeniem, że weryfikowany podmiot posiada system zapewnienia jakości w świadczeniu usługi opieki, nie jest natomiast dowodem spełnienia wymagań prawnych związanych z prowadzeniem działalności gospodarczej w Polsce.

## **3. Terminy i definicje**

Firma opiekuńcza – przedsiębiorstwo świadczące usługi opieki nad osobami niesamodzielnymi w miejscu zamieszkania.

Dokumentacja – warunki przetargu, decyzja, umowa o świadczenie usług lub kontrakt na usługi z jednostką zlecającą lub klientem indywidualnym, na podstawie których wykonywane są usługi opiekuńcze.

Podopieczny – osoba, która jest beneficjentem usług opiekuńczych.

Klient – osoba fizyczna lub organizacja dokonująca zakupu usług opiekuńczych, zlecająca opiekę nad osobą niesamodzielną.

Opiekun – osoba wykonująca w imieniu firmy opiekuńczej, na podstawie dokumentacji, czynności i zadania związane z opieką nad osobą niesamodzielną.

Instytucja zlecająca usługi opiekuńcze – podmiot (najczęściej właściwa jednostka samorządowa), który w drodze przetargu powierza firmie opiekuńczej wykonywanie usług opiekuńczych.

Harmonogram realizacji usługi – ustalone dni tygodnia i godziny, podczas których realizowane są usługi opiekuńcze (także w ramach dyżuru).

Usługi opiekuńcze – zakres czynności i zadań wykonywanych przez opiekuna w domu podopiecznego.

Umowa o świadczenie opieki – pisemne porozumienie zawarte pomiędzy firmą opiekuńczą a opiekunem ustalające wzajemne prawa i obowiązki stron oraz zawierające informacje niezbędne do realizacji usługi opieki nad osobą niesamodzielną, zgodnie z wymaganiami niniejszego standardu i wymaganiami prawnymi.

Materiały informacyjne – informacja przekazywana przez firmę opiekuńczą lub jej przedstawicieli w jakiegokolwiek postaci, zawierająca postanowienia związane z zasadami i warunkami świadczenia usług opiekuńczych.

Koordinator usług opiekuńczych – pracownik firmy opiekuńczej odpowiedzialny za nadzorowanie i planowanie pracy opiekunów.

Reklamacja – skierowana do firmy opiekuńczej informacja wyrażająca niezadowolenie związane z realizacją usługi opieki nad osobą niesamodzielną.

System zapewnienia jakości usług opieki – system zarządzania firmy opiekuńczej ustanowiony dla zapewnienia jakości i spełnienia wymagań w odniesieniu do realizacji usługi opieki nad osobami niesamodzielnymi.

Kompetencje personelu – wykazana zdolność stosowania wiedzy i umiejętności dla osiągnięcia zamierzonych efektów i wyników.

Procedura – ustalony, udokumentowany i formalnie zatwierdzony sposób wykonywania czynności w zakresie działań realizowanych przez firmę opiekuńczą.

Niezgodność – niespełnienie wymagania niniejszego standardu lub wymagania prawnego.

Działania korygujące – działania zmierzające do wyeliminowania przyczyn niezgodności.

Działania zapobiegawcze – działanie w celu wyeliminowania potencjalnej niezgodności lub innej potencjalnej sytuacji niepożądanej.

#### **4. Audytowanie i certyfikacja**

##### **4.1 Sposób prowadzenia oceny zgodności**

Jednostką certyfikującą uprawnioną do prowadzenia certyfikacji zgodności z wymaganiami niniejszego standardu jest Krajowy Instytut Gospodarki Senioralnej. Weryfikacja wymagań standardu odbywa się w trakcie audytu. Audyty zgodności z wymaganiami standardu obejmują:

- audyt w siedzibie firmy opiekuńczej,
- audyt dokumentacji związanej ze świadczeniem usług opiekuńczych.

Audytowany podmiot dostarcza jednostce certyfikującej informacje i dane, które są niezbędne do stwierdzenia zgodności z niniejszym standardem. Audytor jednostki certyfikującej dokonuje

obiektywnej oceny zgodności z wymaganiami standardu na podstawie dokumentacji dostarczonej przez podmiot oraz własnych obserwacji i wywiadów.

#### **4.2 Ważność certyfikatu**

Okres ważności certyfikatu wynosi 3 lata. Warunkiem przedłużenia ważności certyfikatu po tym okresie jest przeprowadzenie przez jednostkę certyfikującą audytu nadzoru skutkującego pozytywną decyzją o przedłużeniu certyfikacji. Audyt odbywa się po 11 miesiącach od dnia przyznania certyfikatu lub po 11 miesiącach od audytu nadzoru.

#### **4.3 Niezgodności i działania korygujące**

Jeżeli nie zostaną stwierdzone niezgodności z wymaganiami standardu jednostka certyfikująca wystawia pozytywną ocenę zgodności ze standardem oraz wydaje decyzję o przyznaniu lub utrzymaniu certyfikatu.

W przypadku stwierdzenia podczas audytu niezgodności zakończenie audytu pozytywnym wynikiem możliwe jest wyłącznie w sytuacji, jeśli zostaną podjęte działania zmierzające do usunięcia stwierdzonych niezgodności oraz działania korygujące. Podmiot, który ubiega się o certyfikat ma 2 miesiące na usunięcie niezgodności oraz wprowadzenie działań korygujących. Jeżeli audytor w trakcie ponownej weryfikacji na podstawie dostarczonej dokumentacji, obserwacji własnych i wywiadów z pracownikami firmy oceni, że zastosowane działania korygujące są skuteczne, a niezgodności zostały usunięte, to może wydać rekomendację, na podstawie której jednostka certyfikująca wydaje decyzję o przyznaniu lub utrzymaniu certyfikatu.

Jeżeli audytor w trakcie audytu stwierdzi istotne niespełnienie wymagań standardu, albo rażące naruszenie wymagań zostanie zgłoszone przez osobę trzecią, jednostka certyfikująca może podjąć decyzję o zawieszeniu lub cofnięciu certyfikatu. Decyzja taka zostanie podjęta szczególnie w sytuacji wystąpienia niezgodności w obszarze prowadzenia działalności zgodnie z wymaganiami prawnymi.

#### **4.4 Standardy jakościowe**

Proces audytu powinien obejmować ww. cztery obszary (patrz pkt 2 niniejszego załącznika), w ramach których realizowana jest usługa.

W standardach jakościowych wskazano jako warunki niezbędne te elementy certyfikacji, które muszą być spełnione w dniu przeprowadzania audytu certyfikacyjnego. Jako warunki konieczne wskazano te obszary, które mogą być wyrównane w toku działań korygujących po audycie. Zalecenia, to kryteria, które dla wysokiej jakości świadczonych usług powinny być spełnione, ale nie są nieodzowne do otrzymania certyfikatu.

Wszystkie oświadczenia złożone w trakcie audytu przez pracownika firmy powinny być składane w formie pisemnej. Dopuszcza się także podpisanie przez pracownika firmy protokołu z audytu, w którym zostaną wpisane jego oświadczenia złożone w formie ustnej.

##### **4.4.1 Organizacja świadczonych usług opiekuńczych**

W obszarze organizacji usług rozpatrywany jest przede wszystkim aspekt dotyczący prowadzenia dokumentacji oraz komunikacja między klientem/podopiecznym a personelem opiekuńczym i firmą opiekuńczą.

Dokumentacja prowadzona w związku ze świadczonymi usługami opiekuńczymi pozwala na ocenę warunków formalnych dotyczących realizacji usługi.

Za warunki niezbędne uznaje się:

- posiadanie przez firmę opiekuńczą umowy lub innego dokumentu w formie pisemnej, w którym określony zostanie beneficjent usługi,
- zawarcie w dokumentacji informacji dotyczącej ceny za realizację świadczenia oraz obszaru świadczenia usługi (w przypadku przetargu rozpisanego przez konkretną jednostkę samorządową),
- załączenie do umowy, w formie pisemnej, zakresu podstawowych czynności opiekuńczych.

Spełnienie powyższych warunków audytor ocenia na podstawie przedstawionego wzoru umowy z klientem/podopiecznym stosowanego przez firmę.

Komunikacja między klientem/podopiecznym a personelem i firmą opiekuńczą ma kluczowe znaczenie dla zachowania ciągłości świadczenia usług oraz weryfikacji jakości świadczonych usług.

Warunki konieczne stanowią:

- wyznaczenie pracownika firmy opiekuńczej, który jest osobą kontaktową dla opiekunów świadczących usługi bezpośrednio w domu klienta/podopiecznego,
- zapewnienie zastępstwa za opiekuna w ciągu maksymalnie trzeciego dyżuru pod warunkiem, że podopieczny/klient maksymalnie następnego dnia otrzyma informację, kiedy świadczenie usługi zostanie wznowione,
- przedstawienie podopiecznemu/klientowi harmonogramu realizacji usług oraz wykazu opiekunów, którzy będą realizować usługi.

Weryfikacja powyższych standardów odbywa się na podstawie oświadczenia pracownika wyznaczonego przez firmę opiekuńczą do kontaktów z audytorem.

#### **4.4.2 Polityka informacyjna firmy opiekuńczej**

Świadczenie usług opiekuńczych powinno zostać poprzedzone wywiadem dotyczącym podopiecznego (zalecenie). Informacje zebrane na temat podopiecznego, a w szczególności: wiek, stan zdrowia, ilość osób w gospodarstwie domowym, zalecenia (np. jednostki zlecającej) dotyczące charakteru świadczonych usług, a także oczekiwania beneficjenta usługi, mają na celu przygotowanie odpowiedniego personelu dającego gwarancję rzetelnego wykonania opieki.

Dla prawidłowej realizacji usługi niezbędne jest umożliwienie klientowi/podopiecznemu podjęcie kontaktu z firmą opiekuńczą. Klient/podopieczny musi być jednoznacznie poinformowany przynajmniej o numerze telefonu i godzinach, w których może kontaktować się z firmą opiekuńczą.

Klient/podopieczny musi być poinformowany o możliwości składania skarg i reklamacji (warunek niezbędny). Skargi i reklamacje związane z jakością świadczonej opieki powinny być rozpatrywane bezzwłocznie, zwłaszcza w przypadku zgłoszeń mających lub mogących mieć wpływ na bezpieczeństwo podopiecznego.

Wypełnianie tego warunku audytor weryfikuje w oparciu o materiały informacyjne, które są przekazywane przez firmę opiekuńczą klientowi/podopiecznemu.

Czas realizacji działań korygujących nie powinien przekraczać 2 tygodni od daty podjęcia decyzji o przyjęciu reklamacji jako zasadnej (zalecenie). Czas realizacji działań korygujących w przypadku zgłoszeń mających lub mogących mieć wpływ na bezpieczeństwo osoby niesamodzielnej nie powinien przekraczać 24 godzin od momentu zgłoszenia.

#### **4.4.3 Zapewnienie kompetencji i kwalifikacji personelu**

Usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania podopiecznego realizowane są w oparciu o bezpośrednią relację opiekun-podopieczny. Stąd niezwykle istotną kwestią dla jakości świadczonej opieki będą kompetencje opiekuna.

Charakterystykę kompetencji można podzielić na dwa obszary:

- kompetencje niezbędne do prawidłowej realizacji usług opiekuńczych,
- kompetencje podnoszące jakość usług, ale nie mające wpływu na fakt realizacji usługi.

Ocenę obszaru powinna rozpocząć analiza procesu rekrutacji. Proces pozyskiwania personelu opiekuńczego musi obejmować (warunki niezbędne):

- bezpośrednie spotkania z kandydatami mające na celu ocenę ich kwalifikacji,
- weryfikację dotychczasowego doświadczenia pod kątem świadczenia usług opiekuńczych i wykonywania podstawowej opieki pielęgnacyjnej.

Audyt na podstawie rozmowy z osobą odpowiedzialną za rekrutację powinien określić, czy te standardy zostają zachowane.

W zakresie szkoleń dla personelu warunkiem koniecznym ze względu na specyfikę pracy jest przeszkolenie w zakresie pierwszej pomocy. Dla uzyskania certyfikatu wystarczy deklaracja firmy opiekuńczej, że szkoleniu takiemu zostaną poddani wszyscy kandydaci niespełniający minimalnych kwalifikacji jeszcze przed rozpoczęciem świadczenia usług opiekuńczych.

W certyfikowanej agencji personel jest poddawany ocenie okresowej, której przeprowadzenie jest udokumentowane (warunek konieczny). Obowiązkiem firmy jest przedstawienie do wglądu dokumentacji potwierdzającej przeprowadzanie oceny okresowej. Kryteria wskazane w certyfikacji stanowią zalecenie do zakresu tej oceny.

#### **4.4.4 Ramy prawne prowadzonej działalności**

Podmiot realizujący usługi opiekuńcze musi prowadzić zarejestrowaną działalność gospodarczą (warunek niezbędny). Z tego powodu w trakcie certyfikacji na życzenie audytora przedstawia kopię wpisu do ewidencji działalności gospodarczej lub KRS, numery NIP i REGON.

Personel opiekuńczy musi świadczyć usługi na rzecz firmy w oparciu o umowy pisemne (warunek niezbędny). Na podstawie oświadczenia podmiotu przyjmuje się, czy w terminie opłacone są daniny publiczno-prawne wynikające z prowadzenia działalności.

Również na podstawie oświadczenia podmiot poddany procedurze certyfikacji stwierdza, czy posiada polisę OC na wypadek szkód wynikających ze świadczonych usług (warunek konieczny).

## 6 Zał. 2 – Procedury certyfikowania

W nawiązaniu do przedstawionych kryteriów dostępności do usług opiekuńczych i zasad certyfikacji niestacjonarnych usług opiekuńczych i personelu świadczącego usługi opiekuńcze, poniżej zaprezentowana jest szczegółowa lista wymagań związanych z procesem certyfikacji.

### AUDYT – LISTA KONTROLNA

| Kryteria                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                           | Odpowiedzi |     |          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----|----------|
| <b>1. Organizacja świadczonych usług opiekuńczych</b>                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                           |            |     |          |
| <i>Na potrzeby świadczonych usług opiekuńczych, firma opiekuńcza powinna prowadzić dokumentację, z której wynikać będą warunki jej realizacji. Prawidłowa komunikacja pomiędzy podopiecznym, a personelem opiekuńczym i firmą opiekuńczą zapewni przepływ informacji niezbędnych do prawidłowego świadczenia opieki.</i> |                                                                                                                                                                                           |            |     |          |
| <b>1.1</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>Dokumentacja</b>                                                                                                                                                                       |            |     |          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Czy opieka świadczona jest na podstawie pisemnej umowy (lub innego dokumentu, np. decyzja) zawieranej pomiędzy klientem i firmą opiekuńczą?                                               | TAK        | NIE | NIE WIEM |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Czy z przedstawionej dokumentacji (warunki przetargu, decyzja, umowa o świadczenie usług, kontrakt na usługi z jednostką zlecającą) wynikają następujące kwestie:                         |            |     |          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | a) cena za realizację świadczenia (np. stawka godzinowa)?                                                                                                                                 | TAK        | NIE | NIE WIEM |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | b) wysokość kontraktu na realizację usług?                                                                                                                                                | TAK        | NIE | NIE WIEM |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | c) obszar świadczenia usług?                                                                                                                                                              | TAK        | NIE | NIE WIEM |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | d) liczba osób objętych usługami w ramach kontraktu, umowy?                                                                                                                               | TAK        | NIE | NIE WIEM |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Czy przedstawiona dokumentacja określa zakres świadczonej usługi, a przede wszystkim:                                                                                                     |            |     |          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | a) zakres przedmiotowy i ilościowy świadczeń opiekuńczych/zadania firmy opiekuńczej?                                                                                                      | TAK        | NIE | NIE WIEM |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | b) okres obowiązywania umowy?                                                                                                                                                             | TAK        | NIE | NIE WIEM |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | c) warunki wypowiedzenia i rozwiązania umowy?                                                                                                                                             | TAK        | NIE | NIE WIEM |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | d) podstawy prawnej świadczenia usługi?                                                                                                                                                   | TAK        | NIE | NIE WIEM |
| <b>1.2</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>Komunikacja wewnętrzna</b>                                                                                                                                                             |            |     |          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Czy opiekunowie (zatrudnieni, świadczący bezpośrednio usługę opiekuńczą w domu seniora) mają możliwość kontaktu z pracownikiem firmy opiekuńczej w trakcie realizacji usługi opiekuńczej? | TAK        | NIE | NIE WIEM |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Czy firma opiekuńcza wyznaczyła pracowników/osoby kontaktowe odpowiedzialnie za kontakt z opiekunami?                                                                                     | TAK        | NIE | NIE WIEM |

|     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |     |     |          |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|----------|
|     | <p>Czy w firmie opiekuńczej jest procedura monitorowania świadczonych usług opiekuńczych?</p> <p><i>Jeżeli tak, to proszę opisać lub załączyć procedurę monitorowania usług:</i></p> <p>Jak często są monitorowane usługi opiekuńcze:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>co najmniej raz w miesiącu?</li> <li>raz na kwartał?</li> <li>rzadziej?</li> </ul> | TAK | NIE | NIE WIEM |
|     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | TAK | NIE | NIE WIEM |
|     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | TAK | NIE | NIE WIEM |
|     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | TAK | NIE | NIE WIEM |
| 1.3 | <b>Zapewnienie ciągłości realizowanej opieki</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |     |     |          |
|     | Czy firma opiekuńcza zapewnia zastępstwo za opiekuna, w przypadku jego nieobecności (np. w wyniku choroby lub innych wypadków losowych)?                                                                                                                                                                                                                            | TAK | NIE | NIE WIEM |
|     | Czy firma opiekuńcza jest w stanie zapewnić zastępstwo opiekuna w ciągu następnego dyżuru tak, aby ciągłość świadczonych usług została zachowana?                                                                                                                                                                                                                   | TAK | NIE | NIE WIEM |
| 1.4 | <b>Uwzględnianie uwag klienta usługi lub podopiecznego w realizacji opieki</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                      |     |     |          |
|     | Czy podopiecznemu przedstawiany jest harmonogram realizacji usługi? (dni tygodnia, godziny, długość dyżuru)                                                                                                                                                                                                                                                         | TAK | NIE | NIE WIEM |
|     | Czy firma opiekuńcza umożliwia podopiecznym wybór personelu opiekuńczego?                                                                                                                                                                                                                                                                                           | TAK | NIE | NIE WIEM |
|     | Czy przedstawia podmiotowi zlecającemu (klientom) kandydatury opiekunów zawierające ich profil, w tym informacje o doświadczeniu i kwalifikacjach?                                                                                                                                                                                                                  | TAK | NIE | NIE WIEM |
|     | Czy firma opiekuńcza organizuje spotkanie pomiędzy personelem opiekuńczym a podopiecznym przed rozpoczęciem realizacji usług opiekuńczych?                                                                                                                                                                                                                          | TAK | NIE | NIE WIEM |
|     | Czy firma opiekuńcza udostępnia podmiotowi zlecającemu (klientowi) szczegółowy wykaz zatrudnionego personelu opiekuńczego, który będzie realizować usługi?                                                                                                                                                                                                          | TAK | NIE | NIE WIEM |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                  |     |     |          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|----------|
| <b>2. Polityka informacyjna firmy opiekuńczej</b><br><i>Firma opiekuńcza powinna dążyć do uzyskania jak największej ilości informacji dotyczących podopiecznego tak, aby dostosować zakres świadczonych usług do jego oczekiwań.</i><br><i>Jednocześnie podopieczny lub klient powinni zostać należycie poinformowani o zakresie świadczonych usług, osobach, które będą tę usługę realizowały, możliwościach składania reklamacji i zażaleń, a także o procedurach ich rozpatrywania.</i> |                                                                                                                                                                                                                                                  |     |     |          |
| <b>2.1</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>Informacje przed rozpoczęciem świadczenia usługi opiekuńczej</b>                                                                                                                                                                              |     |     |          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Czy firma opiekuńcza pozyskuje informacje dotyczące podopiecznego przed rozpoczęciem świadczenia usługi?<br>(preferowana pora dnia do świadczenia usług, preferowane dni tygodnia, zakres świadczonych usług)                                    | TAK | NIE | NIE WIEM |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Czy pozyskane informacje są dokumentowane?                                                                                                                                                                                                       | TAK | NIE | NIE WIEM |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Czy klienci otrzymują materiały informacyjne prezentujące firmę opiekuńczą i jej dane kontaktowe?                                                                                                                                                | TAK | NIE | NIE WIEM |
| <b>2.2</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>Kontakt z firmą opiekuńczą</b>                                                                                                                                                                                                                |     |     |          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Czy firma opiekuńcza zapewnia kontakt podopiecznego z koordynatorem usług opiekuńczych?                                                                                                                                                          | TAK | NIE | NIE WIEM |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Czy kontakt telefoniczny z koordynatorem zapewniony jest co najmniej w godzinach, kiedy świadczone są usługi opiekuńcze?                                                                                                                         | TAK | NIE | NIE WIEM |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Czy na dostarczonych podopiecznemu materiałach informacyjnych lub na stronie internetowej firmy opiekuńczej zawarte są dane kontaktowe – numery telefonów adresy poczty elektronicznej dedykowane do kontaktu z podopiecznym?                    | TAK | NIE | NIE WIEM |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Czy personel opiekuńczy świadczący usługi u podopiecznego jest każdorazowo wyposażony w czytelny identyfikator ze zdjęciem pozwalający na weryfikację jego danych osobowych?                                                                     | TAK | NIE | NIE WIEM |
| <b>2.3</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>Składanie skarg i reklamacji</b><br><i>Skargi i reklamacje związane z jakością świadczonych opieki powinny być rozpatrywane bezzwłocznie, zwłaszcza w przypadku zgłoszeń mających lub mogących mieć wpływ na bezpieczeństwo podopiecznego</i> |     |     |          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Czy istnieje procedura składania skarg i reklamacji? Jeżeli tak, to jak wygląda?<br><i>Proszę o opisanie lub załączenie procedury reklamacyjnej</i>                                                                                              | TAK | NIE | NIE WIEM |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Czy procedura skarg i reklamacji określa maksymalny czas rozpatrzenia zgłoszonego problemu?                                                                                                                                                      | TAK | NIE | NIE WIEM |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                   |     |     |          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-----|-----|----------|
| Czy procedura skarg i reklamacji określa maksymalny czas reakcji firmy opiekuńczej (przeprowadzenia działań korygujących) na zaistniałą sytuację?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                   | TAK | NIE | NIE WIEM |
| <p><i>Jeśli tak, to proszę podać:</i></p> <p><i>Czas realizacji działań korygujących od daty podjęcia decyzji o przyjęciu reklamacji jako zasadnej to ..... dni.</i></p> <p><i>Czas reakcji (działań korygujących) w przypadku zgłoszeń mających lub mogących mieć wpływ na bezpieczeństwo podopiecznego to ..... godzin.</i></p> <p><b><u>Standard: Czas realizacji działań korygujących nie powinien przekraczać 2 tygodni od daty podjęcia decyzji o przyjęciu reklamacji jako zasadnej. Czas realizacji działań korygujących w przypadku zgłoszeń mających lub mogących mieć wpływ na bezpieczeństwo osoby niesamodzielnej nie powinien przekraczać 24 godzin od momentu zgłoszenia.</u></b></p> |                   |     |     |          |
| Czy odpowiedź na skargę lub reklamację ma zawsze formę udokumentowaną?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                   | TAK | NIE | NIE WIEM |
| Czy odpowiedź na skargę lub reklamację zawiera jasną informację o jej przyjęciu lub odrzuceniu, wraz z uzasadnieniem podjętej decyzji?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                   | TAK | NIE | NIE WIEM |
| Czy określono formalnie osobę odpowiedzialną za rozpatrywanie reklamacji oraz podejmowanie działań korygujących?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                   | TAK | NIE | NIE WIEM |
| Czy dla zgłoszonych skarg i reklamacji przestrzega się ustanowionej procedury?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                   | TAK | NIE | NIE WIEM |
| <b>3. Zapewnienie kompetencji i kwalifikacji personelu</b><br><i>Kompetencje personelu realizującego usługi opiekuńcze są jednym z głównych czynników mających wpływ na jakość opieki. Firma opiekuńcza powinna w ramach swojej działalności dążyć do tego, aby utrzymywać je na jak najwyższym poziomie.</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                   |     |     |          |
| <b>3.1</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>Rekrutacja</b> |     |     |          |
| Czy określono minimalne kwalifikacje dla kandydatów do pracy w charakterze opiekunów osób starszych?<br><i>Jeżeli tak, to proszę opisać, w jakiej formie zostały udokumentowane lub załączyć procedurę kwalifikacji kandydatów:</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                   | TAK | NIE | NIE WIEM |
| Czy w każdym przypadku odbywają się bezpośrednie spotkania z kandydatami mające na celu ocenę ich kwalifikacji?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                   | TAK | NIE | NIE WIEM |

|     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |     |     |          |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|----------|
|     | Czy ustanowiono kryteria, według których ocenia się dotychczasowe doświadczenie związane ze świadczeniem usług opiekuńczych?                                                                                                                                                                                               | TAK | NIE | NIE WIEM |
|     | Czy od kandydatów do pracy w charakterze opiekuna/opiekunki wymaga się przedstawienia referencji?                                                                                                                                                                                                                          | TAK | NIE | NIE WIEM |
|     | Czy referencje są weryfikowane?                                                                                                                                                                                                                                                                                            | TAK | NIE | NIE WIEM |
|     | Czy weryfikacja kompetencji kandydatów na opiekunów obejmuje określenie profilu psychologicznego kandydata pod kątem przydatności do pracy opiekuna?<br><i>Jeśli tak, to proszę wymienić kwalifikacje osoby określającej profil:</i>                                                                                       | TAK | NIE | NIE WIEM |
|     | <b><u>Zalecenie: Zaleca się, aby ocena prowadzona była przez osoby mające doświadczenie psychologiczne.</u></b>                                                                                                                                                                                                            |     |     |          |
|     | Czy od kandydatów na opiekunów wymaga się kwalifikacji w zakresie wykonywania czynności w obszarze podstawowej opieki pielęgnacyjnej, w tym wykonywania czynności takich jak: utrzymywanie higieny ciała, przemieszczania się osoby niesamodzielnej, przygotowywanie i podawanie posiłków, podstawowe zabiegi kosmetyczne? | TAK | NIE | NIE WIEM |
|     | Czy kandydaci na opiekunów osób starszych posiadają kwalifikacje z zakresu udzielenia pierwszej pomocy, resuscytacji?                                                                                                                                                                                                      | TAK | NIE | NIE WIEM |
|     | Czy rekrutacja personelu opiekuńczego ma charakter udokumentowany?                                                                                                                                                                                                                                                         | TAK | NIE | NIE WIEM |
| 3.2 | <b>Szkolenia</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |     |     |          |
|     | Czy w przypadku kandydatów niespełniających minimalnych kwalifikacji firma opiekuńcza, w przypadku zamiaru zatrudnienia takiego kandydata, prowadzi /zapewnia lub kieruje kandydata na szkolenia uzupełniające?                                                                                                            | TAK | NIE | NIE WIEM |
|     | Czy identyfikuje się potrzeby szkoleniowe w celu podnoszenia kwalifikacji personelu agencji, mającego wpływ na jakość świadczenia usługi opieki?                                                                                                                                                                           | TAK | NIE | NIE WIEM |
|     | Czy prowadzi się szkolenia wstępne dla nowych opiekunów w celu zapoznania ich z podstawowymi, określonymi przez firmę opiekuńczą, wymaganiami w zakresie wykonywanej pracy?                                                                                                                                                | TAK | NIE | NIE WIEM |
|     | Czy szkolenia obejmują również zapoznanie się z potrzebami podopiecznych i sposoby rozwiązywania najczęściej pojawiających się trudności w realizacji usług?                                                                                                                                                               | TAK | NIE | NIE WIEM |

|            |                                                                                                                                                                                                                                                             |     |     |          |
|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|----------|
|            | Czy szkolenia obejmują zagadnienia związane z umiejętnościami interpersonalnymi np. postępowanie w sytuacjach konfliktowych, radzeniem sobie ze stresem wynikającym z przebywania z osobą niesamodzielną?                                                   | TAK | NIE | NIE WIEM |
|            | Czy firma opiekuńcza prowadzi dokumentację dot. szkoleń opiekunów?                                                                                                                                                                                          | TAK | NIE | NIE WIEM |
|            | Czy w przypadku szkoleń, dla których istnieją kryteria wymagane prawem lub programy w formie oficjalnych zaleceń instytucji zlecających usługi opiekuńcze, prowadzą je jednostki szkoleniowe, uprawnione do realizacji szkoleń w wyszczególnionym zakresie? | TAK | NIE | NIE WIEM |
| <b>3.3</b> | <b>Kryteria oceny okresowej personelu opiekuńczego</b>                                                                                                                                                                                                      |     |     |          |
|            | Czy przeprowadza się ocenę świadczonych usług opiekunów w zaplanowanych odstępach czasu?                                                                                                                                                                    | TAK | NIE | NIE WIEM |
|            | Czy w przypadku nowych opiekunów jest wyznaczony termin przeprowadzenia pierwszej oceny?                                                                                                                                                                    | TAK | NIE | NIE WIEM |
|            | Czy prowadzona jest dokumentacja ocen opiekunów?                                                                                                                                                                                                            | TAK | NIE | NIE WIEM |
|            | Czy ocena okresowa wyników pracy opiekuna obejmuje:                                                                                                                                                                                                         |     |     |          |
|            | a) rozmowę z opiekunem?                                                                                                                                                                                                                                     | TAK | NIE | NIE WIEM |
|            | b) informacje uzyskiwane od podopiecznych opiekuna?                                                                                                                                                                                                         | TAK | NIE | NIE WIEM |
|            | c) informacje od instytucji zlecającej usługi opiekuńcze (jeżeli prowadzi ona swoją procedurę oceny świadczonych usług np. u poszczególnych podopiecznych)?                                                                                                 | TAK | NIE | NIE WIEM |
|            | Czy ocena okresowa opiekunów, na podstawie informacji od podopiecznych, obejmuje zagadnienia:                                                                                                                                                               |     |     |          |
|            | a) terminowość opieki?                                                                                                                                                                                                                                      | TAK | NIE | NIE WIEM |
|            | b) zaangażowanie opiekuna w wykonywanie usług opiekuńczych?                                                                                                                                                                                                 | TAK | NIE | NIE WIEM |
|            | c) dostępność opiekuna w wyznaczonych dla niego godzinach świadczenia usług?                                                                                                                                                                                | TAK | NIE | NIE WIEM |
|            | d) kultura osobista opiekuna?                                                                                                                                                                                                                               | TAK | NIE | NIE WIEM |
|            | e) wywiązywanie się z innych zadań związanych z opieką i organizacją opieki nad podopiecznym (w zależności od zakresu przedmiotowego opieki ustalonego przed rozpoczęciem usług opiekuńczych)?                                                              | TAK | NIE | NIE WIEM |
|            | Czy określono jasne kryteria i zasady oceny pracy opiekunów, w tym minimalne kryteria, których niespełnienie będzie skutkowało przewidzianymi działaniami zapobiegawczymi?                                                                                  | TAK | NIE | NIE WIEM |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                     |     |     |          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|----------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Czy określono katalog działań zapobiegawczych i korygujących (szkolenia, instruktaż, wymiana opiekuna, rezygnacja z jego usług), których podjęcie jest niezbędne w przypadku nieadekwatnej oceny pracy opiekuna w stosunku do ustalonych kryteriów? | TAK | NIE | NIE WIEM |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Czy katalog ten obejmuje:                                                                                                                                                                                                                           |     |     |          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | a) dodatkowe szkolenie?                                                                                                                                                                                                                             | TAK | NIE | NIE WIEM |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | b) instruktaż opiekuna?                                                                                                                                                                                                                             | TAK | NIE | NIE WIEM |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | c) zmianę osoby do opieki w wyniku złego dopasowania opiekuna i osoby niesamodzielnej?                                                                                                                                                              | TAK | NIE | NIE WIEM |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | d) rezygnację ze współpracy z opiekunem?                                                                                                                                                                                                            | TAK | NIE | NIE WIEM |
| <b>4. Ramy prawne prowadzonej działalności</b><br><i>Przedsiębiorstwo realizujące usługi opiekuńcze powinno funkcjonować na rynku usług w oparciu o przepisy prawa. Niedopuszczalne są działania nieuczciwej konkurencji polegające na optymalizacji kosztów pracy personelu opiekuńczego (brak odprowadzanych składek na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne personelu).</i> |                                                                                                                                                                                                                                                     |     |     |          |
| <b>4.1</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>Wymagania dotyczące prowadzonej działalności</b>                                                                                                                                                                                                 |     |     |          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Czy usługi świadczone są przez podmiot zarejestrowany zgodnie z prawem?                                                                                                                                                                             | TAK | NIE | NIE WIEM |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Czy w każdym przypadku świadczona usługa realizowana jest w oparciu o umowę pisemną?                                                                                                                                                                | TAK | NIE | NIE WIEM |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Czy z personelem opiekuńczym zawarte są umowy na świadczenie opieki?                                                                                                                                                                                | TAK | NIE | NIE WIEM |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Czy daniny publiczno-prawne wynikające z tych umów odprowadzane są terminowo?                                                                                                                                                                       | TAK | NIE | NIE WIEM |
| <b>4.2</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>Czy firma opiekuńcza posiada ubezpieczenie OC?</b>                                                                                                                                                                                               | TAK | NIE | NIE WIEM |
| <b>4.3</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>Czy firma opiekuńcza spełnia wszystkie wymagania prawne w zakresie świadczenia usług opiekuńczych?</b>                                                                                                                                           | TAK | NIE | NIE WIEM |

## 7 Zał. 3 – Ankiety badania

### Załącznik 3.1 – Ankieta do pierwszego badania ilościowego

#### „Nowa Jakość dla Seniora” Określenie potrzeb seniorów

Dzień dobry. Nazywam się (*imię i nazwisko*) i reprezentuję Krajowy Instytut Gospodarki Senioralnej, który w ramach Rządowego Programu na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2014-2020 realizuje badanie dotyczące polepszenia dostępu i jakości usług opiekuńczych dla osób starszych. Badanie realizowane jest we współpracy z Ośrodkiem Pomocy Społecznej Dzielnicy m.st. Warszawy.

Celem tego spotkania jest poznanie Pana/Pani opinii na temat Pańskich potrzeb w zakresie usług opiekuńczych. Nasze spotkanie nie będzie trwało dłużej niż 60 minut. Wszystkie odpowiedzi, których Pan/Pani udzieli pozostaną w pełni anonimowe, a Pan/Pani nie zostanie w żaden sposób zidentyfikowana przez osoby trzecie.

Będę odczytywał(a) pytania, a Pana/Panią proszę o udzielanie odpowiedzi, które następnie będę zaznaczać w ankiecie.

#### A. Informacje ogólne, warunki mieszkaniowe.

##### 1. Płeć [Ankieter: zakreślić symbol właściwej odpowiedzi]

|                          |           |
|--------------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> | Mężczyzna |
| <input type="checkbox"/> | Kobieta   |

##### 2. Proszę podać datę urodzenia (w formacie dd-mm-rrrr)

|  |
|--|
|  |
|--|

##### 3. Proszę o określenie warunków mieszkaniowych, stanu prawnego zajmowanego lokalu mieszkalnego. [Ankieter: zakreślić symbol właściwej odpowiedzi]

|   |                                   |
|---|-----------------------------------|
| 1 | Własny dom/część domu             |
| 2 | Mieszkanie własnościowe           |
| 3 | Mieszkanie spółdzielcze/komunalne |
| 4 | Mieszkanie zakładowe/służbowe     |
| 5 | Mieszkanie wynajmowane u innych   |
| 6 | Mieszkanie „u rodziny”            |
| 7 | Inne                              |

##### 4. W jakim budynku znajduje się Pani/Pana mieszkanie? [Ankieter: zakreślić symbol właściwej odpowiedzi]

|   |                                                         |
|---|---------------------------------------------------------|
| 1 | Budynek jednorodzinny wolnostojący, bliźniak, kamienica |
| 2 | Blok mieszkalny do 4 pięter                             |
| 3 | Blok mieszkalny powyżej 4 pięter                        |
| 4 | Inne                                                    |

5. Czy w budynku, w którym Pani/Pan mieszka jest winda? [Ankieter: zakreślić symbol właściwej odpowiedzi]

|   |     |
|---|-----|
| 1 | Tak |
| 2 | Nie |

6. Czy mieszka Pani/Pan z małżonkiem/małżonką (partnerem/partnerką)? [Ankieter: zakreślić symbol właściwej odpowiedzi]

|   |     |
|---|-----|
| 1 | Tak |
| 2 | Nie |

7. Czy mieszka Pani/Pan ze swoimi dorosłymi dziećmi lub wnukami? [Ankieter: zakreślić symbol właściwej odpowiedzi]

|   |     |
|---|-----|
| 1 | Tak |
| 2 | Nie |

8. Z ilu osób składa się Pani/Pana gospodarstwo domowe (włączając Panią/Pana)? [Ankieter: ile osób zamieszkuje razem z seniorem, wpisać liczbę osób]

osób

9. Czy rozważał(a) Pani/Pan możliwość skorzystania z pomocy w przypadku utraty samodzielności? [Ankieter: zakreślić symbol właściwej odpowiedzi. W przypadku odpowiedzi NIE – przejść do bloku pytań B]

|   |     |
|---|-----|
| 1 | Tak |
| 2 | Nie |

10. Jeśli tak, to jakie rozwiązania rozważał(a) Pani/Pan? [Ankieter: zakreślić symbol właściwej odpowiedzi, można zaznaczyć kilka odpowiedzi]

|   |                                                                              |
|---|------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | Zamieszkanie u rodziny                                                       |
| 2 | Usługi opieki domowej                                                        |
| 3 | Dom Pomocy Społecznej                                                        |
| 4 | Usługi wykorzystujące nowe technologie (zdalna opieka, czujniki upadku itp.) |
| 5 | Inne                                                                         |

**B. Kondycja ekonomiczna gospodarstwa domowego**

**11. Wysokość łącznych miesięcznych dochodów wszystkich członków Pani/Pana gospodarstwa. (Chodzi o kwotę netto czyli „na rękę”).**

**12. A ile wynoszą Pani/Pana dochody na rękę?**

|                          |                   |
|--------------------------|-------------------|
| <input type="checkbox"/> | Mniej niż 1100 zł |
| <input type="checkbox"/> | 1101 zł – 2800 zł |
| <input type="checkbox"/> | 2801-3500 zł      |
| <input type="checkbox"/> | 3501-5000 zł      |
| <input type="checkbox"/> | Powyżej 5000 zł   |

**13. Proszę powiedzieć, z jakich źródeł pochodzą pieniądze w Pani/Pana gospodarstwie domowym?**

*[ANKIETER: podać ile osób otrzymuje pieniądze z danego źródła. W przypadku, gdy nie ma takich osób, nie ma pieniędzy z tego źródła wpisać „0”]*

|                      |   |                                                                      |
|----------------------|---|----------------------------------------------------------------------|
| <input type="text"/> | 1 | Praca zarobkowa na etacie                                            |
| <input type="text"/> | 2 | Emerytura, zasiłek przedemerytalny                                   |
| <input type="text"/> | 3 | Renta                                                                |
| <input type="text"/> | 4 | Prace dorywcze/zlecone/sezonowe, umowy o dzieło, zlecenia, honoraria |
| <input type="text"/> | 5 | Zapomogi, zasiłki z pomocy społecznej, inne zasiłki                  |
| <input type="text"/> | 6 | Alimenty                                                             |
| <input type="text"/> | 7 | Zyski z działalności gospodarczej, własnej firmy                     |
| <input type="text"/> | 8 | Inne                                                                 |

**14. Czy posiada Pani/Pan oszczędności?**

|                          |     |
|--------------------------|-----|
| <input type="checkbox"/> | Tak |
| <input type="checkbox"/> | Nie |

**15. Czy w ciągu ostatnich 12. miesięcy zabrakło Pani/Panu pieniędzy na wymienione pozycje:**

|                      |   |                                                                            |
|----------------------|---|----------------------------------------------------------------------------|
| <input type="text"/> | 1 | Czynsz i opłaty związane z mieszkaniem                                     |
| <input type="text"/> | 2 | Żywność                                                                    |
| <input type="text"/> | 3 | Wydatki związane z leczeniem (wizyta u lekarza, wykupienie leków w aptece) |
| <input type="text"/> | 4 | Odzież/obuwie                                                              |
| <input type="text"/> | 5 | Środki czystości i higieny osobistej                                       |

|   |                                       |
|---|---------------------------------------|
| 6 | Wydatki związane z kulturą i rozrywką |
| 7 | Splata kredytów                       |
| 8 | Inne                                  |

**16. Czy w ciągu ostatnich 12. miesięcy Pani/Pana gospodarstwo domowe otrzymało jakąś pomoc z zewnątrz w formie:** [Ankieter: zakreślić właściwą odpowiedź, w przypadku braku odpowiedzi na którekolwiek pytanie, przejść do bloku pytań C]

|   |                                                                                                              |
|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | Finansowej (Ankieter: pieniądze, które są przekazywane dla gospodarstwa domowego seniora lub samego seniora) |
| 2 | Rzeczowej (Ankieter: np. środki czystości, leki, żywność, odzież)                                            |
| 3 | Usług (transport, opiekun, dowóz, pomoc w różnych sprawach)                                                  |

**17. Kto takiej pomocy udzielił?**

|   |                                                               |
|---|---------------------------------------------------------------|
| 1 | Rodzina                                                       |
| 2 | Znajomi, sąsiedzi                                             |
| 3 | Instytucja publiczna (np. pracownicy socjalni, opiekunki PCK) |
| 4 | Firma prywatna                                                |
| 5 | Inne                                                          |

### C. Ocena jakości życia

**18. Czy zgadza się Pani/Pan z następującymi stwierdzeniami?**  
(Zaznacz jedną odpowiedź, która najlepiej oddaje Pani/Pana pogląd).

|                                                                      | Tak,<br>stale | Tak<br>zdarza<br>się,<br>dość<br>często | Tak,<br>zdarza się<br>od czasu<br>do czasu | Nie,<br>nigdy | Trudno<br>powiedzieć |
|----------------------------------------------------------------------|---------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------|---------------|----------------------|
| Często czuję się samotny/a.                                          | 1             | 2                                       | 3                                          | 4             | 5                    |
| Mam problemy z poruszaniem się poza miejscem zamieszkania.           | 1             | 2                                       | 3                                          | 4             | 5                    |
| Potrzebuję pomocy w codziennej higienie osobistej.                   | 1             | 2                                       | 3                                          | 4             | 5                    |
| Myślę o przeprowadzce ze względów zdrowotnych w najbliższych latach. | 1             | 2                                       | 3                                          | 4             | 5                    |
| Mam trudności z robieniem zakupów samemu.                            | 1             | 2                                       | 3                                          | 4             | 5                    |
| Mam problem z samodzielnym dotarciem do lekarza.                     | 1             | 2                                       | 3                                          | 4             | 5                    |

|                                                                  |   |   |   |   |   |
|------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| Nie realizuję zalecanej rehabilitacji.                           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Nie utrzymuję kontaktów towarzyskich z bliskimi, sąsiadami.      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Zapominam o terminach, umówionych spotkaniach.                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Zapominam o regularnym spożywaniu przepisanych leków.            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Wymagam pomocy w codziennych pracach domowych, sprzątaniu.       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Mam wystarczająco energii w życiu codziennym.                    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Jestem zadowolony/a z moich obecnych warunków bytowych.          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Moje miejsce zamieszkania jest stosowne do mojego stanu zdrowia. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Mam wystarczająco dużo pieniędzy na realizację swoich potrzeb.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Nie mam problemów w przygotowywaniu i spożywaniu posiłków.       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**19. Czy w ciągu ostatnich 12. miesięcy potrzebował(a) Pani/Pan pomocy w wykonywaniu następujących czynności?**

|                                               | Tak | Nie | Trudno powiedzieć |
|-----------------------------------------------|-----|-----|-------------------|
| Sprzątanie mieszkania, domu                   |     |     |                   |
| Pranie, prasowanie                            |     |     |                   |
| Wizyta u lekarza                              |     |     |                   |
| Spacer                                        |     |     |                   |
| Odwiedziny znajomych                          |     |     |                   |
| Planowanie budżetu domowego, robienie zakupów |     |     |                   |
| Sporządzanie posiłków                         |     |     |                   |
| Regularne przyjmowanie leków                  |     |     |                   |

**20. Jak często odwiedzał(a) Pani/Pan w ciągu ostatnich 12. miesięcy**

|                                 | Kilkanaście razy | Kilka razy (od 5 do 10) | Mniej niż 5 razy | Wcale |
|---------------------------------|------------------|-------------------------|------------------|-------|
| Członków rodziny                |                  |                         |                  |       |
| Znajomych, przyjaciół           |                  |                         |                  |       |
| Pocztą, lekarz, urząd gminy     |                  |                         |                  |       |
| Lekarz, ośrodek rehabilitacyjny |                  |                         |                  |       |

**21. Proszę odpowiedzieć na pytania dotyczące częstotliwości zdarzeń w Pani/Pana życiu w ciągu ostatnich 12. miesięcy**

|                                                                           | Kilkanaście razy | Kilka razy (od 5 do 10) | Mniej niż 5 razy | Wcale |
|---------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------------------|------------------|-------|
| Czy ma Pani/Pan sposobność realizowania swoich zainteresowań?             |                  |                         |                  |       |
| Kiedy dokonał(a) Pani/Pan zakupu rzeczy na którą miał(a) Pani/Pan ochotę? |                  |                         |                  |       |
| Kiedy ostatnio wyjeżdżał(a) Pani/ Pan poza miejsce zamieszkania?          |                  |                         |                  |       |
| Kiedy Pani/Pan uzyskał(a) wsparcie najbliższych w potrzebie?              |                  |                         |                  |       |
| Jak często zdarzają się awarie w miejscu zamieszkania?                    |                  |                         |                  |       |
| Kiedy dokonywał(a) Pani/Pan remontu w miejscu zamieszkania?               |                  |                         |                  |       |
| Kiedy miał(a) Pani/Pan ostatnią wizytę lekarską?                          |                  |                         |                  |       |

**22. Jak ogólnie ocenia Pani/ Pan stan swojego zdrowia [Ankieta: nie dzisiaj, ale w ogóle w ostatnim czasie]**

| Bardzo dobrze | Dobrze | Źle | Bardzo źle | Trudno powiedzieć |
|---------------|--------|-----|------------|-------------------|
| 1             | 2      | 3   | 4          | 5                 |

**23. Jak często korzystał(a) Pani/Pan w ciągu ostatnich 12. miesięcy z usług:**

|                                                | Kilkanaście razy | Kilka razy (od 5 do 10) | Mniej niż 5 razy | Wcale |
|------------------------------------------------|------------------|-------------------------|------------------|-------|
| Lekarza pierwszego kontaktu                    |                  |                         |                  |       |
| Lekarza specjalisty                            |                  |                         |                  |       |
| Rehabilitacji                                  |                  |                         |                  |       |
| Pogotowia ratunkowego                          |                  |                         |                  |       |
| Pobyty w szpitalu                              |                  |                         |                  |       |
| Pobyty w sanatorium, turnusu rehabilitacyjnego |                  |                         |                  |       |

**D. Oczekiwania związane ze świadczeniem usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania seniora****24. Kto Pani/Pana zdaniem powinien przede wszystkim zajmować się opieką nad osobami starszymi?**

|   |                                                                                                    |
|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | Dzieci powinny ich przygarnąć do siebie i się nimi zajmować                                        |
| 2 | Dzieci powinny się nimi zajmować, chociaż niekoniecznie ich do siebie przygarnąć i mieszkać z nimi |
| 3 | Osobami starszymi powinny się zajmować odpowiednie instytucje publiczne                            |
| 4 | Osobami starszymi powinny zajmować się organizacje pozarządowe, czyli fundacje lub stowarzyszenia  |
| 5 | Osobami starszymi powinny zajmować się instytucje kościelne                                        |
| 6 | Osoby starsze powinny sobie radzić same                                                            |

**25. A kto przede wszystkim powinien ponosić koszty związane z opieką nad osobami starszymi?**

|   |                                                                  |
|---|------------------------------------------------------------------|
| 1 | Osoby starsze samodzielnie (z pensji, renty, zasiłku, emerytury) |
| 2 | Najbliższa rodzina osób starszych                                |
| 3 | Dalsza rodzina                                                   |
| 4 | Opieka społeczna, instytucje państwowe                           |
| 5 | Organizacje pozarządowe (fundacje, stowarzyszenia)               |
| 6 | Organizacje kościelne                                            |
| 7 | Ktoś inny                                                        |

**26. Jeśli miał(aby) Pani/Pan możliwość korzystania z usług opiekuńczych, w jakich sytuacjach byłaby Pani/Panu najbardziej potrzebna pomoc?**

|                                                                                              | Zdecydowanie<br>tak | Raczej<br>tak | Raczej<br>nie | Zdecydowanie<br>nie | Trudno<br>powiedzieć |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------|---------------|---------------------|----------------------|
| Organizowanie spacerów.                                                                      | 1                   | 2             | 3             | 4                   | 5                    |
| Utrzymywanie kontaktów ze społecznością lokalną, wizyty u znajomych, koła zainteresowań itp. | 1                   | 2             | 3             | 4                   | 5                    |
| Pomoc w zakupach spożywczych lub gospodarstwa domowego.                                      | 1                   | 2             | 3             | 4                   | 5                    |
| Pomoc przy planowaniu budżetu domowego, listy zakupów, informowanie o cenach towarów.        | 1                   | 2             | 3             | 4                   | 5                    |
| Pomoc w wypełnianiu dokumentów urzędowych.                                                   | 1                   | 2             | 3             | 4                   | 5                    |
| Załatwianie za mnie spraw urzędowych, na pocztę, w ośrodku pomocy społecznej.                | 1                   | 2             | 3             | 4                   | 5                    |
| Przygotowywanie posiłków.                                                                    | 1                   | 2             | 3             | 4                   | 5                    |
| Pomoc w spożywaniu posiłków.                                                                 | 1                   | 2             | 3             | 4                   | 5                    |
| Pranie bielizny pościelowej i bielizny osobistej.                                            | 1                   | 2             | 3             | 4                   | 5                    |
| Utrzymywanie w czystości naczyń stołowych i innego sprzętu gospodarstwa domowego.            | 1                   | 2             | 3             | 4                   | 5                    |
| Pomoc w higienie codziennej, na przykład w myciu, kąpieli, czesaniu.                         | 1                   | 2             | 3             | 4                   | 5                    |
| Ubieranie.                                                                                   | 1                   | 2             | 3             | 4                   | 5                    |
| Pomoc w załatwianiu potrzeb fizjologicznych.                                                 | 1                   | 2             | 3             | 4                   | 5                    |
| Pielęgnacja zalecona przez lekarza, opatrunki, podawanie leków.                              | 1                   | 2             | 3             | 4                   | 5                    |
| Uzgadnianie i pilnowanie wizyt lekarskich i badań diagnostycznych.                           | 1                   | 2             | 3             | 4                   | 5                    |

*Dziękujemy za wypełnienie ankiety*

*Wyniki ankiety i podsumowanie będą dostępne na stronach internetowych [www.kigs.org.pl](http://www.kigs.org.pl)*



**Organizator projektu:**

„Nowa Jakość dla Seniora”

Projekt współfinansowany ze środków Rządowego Programu na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2014-2020

## Załącznik 3.2 – Ankieta do drugiego badania ilościowego

„Nowa Jakość dla Seniora”  
Kryteria dostępności i certyfikacji usług opiekuńczych**A. Ogólna sytuacja****1. Płeć**

|                          |           |
|--------------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> | Mężczyzna |
| <input type="checkbox"/> | Kobieta   |

**2. Proszę podać rok urodzenia**

.....

**3. Z ilu osób składa się Pani/Pana gospodarstwo domowe (włączając Panią/Pana)?***[Ankieter: ile osób zamieszkuje razem z seniorem, wpisać liczbę osób]*

|                      |      |
|----------------------|------|
| <input type="text"/> | osób |
|----------------------|------|

**4. Stan cywilny**

|   |                                                                          |
|---|--------------------------------------------------------------------------|
| 1 | Jestem w związku małżeńskim.                                             |
| 2 | Jestem stanu wolnego (wdowiec/wdowa, osoba rozwiedziona, kawaler/panna). |
| 3 | Jestem stanu wolnego, ale w związku partnerskim.                         |

**5. Jak jest Pani/Pana wykształcenie?**

|   |                     |
|---|---------------------|
| 1 | Niepełne podstawowe |
| 2 | Podstawowe          |
| 3 | Zawodowe            |
| 4 | Średnie             |
| 5 | Wyższe              |

**6. Jak ogólnie ocenia Pani/Pan stan swojego zdrowia?***[Ankieter: nie dzisiaj, ale w ogóle w ostatnim czasie]*

| Bardzo dobrze | Dobrze | Trudno powiedzieć | Bardzo źle | Źle |
|---------------|--------|-------------------|------------|-----|
| 1             | 2      | 3                 | 4          | 5   |

**7. Proszę powiedzieć, czy aktualnie korzysta Pani/Pan z pomocy:**

|                                                         |         |         |
|---------------------------------------------------------|---------|---------|
| 1-Rodziny                                               | 1 - Tak | 2 - Nie |
| 2-Znajomych / sąsiadów                                  | 1 - Tak | 2 - Nie |
| 3-Instytucji publicznych, np. Ośrodka Pomocy Społecznej | 1 - Tak | 2 - Nie |
| 4-Instytucji charytatywnych, np. Caritas                | 1 - Tak | 2 - Nie |
| 5-Firmy prywatnej za opłatą                             | 1 - Tak | 2 - Nie |

**B. Kompetencje personelu**

8. Niezależnie od tego, czy korzysta Pani/Pan z jakiegokolwiek formy pomocy proszę powiedzieć, jakie cechy opiekuna są ważne dla Pani/Pana – czym powinien charakteryzować się „dobry opiekun”?

Proszę każdą cechę ocenić w skali od 0 (cecha w ogóle nieistotna) do 5 (cecha bardzo istotna).

|    |                                                         | 0 –<br>w ogóle<br>nieistotne | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 –<br>bardzo<br>istotne |
|----|---------------------------------------------------------|------------------------------|---|---|---|---|--------------------------|
| 1  | Cierpliwość                                             | 0                            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5                        |
| 2  | Czystość / schludność                                   | 0                            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5                        |
| 3  | Doświadczenie w opiece                                  | 0                            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5                        |
| 4  | Dyskrecja                                               | 0                            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5                        |
| 5  | Gospodarność                                            | 0                            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5                        |
| 6  | Pewność siebie                                          | 0                            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5                        |
| 7  | Poczucie humoru                                         | 0                            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5                        |
| 8  | Punktualność                                            | 0                            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5                        |
| 9  | Sumienność                                              | 0                            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5                        |
| 10 | Uczciwość                                               | 0                            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5                        |
| 11 | Umiejętność nawiązania dyskusji                         | 0                            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5                        |
| 12 | Wiedza jak pomagać innym (formalne<br>wyszkolenie)      | 0                            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5                        |
| 13 | Wiedza o bieżących wydarzeniach<br>w kraju i na świecie | 0                            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5                        |
| 14 | Wyrozumiałość                                           | 0                            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5                        |
| 15 | Wysoka kultura osobista                                 | 0                            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5                        |
| 16 | Życzliwość                                              | 0                            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5                        |

9. Niezależnie od tego czy aktualnie korzysta Pani/Pan z pomocy rodziny, OPS, firmy prywatnej, proszę powiedzieć, kogo wolal(a)by Pani/Pan, jako opiekuna:

|   |               |
|---|---------------|
| 1 | Mężczyznę     |
| 2 | Kobietę       |
| 3 | Bez znaczenia |

10. Mniej więcej w jakim wieku powinna być osoba pomagająca Pani/Panu?

|   |           |   |       |   |       |    |             |
|---|-----------|---|-------|---|-------|----|-------------|
| 1 | do 20 lat | 4 | 31-35 | 7 | 46-50 | 10 | 61 i więcej |
| 2 | 21-25     | 5 | 36-40 | 8 | 51-55 |    |             |
| 3 | 26-30     | 6 | 41-45 | 9 | 56-60 |    |             |

**11. Czy zaakceptował(a)by Pani/Pan opiekuna palącego papierosy?**

|   |                                                          |
|---|----------------------------------------------------------|
| 1 | Tak                                                      |
| 2 | Tak, ale gdyby nie palił w mojej bezpośredniej obecności |
| 3 | Nie                                                      |

**C. Organizacja i zarządzanie usługami opiekuńczymi****12. Niezależnie od tego czy aktualnie korzysta Pani/Pan z pomocy rodziny, OPS, firmy prywatnej, proszę powiedzieć, czy - a jeżeli tak, to o jakiej porze potrzebuje Pani/Pan pomocy?**

|               | 1 - Tak | 2 - Nie |
|---------------|---------|---------|
| 1-Rano        | 1       | 2       |
| 2-Południe    | 1       | 2       |
| 3-Po południu | 1       | 2       |
| 4-Wieczorem   | 1       | 2       |

[Ankieter: jeżeli nie potrzebuje Pani/Pan pomocy (wszystkie odpowiedzi przeczące), to proszę sobie wyobrazić, że pomoc taka jest Pani/Panu potrzebna – następnie ankieter zadaje kolejne pytania.]

**13. Z jaką częstotliwością powinien odwiedzać Panią/Pana personel opiekuńczy?**

|   |                                                          |
|---|----------------------------------------------------------|
| 1 | Codziennie                                               |
| 2 | W każdy dzień roboczy (od poniedziałku do piątku)        |
| 3 | W niektóre dni robocze (np. poniedziałek, środa, piątek) |
| 4 | Tylko w dni wolne (sobota, niedziela)                    |
| 5 | Dni chciał(a)bym ustalać indywidualnie                   |
| 6 | Trudno powiedzieć                                        |

**14. W jaki sposób chciał(a)by Pani/Pan ustalać godziny wizyt personelu opiekuńczego?**

|   |                                                                            |
|---|----------------------------------------------------------------------------|
| 1 | Za każdym razem chciał(a)bym indywidualnie ustalać godziny wizyt personelu |
| 2 | Godziny wizyt ustalane na określony czas, np. na miesiąc.                  |
| 3 | Godziny wizyt powinny być stałe.                                           |

**15. Czy chciał(a)by mieć Pani/Pan wpływ (współdecydować) kto byłby Pani/Pana opiekunem?**

|   |                   |
|---|-------------------|
| 1 | Tak               |
| 2 | Trudno powiedzieć |
| 3 | Nie               |

**16. Czy personel opiekuńczy powinien być wyposażony w identyfikator ułatwiający rozpoznanie?**

|   |                   |
|---|-------------------|
| 1 | Tak               |
| 2 | Trudno powiedzieć |
| 3 | Nie               |

**17. Czy gdyby miała Pani/Pan opiekuna, to czy powinien on być cały czas ten sam czy nie?**

|   |                                                                           |
|---|---------------------------------------------------------------------------|
| 1 | Opiekun nie powinien się zmieniać, powinien być cały czas ten sam.        |
| 2 | Opiekunowie mogliby się zmieniać, ale nie częściej niż raz na 3 miesiące. |
| 3 | Opiekunowie mogliby się zmieniać się, częściej niż raz na 3 miesiące.     |

**18. Czy chciał(a)by Pan/Pani oceniać pracę opiekunów (np. poprzez ankiety, wywiady telefoniczne, wywiady osobiste itp.)?**

|   |                                           |
|---|-------------------------------------------|
| 1 | Tak – przejść do pytania 19               |
| 2 | Trudno powiedzieć – przejść do pytania 20 |
| 3 | Nie – przejść do pytania 20               |

**19. Jeżeli tak, to jak często?**

[Ankieter: pytanie zadawane, gdy w poprzednim respondent odpowiedział „Tak”]

|   |                                |
|---|--------------------------------|
| 1 | Raz w roku lub rzadziej        |
| 2 | Raz na pół roku                |
| 3 | Raz na kwartał (trzy miesiące) |
| 4 | Raz w miesiącu                 |
| 5 | Częściej                       |

**20. Jak Pani/Pan uważa, jakie rozwiązanie byłoby lepsze dla Pani/Pana:**

|   |                                                                                                                                                                                                      |
|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | Mam do dyspozycji określoną liczbę godzin, w ramach których opiekun pomaga mi. Przykładowo: w czasie 2 godzin opiekun może pomóc mi w różnych czynnościach, niezależnie od tego, ile będą one trwać. |
| 2 | Opiekun ma określony czas i zadania do wykonania, np. 10 minut na przygotowanie śniadania, 60 minut na sprząatanie.                                                                                  |

**21. Proszę powiedzieć, co jeszcze Pani/Pana zdaniem jest ważne przy doborze opiekuna, jego pracy oraz organizacji usług opiekuńczych.**

.....

.....

.....

.....

.....

**D. Procedury reklamacyjne**

[Ankieter – należy cały czas mieć na uwadze, że jeżeli respondent deklaruje, że nie potrzebuje pomocy, to dalsze pytania zadaje się prosząc go, aby dalej wyobrażał sobie, że pomocy takiej potrzebuje.]

**22. Czy chciał(a)by Pani/Pan mieć możliwość reklamowania usług opiekuńczych?**

|   |                                           |
|---|-------------------------------------------|
| 1 | Tak – przejść do pytania 23               |
| 2 | Nie – przejść do pytania 24               |
| 3 | Trudno powiedzieć – przejść do pytania 24 |

**23. Jeżeli tak, to w jakiej postaci?**

|                                                                         | Tak | Nie |
|-------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| 1-Telefonicznie                                                         | 1   | 2   |
| 2-Osobiście (wizyta w domu)                                             | 1   | 2   |
| 3-Osobiście (wizyta w instytucji świadczącej opiekę)                    | 1   | 2   |
| 4-Poprzez wyznaczoną przeze mnie osobę (np. rodzina, znajomi, sąsiedzi) | 1   | 2   |
| 5-Inne, jakie?                                                          |     |     |
| .....                                                                   |     |     |
| .....                                                                   |     |     |

**24. W jakim czasie od zgłoszenia reklamacji powinna zostać ona rozpatrzona?**

|   |                    |
|---|--------------------|
| 1 | W tym samym dniu   |
| 2 | W czasie 1-3 dni   |
| 3 | W ciągu 4-7 dni    |
| 4 | Więcej niż tydzień |

## 25. W jakich okolicznościach powinien być zmieniony opiekun?

|    |                                                                                                                | 1 - Tak | 2 - Trudno powiedzieć | 3 - Nie |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-----------------------|---------|
| 1  | Brak umiejętności wykonywania pracy                                                                            | 1       | 2                     | 3       |
| 2  | Brak zaangażowania w pracę                                                                                     | 1       | 2                     | 3       |
| 3  | Kradzieże                                                                                                      | 1       | 2                     | 3       |
| 4  | Niekulturalne zachowanie                                                                                       | 1       | 2                     | 3       |
| 5  | Nieusprawiedliwione opuszczenie terminu zaplanowanej wizyty (niestawienie się bez wcześniejszej informacji)    | 1       | 2                     | 3       |
| 6  | Niszczenie mienia                                                                                              | 1       | 2                     | 3       |
| 7  | Przemoc fizyczna (naruszenie nietykalności osobistej)                                                          | 1       | 2                     | 3       |
| 8  | Przemoc psychiczna: obelgi, wyzwiska, wyśmiewanie                                                              | 1       | 2                     | 3       |
| 9  | Przychodzenie do pracy pod wpływem środków odurzających (alkohol, narkotyki lub inne substancje psychoaktywne) | 1       | 2                     | 3       |
| 10 | Spóźnienia                                                                                                     | 1       | 2                     | 3       |
| 11 | Spożywanie alkoholu w trakcie pracy                                                                            | 1       | 2                     | 3       |
| 12 | Sprowadzanie osób trzecich do domu podopiecznego                                                               | 1       | 2                     | 3       |

**E. Kwestie finansowe**

26. Aktualnie wysokość przeciętnej emerytury w Polsce wg Zakładu Ubezpieczeń Społecznych wynosi 1808 złotych netto (na rękę). Proszę powiedzieć, czy Pani/Pana indywidualne dochody są niższe, porównywalne, czy wyższe od tej wartości.

|   |                                    |
|---|------------------------------------|
| 1 | Są niższe od tej wartości          |
| 2 | Są bardzo zbliżone do tej wartości |
| 3 | Są wyższe od tej wartości          |

27. Czy Pani/Pan może płacić za usługi opiekuńcze, które Pani/Pan wskazał(a)?

|   |                   |
|---|-------------------|
| 1 | Tak               |
| 2 | Nie               |
| 3 | Trudno powiedzieć |

28. Ile maksymalnie miesięcznie był(a)by Pani/Pan w stanie płacić za usługi opiekuńcze?

..... złotych miesięcznie

*Dziękuję za wypełnienie ankiety.*

*Wyniki ankiety i podsumowanie będą dostępne na stronach internetowych [www.kigs.org.pl](http://www.kigs.org.pl).*



**Organizator projektu:**

„Nowa Jakość dla Seniora”

Projekt współfinansowany ze środków Rządowego Programu na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2014-2020

## 8 Wykaz skrótów

|               |                                                                                                                                                                 |
|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| AAI           | Active Ageing Index (Indeks Aktywnego Starzenia się)                                                                                                            |
| APA           | Allocation personnalisée à l'autonomie (spersonalizowany zasiłek dla utrzymania niezależności)                                                                  |
| BMFSFJ        | Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (niemieckie federalne Ministerstwo Rodziny, Seniorów, Kobiet i Młodzieży)                            |
| DIN           | Deutsches Institut für Normung e. V.                                                                                                                            |
| EFS           | Europejski Fundusz Społeczny                                                                                                                                    |
| EIP-AHA       | European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing (Europejskie Partnerstwo na rzecz innowacji sprzyjającej aktywnemu starzeniu się w dobrym zdrowiu) |
| EUREGIO       | Przygraniczne części Dolnej Saksonii i Nadrenii Północnej-Westfalii w Niemczech oraz niderlandzkich regionów Geldrii, Overijssel i Drenthe                      |
| Eurobarometer | Badania opinii publicznej                                                                                                                                       |
| EU-SILC       | European Union Statistics on Income and Living Conditions (badania nt. dochodów i warunków życia)                                                               |
| Eurostat      | Europejski Urząd Statystyczny                                                                                                                                   |
| GUS           | Główny Urząd Statystyczny                                                                                                                                       |
| IQD           | Qualitätssiegel des Instituts für Qualitätskennzeichnung von sozialen Dienstleistungen GmbH                                                                     |
| KE            | Komisja Europejska                                                                                                                                              |
| KIGS          | Krajowy Instytut Gospodarki Senioralnej                                                                                                                         |
| MOPS          | Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej                                                                                                                               |
| NQZ           | Nationales Qualitätszertifikat für Alten- und Pflegeheime (narodowy certyfikat jakościowy usług w domach starców i domach opieki)                               |
| OECD          | Organisation for Economic Co-operation and Development (Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju)                                                          |
| OPS           | Ośrodek Pomocy Społecznej                                                                                                                                       |
| PKB           | Produkt Krajowy Brutto                                                                                                                                          |
| SPC           | Social Protection Committee (Komitet Ochrony Socjalnej)                                                                                                         |
| SGB XI        | Elftes Buch Sozialgesetzbuch (XI Księga Społeczna)                                                                                                              |
| SHARE         | Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (Badanie zdrowia, starzenia się i emerytur w Europie)                                                         |
| TFUE          | Traktat o Funkcjonowaniu Unii Europejskiej                                                                                                                      |
| UE            | Unia Europejska                                                                                                                                                 |
| UNECE         | United Nations Economic Commission for Europe (Komisja Narodów Zjednoczonych dla Europy)                                                                        |
| Wrzos         | Wspólnota Robocza Związków Organizacji Socjalnych                                                                                                               |

## 9 Bibliografia

### **Akty prawne, projekty aktów prawnych, programy rządowe**

#### Polska

- Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 22.09.2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych, Dz.U. Nr 189, poz. 1598.
- Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks Pracy, Dz. U. z 2014 r. poz. 1502 ze zm.
- Ustawa z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych, Dz. U. z 2013 r. poz. 907, z późn. zm.
- Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, Dz. U. z 2015 r. poz. 163, 693, tekst jednolity.
- Zarządzenie nr 72/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 20 października 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju.
- Zarządzenie Prezydent m. st. Warszawy nr 258/2015 z dnia 6 marca 2015 r. w sprawie ustalenia średniego miesięcznego kosztu utrzymania mieszkańca w domach pomocy społecznej na terenie m.st. Warszawy w 2015 r. wraz z załącznikami.  
<https://bip.warszawa.pl/NR/exeres/E476BDB9-C4B3-4CFB-8C1C-17D7915C79AE,frameless.htm> (dostęp: 09.11.2015)
- Projekt ustawy o pomocy osobom niesamodzielnym. [http://niesamodzielnym.pl/wp-content/uploads/2015/03/projekt-UPN\\_uzasadnienie\\_ekspertyza\\_FIN\\_17.03.2015.pdf](http://niesamodzielnym.pl/wp-content/uploads/2015/03/projekt-UPN_uzasadnienie_ekspertyza_FIN_17.03.2015.pdf) (dostęp: 14.08.2015)
- Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015, załącznik do uchwały nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007 r.
- Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014-2020, załącznik do uchwały nr 238 Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2013 r. (M.P., poz. 118).

#### Unia Europejska

- Decyzja Parlamentu Europejskiego i Rady nr 940/2011/UE z dnia 14 września 2011 r. w sprawie Europejskiego Roku Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej (2012). <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/HTML/?uri=CELEX:32011D0940&from=EN> (dostęp: 11.09.2015)
- Decyzja Rady 2000/436/WE z dnia 29 czerwca 2000 r. ustanawiająca Komitet Ochrony Socjalnej; Decyzja Rady (UE) 2015/773 z dnia 11 maja 2015 r. ustanawiająca Komitet Ochrony Socjalnej. <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/HTML/?uri=CELEX:32015D0773&from=EN> (dostęp: 11.09.2015)
- Rada UE, Oświadczenie Rady w sprawie Europejskiego Roku Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej (2012): Dalsze działania, 07.12.2012. <http://register.consilium.europa.eu/doc/srv?l=PL&f=ST%2017468%202012%20INIT> (dostęp: 11.09.2015)
- Konkluzje Rady Europejskiej z Göteborg, 15-16.06.2001. <http://www.consilium.europa.eu/en/european-council/conclusions/pdf-1993-2003/G%C3%96TEBORG-EUROPEAN-COUNCIL--PRESIDENCY-CONCLUSIONS-15-16-JUNE-2001/> (dostęp: 11.09.2015)

- Konkluzje Rady Europejskiej z Brukseli, 20-21.03.2003.  
<http://www.consilium.europa.eu/en/european-council/conclusions/pdf-1993-2003/PRESIDENCY-CONCLUSIONS-BRUSSELS-EUROPEAN-COUNCIL-20-AND-21-MARCH-2003/> (dostęp: 11.09.2015)
- Program Operacyjny Wiedza, Edukacja, Rozwój (PO WER), Załącznik 2a do Szczegółowego Opisu Osi Priorytetowych (SZOOP): Tabela wskaźników rezultatu bezpośredniego i produktu dla działań i poddziałań.  
<http://www.power.gov.pl/media/6116/zalacznik2a.pdf> (dostęp: 19.09.2015)

### Austria

- Bundesgesetz, mit dem das Bundes-Seniorengesetz geändert wird. <http://www.nqz-austria.at/assets/BGBL.-I-Nr.-94-2012.pdf> (dostęp: 14.08.2015)
- Bundesgesetz, mit dem ein Pflegegeld eingeführt wird (Bundespfllegegeldgesetz), BGBL. Nr. 110/1993, z późn. zm.  
<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10008859> (dostęp: 14.08.2015)
- Bundesgesetz über die Förderung von Anliegen der älteren Generation (Bundes-Seniorengesetz).  
<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10001535> (dostęp: 14.08.2015)
- BMASK, Richtlinie für die Vorbereitung und Durchführung der Zertifizierung nach dem NQZ, 2. wydanie, 2014. <http://www.nqz-austria.at/assets/Richtlinie-NQZ-19.12.2014.pdf> (dostęp: 14.08.2015)
- BMASK, Altern und Zukunft – Bundesplan für Seniorinnen und Senioren, 4. wydanie, 2013.  
[http://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/4/7/6/CH2229/CMS1218014040042/bundesseniorenplan\\_kompl.pdf](http://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/4/7/6/CH2229/CMS1218014040042/bundesseniorenplan_kompl.pdf) (dostęp: 14.08.2015)

### Niemcy

- Gesetz zur Regelung von Verträgen über Wohnraum mit Pflege- oder Betreuungsleistungen (Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz – WBVG).  
<http://www.gesetze-im-internet.de/wbvg/BJNR231910009.html> (dostęp: 14.08.2015)
- Sozialgesetzbuch (SGB) – Elftes Buch (XI) – Soziale Pflegeversicherung.  
[http://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_11/BJNR101500994.html#BJNR101500994BJNG004200308](http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_11/BJNR101500994.html#BJNR101500994BJNG004200308) (dostęp: 14.08.2015)
- BMFSFJ, *Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen*, 11. wydanie, 2014.  
[http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/Charta-der-Rechte-hilfe-und-pflegebed-C3\\_BCrftiger-Menschen.property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf](http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/Charta-der-Rechte-hilfe-und-pflegebed-C3_BCrftiger-Menschen.property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf) (dostęp: 14.08.2015)
- BMFSFJ, *Modellprogramm „Gemeinschaftlich Wohnen - selbstbestimmt leben“*.  
<https://www.serviceportal-zuhause-im-alter.de/programme/programm-gemeinschaftlich-wohnen-selbstbestimmt-leben.html>; FGW e.V., *Gemeinschaftlich wohnen, selbstbestimmt leben*. <http://www.fgw-ev.de/index.php?id=zuhauseimalter0> (dostęp: 14.08.2015)
- BMFSFJ, *Zuhause im Alter – Wohnen im Alter*, 2015.  
<http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Aeltere-Menschen/zuhause-im-alter,did=128292.html> (dostęp: 14.08.2015)

- BMI, *Jedes Alter zählt – die Demographiestrategie der Bundesregierung*, 2012.  
[http://www.bundesregierung.de/Content/DE/\\_Anlagen/Demografie/demografiestrategie-langfassung.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=2](http://www.bundesregierung.de/Content/DE/_Anlagen/Demografie/demografiestrategie-langfassung.pdf?__blob=publicationFile&v=2) (dostęp: 14.08.2015)

### Niderlandy

BeterOud, *The National Care for the Elderly Programme*.

<http://www.beteroud.nl/ouderen/dutch-national-care-programme-for-the-elderly.html> (dostęp: 14.08.2015)

### Francja

- DGE, *Services à la personne – Charte nationale Qualité*, 2015.  
[http://www.entreprises.gouv.fr/files/files/directions\\_services/services-a-la-personne/qualite/depliant-charte-nationale-qualite-mars-2015.pdf](http://www.entreprises.gouv.fr/files/files/directions_services/services-a-la-personne/qualite/depliant-charte-nationale-qualite-mars-2015.pdf) (dostęp: 14.08.2015)
- Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, *Le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement – dossier de presse*, 2015.  
[http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/DP-adaptation\\_vieillessement.pdf](http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/DP-adaptation_vieillessement.pdf) (dostęp: 14.08.2015)

### Strony internetowe

### Polska

- Koalicja na Pomoc Niesamodzielnym, *Opieka długoterminowa na skraju przepaści*, 17.06.2015. <http://niesamodzielnym.pl/?p=2393> (dostęp: 14.08.2015)
- Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, *Kryteria przyznawania świadczeń*.  
<http://www.mpips.gov.pl/pomoc-spoleczna/formy-udzielanej-pomocy/kryteria-przysnawania-swiadczen/> (dostęp: 14.08.2015)
- Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, *Programy operacyjne EFS w perspektywie 2014-2020*. [http://senior.gov.pl/projekty\\_efs/pokaz/12](http://senior.gov.pl/projekty_efs/pokaz/12) (dostęp: 11.09.2015)
- Ministerstwo Zdrowia, *Opieka nad osobami starszymi*. <http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/opieka-nad-osobami-starszymi> (dostęp: 14.08.2015 r.)
- Ministerstwo Zdrowia, *Opieka paliatywna i hospicyjna w warunkach domowych*.  
<http://www.mz.gov.pl/leczenie/opieka-paliatywna-i-hospicyjna/opieka-paliatywna-i-hospicyjna-w-warunkach-domowych> (dostęp: 14.08.2015)
- MOPS Gdynia, *TELEOPIEKA – całodobowy monitoring osób starszych i niepełnosprawnych w miejscu zamieszkania*.  
[http://www.mopsgdynia.pl/www/index.php?option=com\\_content&task=view&id=1121&Itemid=1](http://www.mopsgdynia.pl/www/index.php?option=com_content&task=view&id=1121&Itemid=1) (dostęp: 14.08.2015)
- Ośrodek Pomocy Społecznej Dzielnicy Białołęka m. st. Warszawy, *Specyfika istotnych warunków zamówienia dla ogłoszenia 383384-2014*, 2014.  
[http://www.opsbialoleka.waw.pl/dokumenty/zamowienia/2014/SIWZ\\_21.11.2014.pdf](http://www.opsbialoleka.waw.pl/dokumenty/zamowienia/2014/SIWZ_21.11.2014.pdf) (dostęp: 09.11.2015)
- P. Diamond, „Czy demografia rozsądzi państwa dobrobytu?”, *Dziennik Gazeta Prawna*, 26.08.2011.  
[http://forsal.pl/artykuly/541803,czy\\_demografia\\_rozsadzi\\_panstwa\\_dobrobytu.html](http://forsal.pl/artykuly/541803,czy_demografia_rozsadzi_panstwa_dobrobytu.html) (dostęp: 27.11.2015)

- Polskie Centrum Opieki, *Aktualności: powszechny dostęp do teleopieki*. <http://www.centrum-opieki.pl/aktualnosci> (dostęp: 14.08.2015)
- Serwis Rodzina.gov.pl, *Świadczenia opiekuńcze*. <https://rodzina.gov.pl/swiadczenia/swiadczenia-opiekuncze> (dostęp: 14.08.2015)
- Stocznia, *Seniorzy*. <http://partycypacjaobywatelska.pl/seniorzy> (dostęp: 09.11.2015)

### Unia Europejska

- EUREGIO, *Das EUREGIO-Gebiet*. <http://www.euregio.eu/de/%C3%BCber-euregio/region-mitglieder> (dostęp: 14.08.2015)
- EurSafety Health-Net, *Euregional teilnehmende Alten-/Pflegeheime und Pflegedienste*. <http://www.eursafety.eu/DE/projektteilnehmer/pflegeeinrichtungen.html> (dostęp: 14.08.2015)
- EurSafety Health-Net, *Qualitäts- und Transparenzsigel Infektionsprävention für Alten- und Pflegeheime*. [http://www.eursafety.eu/DE/qualitaetssiegel/qualitaetsziele\\_pflege.html](http://www.eursafety.eu/DE/qualitaetssiegel/qualitaetsziele_pflege.html) (dostęp: 14.08.2015)
- Komisja Europejska, *About the European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing*. [http://ec.europa.eu/research/innovation-union/index\\_en.cfm?section=active-healthy-ageing&pg=about](http://ec.europa.eu/research/innovation-union/index_en.cfm?section=active-healthy-ageing&pg=about) (dostęp: 11.09.2015)
- Komisja Europejska, *Ageing Policy*. [http://ec.europa.eu/health/ageing/policy/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/ageing/policy/index_en.htm) (dostęp: 11.09.2015)
- Komisja Europejska, *Projekty dot. starzenia się*. [http://ec.europa.eu/health/ageing/projects/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/ageing/projects/index_en.htm) (dostęp: 11.09.2015)
- Komisja Europejska, *SPC, Adequate social protection for long-term care needs in an ageing society*, 2014. <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=738&langId=pl&pubId=7724&visible=1> (dostęp: 11.09.2015)
- Komisja Europejska, UNECE, *Active Ageing Index*. <http://www1.unece.org/stat/platform/display/AAL/Active+Ageing+Index+Home>, <http://www1.unece.org/stat/platform/display/AAL/IL+Ranking> (dostęp: 11.09.2015)

### Francja

- DGE, *S'engager dans la qualité avec la Charte nationale Qualité des services à la personne*, 2013. <http://www.entreprises.gouv.fr/services-a-la-personne/s-engager-dans-la-qualite-avec-la-charte-nationale-qualite-des-services-a-la> (dostęp: 14.08.2015)
- INSEE, *Adaptation de la société au vieillissement – Projet de loi, Le projet de loi en chiffres*. <http://www.social-sante.gouv.fr/espaces,770/personnes-agees-autonomie,776/dossiers,758/adaptation-de-la-societe-au,2971/le-projet-de-loi-en-chiffres,2975/quelques-donnees-cles,17314.html> (dostęp: 14.08.2015)
- Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, *Aide à domicile*, 2014. <http://www.social-sante.gouv.fr/espaces,770/personnes-agees-autonomie,776/dossiers,758/aide-a-domicile,886/aide-a-domicile,17581.html> (dostęp: 14.08.2015)
- Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, *L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile*, 2015. <http://www.social-sante.gouv.fr/espaces,770/aines,776/informations-pratiques,1329/fiches-pratiques-des-aides-aux,788/informations-pratiques,89/fiches-pratiques,91/l-allocation-personnalisee-d,1900/l-allocation-personnalisee-d,12399.html> (dostęp: 14.08.2015)

### Austria

- FSW – Wiener Pflege- und Betreuungsdienste GmbH, *Kurzfristige medizinische Hauskrankenpflege (spitalsersetzend)*. [http://www.mobile-hauskrankenpflege.at/med\\_hkp/](http://www.mobile-hauskrankenpflege.at/med_hkp/) (dostęp: 14.08.2015)
- NQZ, *Anforderungen*. <http://www.nqz-austria.at/zertifizierung/anforderungen/> (dostęp: 14.08.2015)
- NQZ, *NQZ-Zertifizierungseinrichtung*. <http://www.nqz-austria.at/nqz-organisation/> (dostęp: 14.08.2015)

### Niemcy

- BMG, *Bekanntmachung des GKV-Spitzenverbandes der Pflegekassen Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) in der teilstationären Pflege (Tagespflege)*, 2013. [http://www.mds-ev.de/media/pdf/2012\\_12\\_10\\_MuG\\_teilstationaer.pdf](http://www.mds-ev.de/media/pdf/2012_12_10_MuG_teilstationaer.pdf) (dostęp: 14.08.2015)
- BMG, *Pflegestufen*, 2015. <http://www.bmg.bund.de/themen/pflege/pflegebeduerftigkeit/pflegestufen.html> (dostęp: 14.08.2015)
- Caritas, *Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen (§ 37 SGB XI)*. [http://caritas.erzbistum-koeln.de/koeln\\_cv/caritas-sozialstationen/infolexikon/pv-ambulante-leistungen/pflegegeld.html](http://caritas.erzbistum-koeln.de/koeln_cv/caritas-sozialstationen/infolexikon/pv-ambulante-leistungen/pflegegeld.html) (dostęp: 14.08.2015)
- DIN, *Betreutes Wohnen*. <http://www.din.de/cmd?level=tpl-artikel&languageid=de&cmstextid=betreuteswohnen> (dostęp: 14.08.2015)
- IQD, *Qualitätsiegel für ambulante Dienste*. <http://www.iqd.de/Qualitaetssiegel-fuer-ambulante-Dienste.15.0.html> (dostęp: 14.08.2015)
- MDS e.V., *Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der ambulanten Pflege*, 2011. [http://www.mds-ev.de/media/pdf/2011\\_06\\_09\\_MuG\\_ambulant.pdf](http://www.mds-ev.de/media/pdf/2011_06_09_MuG_ambulant.pdf)
- MDS e.V., *Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der vollstationären Pflege*, 2011. [http://www.mds-ev.de/media/pdf/2011\\_06\\_09\\_MuG\\_stationaer.pdf](http://www.mds-ev.de/media/pdf/2011_06_09_MuG_stationaer.pdf)
- Wohlfahrtswerk für Baden-Württemberg, *Memorandum zur Qualität in Pflegeheimen des Wohlfahrtswerks für Baden-Württemberg*. [https://www.wohlfahrtswerk.de/fileadmin/daten/pdfs/Qualitaet/Wohlfahrtswerk\\_Qualitaet\\_smemorandum.pdf](https://www.wohlfahrtswerk.de/fileadmin/daten/pdfs/Qualitaet/Wohlfahrtswerk_Qualitaet_smemorandum.pdf) (dostęp: 14.08.2015)
- Wohlfahrtswerk für Baden-Württemberg, *Qualität in der Altenhilfe*. <https://www.wohlfahrtswerk.de/qualitaet.html> (dostęp: 14.08.2015)

Niderlandy

- Government of the Netherlands, *Care for older people – Living independently for longer*, <http://www.government.nl/issues/care-for-older-people/living-independently-for-longer>; IGZ, Ouderenzorg, <http://www.igz.nl/onderwerpen/verpleging-en-langdurige-zorg/ouderenzorg/index.aspx> (dostęp: 14.08.2015)
- Government of the Netherlands, *Care for older people – Vulnerable older people*, <http://www.government.nl/issues/care-for-older-people/vulnerable-older-people> (dostęp: 14.08.2015)
- Government of the Netherlands, Ministry of Health, *Welfare and Sport, DG Long-Term Care, Long-Term Care Department (DLZ)*, <http://www.government.nl/ministries/vws/organisation/dg-long-term-care> (dostęp: 14.08.2015)
- IGZ, Ouderenzorg, <http://www.igz.nl/onderwerpen/verpleging-en-langdurige-zorg/ouderenzorg/index.aspx> (dostęp: 14.08.2015)
- Rijksoverheid, *Kwaliteit loont in de zorg. Komunikat Minister Edith Schippers*, 06.02.2015, <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/kwaliteit-van-de-zorg/nieuws/2015/02/06/schippers-kwaliteit-loont-in-de-zorg.html> (dostęp: 14.08.2015)
- Rijksoverheid, *Kwaliteit van de zorg*, <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/kwaliteit-van-de-zorg> (dostęp: 14.08.2015)
- Zorg voor Beter, *Meer werken aan zelfredzaamheid*, 2014, <http://www.zorgvoorbeter.nl/ouderenzorg/Zelfredzaamheid-indicatoren.html> (dostęp: 14.08.2015)

Publikacje, raporty

- S. Balia, R. Brau, *A country for old men? Long-term home care utilization in Europe*, *Health Economics*, 2014, <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hec.2977/abstract> (dostęp: 11.09.2015)
- K. Balon, J. Staręga Piasek, G. Rutkiewicz, K. Stec, I. Szmaglińska, M. Zielony, *Standard usług opiekuńczych świadczonych dla osób starszych w miejscu zamieszkania*, 2011, [http://wrzos.org.pl/download/Zalacznik\\_9.pdf](http://wrzos.org.pl/download/Zalacznik_9.pdf) (dostęp: 20.09.2015)
- P. Błędowski, B. Szatur-Jaworska, Z. Szweda-Lewandowska, P. Kubicki, *Raport na temat sytuacji osób starszych w Polsce*, 2012, [http://senior.gov.pl/source/raport\\_osoby%20starsze.pdf](http://senior.gov.pl/source/raport_osoby%20starsze.pdf) (dostęp: 14.08.2015) Przytacza: Augustyn 2010, Szatur-Jaworska i inni 2006; Błędowski 2004; Błędowski 2002.
- F. Colombo et al., *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*, OECD Health Policy Studies, 2011, [http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/help-wanted\\_9789264097759-en](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/help-wanted_9789264097759-en) (dostęp: 14.08.2015)
- T. Grodzicki, *Projekt strategii rozwoju systemu opieki geriatrycznej i rozwiązań poprawiających jakość opieki nad osobami starszymi w systemie ochrony zdrowia*, 2011, [http://www.mz.gov.pl/\\_data/assets/pdf\\_file/0003/7689/51\\_geriatria\\_13072011.pdf](http://www.mz.gov.pl/_data/assets/pdf_file/0003/7689/51_geriatria_13072011.pdf) (dostęp: 14.08.2015)
- B. Mejsner, *Lokalne inicjatywy na rzecz ustalania kryteriów jakości i standaryzacji usług opiekuńczych świadczonych w miejscu zamieszkania – przykłady dobrych praktyk*, 2011, <http://ozrss.pl/wp-content/uploads/2015/04/Ekspertyza-ZE-OS.pdf> (dostęp: 14.08.2015)
- S. Pleschberger et al., *Lebensqualität im Alter bis „Zuletzt“, Die Bedeutung von informeller Hilfe für einen Verbleib zu Hause von alten und hochbetagten Menschen in Einpersonenhaushalten – Studie*, 2014.

- <http://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/3/7/6/CH2228/CMS1323865896868/umit-studie.pdf> (dostęp: 14.08.2015)
- D. Verbeek-Oudijk et al., *Who cares in Europe? A comparison of long-term care for the over-50s in sixteen European countries*, 2014.  
[www.scp.nl/dsresource?objectid=36940&type=org](http://www.scp.nl/dsresource?objectid=36940&type=org) (dostęp: 14.08.2015)
  - Koalicja na rzecz Zdrowego Starzenia się, *Zdrowe starzenie się: Biała Księga*, 2013 – A. Gębska-Kuczerowska, M. J. Wysocki, „Miejsce problemu starzejącego się społeczeństwa w polityce UE”.  
<http://www.starzejsiezdrowo.pl/themes/business/files/Raport26022013c.pdf> (dostęp: 11.09.2015)
  - Komisja Europejska, *Innovation for Active and Healthy Ageing. Final report*, 2015.  
[http://ec.europa.eu/research/innovation-union/pdf/active-healthy-ageing/ageing\\_summit\\_report.pdf](http://ec.europa.eu/research/innovation-union/pdf/active-healthy-ageing/ageing_summit_report.pdf) (dostęp: 11.09.2015)
  - Komisja Europejska, *The 2015 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2013-2060)*, 2015.  
[http://ec.europa.eu/economy\\_finance/publications/european\\_economy/2015/ec3\\_en.htm](http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2015/ec3_en.htm) (dostęp: 11.09.2015)
  - OECD, *“Long-term care beds in institutions and hospitals”, Health at a Glance 2013: OECD Indicators*, 2013. [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2013-78-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-78-en) (dostęp: 14.08.2015)
  - Stocznia, *Jak usłyszeć głos seniora? Praktyczny przewodnik po partycypacji obywatelskiej osób starszych*, 2014. [http://partycypacjaobywatelska.pl/wp-content/uploads/2013/08/jak\\_uslyszec\\_glos\\_seniora\\_2014.pdf](http://partycypacjaobywatelska.pl/wp-content/uploads/2013/08/jak_uslyszec_glos_seniora_2014.pdf) (dostęp: 14.08.2015)
  - UNECE, *Innovative and empowering strategies for care, Policy Brief on Ageing*, luty 2015. [http://www.unece.org/fileadmin/DAM/pau/age/Policy\\_briefs/ECE-WG.1-21-PB15.pdf](http://www.unece.org/fileadmin/DAM/pau/age/Policy_briefs/ECE-WG.1-21-PB15.pdf) (dostęp: 14.08.2015)

### **Dane statystyczne**

- BMFSFJ, *Daten zum demografischen Wandel in Deutschland*, 2011.  
<http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/daten-zum-demografischen-wandel-praesentation.property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf> (dostęp: 14.08.2015)
- Eurostat, *“Active ageing and solidarity between generations – A statistical portrait of the European Union 2012”*, Eurostat Statistical Books, 2011.  
<http://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/5740649/KS-EP-11-001-EN.PDF/1f0b25f8-3c86-4f40-9376-c737b54c5fcf> (dostęp: 11.09.2015)
- Eurostat, *GDP and beyond – Overview*. <http://ec.europa.eu/eurostat/web/gdp-and-beyond/overview> (dostęp: 11.09.2015)
- Eurostat, *Quality of Life*. [http://ec.europa.eu/eurostat/cache/infographs/qol/index\\_en.html](http://ec.europa.eu/eurostat/cache/infographs/qol/index_en.html) (dostęp: 11.09.2015)
- Główny Urząd Statystyczny, *Sytuacja demograficzna osób starszych i konsekwencje starzenia się ludności Polski w świetle prognozy na lata 2014-2050*, listopad 2014.  
<http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/sytuacja-demograficzna-osob-starszych-i-konsekwencje-starzenia-sie-ludnosc-polski-w-swietle-prognozy-na-lata-2014-2050,18,1.html> (dostęp: 24.11.2015)
- Komisja Europejska, *Active Ageing Report*, Special Eurobarometer 378, 2012.  
[http://ec.europa.eu/public\\_opinion/archives/ebs/ebs\\_378\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_378_en.pdf) (dostęp: 11.09.2015)
- Komisja Europejska, *Aktywne starzenie się*, Eurobarometer, 2011.  
[http://ec.europa.eu/public\\_opinion/archives/ebs/ebs\\_378\\_fact\\_pl\\_pl.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_378_fact_pl_pl.pdf) (dostęp: 11.09.2015)

