

Tomasz Borowiecki

Uniwersytet Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie

ORCID: 0009-0004-7435-8045

Zarządzanie jakością usług opiekuńczych w ośrodkach wsparcia dla seniorów w kontekście wsparcia rodzin

Quality management of care services in support centers for seniors in the context of family support

Wprowadzenie

Przemiany społeczno-gospodarcze oraz kulturowe podwyższyły stopę życiową ludności. Udoskonalony został system ochrony zdrowia społeczeństwa, a także podniesiony poziom kultury zdrowotnej, co w konsekwencji wpłynęło na znaczne przedłużenie długości trwania przeciętnego życia ludzkiego. Ustawiczny wzrost udziału ludzi 60+ i dożywających starości w ogólnej strukturze społeczeństwa postawił nowe zadania i wyzwania zarówno przed służbą zdrowia, jak i opieką społeczną. Zapewnienie tej grupie należytej, gwarantowanej opieki wymagało stworzenia odpowiednich placówek i zatrudnienia w nich fachowej kadry. Każde przedsiębiorstwo dąży do osiągnięcia lepszych wyników od przeciętnych w danym sektorze, do osiągnięcia założonego celu niezbędnej przewagi nad konkurentami, wiele firm stawia na jakość wykonywanych usług. Czy ośrodki wsparcia dla osób starszych mogą rywalizować między sobą jakością wykonywanych usług?

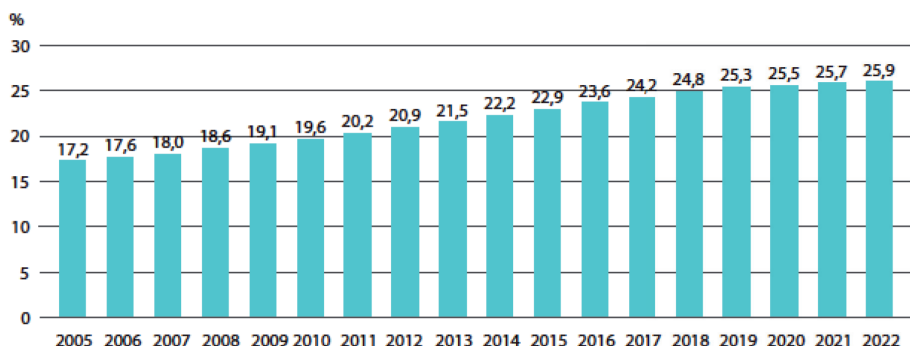
W uproszczonym myśleniu o wsparciu społecznym dla seniorów pojawiają się dwie instytucje: rodzina oraz dom opieki (dla tych, którzy

rodziny nie mają lub nie mogą na nią liczyć). Celem artykułu jest przedstawienie zarządzania jakością usług opiekuńczych jako elementu wpływającego na podniesienie jakości usług dla seniorów w ośrodkach wsparcia, a także pokazanie znacznie większej różnorodności instytucji i innych instrumentów pomocy, jakie istnieją w Polsce dla seniorów.

Starzenie społeczeństwa jako wyzwanie dla współczesnego świata

Świadomość nieuchronnego starzenia się ludności powoli staje się dla wszystkich państw Starego Kontynentu stałym elementem wizji przyszłości, który muszą uwzględniać w swojej polityce społecznej. W 2022 r. obserwowano kontynuację procesu starzenia się ludności w Polsce. Na koniec 2022 r. według danych GUS (2023) liczba osób w wieku 60 lat i więcej wyniosła 9,8 mln i w stosunku do roku poprzedniego zwiększyła się o 0,7%. Udział osób starszych w populacji mieszkańców Polski osiągnął poziom 25,9%, co oznacza wzrost o 0,2 p. proc. w porównaniu do roku poprzedniego. Wskaźnik obciążenia demograficznego osobami starszymi wzrósł do poziomu 29,9 z 28,9 w roku poprzednim. Wskaźnik ludności w wieku poprodukcyjnym na 100 osób w wieku produkcyjnym ukształtował się na poziomie 39,0, podczas gdy rok wcześniej wynosił 38,1. Według prognozy demograficznej w perspektywie do roku 2060 spodziewany jest stały wzrost liczby ludności w wieku senioralnym. W 2060 r. w Polsce ma mieszkać 11,9 mln osób starszych, tj. o 21,0% więcej niż w 2022 r., stanowiąc 38,3% ogółu ludności.

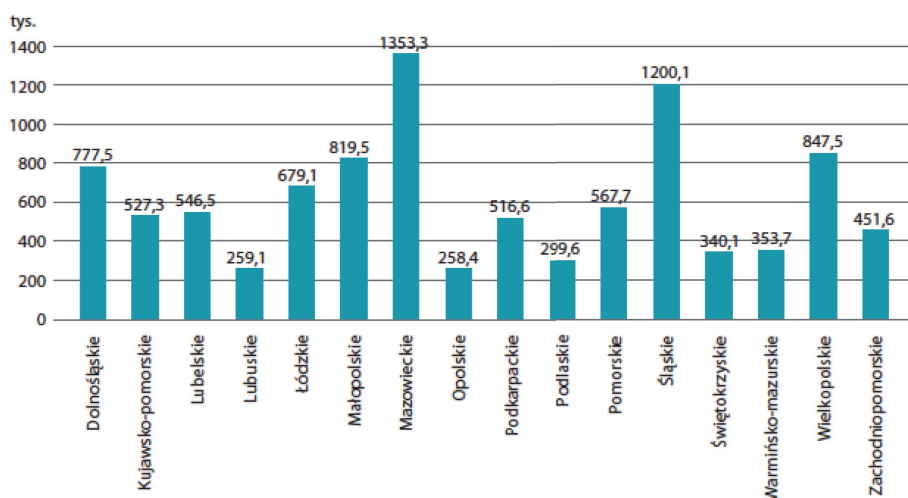
Wykres 1. Udział osób w wieku 60 lat i więcej w liczbie ludności ogółem (stan w dniu 31 grudnia 2022 r.)



Źródło: GUS (2023).

Liczba osób w wieku senioralnym jest istotnie zróżnicowana przestrzennie, co jest przede wszystkim konsekwencją dysproporcji ogólnej liczby ludności w poszczególnych województwach. W 2022 r. według GUS (2023) ponad jedna czwarta (26,1%) seniorów zamieszkiwała dwa województwa, tj. mazowieckie oraz śląskie. W województwie o najmniejszej liczbie osób starszych – lubuskim, mieszkało 2,6% ogólnej liczby osób starszych.

Wykres 2. Osoby w wieku 60 lat i więcej według województw w 2022 r. (stan w dniu 31 grudnia 2022 r.)

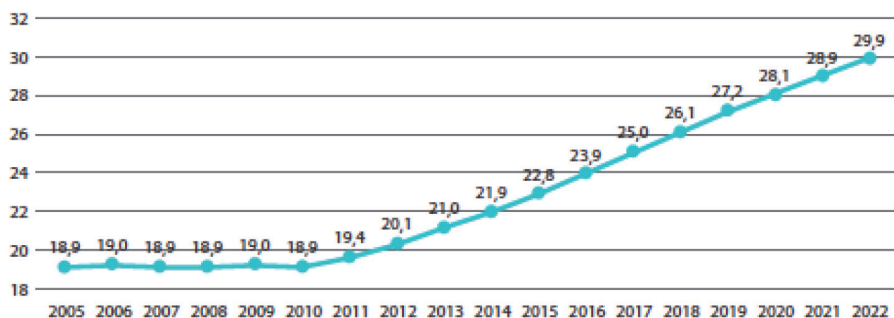


Źródło: GUS (2023).

W 2022 r. według GUS (2023) najliczniejszą grupę seniorów stanowiły osoby w wieku 65–69 lata. Ich udział w ogólnej liczbie osób starszych wyniósł 25,7%. Jest to zmiana, gdyż do ubiegłego roku w strukturze seniorów dominowała ich najmłodsza grupa, tj. osoby w wieku 60–64 lata. Najmniej liczną grupę stanowiły osoby w wieku 80–84 lata oraz 85 lat i więcej. W obu przypadkach udział osób z tej grupy wieku w populacji osób starszych ukształtował się w 2022 r. na poziomie 8,2%. W związku ze wzrostem liczby osób starszych w populacji rośnie mediana wieku mieszkańców Polski, która w 2022 r. ukształtowała się na poziomie 42,3. Mediana wieku kobiet była wyższa niż mężczyzn i wyniosła 44,0 wobec 40,7. Na wsi wyniosła 40,8, a w mieście 43,3. Spadek liczby ludności ogółem i wzrost liczby ludności w wieku senioralnym skutkuje wzrostem wskaźnika obciążenia demograficznego osobami starszymi (liczby osób w wieku 65 lat i więcej

przypadającej na 100 osób w wieku od 15 do 64 lat). Wskaźnik ten ukształtował się w 2022 r. na poziomie 29,9. Dynamiczny wzrost tego wskaźnika zauważalny jest od 2011 r. W latach 2005–2010 wahał się on między 18,9 a 19,0.

Wykres 3. Współczynnik obciążenia demograficznego osobami starszymi – w wieku 65 lat i więcej (Stan w dniu 31 grudnia 2022 r.)



Źródło: GUS (2023).

Warto dlatego przyjrzeć się bliżej definicji pojęć „starość” i „starzenie się”. Wszędzie tam, gdzie jest człowiek, są też osoby starsze. Starość następująca po młodości i dojrzałości jest naturalną końcową fazą życia, która wieńczy proces starzenia się. Jak podaje Adam Zych (2001), starość jest to nieunikniony efekt starzenia się, w którym procesy biologiczne, psychiczne i społeczne zaczynają oddziaływać względem siebie synergicznie, prowadząc do naruszenia równowagi biologicznej i psychicznej, bez możliwości przeciwdziałaniu temu. Jest to zatem końcowy okres procesu starzenia się. Inną definicję podaje Olga Czerniawska (2007), która uważa, że nie ma granicy wieku, który jest początkiem starości: „starość jest zjawiskiem kulturowym wywołanym na podłożu biologicznym, związanym z osłabieniem sił. Nie ma żadnego obiektywnego czy przyrodniczego progu starości z wiekiem chronologicznym – 70, 65, 55 lat jest czysto umowne, konwencjonalne i rozpowszechniło się wraz z systemem zabezpieczeń społecznych”.

Z informacji podanych przez Iana Stuarta-Hamiltona (2006) celowo posłużono się nieprecyzyjnym przedziałem, przemawiają za tym następujące tezy: nie ma konkretnego wieku, w którym człowiek staje się stary; wiek chronologiczny jest miarą arbitralną i niezbyt ścisłą, więc posłużenie się konkretną liczbą jako wiekiem progowym późnej dorosłości dałoby mu fałszywie obiektywny status. W opozycji do wyżej podanej definicji stoi krótkie wyjaśnienie tego procesu

przez Bożenę Zboinę (2008), która podaje dokładny wiek początkowej fazy starości: starość jest ostatnim etapem życia, rozpoczynającym się od sześćdziesiątego lub sześćdziesiątego piątego roku życia i kończącym się śmiercią. Elżbieta Trafiałek (2006) dodaje, że „starość jest zjawiskiem wielowymiarowym, stanowi przedmiot zainteresowań interdyscyplinarnych (...), natomiast wymiar starości jest konsekwencją wcześniejszego życia”.

Mirosław Górecki (1999) przedstawia podział starości według Światowej Organizacji Zdrowia. Podział ten rozdziela starość na trzy okresy: od 60 do 75 roku życia – wiek podeszły, od 75 do 90 roku życia – starczy i po 90 roku życia – sędziwy. Krzysztof Duda (2012) opisuje proces starzenia się następująco: Starzenie się jest powszechnym i naturalnym procesem życiowym. U człowieka, po 20–25-letnim okresie wzrastania i dojrzewania, zaczynają postępować w następnych latach życia zmiany struktury i funkcji. Są one uniwersalne, stopniowe, spontaniczne, nieodwracalne, a z osobniczego punktu widzenia także niekorzystne. Efekty zmian starczych dotyczą wielu sfer życia: zmniejsza się sprawność fizyczna, maleje wydolność psychiczna oraz wyczerpuje się aktywność socjalna. Proces starzenia powoduje zmiany struktur i funkcji, które charakteryzuje wspomniane wcześniej pięć cech. Z angielskich nazw tych cech (*cumulative, universal, progressive, intrinsic, deleterious*) utworzono przekornie akronim CUPID, tj. imię rzymskiego bożka miłości, Kupidyna, młodego amorka z łukiem i strzałami. Ilustruje to tragedię starości – nie to, że człowiek się starzeje, lecz to, że pozostaje młodym. Wprawdzie zmiany starcze nawarstwiają się nieuchronnie w żywym organizmie, a starzenie postępuje stopniowo, często skrycie i specyficznie (endogennie), to wywołane nim „szkodliwości” mają różne nasilenie i jakość. Z powodu różnic w dynamice procesu starzenia się wiek kalendarzowy (chronologiczny), który jest następstwem procesu określanego jako „wiekowanie” (*ageing*), nie pokrywa się z wiekiem biologicznym (czynnościowym), który jest wynikiem procesu celniej określanego jako starzenie się (*senescence*). Jakość starzenia się może być, z osobniczego punktu widzenia, lepsza lub gorsza; nota bene język łaciński odróżniał starość sędziwą (łac. *senectus*) od starości późnej, ale niedołężnej (łac. *senium*).

Zarządzanie jakością usług opiekuńczych

Jakość jest pojęciem bardzo pojemnym oraz relatywnym. Jeżeli jakością danego przedmiotu jest ogół jego najbardziej pożądaných przez kogoś cech, to włączenie perspektywy kogoś innego może sprawić, że nieco inny zestaw cech lub ich inna konfiguracja zostanie uznana za najbardziej pożądaną. W przypadku oceny

jakości działania jej kryterium może być celowość, ale gdy cele są wieloznaczne, trudno takiej oceny dokonać. W polskiej prakseologii wyrazem jakości działania była sprawność i reprezentujące ją wartości instrumentalne, np. użyteczność, skuteczność, efektywność czy ekonomiczność. Dzisiaj jest to często powtarzany zestaw kryteriów ewaluacyjnych programów społecznych i nie tylko. W Polsce od dawna obecna jest refleksja nad ogólnymi zagadnieniami jakości znana pod nazwą kwalitologii, pierwotnie silnie związana jednak z produkcją materialną, a nie usługami. Dyskusja o jakości usług społecznych oraz działania na rzecz jej poprawy prowadzone są w poszczególnych krajach i raczej od niedawna koordynowane pomiędzy krajami i na poziomie Unii Europejskiej. Upowszechnianie dyskursu o jakości w sferze usług związanych z pracą socjalną było łączone z takimi perspektywami jak postfordyzm i nowy menedżeryzm zastosowanymi do sektora publicznego nowe zarządzanie publiczne (NPM). W Polsce bardzo wcześnie ukazały się amerykańskie manifesty promujące prywatyzację usług publicznych oraz NPM. Filozofia tego podejścia przenikała do refleksji i praktyki polskiego sektora publicznego. Sprzyjała temu natura transformacji ustrojowej, u której podstaw była między innymi krytyka etatystycznego systemu z czasów PRL. Zainteresowanie poprawą jakości lokalnych czy samorządowych usług publicznych jest obecne u nas od co najmniej drugiej połowy lat 90. Duże znaczenie miał Program Rozwoju Instytucjonalnego stanowiący część komponentu B-3 Programu Aktywizacji Obszarów Wiejskich (PAOW), realizowanego przez MSWiA w latach 2001–2004, a współfinansowanego ze środków Banku Światowego. W latach 2007–2010 realizowany był projekt „Budowanie potencjału instytucjonalnego jednostek samorządu dla lepszego dostarczania usług publicznych”. W polskiej literaturze na temat samorządowej polityki społecznej niewiele miejsca poświęca się zagadnieniom jakości usług, dominuje opisywanie regulacji prawnych, formalnych kompetencji i zadań, czasem uzupełnionych o wybrane wskaźniki kosztów lub zasobów danego sektora. Trudno też spotkać literaturę dotyczącą zarządzania jednostkami organizacyjnymi w obszarze pomocy społecznej. Z zagranicznej literatury warto wskazać klasyczną już pozycję, będącą rezultatem seminarium z połowy lat 90., na które zgłoszono 40 referatów i w którym uczestniczyło sto osób z całej Europy. Tematyka jakości usług społecznych obecnie jest bardzo popularna w Europie, o czym niech świadczy zorganizowanie przez European Social Network i czeską prezydencję siedemnastej z kolei *European Social Services Conference* na temat *Quality and Performance in Social Services*. Zanim zostaną pokazane różne inicjatywy na rzecz poprawy jakości usług socjalnych, warto zwrócić uwagę na różnice między klasycznym

profesjonalizmem a nowym menadżeryzmem. Ten pierwszy odpowiada koncepcjom udzielania usług społecznych przez zatrudnionych w sektorze publicznym profesjonalistów (nauczycieli, lekarzy, pracowników socjalnych i innych), z założeniem, że są oni bezinteresownymi ekspertami od problemów mniej sprawnych obywateli, których z kolei traktowano jako pasywnych odbiorców działań ekspertów definiujących i zaspokajających ich potrzeby.

Tabela 1. Profesja społeczna *versus* nowy menadżeryzm

Profesja społeczna (<i>welfarism</i>)	Nowy menadżeryzm
Etos służby publicznej	Etos zorientowany na klienta
Decyzje mają być zgodne ze „standardami profesjonalnymi” i wartościami takimi, jak słuszność, opieka, sprawiedliwość społeczna.	Decyzje są postrzegane instrumentalnie i głównie kierują się efektywnością, stosunkiem skuteczności do kosztów i poszukiwaniem konkurencyjności.
Nacisk na stosunki zbiorowe z zatrudnionymi poprzez związki zawodowe.	Nacisk na relacje indywidualne przy marginalizacji związków zawodowych i stosowaniu technik nowego zarządzania, np. TQM, HRM.
Nastawienie konsultacyjne.	Nastawienie autorytarne, „macho”.
Racjonalność krytyczna wobec celów i ograniczeń narzucanych z zewnątrz.	Racjonalność techniczna, cele i ograniczenia uznane za dane, koncentracja na doborze środków.
Współpraca	Konkurencja
Menadżerowie socjalizowani są w dziedzinie i wartościach danej profesji społecznej.	Menadżerowie socjalizowani są ogólnie w ramach dziedziny i wartości zarządzania.

Źródło: S. Gewirtz (2001).

Z zestawienia wynika, że w obu modelach kładzie się nacisk na nieco inny rodzaj działań na rzecz jakości. W modelu profesji społecznej zakłada się, że spełnienie wymogów w odniesieniu do osobowych cech usługodawcy, np. dotyczących jego kompetencji, postawy i wartości, da też dobrej jakości usługę. Guy Peters (2010) uważa, że menadżeryzm bardziej nastawiony jest na efekt usługi, a więc istotniejsze dla jakości będą wymogi stawiane nie usługodawcy, a wynikom osiąganym dzięki jego działaniom. Zarządzanie przez efekty (*performance management*) było jednym z najbardziej powszechnych instrumentów łączonych z NPM. Podstawowa logika zarządzania tego rodzaju polegała na rozwijaniu

odpowiednich wskaźników produktów i wyników działalności publicznej i stosowanie ich do poprawiania usług świadczonych przez sektor publiczny. Aby ta metoda była skuteczna, wymaga zdefiniowania celów rządu i powiązania ich ze wskaźnikami działalności sektora publicznego.

Inny znany autor Osborne Stephen (2010) postawił sprawę jeszcze mocniej: zarządzanie przez efekty i wskaźniki wyników jest w samym sercu NPM. Można też spotkać argumenty Jerzego Supernat (2003), że zarządzanie przez efekty niekoniecznie jest zgodne z ideami zarządzania jakością. Zbyt duży nacisk na wyniki może prowadzić administrację publiczną do akceptacji drogi na skróty i niedostrzegania, że poprawa wejść i procesów prowadzi do lepszej jakości. Ojciec koncepcji kompleksowego zarządzania jakością William Edwards Deming uważa nawet, że zarządzanie przez cele, które nota bene zalicza się do instrumentarium nowego publicznego zarządzania, nie daje się pogodzić z koncepcją kompleksowego zarządzania jakością. Bloom, Fischer i Orme (2009) uważają, że większość tego, co jest istotne w koncepcji zarządzania przez efekty, da się połączyć z profesjonalizmem, czego przykładem w obszarze pracy socjalnej z przypadkiem jest model PRAISES integrujący praktykę z ewaluacją. Nieco inną klasyfikację podejść do problematyki jakości zaproponował Evers (1997): pierwszy typ charakterystyczny dla profesji społecznych z naciskiem na środowiskową ocenę jakości usługi (*peer review*) zapewnianą przez silną organizację danej profesji w oparciu o ustalone przez nią standardy i kodeksy etyczne. Drugi typ opiera się na idei inspekcji i kontroli przestrzegania prawa i ustalonych standardów, zwykle sprawowanej przez zewnętrzne wobec profesji organy rządowe lub samorządowe. Trzecie podejście zakłada oddolne budowanie relacji usługowych z zaangażowaniem obywateli i użytkowników (*user involvement*), co może być sposobem na osiągnięcie jakości, jak i jej wskaźnikiem. Ostatni typ pochodzi ze sfery biznesu (TQM) i jest skoncentrowany na zmianach w organizacji i zarządzaniu pracą usługodawców oraz pragnieniach samych klientów. Według Szarfenberga (2010) ruch na rzecz jakości w obszarze polityki społecznej wydaje się być nadal bardzo żywotny. W USA pierwsze programy zapewniania jakości pracy socjalnej pojawiły się już pod koniec lat 60. XX wieku. Pomijając rozwój i upowszechnianie inicjatyw tego typu w poszczególnych krajach, pojawiają się również projekty ponadnarodowe. Do przedsięwzięć międzynarodowych w Europie, ale nie ogólnounijnych należą na przykład projekty Qual A Sess (Niemcy i Wielka Brytania) oraz E-Qalin (European quality improving, innovative learning in residential care homes for the elderly; Niemcy, Austria, Holandia, Luksemburg, Włochy i Słowenia), które dotyczyły zapewniania jakości usług domów pomocy społecznej. W 2002 r.

z inicjatywy European Platform for Rehabilitation powstał dokument EQUASS (European Quality in Social Services) Principles for Quality. Jest on podstawą certyfikacji jakości usług społecznych (EQUASS assurances, EQUASS excellence) i przyznawania nagród (EQUASS award). Z kolei w 2007 r. w kontekście niepełnosprawności Disability High Level Group przyjęła stanowisko Quality of Social Services of General Interest (SSGI). W 2008 r. Platforma Społeczna (koalicja europejskich federacji organizacji socjalnych) wydała dokument z zaleceniami pt. *Quality of social and health services Social NGOs' recommendations to EU decision makers*. Od 2009 r. Europejski Komitet Standaryzacyjny uruchomił warsztat Common Quality Framework for Social Services, finansowany przez unijny program PROGRESS. Dodatkowym bodźcem do dyskusji o jakości usług społecznych w UE był komunikat Komisji Europejskiej *Services of general interest, including social services of general interest: a new European commitment* (COM(2007) 725). Obecnie dostępna jest siódma wersja dokumentu wypracowana przez uczestników projektu Prometheus. Jego celem jest opracowanie, sprawdzenie i pilotaż międzysektorowych i międzynarodowych zastosowań systemu zapewniania jakości usług społecznych, a dotyczy definicji, pomiaru, oceny i poprawy jakości tych usług.

Tabela 2. Projektowane zasady (CQF SSGI) Common Quality Framework for Social Services of General Interest – Wspólne ramy jakości usług społecznych pożytku publicznego

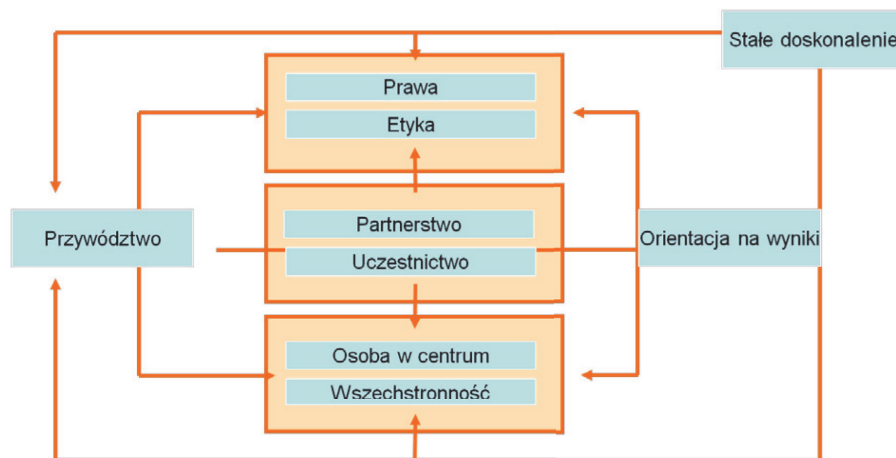
Aspekty	Obszary	Warunki wstępne	Kryteria jakości
Kontekstualne	Warunki wstępne udzielania usługi	Wspierające ramy polityki społecznej Podejście oparte na prawach Ramy prawne Stabilne i zrównoważone finansowanie Dialog z interesariuszami Dostępność finansowa (<i>affordability</i>) Dostępność przestrzenna, architektoniczna i informacyjna (<i>accessibility</i>) Dostępność do szerokiej oferty usług	
		Zasady jakości	Kryteria jakości
Organizacyjne	Wymogi w stosunku do organizacji usługowej	Dobre współzarządzanie (<i>governance</i>)	Dobre zarządzanie Odpowiedzialność i przejrzystość Planowanie roczne Zbieranie opinii zwrotnych Systematyczna poprawa jakości Zachowanie poufności
Proces udzielania usługi	Potrzeby obsługiwanych	Prawa	Karta praw Nie-dyskryminacja Procedury skargowe Wolność wyboru Zachowanie autonomii Dostęp do adwokata – osoby wspierającej
		Uczestnictwo	Obsługiwani włączeni w procesy podejmowania decyzji i ewaluacji Upodmiotowienie obsługiwanych

	Wymogi w stosunku do personelu	Kwalifikacje personelu	Kompetencje personelu Warunki pracy Szkolenia i doskonalenie zawodowe Poziom i współczynniki zatrudnienia Wolontariusze
		Etyka	Szacunek dla ludzkiej godności Kodeks etyczny dla profesjonalistów Zapewnienie bezpieczeństwa
	Wymogi w stosunku do usługi	Skoncentrowane na osobie	Zindywidualizowane Bliskie w przestrzeni Dostępne cenowo
		Wszechstronność	Podjęcie holistyczne Promowanie jakości życia Dostarczanie usług bez zakłóceń Dostęp do wielodyscyplinarnego wsparcia i usług
Korzyści i wyniki	Wyniki usług	Orientacja na wyniki	Korzyści dla użytkowników usług Rejestrowanie wyników Przeglądy wyników Przejrzystość wyników

Źródło: R. Szarfenberg (2010, s. 5–6).

Filozofię EQUASS oddaje dziewięć zasad jakości usług społecznych wyposażonych w 38 kryteriów dostosowanych do tych zasad.

Rysunek 1. Zasady EQUASS



Źródło: R. Szarfenberg (2010, s. 7).

Przykładowo zasada dotycząca partnerstwa według Szarfenberga (2010) została określona następująco:

Organizacja działa w partnerstwie z agencjami publicznymi i prywatnymi, reprezentantami pracodawców i pracowników, grantodawcami i nabywcami, organizacjami osób niepełnosprawnych, grupami lokalnymi, rodzinami i opiekunami w celu stworzenia ciągłości usług, większego wpływu i bardziej otwartego społeczeństwa.

Dwa kryteria dla tej zasady były zaś takie:

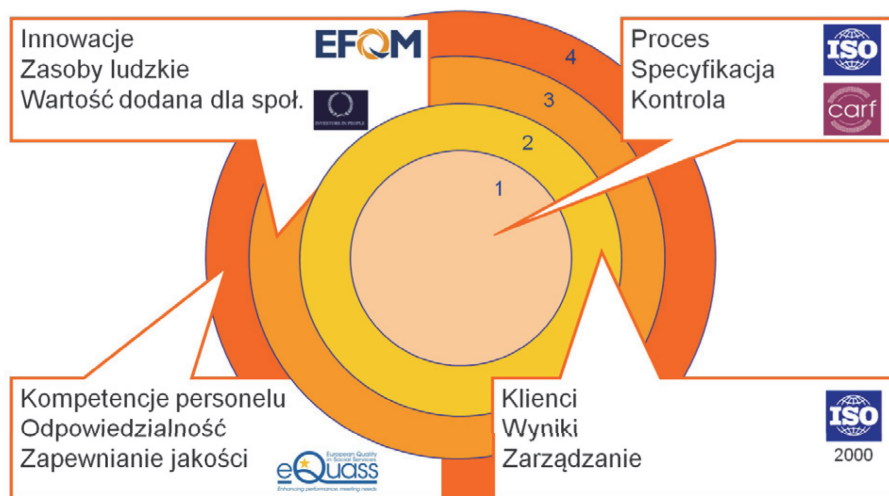
1. Organizacja współpracuje w partnerstwie z innymi organizacjami przy udzielaniu usług.
2. Organizacja w partnerstwie z obsługiwanymi, nabywcami i innymi interesariuszami rozwoju usług.

Uproszczony Schemat myślenia w kategoriach EQUASS można przedstawić w trójkącie między profesjonalistą, obsługiwanym i organizacją, w którego centrum jest dana usługa.

Rysunek 2. Trójkąt kryteriów jakości usługi.

Źródło: R. Szarfenberg (2010, s. 8).

W materiałach popularyzujących EQUASS sytuuje się je w odniesieniu do innych koncepcji zapewniania jakości usług (ISO, EFQM).

Rysunek 3. Od ISO do EQUASS.

Źródło: R. Szarfenberg (2010, s. 8).

Myślenie o jakości usług w kategoriach certyfikacji, akredytacji dotarło do obszaru polskiej pomocy społecznej. Dowodem jest przyjęcie przez kilka ośrodków pomocy społecznej (dużych – Poznań, Gdańsk – i małych – Lesznowola) systemu zarządzania jakością według norm ISO 9001: 2000. Nie jest jasne, czy były to autonomiczne inicjatywy wychodzące ze środowiska pomocy społecznej czy też upowszechnianie strategii zarządzania jakością przyjętej przez władze lokalne w stosunku do wszystkich usług publicznych na ich terenie. Znane są też inne przedsięwzięcia tego typu. Miasto Gdynia uczestniczy w projekcie „Territorial Quality Standards in Social Services of General Interest sieci REVES – Lokalne standardy jakości w usługach społecznych pożytku publicznego”, w ramach którego ma zostać opracowana w partycypacyjny sposób karta kryteriów jakości usług opiekuńczych. Z kolei Śląskie Forum Organizacji Pozarządowych KAPOS przygotowało dwa podręczniki dotyczące oceny jakości usług dla placówek społecznych oraz medyczno-społecznych w ramach międzynarodowego projektu VALORIS TIQSS. Warto wspomnieć o oddolnym ruchu standaryzacyjnym w organizacjach pozarządowych. Pomorskie Forum na rzecz Wychodzenia z Bezdomności promuje kilka rodzajów standardów w tym obszarze: etyczny, streetworkingu, pomocy instytucjonalnej, pracy socjalnej, edukacji, aktywizacji zawodowej, monitorowania postępów, asystowania. Inny dokument o węższym charakterze to *Standardy Kieleckie. Charakterystyka usług świadczonych na rzecz osób bezdomnych i wykluczonych społecznie w różnych typach placówek*. Również w tym obszarze w 2008 r. wydano dokument *Rekomendacja do ogólnopolskiego modelu pomocy osobom bezdomnym w okresie zimowym*, prace nad nim sfinansowane zostały z FIO, a koordynatorem projektu było Towarzystwo Pomocy im. Św. Brata Alberta działające we Wrocławiu.

Przykładem z dziedziny pracy animującej społeczność lokalne może być Stowarzyszenie Centrum Wspierania Aktywności Lokalnej, które opracowało *Standardy pracy. Model CAL* i przyznaje certyfikaty CAL. Przedsięwzięcia na rzecz jakości usług socjalnych mają źródło w reformach spod znaku NPM, które odnosiły się pierwotnie do mniej społecznych usług publicznych. Poza tym ruch na rzecz jakości usług społecznych najszybciej rozwinął się w obszarze opieki zdrowotnej i stąd rozprzestrzenił się na inne obszary usług społecznych. Można podać dwa przykłady przenikania myślenia o jakości usług opieki zdrowotnej do innych usług społecznych. Szarfenberg (2010) w kontekście pracy socjalnej przywołuje Claudię J. Coulton, która pisała w 1982 r.: „Wiele aspektów dotyczących programów zapewniania jakości w opiece zdrowotnej ma potencjalne zastosowania w jednostkach usług socjalnych”. W dodatku cały temat omawiany był przez

nią jako próba wyjścia z impasu spowodowanego zawiedzionymi nadziejami na poprawę jakości usług socjalnych poprzez upowszechnienie ewaluacji. Coulton twierdzi, że monitoring i ewaluacja oraz zapewnianie jakości usług są podobne, ale nie tożsame, a główna różnica leży w tym, że zapewnianie jakości koncentruje się na procesie udzielania usług, a nie na wynikach ich udzielenia. W odniesieniu do zapewniania jakości wyróżniła ona kilka ważnych pytań odnoszących się do podstawowych elementów każdej usługi (nakłady, proces, produkt, wyniki, dostępność):

- Czy usługi są udzielane przez wykwalifikowany personel pracujący w akceptowalnych warunkach i strukturach organizacyjnych?
- Czy usługi są udzielane zgodnie z tym, co jest uznawane za dobrą praktykę?
- Czy usługi są udzielane w wystarczającej liczbie?
- Czy usługi mają pożądany wpływ na klientów?
- Czy klienci, którzy potrzebują usługi, rzeczywiście ją otrzymują?

Wymagania, jakie stawiała Coulton programom zapewnienia jakości usług socjalnych, były następujące:

- 1) adaptowalność do zmian w wiedzy, technologii i oczekiwaniach;
- 2) efektywność w sensie dawania korzyści przy akceptowalnych kosztach (jedno z zaleceń – należy w tych programach raczej koncentrować uwagę na problemach i brakach);
- 3) powszechna stosowalność do usług danego rodzaju;
- 4) partycypacja samych usługodawców, aby byli bardziej chętni do autentycznego wysiłku we wdrażaniu polityki jakości;
- 5) sankcje za nieprzestrzeganie zaleceń programu zapewniania jakości;
- 6) nadzór nad tym programem powinna mieć wydzielona jednostka organizacyjna;
- 7) w przynajmniej niektórych aspektach usług ich jakość powinni definiować klienci, np. włączyć w skład komitetów ustalających standardy jakości.

Rodzaje dziennych placówek wsparcia dla osób w podeszłym wieku

Rysunek 4. Dzielne placówki wsparcia dla seniorów



Źródło: opracowanie własne na potrzeby konferencji „Aktywni i społecznie zaangażowani Seniorzy”, Fundacja „Pestka”, Kielce 2024 r.

Dzielny Dom Pomocy / Dzielny Dom Senior+

Program „Senior+” realizowany jest na mocy Uchwały Nr 191 Rady Ministrów z dnia 21 grudnia 2020 r. w sprawie ustanowienia programu wieloletniego „Senior+” na lata 2021–2025. Zakłada wspieranie finansowe jednostek samorządu terytorialnego w zakresie realizacji zadań własnych, polegających na prowadzeniu i zapewnieniu miejsc w ośrodkach wsparcia „Senior+”. Celem strategicznym Programu jest zwiększenie aktywnego uczestnictwa seniorów w życiu społecznym, poprzez dofinansowanie rozbudowy infrastruktury ośrodków wsparcia w środowisku lokalnym oraz zwiększenie miejsc w ośrodkach wsparcia „Senior+”, tj. wsparcie działań jednostek samorządu w rozwoju na ich terenie sieci Dziennych Domów „Senior+” i Klubów „Senior+”. Celem operacyjnym Programu jest zapewnienie wsparcia seniorom – osobom nieaktywnym zawodowo w wieku 60 lat i więcej – poprzez umożliwienie im korzystania z oferty na rzecz społecznej aktywności, a także obejmującej usługi w zakresie aktywności ruchowej lub kinezyterapii, oferty edukacyjnej, kulturalnej, rekreacyjnej i opiekuńczej – w zależności od potrzeb stwierdzonych w środowisku lokalnym. W ramach Programu udostępniana jest seniorom infrastruktura pozwalająca na

aktywne spędzanie wolnego czasu, a także zaktywizowanie i zaangażowanie seniorów w działania samopomocowe i na rzecz środowiska lokalnego.

Dzienne Domy „Senior+” i Kluby „Senior+” są ośrodkami wsparcia, o których mowa w art. 51 ust. 4 ustawy o pomocy społecznej. Dzienny Dom „Senior+” jest dziennym domem pomocy, natomiast Klub „Senior+” jest klubem samopomocy. Utworzenie jednostki organizacyjnej pomocy społecznej następuje na podstawie uchwały rady gminy/ powiatu – art. 12 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz.U. z 2021 r. poz. 305 t.j.).

Dzienny Dom „Senior+” powinien zapewniać co najmniej 8-godzinną ofertę usług w dniach od poniedziałku do piątku (40 godzin tygodniowo). Kierowanie osób do Dziennych Domów „Senior+” następuje na podstawie przepisów ustawy, z uwzględnieniem postępowania administracyjnego, którego elementem jest wywiad środowiskowy. W przypadku Dziennego Domu „Senior+” przyznanie miejsca w ośrodku wsparcia powinno się odbywać wyłącznie na podstawie decyzji administracyjnej (art. 106 ust. 1 ustawy o pomocy społecznej). Minimalny standard zatrudnienia w Dziennym Domu „Senior+” to co najmniej 1 pracownik na 15 seniorów oraz fizjoterapeuta lub terapeuta zajęciowy, lub instruktor terapii, lub pielęgniarka w wymiarze czasu odpowiednim do potrzeb ośrodka. Dodatkowo, w zależności od potrzeb, w ośrodku może być zatrudniony inny specjalista w wymiarze czasu odpowiednim do potrzeb ośrodka. Jednostka samorządu we współpracy z urzędem pracy może zaangażować stażystów.

Zakres świadczonych usług przez DDP oraz DDS+:

- bytowe – w zakresie zapewnienia miejsca pobytu w godzinach pracy Domu, ciepłego posiłku, ewentualnie ubezpieczenia NNW;
- opiekuńcze – w zakresie wsparcia w podstawowych czynnościach życiowych;
- wspomagające – udział w zajęciach: terapeutycznych, usprawniania ruchowego, integracji ze społecznością lokalną.

DDP / DDPS+ jest miejscem, w którym:

- przebywają osoby starsze, które nie mogą pozostać samodzielnie w domu i które posiadają szczególne potrzeby;
- nakierowane są na zapewnienie bezpieczeństwa;
- uprzyjemnienie czasu;
- ułatwienie dostępu do zabiegów medycznych.

Klub Samopomocy / Klub Seniora+

Kierowanie osób do Klubów „Senior+” może się odbywać z pominięciem decyzji administracyjnej (art. 106 ust. 2 ustawy o pomocy społecznej), np. na podstawie deklaracji uczestnictwa. Kluby „Senior+” są przeznaczone dla osób, które niekoniecznie wymagają pomocy w codziennym funkcjonowaniu, a chcą pozostać aktywne i w atrakcyjny sposób zagospodarować swój wolny czas. Klub „Senior+” powinien zapewniać tygodniowo co najmniej 20-godzinną ofertę usług. Minimalny standard zatrudnienia w Klubie „Senior+” to jeden pracownik oraz specjalista w pożądanym zakresie, zatrudniony w wymiarze czasu odpowiednim do potrzeb ośrodka. Dodatkowo, w zależności od potrzeb, w ośrodku mogą być zatrudnieni inni specjaliści (w wymiarze czasu odpowiednim do potrzeb ośrodka).

Zakres świadczonych usług przez Klub Samopomocy oraz Klub Seniora +:

- podtrzymywanie kondycji fizycznej uczestników;
- wzmocnienie aktywności życiowej i samodzielności osób objętych pomocą;
- edukacja w zakresie relacji międzyludzkich;
- umożliwienie wcielania w życie własnych pomysłów na spędzanie czasu.

Ośrodkami wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi są: środowiskowy dom samopomocy lub klub samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Uczestnikami są osoby, które w wyniku upośledzenia niektórych funkcji organizmu lub zdolności adaptacyjnych wymagają pomocy do życia w środowisku rodzinnym i społecznym, w szczególności w celu zwiększania zaradności i samodzielności życiowej, a także ich integracji społecznej.

Środowiskowe domy samopomocy (ŚDS)

Środowiskowe domy samopomocy służą budowaniu sieci oparcia społecznego i przygotowują do życia w społeczeństwie oraz funkcjonowania w środowisku. Przeznaczone są dla osób przewlekłe psychicznie chorych i niepełnosprawnych intelektualnie. To placówki okresowego dziennego lub całodobowego pobytu, w którym osoby z zaburzeniami psychicznymi mogą otrzymać częściową opiekę i pomoc w zaspokajaniu niezbędnych potrzeb życiowych oraz posiłek. ŚDS, w zależności od kategorii osób, dla których są przeznaczone, dzielą się na następujące typy:

- 1) typ A – dla osób przewlekle psychicznie chorych;
- 2) typ B – dla osób z niepełnosprawnością intelektualną;
- 3) typ C – dla osób wykazujących inne przewlekle zaburzenia czynności psychicznych;
- 4) typ D – dla osób ze spektrum autyzmu lub niepełnosprawnościami sprzężonymi.

ŚDS może obejmować wsparciem więcej niż jedną kategorię osób wymienionych powyżej.

Kategoria typu D nie może być mniejsza niż:

- 5 – w przypadku gdy uczestnikami ŚDS są wyłącznie osoby ze spektrum autyzmu;
- 7 – w przypadku gdy uczestnikami ŚDS są wyłącznie osoby z niepełnosprawnościami sprzężonymi albo osoby ze spektrum autyzmu i niepełnosprawnościami sprzężonymi.

ŚDS działa co najmniej 5 dni w tygodniu po 8 godzin dziennie, w tym co najmniej przez 6 godzin dziennie są prowadzone zajęcia z uczestnikami, a pozostały czas przeznacza się na czynności porządkowe, przygotowanie do zajęć, uzupełnianie prowadzonej dokumentacji, a także zapewnienie opieki uczestnikom w trakcie dowożenia na zajęcia lub odwożenia po zajęciach, jeżeli dom zapewnia usługi transportowe. Wniosek o skierowanie do ŚDS na pobyt dzienny lub całodobowy składa się do ośrodka pomocy społecznej właściwego ze względu na miejsce zamieszkania osoby ubiegającej się o skierowanie, dołączając zaświadczenie lekarskie, wydane przez lekarza psychiatrę lub lekarza neurologa, o występujących zaburzeniach psychicznych oraz zaświadczenie lekarza rodzinnego o stanie zdrowia i o braku przeciwwskazań do uczestnictwa w zajęciach domu wraz z informacją o sprawności w zakresie lokomocji osób niepełnosprawnych fizycznie, a także orzeczenie o niepełnosprawności lub orzeczenie o stopniu niepełnosprawności, o ile osoba takie posiada.

Rodzaje całodobowych placówek wsparcia dla osób w podeszłym wieku

Rysunek 5. Rodzaje całodobowych placówek wsparcia dla osób w podeszłym wieku



Źródło: opracowanie własne na potrzeby konferencji „Aktywni i społecznie zaangażowani Seniorzy”, Fundacja „Pestka”, Kielce 2024 r.

Dom pomocy społecznej

Osobie wymagającej całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności, niemogącej samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu, której nie można zapewnić niezbędnej pomocy w formie usług opiekuńczych, przysługuje prawo do umieszczenia w domu pomocy społecznej. Osobę wymagającą tej formy wsparcia kieruje się do domu pomocy społecznej odpowiedniego typu, zlokalizowanego jak najbliżej miejsca zamieszkania osoby kierowanej, chyba że okoliczności sprawy wskazują inaczej, po uzyskaniu zgody tej osoby lub jej przedstawiciela ustawowego na umieszczenie w domu pomocy społecznej.

Typy Domów:

1. dla osób w podeszłym wieku;
2. dla osób przewlekle somatycznie chorych;
3. dla osób przewlekle psychicznie chorych;

4. dla dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie;
5. dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie;
6. dla osób niepełnosprawnych fizycznie;
7. dla osób uzależnionych od alkoholu.

Dom pomocy społecznej świadczy usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające i edukacyjne na poziomie obowiązującego standardu, w zakresie i formach wynikających z indywidualnych potrzeb osób w nim przebywających. Organizacja domu pomocy społecznej, zakres i poziom usług świadczonych przez dom uwzględnia w szczególności wolność, intymność, godność i poczucie bezpieczeństwa mieszkańców domu oraz stopień ich fizycznej i psychicznej sprawności. Dom pomocy społecznej może również świadczyć usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób w nim niezamieszkujących. Maksymalna liczba osób przebywających w DPS wynosi 100. Decyzję o skierowaniu do DPS i decyzję ustalającą opłatę za pobyt w domu pomocy społecznej wydaje organ gminy właściwej dla tej osoby w dniu jej kierowania do DPS. Natomiast decyzję o umieszczeniu w domu pomocy społecznej wydaje organ gminy prowadzącej DPS lub starosta powiatu prowadzącego dom pomocy społecznej. W przypadku regionalnych domów pomocy społecznej decyzję wydaje marszałek województwa. W razie niemożności umieszczenia w DPS z powodu braku wolnych miejsc, powiadamia się osobę o wpisaniu na listę oczekujących oraz o przewidywanym terminie oczekiwania na umieszczenie.

Rodzinny dom pomocy

Rodzinny dom pomocy stanowi formę usług opiekuńczych i bytowych świadczonych całodobowo na podstawie umowy zawartej przez osobę fizyczną lub organizację pożytku publicznego z gminą właściwą ze względu na miejsce położenia rodzinnego domu pomocy. Opieką obejmuje nie mniej niż trzech i nie więcej niż ośmiu zamieszkujących wspólnie osób wymagających z powodu wieku lub niepełnosprawności wsparcia w tej formie.

Osobom przebywającym w rodzinnym domu pomocy zapewnia się dostosowane do ich sprawności psychofizycznej całodobowe:

1. usługi bytowe:
 - a) miejsce pobytu,
 - b) wyżywienie,
 - c) utrzymanie czystości;

2. usługi opiekuńcze:

- a) udzielanie pomocy w zaspakajaniu codziennych potrzeb życiowych,
- b) pielęgnację, w tym pielęgnację w czasie choroby,
- c) kontakty z otoczeniem,
- d) inne czynności wynikające z indywidualnych potrzeb.

Mieszkania wspomagane

Mieszkania wspomagane są przeznaczone w szczególności dla osób z niepełnosprawnością, w tym osoby z niepełnosprawnością fizyczną lub osoby z zaburzeniami psychicznymi; osoby w podeszłym wieku lub przewlekle chore.

Świadczona jest pomoc w wykonywaniu czynności niezbędnych w codziennym funkcjonowaniu dotyczących:

- przemieszczania się;
- utrzymania higieny osobistej;
- ubierania się;
- prania i sprzątania;
- zakupów i przygotowywania posiłków;
- załatwiania spraw osobistych i urzędowych;
- zaspokojenia codziennych potrzeb życiowych;
- efektywnego zarządzania czasem;
- prowadzenia gospodarstwa domowego;
- podjęcia i utrzymania zatrudnienia, w przypadku gdy osoba korzystająca ze wsparcia jest zdolna do wykonywania pracy;
- utrzymywania więzi rodzinnych;
- uczestnictwa w życiu społeczności lokalnej;
- rozwiązywania konfliktów interpersonalnych i rozwijania autonomii decyzyjnej.

Podstawą przyznania wsparcia w mieszkaniu treningowym lub wspomagającym jest decyzja wydawana po dokonaniu ustaleń między podmiotem kierującym do tej formy wsparcia, podmiotem prowadzącym mieszkanie treningowe lub wspomagane oraz osobą ubiegającą się o pobyt w tym mieszkaniu lub jej przedstawicielem ustawowym. Maksymalna liczba miejsc to 6 osób, usługi świadczone są przez 7 dni w tygodniu, jednak nie krócej niż przez 3 godziny dziennie, w godzinach od 6:00 do 22:00. W jednym pomieszczeniu mieszkalnym mogą mieszkać maksymalnie 2 osoby.

Placówka zapewniająca całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku

Placówka zapewniająca całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku może oferować opiekę maksymalnie dla 100 osób. Placówki te zapewniają opiekę w ramach działalności statutowej lub gospodarczej. Zgodnie z art. 67 ust. 1 i 3 Ustawy o pomocy społecznej zezwolenie prywatnym podmiotom wydaje w drodze decyzji administracyjnej wojewoda, właściwy ze względu na położenie Domu Opieki. W placówkach tych opieka polega na świadczeniu przez całą dobę usług:

1. opiekuńczych:

- udzielaniu pomocy w podstawowych czynnościach życiowych (jedzeniu, myciu i kąpaniu, w miarę potrzeby także w ubieraniu się), pielęgnacji, w tym pielęgnacji w czasie choroby, opieki higienicznej, niezbędnej pomocy w załatwianiu spraw osobistych;
- w organizacji czasu wolnego;
- w zakupie odzieży i obuwia;
- w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych;
- w kontaktach z otoczeniem.

2. bytowych:

- zapewnieniu pobytu, wyżywienia i utrzymania czystości.

Sposób świadczenia usług powinien uwzględniać stan zdrowia, sprawność fizyczną i intelektualną oraz indywidualne potrzeby i możliwości osoby przebywającej w placówce, a także prawa człowieka, w tym w szczególności prawo do godności, wolności, intymności i poczucia bezpieczeństwa. Placówki te zgodnie z art. 67 ust. 6 Ustawy o pomocy społecznej zobowiązane są zapewnić:

- co najmniej trzy posiłki dziennie, w tym posiłki dietetyczne zgodne ze wskazaniem lekarza;
- przerwę między posiłkami nie krótszą niż cztery godziny, przy czym ostatni posiłek nie powinien być podawany wcześniej niż o godzinie 18;
- dostęp do drobnych posiłków i napojów między posiłkami;
- możliwość spożywania posiłków w pokoju mieszkalnym, w razie potrzeby karmienie;
- środki higieny osobistej, środki czystości, przybory toaletowe i inne przedmioty niezbędne do higieny osobistej;
- sprzątanie pomieszczeń w miarę potrzeby, lecz nie rzadziej niż raz dziennie.

Zakład opieki leczniczej (ZOL) / zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy (ZPO)

Zakład opieki leczniczej oraz zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy zapewniają pielęgnację pacjentów, którzy nie wymagają hospitalizacji, ale nie są samodzielni ze względu na stan zdrowia. Ośrodki sprawują opiekę medyczną całodobowo.

Pacjent w zakładzie może liczyć na pomoc zespołu specjalistów:

- lekarzy, np. internisty, psychiatry, neurologa;
- pielęgniarzek;
- psychologa;
- terapeuty zajęciowego;
- rehabilitanta;
- dietetyka.

Dokumenty niezbędne do pobytu w ZOL/ZPO:

- skierowanie od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego;
- ocena w skali Barthel – od 0 do 40 punktów;
- dokumenty stwierdzające wysokość dochodu pacjenta, np. decyzję o przyznaniu renty lub emerytury;
- zgoda pacjenta.

Skala Barthel uwzględnia dziesięć istotnych codziennych czynności dla samodzielnego funkcjonowania w otoczeniu domowym.

Tabela 3. Skala Barthel

Lp.	Czynność	Wynik
1	Spożywanie posiłków: 0 – nie jest w stanie /samodzielnie jeść/ 5 – potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem, itp. lub wymaga zmodyfikowanej diety 10 – samodzielna, niezależna	
2	Przemieszczanie się /z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie/: 0 – nie jest w stanie, nie zachowuje równowagi przy siedzeniu 5 – większa pomoc /fizyczna, jedna lub dwie osoby/ 10 – mniejsza pomoc /słowna lub fizyczna/ 15 – samodzielny	
3	Utrzymywanie higieny osobistej: 0 – potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych 5 – niezależny przy myciu twarzy /czesaniu się, myciu zębów z zapewnionymi pomocami/	

4	Korzystanie z toalety /WC/ 0 – zależny 5 – potrzebuje trochę pomocy, ale może coś zrobić sam 10 – niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się	
5	Mycie, kąpiel całego ciała: 0 – zależny 5-niezależny /lub pod prysznicem/	
6	Poruszanie się /po powierzchniach płaskich/: 0 – nie porusza się lub <50 m 5 – niezależny na wózku, wliczając zakręty >50 m 10 – spacer z pomocą /słowną lub fizyczną/ jednej osoby >50 m 15 – niezależny/ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski/>50m	
7	Wchodzenie i schodzenie po schodach: 0 – nie jest w stanie 5 – potrzebuje pomocy /słownej, fizycznej. przenoszenie/ 10 – samodzielny	
8	Ubieranie się i rozbieranie: 0 – zależny 5 – potrzebuje pomocy, ale może wykonywać połowę bez pomocy 10 – niezależny /zapinanie guzików, zamka, sznurowadeł itp./	
9	Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu: 0 – nie panuje nad oddawaniem stolca /lub potrzebuje lewatyw/ 5 – czasami popuszcza /zdarzenia przypadkowe/ 10 – panuje/utrzymuje stolec	
10	Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego: 0 – nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny 5 – czasami popuszcza /zdarzenia przypadkowe/ 10 – panuje /utrzymuje mocz/	

Źródło: opracowanie własne.

W skali Barthel można uzyskać 100 pkt, są trzy przedziały oceny (Szochnier-Siemińska 2018):

1. od 0 do 20 pkt oznacza całkowitą niesamodzielność;
2. od 20 do 80 pkt oznacza, że w jakimś stopniu pacjent potrzebuje pomocy innych;
3. od 80 do 100 pkt oznacza, że przy niewielkiej pomocy chory może funkcjonować samodzielnie.

Uzyskanie 40 pkt w skali Barthel lub mniejszej ich liczby powoduje zakwalifikowanie chorego do opieki długoterminowej – oznacza to bowiem, że wymaga on stałej opieki (Szochner-Siemńska 2018).

Hospicjum

Opieka hospicyjna to rodzaj opieki, który skupia się na jakości życia chorego i jego bliskich. Zapewnia pomoc osobom w zaawansowanym, nieuleczalnym stadium choroby, dbając o zaspokojenie potrzeb fizycznych, psychicznych, duchowych i socjalnych.

Słowo „hospicjum” przez pacjentów i ich rodziny często jest rozumiane jako miejsce, w którym spędza się ostatnie dni życia i jedynie „czeka się na śmierć”. Wywołuje to lęk i niechęć do skorzystania z takiej formy opieki. Rodzina często wstydy się, że „oddala” swojego bliskiego do hospicjum, bywa też, że nie chce poinformować go, że zostanie przekazany pod opiekę hospicjum, w obawie, że się załamie. Czasami sam pacjent opiera się przed skierowaniem do hospicjum, chcąc nadal walczyć z chorobą i nie zgadza się na zakończenie leczenia, nawet jeśli nie daje już ono pozytywnych rezultatów.

Warto pamiętać, że zgodnie z ideą opieki hospicyjnej hospicjum oferuje wsparcie umożliwiające pacjentom możliwie jak najbardziej aktywne życie aż do śmierci. Śmierć traktowana jest jako normalny proces. Nie przyspiesza się ani nie opóźnia nadejścia śmierci, jednocześnie podtrzymuje się u pacjentów wiarę w życie. Hospicjum daje też nadzieję – na uśmierzanie bólu i innych dokuczliwych objawów, na fachową opiekę, nie tylko medyczną, ale też psychologiczną, na przeżycie w pełni czasu, który pozostał.

Hospicjum często kojarzone jest z budynkiem, jednak jest to tak naprawdę rodzaj instytucji, a opieka hospicyjna często odbywa się w domu pacjenta. NFZ finansuje trzy rodzaje opieki paliatywnej i hospicyjnej:

- **Opieka w warunkach stacjonarnych** – odbywa się w hospicjum stacjonarnym albo w szpitalu na oddziale medycyny paliatywnej. NFZ ma obowiązek zapewnić opiekę nie tylko lekarzy i pielęgniarek, ale też psychologa i rehabilitanta. Świadczenia medyczne obejmują leczenie farmakologiczne, leczenie bólu zgodnie z wytycznymi Światowej Organizacji Zdrowia, leczenie innych objawów somatycznych, zapobieganie powikłaniom. Możliwe jest również skorzystanie z tzw. opieki wyręczającej, czyli przyjęcia chorego na okres maksymalnie 10 dni, jeśli rodzina tymczasowo nie jest w stanie zapewnić opieki.

- **Opieka w warunkach domowych** – jest to tzw. hospicjum domowe. Osoba chora pozostaje pod opieką rodziny, gdzie często czuje się bardziej komfortowo niż w hospicjum stacjonarnym albo na oddziale w szpitalu. Jest to rozwiązanie dla chorych, u których objawy są możliwe do opanowania w warunkach domowych i którym rodzina jest w stanie zapewnić codzienną opiekę. Podobnie jak w przypadku opieki w warunkach stacjonarnych, NFZ opłaca świadczenia udzielane przez lekarzy, pielęgniarki, opiekę psychologiczną dla chorego oraz jego najbliższych, a także rehabilitację. Wizyty pielęgniarskie odbywają się co najmniej 2 razy w tygodniu, a lekarskie co najmniej 2 razy w miesiącu. W zależności od potrzeb, mogą odbywać się częściej – pacjent ma zapewniony dostęp do pomocy lekarskiej i pielęgniarskiej całodobowo, 7 dni w tygodniu. Wizyty pozostałego personelu ustalane są indywidualnie przez lekarza. Terminy wizyt personelu hospicjum zawsze uzgadniane są z chorym, członkiem rodziny albo opiekunem. NFZ zapewnia też możliwość bezpłatnego wypożyczenia sprzętu, takiego jak koncentrator tlenu, inhalator, kule, balkonik, wózek inwalidzki.
- **Opieka w warunkach ambulatoryjnych** – przeznaczona jest dla osób, których stan ogólny jest stabilny oraz którzy są w stanie sami przybyć do poradni medycyny paliatywnej. Poradnie zapewniają konsultacje lekarskie, świadczenia pielęgniarskie oraz pomoc psychologa. Świadczenia mogą się odbywać również w domu pacjenta, jednak nie częściej niż 2 razy w tygodniu. Z usług poradni medycyny paliatywnej mogą skorzystać pacjenci onkologiczni na każdym etapie leczenia, również będący w trakcie leczenia radykalnego – przyczynowego. Specjaliści z poradni zajmują się łagodzeniem dolegliwości towarzyszących chorobie, takich jak ból, nudności czy depresja. Wszystkie formy opieki paliatywnej i hospicyjnej realizowane są na podstawie skierowania od lekarza – onkologa lub lekarza rodzinnego.

Przyjmuje się, że opieka hospicyjna powinna być zapewniona jeśli przewidywany czas życia chorego wynosi 6 miesięcy albo krócej, ale decyzja zawsze powinna być podjęta po rozmowie chorego, członków rodziny i lekarza. Warto przeprowadzić taką rozmowę stosunkowo wcześniej, na etapie, kiedy chory będzie miał wybór, czy chce skorzystać z opieki hospicjum, czy jeszcze poczekać z tą decyzją. Jeśli rozmowę o hospicjum zaczniemy wtedy, kiedy osoba chora będzie cierpiała z powodu bardzo już nasilonych dolegliwości, może poczuć, że

nie ma wyboru, zabraknie jej czasu na oswojenie się z nową sytuacją, a to zwiększy jej lęk.

Wczesne rozpoczęcie opieki paliatywno-hospicyjnej pozwala też na zaplanowanie odpowiedniego leczenia objawów choroby oraz zbudowanie relacji pełnych zaufania między chorym, jego rodziną i zespołem opiekuńczym.

Tabela 4. Jednostki chorobowe kwalifikujące do leczenia w hospicjum

Kod ICD-10	Jednostki chorobowe kwalifikujące do leczenia
B20-B24	Choroba wywołana przez ludzki wirus upośledzenia odporności (HIV)
C00-D48	Nowotwory
G09	Następstwa zapalnych chorób ośrodkowego układu nerwowego
G10-G13	Układowe zaniki pierwotne zajmujące ośrodkowy układ nerwowy
G35	Stwardnienie rozsiane
I42-I43	Kardiomiopatia
J96	Niewydolność oddechowa niesklasyfikowana gdzie indziej
L89	Owrzodzenie odleżynowe

Źródło: Fundacja Gospodarcza św. Brata Alberta.

Podsumowanie i wnioski

Mimo wieloznaczności i wielowymiarowości pojęcia jakości, projakościowe reformy usług publicznych były i są nadal podejmowane. Uważam, że pomysłów na poprawę jakości usług w ośrodkach wsparcia należy szukać w strategiach i instrumentach wykorzystywanych w sektorze prywatnym. Oczywiście należy je dostosować do konkretnego ośrodka, jego wewnętrznych potencjałów i możliwości rozwoju. Ośrodki wsparcia stanowią coraz ważniejszy komponent państwa opiekuńczego i realizowanej przez niego polityki społecznej. Jest to związane z faktem, że wyzwania społeczne przyszłości powiązane są z wieloma nowymi potrzebami związanymi z takimi procesami jak zmiany demograficzne i starzenie się społeczeństwa, przeobrażenia rynków pracy, wzrost liczby osób niesamodzielnych i z niepełnosprawnościami, nowe zapotrzebowanie na kompetencje i kwalifikacje, przeobrażenia w obrębie rodziny, nowe formy wykluczenia społecznego, nowe ryzyka socjalne, w tym pandemii i zagrożenia ekologiczne itd. Państwo i jego instytucje są zobowiązane z wyprzedzeniem reagować na zmieniające się potrzeby i wyzwania socjalne i przewidywać konsekwencje i skutki realizowanej polityki społecznej, która silnie oddziałuje współcześnie na sytuację

społeczno-gospodarczą i proces zrównoważonego rozwoju. Ośrodki wsparcia dla osób w podeszłym wieku są niezwykle istotnym komponentem polityki społecznej, ponieważ najczęściej prowadzą do poprawy stanu psychofizycznego obywateli w sensie indywidualnym i zbiorowym lub do zmiany ich sytuacji życiowej.

Wszelkiego rodzaju ośrodki wsparcia, czy to dzienne, czy też całodobowe, które są udostępniane i organizowane w profesjonalny sposób przez państwo, a realizowane często także przez organizacje pozarządowe i organizacje komercyjne, realnie wpływają na podniesienie jakości życia, gwarancję praw obywatelskich i socjalnych, które wynikają z Konstytucji, w której podkreślana jest godność człowieka jako naczelną wartość. Zgodnie z art. 30 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej „Przyrodzona i niezbywalna godność człowieka stanowi źródło wolności praw człowieka i obywatela. Jest ona nienaruszalna, a jej poszanowanie i ochrona jest obowiązkiem władz publicznych”. Zatem działania organów państwa i jego instytucji, samorządu terytorialnego, a także organizacji społecznych i firm komercyjnych powinny w pierwszej kolejności mieć na celu poszanowanie godności praw człowieka i obywatela oraz troskę o wysoką jakość życia, satysfakcję z jego przebiegu w różnych fazach życia.

Streszczenie

Celem publikacji jest uświadomienie rodzinom problemów wynikających ze sprawowania opieki nad osobą starszą; ukazanie, jakie są możliwości instytucjonalne, wsparcia zarówno ze strony instytucji państwowych i samorządowych, jak i organizacji pozarządowych oraz sektora komercyjnego. Zapotrzebowanie na tego typu usługi rośnie i będzie wciąż rosło. Jakość świadczonych usług gwarantujących poszanowanie godności człowieka musi być dla wszystkich trzech sektorów zabezpieczenia społecznego wartością nadrzędną. Mając na uwadze szerokie spektrum technik zarządzania jakością stosowanych w sektorze prywatnym, poczynając od ISO, TQM po wskaźniki KPI i EQUASS, mogą one przyczynić się do poprawy jakości świadczonych usług w pozostałych dwóch sektorach. Racjonalne i ekonomiczne zarządzanie ośrodkami wsparcia z uwzględnieniem ciągłego zwiększania poziomu jakości świadczonych usług pozwoli nam wszystkim inaczej spojrzeć na ośrodki wsparcia, bez stereotypów i uprzedzeń.

Słowa kluczowe: pomoc społeczna, ośrodki wsparcia dla osób w podeszłym wieku, jakość, zarządzanie jakością, CQF SSGI, EQASS

Abstract

The aim of this publication is to raise awareness among families about the challenges of caring for elderly person. It highlights the institutional support available from state and local government institutions, NGOs, and the commercial sector. The demand for such services is growing and will continue to increase. The quality of services provided, which ensures respect for human dignity, must be a primary value for all three sectors of social security. Considering the wide range of quality management techniques used in the private sector, from ISO and TQM to KPI indicators and EQUASS, these can contribute to improving the quality of services in the other two sectors. Rational and economic management of support centers, with a focus on continuously enhancing the quality of services provided, will allow us all to view these centers differently, free from stereotypes and prejudices.

Keywords: Social welfare, support centers for the elderly, quality, quality management, CQF SSGI, EQASS

Bibliografia

- Bloom, M., Fischer, J., Orme, J.G. (2009), *Evaluating Practice: Guidelines for the Accountable Professional*, Wydawnictwo: Pearson/Allyn and Bacon.
- Czerniawska, O. (2007), Edukacja jako pomoc w rozwoju w ujęciu andragogiki i gerontologii. W: E. Marynowicz-Hetka (red.), *Pedagogika społeczna*, Warszawa: Podręcznik akademicki.
- Duda, K. (2012), *Proces starzenia się*. W: A. Marchewka, Z. Dąbrowski, J. Żołądź (red.), *Fizjologia starzenia się profilaktyka i rehabilitacja*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Evers, A. (1997), *Quality development – Part of a Changing Culture of Care in Personal Social Services*. W: A. Evers, R. Haverinen, K. Leichsenring, G. Wistow (eds.), *Developing Quality in Personal Social Services: Concepts, Cases and Comments*, Ashgate, Aldershot: Routledge.
- GUS – Główny Urząd Statystyczny, Urząd Statystyczny w Białymstoku (2023), *Sytuacja osób starszych w Polsce w 2022 r.*, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/osoby-starsze/osoby-starsze/sytuacja-osob-starszych-w-polsce-w-2022-roku,2,5.html>.
- Górecki, M. (1999). *Gerontologia*. W: D. Lalak, T. Plich (red.), *Elementarne pojęcia z pedagogiki społecznej i pracy socjalnej*, Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak.
- Guy Peters, B. (2010), *Meta-governance and Public Management*. W: S. Osborne (ed.), *The New Public Governance*, London: Routledge.

- Osborne, S. (2010), *Public governance and public services delivery: a research agenda for the future* W: S. Osborne (ed.), *The New Public Governance*, London: Routledge.
- Stuart-Hamilton, I. (2006), *Psychologia starzenia się*, Poznań: Wydawnictwo Zysk I SK-A.
- Supernat, J. (2003), Administracja publiczna w świetle koncepcji New Public Management, *Administracja Publiczna. Studia Krajowe i Międzynarodowe. Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Administracji Publicznej w Białymstoku*, nr 2.
- Szarfenberg, R. (2010), Jakość usług pomocy społecznej. Problemy polityki społecznej, *Studia i dyskusje*, s. 1–9.
- Szochnier-Siemińska, M. (2018), *Placówki dzienne i całodobowe w systemie pomocy społecznej*, Warszawa: C.H. Beck.
- Trafiałek, E. (2006), *Starzenie się i starość: wybór tekstów z gerontologii społecznej*, Kielce: Wydawnictwo Uczelniane Wszechnica Świętokrzyska.
- Zboina, B. (2008), *Jakość życia osób starszych*. Ostrowiec Świętokrzyski: Stowarzyszenie „Nauka Edukacja Rozwój”.
- Zych, A. (2001), *Słownik gerontologii społecznej*, Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak.