

Osoby niesamodzielne w województwie łódzkim

Autorzy:

Ewa Kusideł

Dorota Podgórska-Jachnik

Małgorzata Potoczna

Publikacja została opracowana w ramach projektu „Plan Realizacji Działań w ramach PT RPO WŁ na lata 2014-2020 na rok 2017”, podprojektu pn. „Funkcjonowanie regionalnych obserwatoriów terytorialnych”, współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020, Osi priorytetowej XII Pomoc Techniczna, Działania XII.2 System realizacji.

Raport końcowy z realizacji umowy nr 14/RPOPT.ROIS/2017 na świadczenie usługi wykonania prac naukowo-badawczych celem przeprowadzenia badania naukowego pn. *Osoby niesamodzielne w województwie łódzkim*.

Praca zbiorowa

Ekspert merytoryczny:

dr hab. Dorota Podgórska-Jachnik, prof. Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy

Zespół badawczy:

dr hab. Ewa Kusideł, prof. Uniwersytetu Łódzkiego
dr Małgorzata Potoczna
Magdalena Brudz

Zespół badawczy po stronie Zamawiającego:

Anna Bujwicka
Marta Beczkowska
Magdalena Błaszczyk
Kamila Brzezińska-Krakowiak
Maciej Tomczak
Edyta Żmurkow-Poteralska

Recenzja naukowa:

dr hab. Małgorzata Striker, Uniwersytet Łódzki

Skład i druk:

Argrafpol Agnieszka Blicharz-Krupińska
ul. Czarnieckiego 1, 53-650 Wrocław
www.argrafpol.pl

Ilustracja na okładce:

Witold Beczkowski

ISBN 978-83-951661-4-3

ISBN e-book PDF 978-83-951661-5-0

ISBN e-book EPUB 978-83-951661-6-7

ISBN e-book MOBI 978-83-951661-7-4

Publikacja bezpłatna

Nakład: 300

Wydawca:



Regionalne Centrum Polityki Społecznej
w Łodzi Jednostka Organizacyjna
Samorządu Województwa Łódzkiego
ul. Snycerska 8, 91-302 Łódź
tel. 42 203 48 00, 42 203 48 01, fax 42 203 48 17
www.rcpslodz.pl
e-mail: info@rcpslodz.pl



Regionalne Obserwatorium Integracji Społecznej
tel. 42 203 48 40, 42 203 48 43, 42 203 48 34
www.obserwatorium-rcpslodz.pl/
e-mail: obserwatorium@rcpslodz.pl

© Copyright by Regionalne Centrum Polityki Społecznej w Łodzi

Kopiowanie i rozpowszechnianie tylko z podaniem źródła

Druk publikacji współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Pomocy Technicznej RPO WŁ na lata 2014-2020

SPIS TREŚCI

Wstęp	5
1. Od niesamodzielnosci do autonomii relacyjnej – uwarunkowania społeczne i kontekst teoretyczny badań nad problemem osób niesamodzielnym w województwie łódzkim	8
2. Założenia metodologiczne projektu badawczego	23
2.1. Cele projektu badawczego	23
2.2. Metodologia badania	24
2.2.1. Analizy jakościowe	24
2.2.2. Analizy statystyczne	31
3. Identyfikacja i opis praktyk związanych z diagnozowaniem niesamodzielnosci i szacowaniem potrzeb pomocowych i opiekuńczych w wybranych instytucjach orzeczniczych i świadczących usługi społeczne i zdrowotne	33
3.1. Procedury diagnostyczne w zakresie oceny niesamodzielnosci w zespołach orzekających oraz wybranych instytucjach pomocy społecznej i ochrony zdrowia ...	33
3.1.1. Model I. Ocena niesamodzielnosci w procedurze ustalania stopnia niepełnosprawności przez zespoły ds. orzekania o niepełnosprawności	34
3.1.2. Model II. Procedura oceny niesamodzielnosci i szacowania potrzeb pomocowych i opiekuńczych przez ośrodki pomocy społecznej	38
3.1.3. Model III. Procedura oceny niesamodzielnosci przez placówki dziennej i długoterminowej opieki stacjonarnej	40
3.2. Wyniki analizy dokumentów w zakresie identyfikacji i opisu kategorii oraz zmiennych warunkujących identyfikację osób niesamodzielnym.....	45
3.2.1. Struktura analizowanych kwestionariuszy	45
3.2.2. Zawartość analizowanych kwestionariuszy – treść i język opisu wykorzystywany w ramach poszczególnych kryteriów i kategorii.....	47
3.3. Źródła informacji wykorzystywane na potrzeby diagnozy niesamodzielnosci	47
3.4. Specjaliści dokonujący diagnozy niesamodzielnosci	49
3.5. Kryteria stanowiące podstawę diagnozy niesamodzielnosci oraz szacowania potrzeb pomocowych i opiekuńczych	50
3.5.1. Stan zdrowia i sprawność fizyczna w orzekaniu o niesamodzielnosci i szacowaniu potrzeb pomocowych i opiekuńczych.....	50
3.5.2. Sytuacja bytowa w orzekaniu o niesamodzielnosci i szacowaniu potrzeb pomocowych i opiekuńczych	52
3.5.3. Sytuacja rodzinna w orzekaniu o niesamodzielnosci i szacowaniu potrzeb pomocowych i opiekuńczych	53
3.6. Rodzaj i zakres wsparcia oferowanego przez instytucje świadczące usługi	55
4. Metody, techniki i narzędzia diagnostyczne wykorzystywane w procesie diagnozowania niesamodzielnosci i szacowania potrzeb pomocowych i opiekuńczych	63
4.1. Metody i techniki zbierania informacji dla potrzeb diagnozy niesamodzielnosci i szacowania potrzeb pomocowych i opiekuńczych	63
4.2. Specjalistyczne narzędzia (testy) diagnostyczne wykorzystywane w procesie diagnozy i szacowania potrzeb pomocowych i opiekuńczych	65

4.3. Narzędzia diagnostyczne oceny niesamodzielności wypracowane przez instytucje udzielające wsparcia dorosłym osobom niesamodzielnym	70
4.4. Ocena jakości – trafności i adekwatności wykorzystywanych metod, technik i narzędzi diagnostycznych	72
5. Problemy utrudniające trafny proces diagnozy niesamodzielności i szacowania potrzeb pomocowych i opiekuńczych oraz propozycje sposobów ich przewycięzania	74
5.1. Propozycje zmian służących poprawie jakości procesu diagnozowania niesamodzielności i szacowania potrzeb pomocowych i opiekuńczych	83
5.2. Wzory współpracy w zakresie diagnozowania niesamodzielności w środowisku lokalnym	90
6. Podsumowanie i rekomendacje z badań jakościowych	92
7. Wskaźniki obciążenia demograficznego w województwie łódzkim	95
7.1. Indeks starości	95
7.2. OADR – Old Age Dependency Ratio	98
7.3. TDR – Total Dependency Ratio	100
7.4. RLE – Remaining Life Expectancy	103
7.5. Prop.RLE – Proportion of Remaining Life Expectancy	108
7.6. POADR – Prospective Old Age Dependency Ratio	111
7.7. Podsumowanie	113
8. Szacunki liczby osób niesamodzielnych	120
8.1. Niesamodzielność wg Narodowego Spisu Powszechnego 2011	120
8.1.1. Niesamodzielność a niepełnosprawność w statystykach GUS	120
8.1.2. Osoby niesamodzielne wg NSP 2011	122
8.1.3. Prognozy liczby i odsetka osób niesamodzielnych wg NSP	128
8.2. Niesamodzielność ze względu na wiek – skale ADL i IADL	131
8.2.1. Skala ADL	132
8.2.2. Skala IADL	138
8.3. Niesamodzielność a zdrowie	146
8.4. Podsumowanie szacunków liczby osób niesamodzielnych wg różnych kryteriów	150
8.4.1. Zestawienie szacunków dla całej populacji województwa łódzkiego	151
8.4.2. Zestawienie szacunków dla seniorów województwa łódzkiego	152
8.4.3. Szacunki liczby osób niesamodzielnych w województwie łódzkim w grupach wiekowych 16+	153
9. Podsumowanie i rekomendacje z badań ilościowych	157
Bibliografia	159
Spis tabel, map, wykresów, rysunków	163

WSTĘP

Niniejsza monografia przedstawia wyniki projektu badawczego realizowanego w 2017 r. pn. „Osoby niesamodzielne w województwie łódzkim”. Został on wykonany na zlecenie Regionalnego Centrum Polityki Społecznej w Łodzi i sfinansowany z środków RPO WŁ 2014-2020 (Pomoc Techniczna). Z inicjatywą badań wystąpiło Regionalne Obserwatorium Integracji Społecznej w Łodzi, gromadzące i opracowujące od kilku lat bazy danych, analizy oraz raporty badawcze dotyczące procesów zachodzących w sferze społecznej województwa łódzkiego. Pozwala to na lepsze zrozumienie zmian zachodzących w regionie, w kontekście problemów i wyzwań, zarówno o charakterze lokalnym, jak i ponadlokalnym – w tym globalnym. Umożliwia też tworzenie racjonalnych strategii działań w zakresie pomocy społecznej i szerzej – kształtowania polityki społecznej jako praktyki opartej na dowodach. Eksperti projektujący badania i ich wykonawcy zostali wybrani do projektu w trybie konkursowym, co umożliwiło powiązanie różnych podejść badawczych i interdyscyplinarnych kompetencji członków zespołu z zakresu nauk społecznych i ekonomicznych, w szczególności z zakresu pedagogiki specjalnej, psychologii, socjologii, jak również ekonometrii i demografii. Różnorodność tę poczytujemy za wartość i mamy nadzieję, iż ta unikalna konfiguracja zespołu przełożyła się także na wartość uzyskanych wyników.

Główny cel badań był prosty i bardzo trudny zarazem: oszacowanie populacji osób niesamodzielnych w województwie łódzkim, w oparciu o dane zastane, przy czym w żadnej dostępnej bazie kategoria niesamodzielności nie była podstawą gromadzenia statystyk. Zakładało to więc konieczność opracowania jakiegoś modelu łączącego założenia społeczne (określenie i zoperacjonalizowanie kategorii niesamodzielności) z analizami matematycznymi dla dostępnych baz danych. Warto podkreślić, że motywacją do takich oszacowań była nie tylko ciekawość poznawcza, ale twarde realia rzeczywistości, w której zachodzi konieczność projektowania określonych działań pomocowych dla różnych grup osób wymagających wsparcia, co dotyczy także osób określanych jako niesamodzielne. Niemożliwe jest racjonalne zarządzanie pomocą społeczną bez wiedzy o skali generujących jej potrzebę zjawisk. Jednocześnie samo pojęcie niesamodzielności nie dość, że nie jest zdefiniowane jednoznacznie, to jeszcze w ostatnich latach podlega krytyce, głównie w związku z dokonującą się na oczach współczesnych dekonstrukcją pojęcia niepełnosprawności i podejścia do niej. Bliskie związki pojęć „niepełnosprawność” i „niesamodzielność” wynikają z długiej tradycji wzajemnego ich definiowania poprzez siebie: osoba niepełnosprawna uznawana była za taką, gdy była postrzegana jako niesamodzielna, niesamodzielność postrzegana była (między innymi) jako skutek niepełnosprawności. Przy tym trudno było ustalić granice pomiędzy tymi pojęciami, a o wystandardyzowane kryteria funkcjonalne pozwalające na ich ocenę również było trudno. Diagnoza nozologiczna wpisywała się w tzw. medyczny model niepełnosprawności, co rzutowało również na diagnozę niesamodzielności.

W ostatnich latach na całym świecie model medyczny ustępuje modelowi społecznemu, w którym diagnoza nozologiczna zastępowana jest diagnozą funkcjonalną. Bariery (ale też i czynniki ułatwiające funkcjonowanie, zwane *facylitatorami*) identyfikowane są poza jednostką, co czyni zarówno niepełnosprawność, jak i niesamodzielność kategoriami nieostryimi, bo zależnymi od wielu czynników. Podważa to dotychczasowe myślenie o tym, jak bardzo niepełnosprawna i niesamodzielna jest dana osoba, gdyż ocena ta uzależniona jest od sytuacji, relacji i doświadczanych obciążeń lub wsparcia. Zatem nie niesamodzielność jako kategoria bezwzględna powinna być obiektem zainteresowań, ale wsparcie, jakie jest niezbędne, by osoba mogła pozostawać względnie niezależna. W przypadku niepełnosprawności wiąże się to z koncepcją niezależnego życia (*independent life*), możliwego dzięki wsparciu. Zatem zamiast kategorii „niesamodzielności” Konwencja o Prawach Osób Niepełnosprawnych (ONZ 2006, Pol-

ska 2012)¹ bardziej eksponuje potrzebę (bardziej intensywnego i specjalistycznego) wsparcia².

Świadomość tendencji tak radykalnych zmian na poziomie paradygmatycznym nie ułatwiała badaczom realizacji zadania – jak bowiem „zmierzyć niesamodzielność”, jeśli jej nie ma? Co właściwie odda statyczny obraz zebranych danych, jeśli nawet przyjmiemy określoną definicję operacyjną niesamodzielności, nie uwzględniając jej zakorzenienia (lub też nie) w praktykach społecznych? Te dylematy należało rozstrzygnąć zarówno na etapie tworzenia ramy teoretycznej, zbierania danych i budowania modelu analitycznego, jak i interpretacji uzyskanych wyników. Nie zrezygnowaliśmy z odpowiedzi na zadane pytanie. W części teoretycznej wyłoniła się jednak silnie akcentowana kategoria autonomii relacyjnej, rozumianej przez nas jako konstrukt, który powinien ukierunkować przyszłe badania. Na etapie zbierania danych okazało się oczywiste, że oprócz sięgnięcia do zastanych baz należy przyrzeć się praktykom, które pozwalają je tworzyć, czyli zastanowić się, jak w istniejących warunkach oceniana/diagnozowana jest niesamodzielność – także z uwzględnieniem tego, co sprzyja jej zachowaniu/podtrzymaniu/rozwijaniu. Na etapie tworzenia modelu analitycznego ważne stało się nie tylko pytanie o skalę niesamodzielności mierzoną według różnych kryteriów i wskaźników, ale także o zasoby, które w naszym rozumieniu mieszczą się w przestrzeni wyznaczonej różnicą pomiędzy bezwzględnym i względnym potraktowaniem przyjętych wskaźników niesamodzielności. To właśnie może być ta przestrzeń, w której udzielone wsparcie wyzwala zasoby samodzielności w dostępnym dla jednostki stopniu. W przyszłości tu sugerujemy poszukiwać czynników sprzyjających wspomnianej autonomii relacyjnej.

W badaniach przedstawionych w niniejszej monografii przyjęto dwa główne cele, z których wyniknęły konsekwentnie dwa obszary badawcze, przedstawione w osobnych rozdziałach: (1) identyfikacja i opis praktyk związanych z diagnozowaniem niesamodzielności i szacowaniem potrzeb pomocowych i opiekuńczych w wybranych instytucjach orzecznich i świadczących usługi wsparcia oraz (2) weryfikacja trafności wybranych demograficznych wskaźników niesamodzielności dla celów szacowania skali niesamodzielności na potrzeby regionalnej i lokalnej polityki społecznej. Szczegóły zawiera opis metodologiczny, któremu poświęcono w pracy odrębny rozdział.

Monografia składa się z dziewięciu rozdziałów. W rozdziale pierwszym przedstawiamy założenia teoretyczne projektu, w tym pojęcie i problem niesamodzielności, zarówno w kontekście potrzeb społecznych, oszacowania jej skali, jak i nowego, relacyjnego podejścia do kwestii niezależności, autonomii, samodzielności człowieka. Niesamodzielność przedstawiona została przede wszystkim w relacji do wieku (starości), stanu zdrowia (chorób) i niepełnosprawności. W rozdziale drugim zaprezentowane są założenia metodologiczne projektu, w tym jego część określona jako badania jakościowe realizowana była za pomocą wywiadów i analizy dokumentów w instytucjach, w których zachodzi potrzeba oceny osoby pod kątem jej (nie)samodzielności, dla celów związanych z udzielanym wsparciem, oraz druga – ilościowa – oparta została na analizach statystycznych danych zastanych. Wyniki analiz jakościowych ujęto w rozdziałach od

¹ Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych, sporządzona w Nowym Jorku dnia 13 grudnia 2006 r. (Dz.U. z 2012 r., poz. 1169). Szczególnie w kontekście omawianego problemu warto zwrócić uwagę na zapisy dwóch artykułów Konwencji:

- Artykuł 19: Niezależne życie i włączenie w społeczeństwo, punkt b) (...) *dostęp do szerokiego zakresu usług wspierających świadczonych w domu lub placówkach zapewniających zakwaterowanie oraz innego rodzaju usług wspierających, świadczonych w społeczności lokalnej, w tym do pomocy osobistej niezbędnej do życia, włączenia w społeczność oraz zapobiegającej izolacji i segregacji;*
- Artykuł 28: Odpowiednie warunki życia i ochrona socjalna.

² Zob. *Społeczny Raport Alternatywny z realizacji Konwencji o prawach osób z niepełnosprawnościami w Polsce*, pod red. merytoryczną J. Zadrożnego, Fundacja KSK w ramach programu Obywatele dla Demokracji, finansowanego z Funduszy EOG, Warszawa 2015; [online] http://www.tyfloswiat.pl/files/KSK_raport_Awww.pdf, [dostęp: 23.09.2017].

trzeciego do szóstego, przy czym rozdział szósty zawiera podsumowanie i rekomendacje wynikające z tej części badań. Rozdziały od siódmego do dziewiątego zawierają próby oszacowania populacji osób niesamodzielnych w województwie łódzkim z uwzględnieniem różnych wskaźników oraz kryteriów wieku, stanu zdrowia i niepełnosprawności. Rozdział dziewiąty przedstawia podsumowania i rekomendacje wynikające z analiz statystycznych.

W opracowaniu świadomie oddzielamy rekomendacje wynikające z jakościowej analizy praktyk diagnostycznych od tych, które wynikają z analiz ilościowych, gdyż z założenia nie stanowią one obrazu tej samej rzeczywistości, a jedynie dopełniających się obszarów analitycznych. To oczywisty dylemat dotyczący łączenia badań w różnych paradygmatach metodologicznych, który w przypadku zrealizowanego projektu rozstrzygamy jako uzupełnienie.

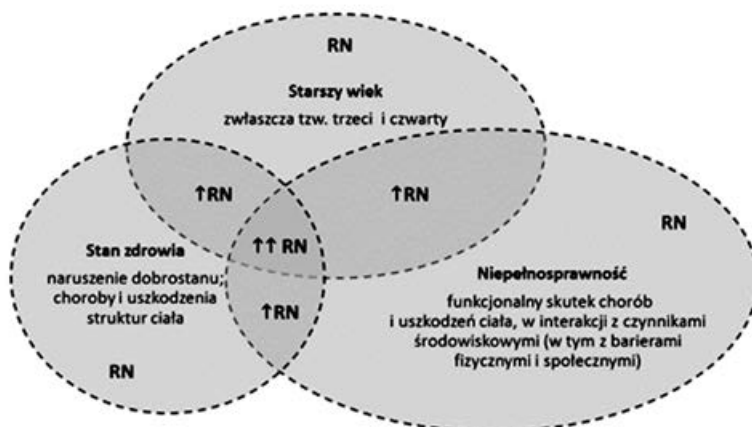
W czasie opracowywania bogatego materiału badawczego, zarówno z jednej, jak i drugiej części projektu, powstało wiele zestawień poglądowych, głównie w formie tabel. To bardzo obszerny materiał, który może stanowić cenne uzupełnienie przedstawionych analiz, jak i posłużyć do odrębnych analiz dla przyszłych badaczy.

1. OD NIESAMODZIELNOŚCI DO AUTONOMII RELACYJNEJ – UWARUNKOWANIA SPOŁECZNE I KONTEKST TEORETYCZNY BADAŃ NAD PROBLEMEM OSÓB NIESAMODZIELNYCH W WOJEWÓDZTWIE ŁÓDZKIM

Problem niesamodzielnosci i wynikajacej stąd zaleznosci od pomocy innych osób jest złożony i stanowi bardzo istotną kwestię społeczną. Wsparcie osoby z ograniczoną samodzielnością, adekwatne do jej potrzeb, jest bowiem czynnikiem przekładającym się na jakość życia tej osoby, czasem – przy całkowitej zależności od innych – bywa w ogóle warunkiem egzystencji. W społeczeństwie niesamodzielnosc z jednej strony rodzi bezpośrednie zagrożenie marginalizacji i wykluczenia, z drugiej stawia wyzwanie związane z organizacją działań kompensacyjno-wspierających, czasem na naprawdę dużą skalę. Ponieważ jest wiele powodów, dla których może zwiększać się – okresowo lub trwale – zależność ludzi od innych, a do tego zjawisko to dotyczy nie wyjątkowych sytuacji i jednostek, ale całych subpopulacji, niesamodzielnosc jest poważnym problemem, który należy przemyśleć i rozwiązywać w sposób systemowy.

Oszacowanie skali osób niesamodzielnych w społeczeństwie wydaje się podstawowym warunkiem trafnego planowania usług w zakresie pomocy społecznej. Niestety, jak dotąd brak takich diagnoz, tak w skali ogólnopolskiej, jak i województwa łódzkiego, gdyż statystyki beneficjentów pomocy nie oddają ograniczeń funkcjonalnych osób, a tym bardziej stopnia tych ograniczeń. Dysponujemy statystykami dotyczącymi niepełnosprawności czy profilu demograficznego społeczeństwa, jednak nie wynika z nich bezpośrednio, jak wiele osób jest zależnych od innych. (Nie)samodzielnosc i (nie)zdolność do samodzielnej egzystencji są zjawiskami uwarunkowanymi wieloma czynnikami, w szczególności jednak głównie stanem zdrowia i sprawności, posiadanym kapitałem – tak ekonomicznym, jak i społecznym, a także wiekiem.

Rysunek 1. Współwystępowanie czynników ryzyka obniżenia samodzielności*



Źródło: opracowanie własne.

*Oznaczenia na rysunku: RN – ryzyko niesamodzielnosci / obniżenia samodzielności,

↑ RN – podwyższone ryzyko niesamodzielnosci / obniżenia samodzielności,

↑↑ RN – znacznie podwyższone ryzyko niesamodzielnosci / obniżenia samodzielności.

Poza okresem dzieciństwa, to przede wszystkim starszy wiek, przewlekła choroba i niepełnosprawność są najpoważniejszymi czynnikami ryzyka zagrożenia niesamodzielnością, choć wcale nie muszą być z nią równoznaczne. Są to kategorie niejednorodne pojęciowo, które mają tendencję do współwystępowania i w dużym stopniu nakładają się na siebie (por. Rysunek 1). Niestety rozmywają się również w różnych statystykach, utrudniając oszacowanie wagi każdego z nich. Co więcej, ani stan zdrowia, ani poziom sprawności, ani nawet wiek, same w sobie nigdy nie będą jedynymi i bezwzględными wyznacznikami niesamodzielności i jej stopnia, co wyżej ujęto w niejednoznacznym zapisie słów: (nie)samodzielność i (nie)zdolność, natomiast na rysunku wskazano symbolicznie nie tyle obszary niesamodzielności, co jej ryzyka.

Przesłanki demograficzne związane z przewidywanym znaczącym wzrostem w populacji udziału osób najstarszych³, wydłużanie się życia ludzkiego⁴, w tym perspektywa życia seniorów z ograniczeniami wynikającymi z chorób i niepełnosprawności⁵, stan zdrowia Polaków⁶, a w tym obszarze rosnące wskaźniki epidemiologiczne chorób cywilizacyjnych, psychicznych i innych o charakterze przewlekłym – powodują konieczność przygotowania polityki społecznej na wyzwania wynikające z niesamodzielności coraz większej liczby osób. Dotyczy to także populacji łodzian⁷. Do tego wiele zjawisk charakteryzujących współczesne polskie społeczeństwo świadczy o ograniczonych zasobach kapitału ekonomicznego i społecznego osób niesamodzielnych, szczególnie starszych. Zjawiska te to np. niska gotowość Polaków do oszczędzania na dodatkową emeryturę w starości⁸, zjawisko singularyzacji gospodarstw domowych, zwłaszcza osób starszych⁹, długotrwałe zagraniczne wyjazdy zarobkowe osób młodych oraz opóźnianie wieku emerytalnego kobiet jako potencjalnych opiekunów i opiekunek¹⁰ i in. Zapotrzebowanie na usługi opiekuńcze i pomocowe stale rośnie, stając się istotną kwestią społeczną wymagającą rozwiązań systemowych, które przede wszystkim trzeba rozpocząć od ustalenia skali potrzeb na użytek planowanych działań. Dotyczy to różnych szczebli zarządzania, istotne jest jednak szczególnie na poziomie regionalnym i lokalnym, gdyż to przede wszystkim tu realizowane są konkretne działania, służące zaspokajaniu potrzeb wspólnot samorządowych.

Jak już wspomniano, ani choroba sama w sobie, ani starszy wiek, ani nawet niepełnosprawność nie muszą zawsze oznaczać niesamodzielności. Co więcej, wiele zależy od postawy i działań jednostki oraz społeczeństwa, by nawet obiektywnie uzasadnioną zależność od

³ *Prognoza ludności na lata 2014-2050*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2014; *Trwanie życia w 2015 r.*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2016.

⁴ *Oczekiwana długość życia w zdrowiu w Polsce/European Health Expectancy Monitoring Unit (EHEMU)*, Raporty Krajowe, nr 5, 2012.

⁵ P. Ucieklak-Jeż, *Analiza stanu oczekiwanej długości życia bez niepełnosprawności w Polsce*, Prace Naukowe Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie, seria: Pragmata tes Oikonomias, 2011, z. V, <http://dlibra.bg.ajd.czest.pl:8080/Content/443/Pragmata5-13.pdf>, [dostęp: 15.12.2017]; *Społeczne nierówności w zdrowiu w Polsce*, WHO, 2012, http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/raportspolnierownosci_20130529.pdf, [dostęp: 15.12.2018].

⁶ Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r., GUS, Warszawa 2016; *Społeczne nierówności w zdrowiu w Polsce*, WHO, 2012, http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/raportspolnierownosci_20130529.pdf, [dostęp: 15.12.2018].

⁷ *Ludność – dane o Łodzi 2016*, [online] <http://lodz.stat.gov.pl/dane-o-województwie/stolica-województwa-1323/ludnosc-dane-o-lodzi-2016/>, [dostęp: 12.11.2017].

⁸ J. Czapiński, M. Góra, *Świadomość „emerytalna” Polaków. Raport z badania ilościowego*, Publikacje Europejskiego Kongresu Finansowego, Warszawa, maj 2016, [online] <http://www.efcongress.com/sites/default/files/analizy/raport.pdf>, [dostęp: 19.09.2017].

⁹ *Portret społeczno-demograficzny seniorów*, CBOS, Komunikat z badań, nr 160/2016, Warszawa, https://cbos.pl/SPISKOM.POL/2016/K_160_16.PDF, [dostęp: 19.09.2017].

¹⁰ A. Klimkiewicz, *Społeczne konsekwencje podwyższenia wieku emerytalnego kobiet*, „Annales. Etyka w życiu gospodarczym” 2013, vol. 16, s. 259-269.

innych ograniczyć poprzez rozsądne wsparcie do niezbędnego minimum, co najlepiej wyraża emancypacyjny ruch IL (*Independent Living*) środowisk osób z niepełnosprawnością na rzecz niezależnego życia. W tym kierunku podążają również działania na rzecz aktywizacji seniorów i wykorzystania dostępnych zasobów służących podnoszeniu jakości ich życia. Jak wynika z badań, zasoby te tkwią przede wszystkim w kapitale rodzinnym, sąsiedzko-towarzyskim i społecznym (zaangażowanie w życie organizacji, grup lub wspólnot)¹¹. Nie zastępują potrzeby opieki i pomocy, ale często kompensacyjnie ograniczają lub odraczają potrzebę instytucjonalnego wsparcia w przypadku zagrożenia niesamodzielną.

W wytycznych do realizacji Regionalnych Programów Operacyjnych (RPO – w tym RPO Województwa Łódzkiego), będących podstawą planowania rozwoju województw i regionów zgodnie z polityką Unii Europejskiej¹², używanie pojęcia niesamodzielnosci wskazuje na to, iż tak w filozofii podejścia do problemów społecznych, jak i w planowaniu działań praktycznych zwraca się uwagę nie tyle na diagnozę nozologiczną, ile na faktyczne ograniczenia funkcjonalne jednostek. To od nich zależy tak naprawdę potrzeba wsparcia psychospołecznego, w tym opieki i pomocy (społecznej – i nie tylko). *Terminologia WHO definiuje osobę niesamodzielną jako częściowo lub zupełnie niezdolną do samodzielnego funkcjonowania na poziomie organicznym, kognitywnym, behawioralnym lub interpersonalnym albo do wchodzenia w interakcje ze środowiskiem*¹³. Dane EUROSTATU wykazują w szczególności wzrost odsetka osób niesamodzielnych w starszym wieku w Europie z 28,8% w roku 2015 do 39,1% w roku 2030 i 50,3% w roku 2050¹⁴. W Polsce wskaźniki te osiągną odpowiednio wartości: 22,2%, 37% oraz 54,6%. Również z szacunków demograficznych Z. Szweda-Lewandowskiej wynika, że liczba osób niesamodzielnych powyżej 65 r.ż. wzrośnie z prawie pół miliona w 2014 roku do ponad 750 tys. w 2035 roku. Do tego można się spodziewać w tym czasie blisko dwukrotnego wzrostu liczby najstarszych osób niesamodzielnych (80 lat i więcej)¹⁵. Ponadto według danych GUS już w 2030 roku co drugie gospodarstwo jednoosobowe będzie prowadzone przez osobę w wieku senioralnym (ponad 65 lat), w tym ponad 17% przez osoby w wieku 80 i więcej lat¹⁶. Odsetek osób z niepełnosprawnością w społeczeństwie (a wiele z nich to osoby w różnym stopniu niesamodzielne) jest dość stabilny – według danych z Narodowego Spisu Powszechnego wynosił 13,8% w roku 2002, a 12,2% w roku 2011 (zob. tab. 17)¹⁷ – ale i on będzie wzrastać wraz ze starzeniem się społeczeństwa. Prognoza „srebrnej fali demograficznej” to jeden z najbardziej mobilizujących powodów do zajęcia się problematyką niesamodzielnosci w polityce społecznej.

¹¹ *Jakość życia osób starszych w Polsce – na podstawie wyników badania spójności społecznej*, GUS, Warszawa 2017.

¹² RPO zatwierdzone są przez Komisję Europejską. *Ustawa z dnia 6 grudnia 2006 r. o zasadach prowadzenia polityki rozwoju* (Dz.U. z 2006 r. nr 227 poz. 1658).

¹³ *Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Inwalidztwa i Zdrowia*, 2001 (ICF); Zob. Opinia Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego w sprawie komunikatu Komisji dla Rady, Parlamentu Europejskiego, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego i Komitetu Regionów – *Modernizacja opieki społecznej w celu ukształtowania efektywnej, dostępnej i stabilnej opieki zdrowotnej i opieki długoterminowej: wsparcie strategii krajowych przy użyciu „otwartej metody koordynacji”*; COM(2004) 304, final (2005/C 120/25), <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/?uri=CELEX%3A52004AE1447>, [dostęp: 10.09.2017].

¹⁴ EUROSTAT, 2016 – *Population Projection EUROPOP2013*, <http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&ocode=tsdde511&plugin=1>, [dostęp: 20.09.2017].

¹⁵ Z. Szweda-Lewandowska, *Niesamodzielnicy A.D. 2035 – w poszukiwaniu sposobów i źródeł wsparcia*, Acta Universitatis Lodzianensis, Folia Oeconomica 4(315), 2015, s. 173-183.

¹⁶ *Prawa mieszkańców domów pomocy społecznej. Jak wspólnie zadbać o godne życie osób starszych, chorych i z niepełnosprawnościami?*, Raport z działalności RPO Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur, Warszawa 2017 [online], <https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/Prawa%20mieszka%C5%84c%C3%B3w%20dom%C3%B3w%20pomocy%20spo%C5%82ecznej%20202016.pdf>, [dostęp: 20.12.2017].

¹⁷ Spadek odsetka osób z niepełnosprawnością nie dotyczył niepełnosprawnych biologicznie.

Samo pojęcie „niesamodzielnosc” jest w języku polskim bardzo wieloznaczne. Używane powszechnie i potocznie rozumiane może oznaczać jednak różne stany i sytuacje. *Słownik synonimów* pokazuje w języku polskim aż ok. 90 różnych odpowiedników znaczeniowych. Ze względu na wielość terminów pogrupowano je w następujące, najważniejsze zbiory znaczeń, określających niesamodzielnosc:

- jako cechę osoby niezaradnej, w odniesieniu do bezradności lub do braku zaradności,
- w odniesieniu do braku samodzielności,
- jako wzorowanie się na kimś,
- jako cechę osoby niezdarnej,
- w kontekście podporządkowania się komuś lub czemuś¹⁸.

Już te kategorie pokazują duże zróżnicowanie znaczeniowe pojęcia, bardziej w aspekcie pewnych właściwości psychologicznych niż konkretnych działań. Do tego zawsze określenie to ma pejoratywny wydźwięk braku, niedostatecznej, niepełnej czy utraconej autonomii. W przypadku rozwiązań o charakterze systemowym, ukierunkowanych na rozwiązanie problemu niesamodzielnosci w wymiarze społecznym, takie jej definiowanie okazuje się niewystarczające, zwłaszcza z punktu widzenia jego praktycznej operacjonalizacji. Dlatego badacze poszukują różnego rodzaju wskaźników globalnych niesamodzielnosci. Wskaźniki te – tworzone głównie z myślą o analizach ekonomicznych obciążenia demograficznego, szacowaniu społecznych i materialnych skutków niesamodzielnosci oraz zarządzaniu związanymi z nią problemami społecznymi – mogą być oparte na różnych współczynnikach. Rodzaje wykorzystanych współczynników odzwierciedlają sposób myślenia o niesamodzielnosci. Jednym z częściej wykorzystywanych wskaźników populacyjnych jest np. indeks OADR (ang. *Old Age Dependency Ratio*), rozumiany jako współczynnik obciążenia osobami w starszym wieku (liczba osób w wieku 65+ na liczbę osób w wieku 15-64)¹⁹, choć wykorzystywane są także wskaźniki oparte na stosunku liczby osób w wieku przedprodukcyjnym i poprodukcyjnym do liczby osób w wieku produkcyjnym, wskaźnikach przewidywanego dalszego trwania życia, stosunku populacji pracujących do niepracujących, rencistów do pracujących, oczekiwanej długości aktywnego życia (bez niepełnosprawności) do przewidywanego dalszego trwania życia, populacji osób z niepełnosprawnością do osób bez niepełnosprawności, populacji osób w zdrowiu vs. osób chorych do populacji osób w wieku produkcyjnym oraz inne wskaźniki oparte na kombinacji czynników wieku, płci, zatrudnienia, zdrowia, choroby, kapitału ludzkiego i in.²⁰ W przypadku wskaźników globalnych również widać wielość podejść do problemu niesamodzielnosci, przy czym akcentowana jest zależność ekonomiczna. Problemem natury praktycznej jest związane indywidualnego aspektu niesamodzielnosci z jej statystycznym obrazem populacyjnym. Ponieważ w zasadzie brak jest statystyk publicznych odzwierciedlających ograniczenia funkcjonalne²¹, w wymienionych wy-

¹⁸ *Niesamodzielnosc* [w:] Internetowy słownik synonimów języka polskiego online Synonim.NET © LocaHost; <https://synonim.net/synonim/niesamodzielnosc%20C5%9B%C4%87>, [dostęp: 12.10.2017].

¹⁹ Jako osoby niesamodzielnosc traktuje się też z założenia dzieci i młodzież do 15 r.ż. i uwzględnia się także ten aspekt wieku w analizach demograficznych. Ponieważ jednak ta grupa wiekowa nie jest objęta niniejszym badaniem, więc pomijamy opis wskaźników odnoszących się do tego wieku. W niniejszym opracowaniu, indeks OADR policzony został nieco inaczej, zgodnie z propozycjami z opracowania Spijkera [2015].

²⁰ J. Spijker, *Alternative indicators of Population Ageing: An Inventory*, Vienna Institute of Demography, Working Papers, 4/2015.

²¹ Choć pojawiają się badania, w których próbuje się monitorować to zjawisko. Np. w Narodowym Spisie Powszechnym (NSP 2011), w module 9. dotyczącym niepełnosprawności, oprócz pytań o niepełnosprawność w aspekcie biologicznym i prawnym znajduje się pytanie o *ograniczoną zdolność wykonywania zwykłych czynności (nauka w szkole, praca zawodowa, prowadzenie gospodarstwa domowego, samobsługa) trwającą 6 miesięcy lub dłużej*, spowodowaną problemami zdrowotnymi (kalectwem lub chorobą przewlekłą). Respondent może uznać występowanie całkowitych, poważnych lub umiarkowanych ograniczeń albo ich brak (może też odmówić odpowiedzi na to pytanie).

żej propozycjach wskaźników przyjmuje się bardziej ogólne dane demograficzne jako pewnego rodzaju deskryptory możliwych sytuacji indywidualnych, powiązanych z ograniczeniem samodzielności. Należy jednak pamiętać o tym, że to jedynie uprawdopodobnianie występowania problemu. Badania nad problemem niesamodzielności idą więc w dwu kierunkach: opisanego wyżej poszukiwania wskaźników globalnych oraz analizy fenomenu samej sytuacji niesamodzielności, w tym jej składników, typologii, znaczenia dla jednostki, czynników zapobiegania i przywracania autonomii itd.

Na użytek niniejszego projektu, którego celem jest oszacowanie liczby osób niesamodzielnych w określonej populacji, **przyjęto definicję szeroką, wynikającą wprost z formalnych wytycznych unijnych dotyczących Regionalnych Programów Operacyjnych, określoną w celu tematycznym 9 „Promowanie włączenia społecznego, walka z ubóstwem i wszelką dyskryminacją”**, w ramach których badania są realizowane, a obejmującą swym zasięgiem również inne definicje niesamodzielności, funkcjonujące w polskiej literaturze. Zatem: ***osoba niesamodzielna – to osoba, która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego***²².

Nie jest to jednak oczywiste, jaki katalog podstawowych czynności dnia codziennego należy przyjąć w ocenie niesamodzielności. Odwołując się do teorii naukowej, można przyjąć w tym miejscu jako punkt wyjścia uznany powszechnie w działaniach opiekuńczych model aktywności życiowych (ADLS) Nancy Roper, Winfried Logan i Alison Tierney [1980]²³, oparty na koncepcji pielęgnowania Virginii Henderson²⁴. Użyteczność tego modelu wynika nie tylko z jego zakorzenienia i powszechnej akceptacji w działaniach pielęgnacyjnych, ale także w ujęciu czynności życiowych na continuum skali zależności-samodzielności. Wyklucza to więc dychotomiczną opozycję samodzielny-niesamodzielny, na rzecz stopniowania samodzielności, co bardziej odpowiada potrzebom opiekuńczym. Model obejmuje katalog 12 podstawowych czynności życiowych, które angażują jednostkę w codziennym funkcjonowaniu, umożliwiają jej rozwój, ale także wskazują na ograniczenia pojawiające się na różnych etapach życia, powodujące wzrastanie poziomu bądź ograniczenie samodzielności. Czynności życiowe w tym modelu to: czynności zapobiegawcze, czynności poprawiające komfort, czynności poszukiwawcze, utrzymanie bezpieczeństwa, komunikowanie się, oddychanie, jedzenie i picie, wydalanie, higiena osobista i ubieranie się, kontrolowanie temperatury ciała, ruch, praca i zabawa, wyrażanie swojej seksualności, sen, umieranie (jako proces). W każdej z tych aktywności można wyróżnić zarówno aspekt fizyczny/fizjologiczny, jak i społeczny oraz psychologiczny; koncepcja nawiązuje do teorii potrzeb Abrahama Masłowa²⁵. Ważnym aspektem koncepcji Henderson, podobnie jak i innej ważnej koncepcji pielęgnowania Dorothei Orem, jest aktywizowanie osoby wymagającej wsparcia. Orem pisze o pojawiającym się np. w chorobie lub niepełnosprawności deficycie samoopieki (*Self Care Deficit Theory*) – co można uznać za pewien odpowiednik ograniczenia samodzielności – jednak ciekawym aspektem jej podejścia do problemu jest dążenie do wyrównania tego deficytu²⁶.

²² Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014-2020.

²³ N. Roper, W.W. Logan & A.J. Tierney, *The Roper-Logan-Tierney Model of Nursing: Based on Activities of Living*, Edinburgh, Elsevier Health Sciences 2000.

²⁴ J. Górajek-Jóźwik (red.), *Filozofia i teorie pielęgniarstwa*, Wyd. Czelej, Lublin 2007.

²⁵ Zob. I. Bodys-Cupak, E. Czaja, M. Dzikowska, *Modele opieki pielęgniarstwa nad chorym dorosłym*, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.

²⁶ A. Bigs, *Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory: Update on the State of the Art and Science*, "Nursing Science Quarterly", Vol. 21, Issue: 3, 2008, pp. 200-206;. G. Kowalik, *Praktyczne zastosowanie modelu pielęgnowania Dorothy Orem*, „Studia Medyczne” 26 (2), 2012; D. Orem, *Nursing: Concepts of practice*, St. Louis, MO: Mosby 2001.

Chociaż koncepcje Henderson i Orem stanowią jedne z klasycznych teorii pielęgniarstwa oraz podstawę jego modelu praktycznego, to ze względu na wyraźne akcenty społeczne i ukierunkowanie na przywracanie samodzielności/zdolności samoopieki mogą stanowić ciekawą inspirację do projektowania wsparcia w obszarze pomocy społecznej osobom o ograniczonej samodzielności ze względu na chorobę, niepełnosprawność i wiek, a także być podstawą mentalnego odróżniania tego, co w takim przypadku stanowi aspekt medyczny, a co pozamedyczny udzielanej pomocy. Opisane czynności życiowe stały się również podstawą do budowania skal funkcjonalnych używanych w opiece nad osobami z ograniczoną samodzielnością (ADL, IADL i in.), jest więc uzasadnienie w praktyce działań pomocowych do odwołania się do tych teorii.

Skatalogowanie czynności życiowych stanowiących o samodzielności może być jednak w praktyce trudne ze względu na różnego rodzaju profile strategii adaptacyjnych do rzeczywistości, które niewątpliwie są udziałem wszystkich ludzi. Style życiowego funkcjonowania powodują bowiem znaczące zróżnicowanie w tym, jak człowiek radzi sobie na co dzień. Można być np. w pełni samodzielnym, nie gotując czy nie sprząając – choć czynności te znajdują się w katalogu szczegółowych czynności podstawowych – zlecając je komuś innemu, poprzez podział zadań czy ich opłacanie. Można być osobą z biologicznie znaczną niepełnosprawnością i – nawet przy uzależnieniu w niektórych czynnościach od innych osób – znakomicie samorealizować się w innych obszarach, np. w pracy dającej środki na ponadstandardowe zabezpieczenie usług pielęgnacyjnych i in. Choć taki profil przystosowania do życia w niepełnosprawności będzie raczej wyjątkiem, to jednak zakłóca aspekt normatywności, wskazując raczej na kompensacyjną wariantowość katalogu wymienionych i niewymienionych tu życiowych czynności. Różne style codziennego funkcjonowania wydają się zupełnie oczywiste w przypadku osób niepotrzebujących bardziej intensywnego wsparcia ze strony innych, ale w przypadku tych, którzy go potrzebują – przestaje to być już tak oczywiste. Jest więc kwestią dyskusji zakres oraz rodzaj oczekiwanego i udzielanego wsparcia, co jeszcze zostanie poruszone dalej, w aspekcie aktywizowania zasobów jednostki i otoczenia.

Tymczasem, niezależnie od dyskusji nad katalogiem czynności życiowych uznanych za podstawowe, określenie osoby niesamodzielnej pozostaje nadal trudne z kilku względów: stosowalności tej definicji w praktyce pomocy społecznej, jej wyodrębnienia znaczeniowego przy zmieniającym się podejściu do problemu niesamodzielności i niepełnosprawności, a w końcu po prostu także odpowiednich statystyk. O tej ostatniej kwestii już wspomniano, zatem omówimy jeszcze dwie pozostałe.

Co do stosowalności przytoczonej definicji i jej przekładalności na praktykę działań pomocowych, należy wyraźnie zaznaczyć, że mimo bezpośredniego wpływu na konieczność podejmowania działań pomocowych, **pojęcie „niesamodzielność” nie funkcjonuje w polskim prawodawstwie z zakresu zabezpieczenia społecznego i pomocy społecznej.** Powoduje to w oczywisty sposób uznaniowość w ocenie podmiotowych potrzeb. Potrzeba zmiany sytuacji widoczna była już wcześniej. Co więcej, już w roku 2012 pojawiła się w polskim ustawodawstwie propozycja doprecyzowania tak samego pojęcia, jak i katalogu świadczeń, w postaci projektu Ustawy o osobach niesamodzielnych²⁷. Niestety, mimo kilku lat pracy nad projektem oraz dobrze udokumentowanej potrzeby prac nad ustawą (doszły one nawet do etapu szerokich konsultacji społecznych) prace zawieszono, przede wszystkim z powodu znaczących zmian politycznych w polskim rządzie i parlamencie. Ustawa nie została wprowadzona w życie. Problem pozostaje jednak nadal aktualny, choć zmiany, które zaszły od tego czasu – przede wszystkim w podejściu do problematyki niepełnosprawności – nie pozwalają na proste aktywowanie planowanych wówczas rozwiązań. Obecnie wymaga zmiany podejście do samej kategorii niesa-

²⁷ Projekt ustawy o pomocy osobom niesamodzielnym – <https://www.senat.gov.pl/aktualnosci/art,5392,konferencja-pomoc-osobom-niesamodzielnym-prezentacja-projektu-ustawy.html>, [dostęp: 10.09.2017].

modzielności. Z jednej strony zoperacjonalizowanie pojęcia niesamodzielności i ustalenie zasad jej formalnej diagnozy pozwoliłoby na lepszą ocenę potrzeb jednostek oraz lepszą organizację systemu wsparcia. Z drugiej strony wskazane we wstępie zmiany w podejściu do tej problematyki, wynikające przede wszystkim ze społecznego modelu niepełnosprawności, czynią niesamodzielność wyjątkowo zmiennym i uzależnionym od wielu czynników kontekstowych fenomenem. Mamy więc trudną sytuację, gdy z jednej strony planowanie polityki i pomocy społecznej musi uwzględniać osoby niesamodzielne (ramy RPO), z drugiej – jest to pojęcie niezgodne z kluczowym dokumentem kształtującym politykę wobec osób z niepełnosprawnością, co podkreśla badacz tej problematyki, Krzysztof Kurowski, z Biura Rzecznika Praw Obywatelskich. Prawnik zdecydowanie zaznacza: *Konwencja bardzo wyraźnie podkreśla potrzebę definiowania od strony pozytywnej, a nie negatywnej i postuluje się określaniem „osoby wymagające bardziej intensywnej pomocy”²⁸*. Bardzo krytycznie odnosi się też z tego powodu do stosowanej w Polsce terminologii, w tym takich pojęć jak „niesamodzielność”, „niezdolność do samodzielnej egzystencji” czy „chronione warunki pracy”²⁹, jak również ukazuje związane z tym absurdy orzecznicze³⁰.

W polskim prawie o niezdolności do samodzielnego funkcjonowania lub samodzielnej egzystencji mówi się (przede wszystkim) w Ustawach o pomocy społecznej³¹ oraz o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych. „Niezdolność do samodzielnej egzystencji” oznacza tu *naruszenie sprawności organizmu w stopniu uniemożliwiającym zaspokojenie bez pomocy innych osób podstawowych potrzeb życiowych, za które uważa się przede wszystkim samoobsługę, poruszanie się i komunikację*. Jest to stan ograniczenia równoznaczny ze znacznym stopniem niepełnosprawności, do którego zgodnie z art. 5 Ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych z 1997 r. zalicza się *osoby o naruszonej sprawności organizmu, niezdolne do pracy albo zdolne do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej i wymagające, w celu pełnienia ról społecznych, stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innych osób*³². Orzekanie o niepełnosprawności jest w praktyce najbliższe diagnozie niesamodzielności, a ściślej trzeba takiej diagnozy dokonać, by ocenić stopień niepełnosprawności. Nie zmienia to faktu, iż operacjonalizacja pojęcia niesamodzielności nie została w Polsce przeprowadzona, a diagnoza wystandaryzowana, co stanowi w orzecznictwie problem błędu logicznego definiowania *ignotum per ignotum* (nieznanego przez nieznanego), niezależnie od wskazanych zastrzeżeń dotyczących koncentracji na negatywach, a nie zasobach jednostki. Warto jeszcze przytoczyć *explicite* uwagi Kurowskiego, gdyż dostrzegając ich zasadność, odczuwamy dysonans związany z koniecznością (wynikającą z przytoczonych dokumentów) posługiwania się terminologią, która wymaga zmian. Autor pisze:

Trzeba zwrócić uwagę, iż określenie „niezdolność do samodzielnej egzystencji” ma charakter pejoratywny, będąc przy tym bardzo nieprecyzyjnym. To, w jakim stopniu dana osoba będzie samodzielna, w dużej mierze zależy od barier znajdujących się w jej otoczeniu i może się zmieniać na skutek ich usuwania. W tym kontekście zdecydowanie negatywnie należy ocenić pod względem proponowanego tytułu projekt ustawy

²⁸ Konsultacja (korespondencja prywatna).

²⁹ K. Kurowski, *Wolności i prawa człowieka i obywatela z perspektywy osób z niepełnosprawnościami*, Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa 2014, s. 21-23.

³⁰ Ibidem, s. 24-30.

³¹ Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 2004 r. nr 64 poz. 593).

³² Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 1997 r. nr 123 poz. 776).

*pomocy osobom niesamodzielnym*³³. W projekcie tym, jako osoby niesamodzielne określa się już osoby potrzebujące wsparcia w czynnościach życia codziennego w wymiarze 1,5 godziny dziennie. Niewątpliwie cenna jest inicjatywa wprowadzenia do systemu prawnego mechanizmów wsparcia osób starszych i osób z niepełnosprawnościami w czynnościach życia codziennego (niekoniecznie w odrębnej ustawie). Mechanizmy takie stanowiłyby m.in. jedną z alternatyw dla domów pomocy społecznej (...). Jednak nie można tych przepisów budować, wychodząc od nazywania tych osób niesamodzielnymi.

Widząc i uznając zasadność powyższych uwag, traktujemy je rozwojowo, jako wskazanie do przyszłych zmian legislacyjnych. Poruszając się jednak w systemie aktualnych rozwiązań, podejmujemy problem badawczy, pozostając z zasygnalizowanymi już wątpliwościami, dotyczącymi wydzźwięku znaczeniowego pojęcia „niesamodzielność”. Nie traktujemy go jednak jako cechy czy właściwości osoby, ale jako wypadkową całości uwarunkowań życiowych jednostki, skutkujących określonym poziomem funkcjonalnym, analizowanym w konkretnym kontekście sytuacyjnym. W takim znaczeniu nie da się zupełnie wyeliminować pojęcia mniejszej samodzielności, co zresztą widać nawet w (alternatywnym) raporcie dotyczącym oceny wdrażania Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych w Polsce, sporządzonym przez samo środowisko tych osób. Autorzy raportu piszą o ważnym problemie niedostatecznej podaży usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych świadczonych w miejscu zamieszkania oraz długiej listy innych. W Raporcie czytamy: *Dostęp do wszystkich tych form wsparcia jest bardzo ograniczony. Szczególnie niedostępne jest wsparcie dla osób mało samodzielnych, wymagających intensywnego i specjalistycznego wsparcia*³⁴. Przy tym trudno byłoby tutaj spierać się o użycie określenia „mało samodzielny”, przy społecznym wydzźwięku całej reszty zamieszczonej tam uwagi.

Trzymając się ram wyznaczonego zadania badawczego, mamy określić, jakiej części populacji ono dotyczy, nie przesądzając o tym, że poziom (nie)samodzielności nie podlega zmianie i modelowaniu, w zależności od cech sytuacji życiowej, otoczenia fizycznego i społecznego na różnym poziomie organizacji tego drugiego – od skali mikro do makro. Wręcz przeciwnie, dostrzegamy tu obszar z jednej strony ryzyka, z drugiej zawsze jakichś szans usamodzielniania, mimo istniejących problemów. Z analizy sytuacji osób określanymi jako niesamodzielne wynika, że stopień ich faktycznej życiowej samodzielności jest nie tyle wynikiem samych ograniczeń podmiotowych, co także właściwości ich otoczenia, istniejących barier, ale i udogodnień, a więc posiadanych zasobów. Myślenie takie wpisuje się w model diagnozy funkcjonalnej Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia, znanej powszechnie jako ICF (*International Classification of Functioning, Disability and Health*)³⁵. To jedna z najnowszych klasyfikacji Światowej Organizacji Zdrowia (2002), przetłumaczona na język polski, powszechnie dostępna, rekomendowana przez WHO do szerokiego, interdyscyplinarnego wykorzystania. Nie opisuje samych istniejących zaburzeń (dysfunkcji, niepełnosprawności), ale całość funkcjonowania człowieka we wszystkich obszarach życiowej aktywności, w kontekście jego indywidualnej sytuacji psychospołecznej. Mimo kilkunastu lat implementacji, klasyfikacja ICF nie doczekała się jeszcze powszechnego zastosowania w naszym kraju i ciągle jeszcze brak odpowiednio

³³ Komentarz dotyczy projektu Ustawy o pomocy osobom niesamodzielnym, opracowanej w 2012 roku przez Komisję Rodziny i Polityki Społecznej, w zespole kierowanym przez Senatora RP M. Augustyna. Projekt Ustawy wraz z obszernym komentarzem na stronie Senatu RP: <https://www.senat.gov.pl/aktualnosci/art,5392,konferencja-pomoc-osobom-niesamodzielnym-prezentacja-projektu-ustawy.html>, [dostęp: 10.09.2017].

³⁴ *Społeczny Raport Alternatywny...*, op. cit., pkt 86, s. 21.

³⁵ *ICF, Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania Niepełnosprawności i Zdrowia*. 2001. Wersja polska 2009. WHO, Genewa, s. 248. [online] https://www.csioz.gov.pl/fileadmin/user_upload/Wytyczne/statystyka/icf_polish_version_56a8f7984213a.pdf, [dostęp: 2.12.2017].

szerokiego instrumentarium diagnostycznego, przede wszystkim dla celów orzeczniczych. Warto przy tym zauważyć – szczególnie w kontekście uwag K. Kurowskiego – że w założeniach ICF twórcy deklarują, iż *ICF nigdy nie powinien być używany w celu piętnowania ludzi lub nadawania ludziom etykietek ani też identyfikowania ich wyłącznie w kategoriach jednej lub więcej kategorii niepełnosprawności*³⁶. Zatem oczekiwane i projektowane zmiany w systemie orzeczniczym, polegające na wprowadzeniu interdyscyplinarnej diagnozy funkcjonalnej opartej na ICF, powinny diametralnie zmienić sytuację, także i w ocenianiu zachowanych zasobów (na rzecz samodzielności³⁷). Nie można też nie zauważyć aspektów funkcjonalnych w przypadku zmiennego zapotrzebowania na wsparcie, spowodowanego dynamiką zmian chorobowych i np. nagłym pogorszeniem się stanu zdrowia³⁸, ale także i w przypadku możliwych remisji.

Ograniczenie lub brak samodzielności wiąże się ściśle z problematyką wykluczenia społecznego jako jednej z centralnych kategorii obecnych we współczesnej polityce społecznej i filozofii działań pomocowych. To bowiem, co powoduje ograniczenia w samodzielności, jak i w efekcie sama niesamodzielność, mogą być przyczyną postępującej marginalizacji i wykluczenia. Dłuższy czas doświadczania sił wykluczających, jak zauważa Ryszard Szarfenberg, powoduje utrwalenie się pewnych cech, właściwości czy zachowań jeszcze bardziej utrudniających adaptację, a tym samym partycypację społeczną, zagrażając trwałością wykluczenia³⁹. W przypadku niezaspokojonej potrzeby większego wsparcia, takimi wtórnie nabywanymi cechami może być właśnie poczucie niesamodzielności, bezradności (wyuczona bezradność), zależności od innych, niskiej samooceny i bezwartościowości, także postawa życiowej rezygnacji, depresja itd. Wszystko to pogłębia jeszcze subiektywnie faktyczne ograniczenia funkcjonalne, czyniąc człowieka bardziej niesamodzielnym, niż jest on faktycznie. Widoczny jest tu mechanizm „błędnego koła” i tak naprawdę uczenia się roli osoby zależnej, wchodzenia w niesamodzielność. Jest niekorzystny zarówno z punktu widzenia doświadczającej tego procesu jednostki, jak i społeczności, dla której powstaje problem obciążenia tak wygenerowaną niesamodzielnością. Problemy te mogą się nasilać w przypadku nakładania się czynników wykluczenia⁴⁰, zatem np. doświadczanie niepełnosprawności nie będzie tak trudne i obciążone negatywnymi skutkami psychospołecznymi, jak doświadczanie niepełnosprawności i niesamodzielności; doświadczanie starości nie tak trudne, jak doświadczanie starości i niesamodzielności, lub starości, niepełnosprawności i niesamodzielności. Należy zatem zwrócić też uwagę na wielokrotność czynników zagrożenia wykluczeniem (koncepcja tzw. osi nierówności i osi wykluczenia⁴¹).

Jednym z czynników wpływających na niesamodzielność jednostki jest wiek, co oznacza zarówno zmianę obiektywnych możliwości adaptacyjnych człowieka w toku życia, jak i standardów samodzielności związanych z wiekiem. Przyjmując perspektywę psychologii rozwojowej, inaczej będziemy określać samodzielność dziecka, nastolatka, człowieka w okresie dorosłości wczesnej czy późnej – w wieku senioralnym. W ujęciu Roberta Havighursta, rozwój człowieka związany jest z realizacją zadań rozwojowych, stosownych do wieku i doświadczeń specyficznych dla danego

³⁶ Ibidem.

³⁷ A. Wilmowska-Pruszyńska, D. Bilski, *Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania Niepełnosprawności i Zdrowia*, „Niepełnosprawność – Zagadnienia, Problemy, Rozwiązania” Nr II (7), 2013, s. 5-20.

³⁸ P. Rabiee, *Exploring the Relationships between Choice and Independence: Experiences of Disabled and Older People*, „The British Journal of Social Work”, Volume 43, Issue 5, 2013, pp. 872–888; <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcs022>, [dostęp: 19.11.2017].

³⁹ R. Szarfenberg, *Marginalizacja i wykluczenie społeczne. Wykłady*, Wyd. UW, Warszawa 2006.

⁴⁰ D. Podgórska-Jachnik, *Praca socjalna z osobami z niepełnosprawnością i ich rodzinami*, Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, Warszawa 2014; D. Podgórska-Jachnik, *Studia nad niepełnosprawnością (Disability Studies) i ruch włączający w społeczeństwie jako konteksty edukacji włączającej*, „Problemy Edukacji, Rehabilitacji i Socjalizacji Osób Niepełnosprawnych”, t. 22, nr 1/2016.

⁴¹ C. Klinger, G.-A. Knapp, B. Sauer (eds.), *Achsen der Ungleichheit. Zum Verhältnis von Klasse, Geschlecht und Ethnizität (Politik der Geschlechterverhältnisse)*, Frankfurt am Main: Campus 2007.

okresu życia. Z nich wyłaniają się problemy wymagające rozwiązania i decydujące o pozytywnej adaptacji, a więc i o oczekiwanych standardach samodzielności. Takim zadaniem jest też zapewne przystosowanie się do życia w warunkach związanego z wiekiem spadku sprawności. Zadania rozwojowe (*developmental tasks*) nie dotyczą tylko dzieciństwa i młodości, a wyłaniają się w obliczu zdarzeń napotykanym w cyklu całego życia. Zadania te pojmujemy więc jako pewne postawy, umiejętności czy też wiedzę konieczną do nabycia w danym okresie. Ich źródłem są m.in. związane z wiekiem zmiany fizyczne, oczekiwania kulturowe, jak również osobiste standardy, wartości i aspiracje⁴². Rozwój według Havighursta trwa przez całe życie, a na wiek starszy, określane przez autora jako późna dojrzałość, przypadają następujące zadania:

- przystosowanie się do spadku sił fizycznych,
- przystosowanie się do emerytury i zmniejszonych dochodów,
- pogodzenie się ze śmiercią współmałżonka/i,
- utrzymywanie stosunków towarzyskich z ludźmi w swoim wieku,
- przyjmowanie i dostosowywanie się do zmiennych ról społecznych,
- urządzenie w sposób dogodny fizycznych warunków bytu⁴³.

Odnosząc się do koncepcji Havighursta, jako do uznanej powszechnie teorii konceptualizującej rozwój człowieka przez całe życie w aspekcie społeczno-kulturowych uwarunkowań, warto zwrócić uwagę, że pozytywne rozwiązanie wymienionych zadań – często przy wsparciu innych osób – jest warunkiem pozytywnej adaptacji do starości i obejmuje także myślenie proaktywne, uprzedzające o tym, jak wobec nieuniknionych zmian psychofizycznych jak najdłużej zachować autonomię. Zadania te należy więc mieć na względzie, organizując wsparcie dla osób w wieku senioralnym, ale także zbliżającym się do niego, pamiętając, że zasoby i sieci wsparcia społecznego tworzy się i pielęgnuje, zasoby osobiste, w tym samoopiekuńcze – rozwija i podtrzymuje. I należy o to zadbać wcześniej.

Oznacza to z teoretycznego punktu widzenia konieczność aktywnego przystosowania się do ograniczeń wynikających z wieku, co z kolei musi uwzględniać zróżnicowanie i indywidualne modele aktywności. Nie sposób bowiem wszystkich seniorów aktywizować w taki sam sposób, w oparciu o takie same propozycje działań. Źródłem pozytywnych inspiracji w tym zakresie może być z kolei nawiązanie do teorii waloryzacji ról społecznych Wolfa Wolfensbergera oraz teorii zachowania zasobów osobistych Stevana E. Hobfolla.

Teoria waloryzacji ról społecznych (*Social Role Valorisation – SRV*)⁴⁴ W. Wolfensbergera wpisuje się w tzw. koncepcję normalizacyjną wobec osób podlegających wykluczeniu społecznemu. Autor uznawał przy tym wartość ról społecznych pełnionych przez jednostkę, dostrzegał ich potencjał aktywizujący i zapobiegający wykluczeniu, podkreślając przy tym znaczenie partycypacji społecznej. Waloryzacja ról polega zdaniem autora na *umożliwieniu, ustanowieniu, umocnieniu, zachowaniu i/lub ochronie ról społecznych cieszących się szacunkiem szczególnie dla ludzi zagrożonych niedowartościowaniem, przez zastosowanie, tak dalece jak to możliwe, środków społecznie akceptowanych*⁴⁵. Zakładając, że niesamodzielność – podobnie jak niepełnosprawność, choroba czy starszy wiek – jest czynnikiem izolacji i wykluczenia, wnioskiem z teorii Wolfensbergera jest aplikacja zasady normalizacji do wszystkich sfer usług realizowanych dla jednostek i grup dewaluowanych społecznie. Wynika stąd ważny postulat *przeniesienia punktu ciężkości we wspieraniu osób niepełnosprawnych z instytucji publicznych na wspólnoty rodzinne i małe spo-*

⁴² J. Strelau, *Psychologia. Podręcznik akademicki*, t. 1, Gdańsk 2003, s. 268.

⁴³ Ibidem.

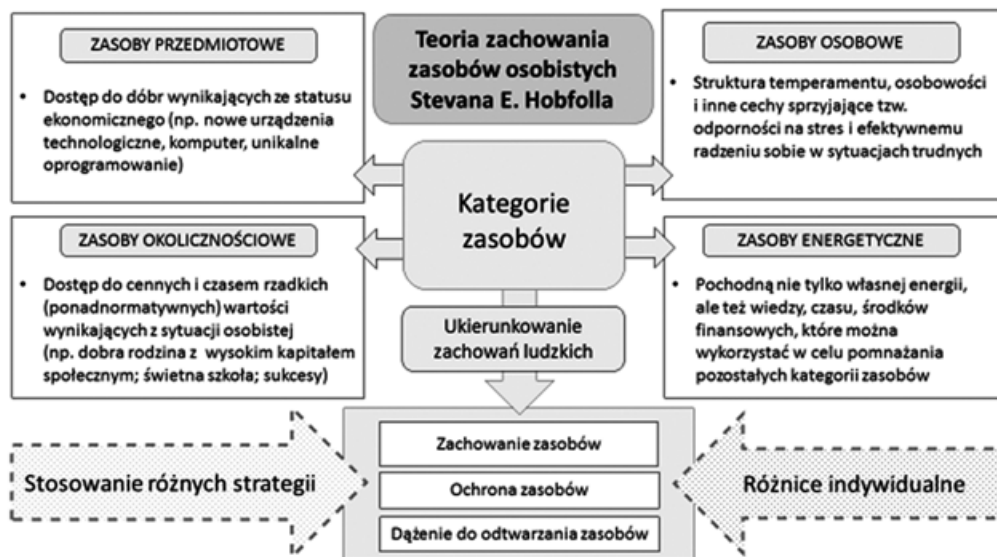
⁴⁴ Za: B. Gąciarz, *Model społeczny niepełnosprawności jako podstawa zmian w polityce społecznej* [w:] B. Gąciarz, S. Rudnicki (red.), *Polscy niepełnosprawni. Od kompleksowej diagnozy do nowego modelu polityki społecznej*, Wydawnictwa Akademii Górniczo-Hutniczej im. Stanisława Staszica w Krakowie, Kraków 2014, s. 18.

⁴⁵ M.A. Elks, *Valuing the person or valuing the role? Critique of Social Role Valorization theory*, „Mental Retardation”, 32(4)/1994, 265271, s. 266.

teczności lokalne, które umożliwią im wykonywanie ról społecznych i wypracowanie pozytywnego wizerunku społecznego⁴⁶. Dotyczy to także osób o ograniczonej samodzielności – także w związku z doświadczaniem niepełnosprawności. Wolfensberger postulował rozwojowy model wsparcia i w potencjale rozwojowym – w większym stopniu niż w przypadku oddziaływań medycznych – dostrzegał możliwość uzyskania pomocy adekwatnej dla konkretnego człowieka. Warto zauważyć, że w koncepcji Wolfensbergera znajdujemy teoretyczne uzasadnienie zarówno dla idei deinstytucjonalizacji pomocy społecznej – dostrzeżonej już i zawartej także w strategii rozwoju polityki społecznej w województwie łódzkim – jak i dla słabo jeszcze rozwiniętego w Polsce modelu życia/zamieszkiwania wspieranego *assistive living* (AL)⁴⁷.

Druga z wymienionych teorii wpisuje się w nurt popularnej w ostatnich latach psychologii pozytywnej. To teoria zachowania zasobów osobistych (*Conservation of Resources Theory – COR*) Stevana E. Hobfolla. Autor tej koncepcji – o dużych walorach praktycznych we współczesnej analizie problematyki stresu oraz w obszarze działań wspierających – ukazuje jako istotny motyw ukierunkowujący ludzkie działania, indywidualnie zróżnicowane dążenia do zachowania i ochrony posiadanych zasobów oraz do ich odtwarzania, gdy zostają naruszone⁴⁸ (Rysunek 2). Zauważa się tu analogię do omawianej kategorii samodzielności – jeśli potraktujemy ją w kategoriach dynamiki i zmienności.

Rysunek 2. Kluczowe elementy w teorii zachowania zasobów osobistych Stevana E. Hobfolla, użyteczne w działaniach na rzecz podtrzymania samodzielności



Źródło: T. Wejner, *Dysleksja w życiu dorosłym (monografia w przygotowaniu)* – przedruk grafiki za zgodą autorki.

⁴⁶ B. Gąciarz, op.cit., s. 18.

⁴⁷ AAL – Active and Assisted Living Programme, <http://www.aal-europe.eu/>, [dostęp: 18.12.2017]. W Polsce rozwija się system mieszkań chronionych (zwracamy uwagę również na zmianę nazewnictwa, z powodów opisanych przez K. Kurowskiego – zob. przyp. nr 25).

⁴⁸ E. Bielawska-Batorowicz, B. Dudek (red.), *Teoria zachowania zasobów Stevana E. Hobfolla*, Wyd. UŁ., Łódź 2012.

Jak widać na powyższym rysunku, wykorzystywanie i budowanie zasobów jednostek dotyczy kilku kategorii: zasobów przedmiotowych, osobowych, okolicznościowych i energetycznych. Mechanizm ochrony zasobów stanowi powiązanie ze sobą ich różnych kategorii, w kontekście wybranego obszaru badawczego istotne są więc pytania: 1) Jak i jakie zasoby gromadzić, by ograniczać ryzyko niesamodzielności? 2) Jakie zasoby i w jaki sposób aktywizować, by podtrzymywać i odbudowywać autonomię jednostki, w przypadku zadziałania czynników zagrażających?

Rozważania, dotyczące mechanizmów i zasobów zachowania samodzielności, prowadzą nas do kluczowego punktu tego rozdziału, mianowicie do ujęcia wskazanych czynników słabiej lub silniej powiązanych z (nie)samodzielnością, w jednym wspólnym modelu autonomii relacyjnej. Przywołanie pojęcia autonomii wynika z faktu, iż badania nad niepełnosprawnością i związanymi z nią ograniczeniami – zwłaszcza w jej modelu społecznym – nieodłącznie wiążą się z dyskusją nad niezależnością, która częściowo pokrywa się z samodzielnością, choć nie są to pojęcia tożsame. Natomiast podobnie rozumiane są pojęcia „niezależność” i „autonomia”. W literaturze przedmiotu zderzają się koncepcje feministyczne i poststrukturalne, które z jednej strony wysyczone są emancypacyjnymi dążeniami do pełnej autonomii osób z niepełnosprawnością, z drugiej dekonstruują i odrzucają w ogóle to pojęcie – już to z powodu zakwestionowania autonomii jako atrybutu jednostki (autonomia nie jest jej statyczną cechą, ale jest stale praktykowana w relacjach i szerszych kontekstach społecznych⁴⁹), już to z powodu ukazania powszechności strukturalnej przemocy i ucisku, która nie omija żadnej jednostki (brak lub walka o uzyskanie autonomii jest zjawiskiem bardziej powszechnym niż jej posiadanie i kluczowym elementem walk wyzwoleniczych wszystkich grup marginalizowanych⁵⁰). Graby i Greenstein próbują wyjść zarówno poza normatywne, a zarazem nieco utopijne konstrukty autonomii osób z niepełnosprawnością (intelektualną), jak i poststrukturologiczne dekonstrukcje tego pojęcia, przywołując pojęcie autonomii relacyjnej⁵¹. Rozważania nad taką (warunkową) formą autonomii jako jedne z pierwszych wprowadziły do dyskursu naukowego Catriona MacKenzie i Natalie Stoljar⁵². Obejmuje ona perspektywę feministyczną, ale znakomicie przystaje do wszystkich jednostek i grup podlegających procesom uzależnienia od innych. Zaproponowana rekonfiguracja autonomii przyjmuje za podstawę uznanie, że organizacja społeczności ludzkiej związana jest raczej ze współzależnością (*interdependence*), a nie niezależnością (*independence*), ponieważ wszyscy ludzie polegają na relacjach opieki – a więc zależności – by żyć i rozwijać się⁵³. Pojęcie autonomii relacyjnej nie zakłada, że warunkiem autonomii i samostanowienia jest pełna niezależność (taka jest niemożliwa) ani nawet samodzielność (taka nie zawsze jest osiągalna). Zatem określenie „niezależny” nie oznacza kogoś, kto jest w pełni samodzielny i może zrobić wszystko wokół/dla siebie; pojęcie to oznacza kogoś, kto przejął kontrolę nad swoim życiem i wybiera, w jaki sposób prowadzi owo życie, także w zakresie korzystania ze wsparcia. Niezależność postrzegana z perspektywy filozofii autonomii relacyjnej nie oznacza zatem życia bez pomocy, ale dotyczy wyboru i kontroli nad tym, jaką pomoc się otrzymuje i jak się ją otrzymuje⁵⁴.

⁴⁹ L. Davy, *Philosophical Inclusive Design: Intellectual Disability and the Limits of Individual Autonomy in Moral and Political Theory*, Hypatia 2014, <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/hypa.12119/full>, [dostęp: 17.12.2017].

⁵⁰ S. Graby, A. Greenstein, *Relational autonomy and disability: beyond normative constructs and post-structuralist deconstructions*, [In:] R. Mallett, C. Ogden, J. Slater (Eds.) *Precarious Positions: Theorising Normalcy and the Mundane*, Chester; University of Chester Press, 2016.

⁵¹ Ibidem.

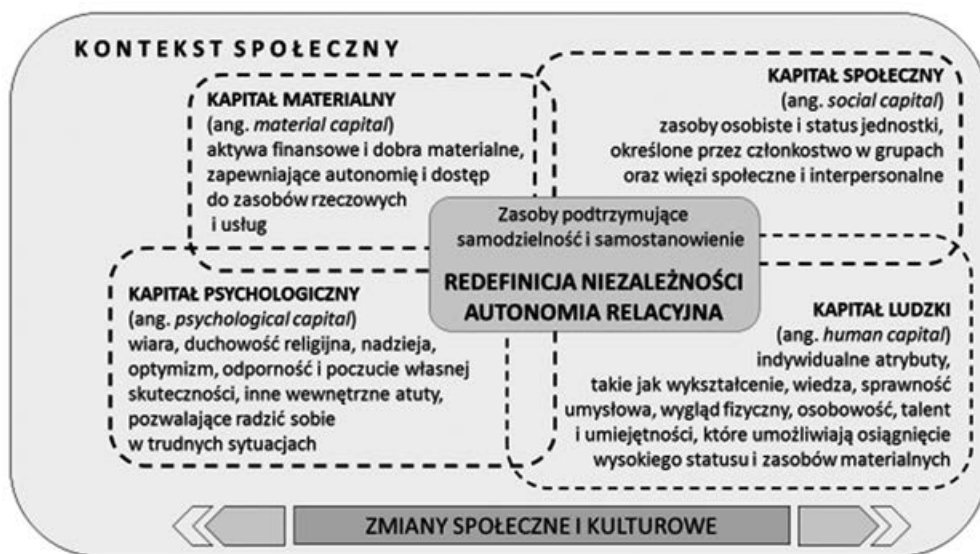
⁵² C. Mackenzie & N. Stoljar (Eds.), *Relational autonomy: feminist perspectives on autonomy, agency, and the social self*, New York: Oxford University Press, 2000.

⁵³ Kittay 2005, za: Graby, S., Greenstein, A., *Relational autonomy...*, op. cit.

⁵⁴ S. Graby, A. Greenstein, *Relational autonomy...*, op. cit.

Niewątpliwie takie aktywne zarządzanie bardziej intensywnym i specjalistycznym wsparciem wymaga myślenia kategoriami bardziej złożonymi niż tylko potrzeba-usługa. W autonomii relacyjnej znajduje odzwierciedlenie i koncept waloryzacji ról, i aktywizacji zasobów. Perkins, Ball i wsp. przeprowadzili badania nad kapitałem aktywizowanym dla zachowania autonomii w warunkach ograniczeń samodzielności, a więc zwiększonej zależności od innych, na przykładzie osób korzystających z mieszkalnictwa wspomaganego (AL – *assisted living*) w USA. Pomijając tu szczegółową relację z tych bardzo ciekawych badań, przedstawiamy na Rysunku 3 odkryte przez badaczy zasoby indywidualne, wykorzystane przez ich respondentów dla podtrzymania autonomii – poczucia jaźni i samostanowienia, w warunkach obiektywnej zależności od pomocy. Wiązało się to z ciekawym procesem redefinicji niezależności, np. poprzez tzw. minimalizację autonomii w warunkach dostosowania do nowej sytuacji życiowej. Przy tym nie ma to nic wspólnego z „czarowaniem” rzeczywistości poprzez używanie jakichś mechanizmów obronnych, lecz jest aktywnym procesem negocjowania zakresu wpływu na nią. Autorzy zidentyfikowali wiele różnych sposobów radzenia sobie z ograniczeniem samodzielności, przy zachowaniu autonomii, ale kluczową rolę odgrywał w tym zakresie posiadany kapitał jednostki. Kategorie przedstawione na zamieszczonym tu schemacie przypominają nieco kategorie kapitałów Pierre’a Bourdieu, lecz nie są z nimi tożsame. Autorzy zwracają bowiem uwagę na zasoby kapitału materialnego, społecznego, psychologicznego i ludzkiego (Rysunek 3), podczas gdy Bourdieu rozróżnia kapitał ekonomiczny, kulturowy, społeczny i symboliczny.

Rysunek 3. Model zasobów dostępnych form kapitału jednostki dla podtrzymania samodzielności/niezależności, inspirowany modelem autonomii relacyjnej w mieszkalnictwie wspieranym (AL – assisted living)



Źródło: opracowanie własne w oparciu o M.M. Perkins, M.M. Ball, F.J. Whittington, C. Hollingsworth, *Relational Autonomy in Assisted Living: A Focus on Diverse Care Settings for Older Adults*, "Journal of Aging Studies" Apr. 1; 26(2), 2012, pp. 214-225.

Na powyższym rysunku rozwinięto bardziej szczegółowo te elementy każdej z wyróżnionych form kapitału, które wśród badanych osób odegrały znaczącą rolę w podtrzymaniu ich autonomii, także w zakresie rozumianym jako samodzielność. Brak tutaj miejsca na pogłębioną

dyskusję nad tym problemem, poza tym w podjętych badaniach nie będziemy w stanie dotrzeć do tego poziomu analizy sytuacji indywidualnych – zresztą nie taki jest cel badania. Jednakże nie można przy obecnym stanie wiedzy pozostawić analizy problemu (nie)samodzielności bez wskazania kierunków przyszłych poszukiwań, do czego niniejsze badania mogą być jedynie wstępem.

Jak widać, problem ograniczeń samodzielności jest zatem bardzo złożony, tak na poziomie identyfikacji samego zjawiska, jak i na poziomie dostosowania niezbędnego wsparcia, ale i działań profilaktyczno-kompensacyjnych ograniczających jego skalę. W niniejszym badaniu naukowym dla lepszego poznania zjawiska niesamodzielności odwołano się do jego następującego osadzenia teoretycznego:

1. **Dotyczącego uwarunkowań niesamodzielności** – opartego na teoriach strukturalistycznych starzenia się i niepełnosprawności w społeczeństwie – z odwołaniem do założeń bio-psycho-społecznego modelu niepełnosprawności i Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia⁵⁵ – oraz modelu wykluczenia społecznego⁵⁶ z uwzględnieniem stratyfikującej roli wieku i koncepcji wykluczenia wielokrotnego⁵⁷;
2. **Dotyczącego modelu opieki w niesamodzielności** – model Dorothei Orem, określanej jako teoria (deficytu) samoopieki⁵⁸, oraz model aktywności życiowych Roper-Logan-Tierney⁵⁹, oparty na koncepcji pielęgnowania Virginii Henderson⁶⁰ (w tym opis 12 podstawowych czynności życiowych, umożliwiających życie i rozwój jednostki, oraz ograniczeń w ich zakresie na niektórych etapach życia);
3. **Dotyczącego profilaktyki i ograniczania niesamodzielności** – teoria zadań rozwojowych Roberta Havighursta, teoria aktywności – aktywnego przystosowania się do ograniczeń wynikających z wieku, z nawiązaniem do teorii waloryzacji ról społecznych Wolfa Wolfensbergera i teorii zachowania zasobów osobistych (*Conservation of Resources Theory* – COR) Stevana E. Hobfolla⁶¹. Ze względu na silne powiązanie stopnia samodzielności ze stanem zdrowia, konieczne jest też nawiązanie do przywołanej w poprzednim punkcie teorii samoopieki D. Orem, z uwzględnieniem hipotezy tzw. kompresji zachorowalności (*compression of morbidity*) w wieku starszym vs. hipotezami alternatywnymi⁶² (ELHEIS, 2013) – wszystko to ujęte w ramy koncepcji autonomii relacyjnej (*relational autonomy*)⁶³.

Blizsze poznanie zjawiska niesamodzielności – także w aspekcie aktywizacji posiadanych zasobów i autonomii relacyjnej – staje się niezbędne we współczesnej polityce społecznej. Liczba osób uznawanych i uznających się za niesamodzielne wzrasta i wiąże się przede wszystkim ze starzeniem się społeczeństwa, jednak wskaźniki niesamodzielności – zbudowane na wskaźnikach chorobowości, obciążenia niepełnosprawnością – jak i różne inne wskaźniki mikrosocjalne, świadczące o skali tego zjawiska, wykazują zróżnicowanie regionalne. Na przykład z danych GUS wynika, że najwyższy odsetek osób najstarszych (80+) występuje

⁵⁵ *Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia* (ICF), Genewa, 2001. Wersja polska z 2009 r.

⁵⁶ R. Szarfenberg, *Marginalizacja...*, op. cit.

⁵⁷ D. Podgórska-Jachnik, *Praca socjalna...*, op. cit.; D. Podgórska-Jachnik, *Studia nad niepełnosprawnością (Disability Studies)...*, op. cit.

⁵⁸ D. Orem, *Nursing...*, op. cit.; G. Kowalik, *Praktyczne zastosowanie modelu...*, op. cit.

⁵⁹ N. Roper, W.W. Logan & A.J. Tierney, *The Roper-Logan-Tierney Model of Nursing...*, op. cit.

⁶⁰ J. Górajek-Jóźwik (red.), *Filozofia i teorie...*, op. cit.

⁶¹ E. Bielawska-Batorowicz, B. Dudek (red.), *Teoria zachowania zasobów...*, op. cit.

⁶² *Oczekiwana długość życia w zdrowiu w Polsce...*, op. cit.

⁶³ S. Graby, A. Greenstein, *Relational autonomy...*, op. cit.

w województwach: podlaskim, mazowieckim, świętokrzyskim i łódzkim. Z kolei podaż formalnej opieki stacjonarnej – z wyjątkiem województwa mazowieckiego – jest niska (woj. podlaskie i świętokrzyskie) lub umiarkowana (woj. łódzkie), co wskazuje z kolei na prawdopodobnie wysoki poziom podaży opieki nieformalnej w tych trzech ostatnich regionach⁶⁴. Istnieją zatem istotne przesłanki, by podjąć próby oszacowania faktycznych potrzeb w tym zakresie dla woj. łódzkiego.

⁶⁴ *Stan obecny i przyszłość opieki długoterminowej w starzejącej się Polsce. Uwagi na potrzeby opracowania polityki dotyczącej opieki długoterminowej.* Bank Światowy, 2015; http://niesamodzielnym.pl/uploads/Bank%20%C5%9Awiatowy%20Opieka_dlugoterminowa.pdf, [dostęp: 17.10.2017].

2. ZAŁOŻENIA METODOLOGICZNE PROJEKTU BADAWCZEGO

2.1. Cele projektu badawczego

W niniejszym opracowaniu znajdują się wyniki badania naukowego pn. „Osoby niesamodzielne w województwie łódzkim”. Badanie zainicjowane zostało przez zespół Regionalnego Obserwatorium Integracji Społecznej w Łodzi, a sfinansowane z środków RPO WŁ na lata 2014-2020 (Pomoc Techniczna).

Celem przeprowadzonych badań było **oszacowanie liczby osób niesamodzielnych zamieszkających na terenie województwa łódzkiego, z uwzględnieniem wyróżnionych kategorii wiekowych oraz zróżnicowanego stopnia zapotrzebowania na usługi pomocowe i opiekuńcze, wraz ze sformułowaniem rekomendacji dla podmiotów realizujących politykę społeczną.**

Badanie miało umożliwić zrealizowanie dwóch celów szczegółowych:

1. identyfikację i opis praktyk związanych z diagnozowaniem niesamodzielności i szacowaniem potrzeb pomocowych i opiekuńczych w wybranych instytucjach orzecznich i świadczących usługi⁶⁵;
2. weryfikację trafności wybranych demograficznych wskaźników niesamodzielności dla celów szacowania skali niesamodzielności na potrzeby regionalnej i lokalnej polityki społecznej.

W badaniu przyjęto następującą definicję osoby niesamodzielnej: **to osoba, która ze względu na (1) wiek⁶⁶, (2) stan zdrowia⁶⁷ lub (3) niepełnosprawność⁶⁸ wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego.** Przy tym realizatorzy projektu mają pełną świadomość, iż współczesne podejście do niesamodzielności uznaje względność tego pojęcia: objaśnione w rozdziale teoretycznym pojęcie autonomii relacyjnej najlepiej oddaje społeczny charakter i relatywizm konstruktów zwanego „niesamodzielnością”. Zgodnie z tym ujęciem, docelowo należy dążyć do określania zachowanych zasobów osobistych i społecznych oraz zakresu wsparcia warunkującego samodzielność przy ich wykorzystaniu, a nie kategoryzowania osób jako niesamodzielnych. Jednak pierwszy krok to oszacowanie skali osób potrzebujących bardziej intensywnego wsparcia, z uwzględnieniem dotychczasowych praktyk, stanu prawnego i dokumentów strategicznych⁶⁹.

⁶⁵ W ramach tego celu szczegółowego należało dokonać skrupulatnego przyporządkowania celów do pytań badawczych, czego szczegóły przedstawia Tabela 1 w załączniku.

⁶⁶ Niesamodzielność ze względu na wiek – dotyczy tych osób w wieku senioralnym, które potrzebują częściowego lub całkowitego wsparcia ze względu na ograniczenia w samodzielnej egzystencji, gdyż nie są w stanie same wykonywać podstawowych czynności dnia codziennego i prowadzić gospodarstwa domowego.

⁶⁷ Niesamodzielność ze względu na stan zdrowia – dotyczy osób, których samodzielność w życiu codziennym została ograniczona ze względu na naruszenie dobrostanu fizycznego, umysłowego lub społecznego, w szczególności przez chorobę, proces leczenia lub rekonwalescencji przez okres min. 6 miesięcy.

⁶⁸ Niesamodzielność ze względu na niepełnosprawność – dotyczy osób z orzeczeniem o niepełnosprawności w stopniu umiarkowanym i znacznym, jak również tych, które niezależnie od posiadania orzeczenia (niepełnosprawności w sensie prawnym), zgłaszają poważne ograniczenia w funkcjonowaniu i codziennej egzystencji (niepełnosprawność w sensie biologicznym).

⁶⁹ Oznacza to więc, *de facto*, skalę osób, które aktualnie są zależne od innych. W kolejnych etapach rozwiązywania problemu należałoby dokonać diagnozy profilu/profilów niezbędnego wsparcia umożliwiającego względną samodzielność, a więc oszacowania potrzeb do tworzenia warunków dla autonomii – mimo istniejących ograniczeń. Mamy nadzieję, że w przyszłości będzie możliwość podjęcia takich badań. W dalszej analizie wskazano także na pewne możliwości zmiany podejścia do tej kwestii.

2.2. Metodyka badania

Metodyka badania podzielona została wg źródeł danych wykorzystanych w celu zrealizowania dwóch powyżej wymienionych celów szczegółowych. Realizacja celu pierwszego, dotyczącego identyfikacji i opisu praktyk związanych z diagnozowaniem niesamodzielności i szacowaniem potrzeb pomocowych i opiekuńczych w wybranych instytucjach orzecznich oraz świadczących usługi, została oparta o analizy jakościowe opisane w p. 2.2.1. W ramach celu drugiego, polegającego na weryfikacji trafności wybranych demograficznych wskaźników niesamodzielności dla celów szacowania skali niesamodzielności na potrzeby regionalnej i lokalnej polityki społecznej, wykorzystano analizy statystyczne opisane w p. 2.2.2.

2.2.1. Analizy jakościowe

2.2.1.1. Operacjonalizacja celów szczegółowych części badań jakościowych

W celu osiągnięcia pierwszego celu szczegółowego badania polegającego na identyfikacji i opisie praktyk związanych z diagnozowaniem niesamodzielności i szacowaniem potrzeb pomocowych i opiekuńczych w wybranych instytucjach orzecznich oraz świadczących usługi, zastosowane zostały dwie metody badawcze:

- wywiad (technika indywidualnego pogłębionego wywiadu swobodnego (ang. *Individual in-Depth Interview – IDI*) na temat diagnozy niesamodzielności;
- analiza danych zastanych (*desk research*).

Szczegółowym celem badania, realizowanym poszczególnymi metodami badawczymi, odpowiadają określone pytania badawcze doprecyzowujące zakres poszukiwanych informacji. Cele szczegółowe jakościowej części badań zoperacjonalizowano w formie pytań zawartych w Tabeli 1.

Tabela 1. Operacjonalizacja celów szczegółowych jakościowej części badań w formie pytań badawczych

Cele główne badań realizowanych w panelu II	Cele szczegółowe	Pytania badawcze
I. Identyfikacja oraz szczegółowy opis praktyk związanych z diagnozowaniem niesamodzielności i szacowaniem potrzeb pomocowych i opiekuńczych realizowanych przez pracowników różnych typów instytucji orzekających/świadczących wsparcie dorosłym osobom niesamodzielnym.	1. Analiza doświadczeń związanych z diagnozowaniem niesamodzielności i szacowaniem potrzeb pomocowych i opiekuńczych przez pracowników różnych typów instytucji orzekających/świadczących wsparcie dorosłym osobom niesamodzielnym:	
	1.1. Opis źródeł informacji stanowiących podstawę diagnozy	1.1.1. Jakie procedury diagnostyczne w zakresie oceny niesamodzielności i szacowania potrzeb pomocowych i opiekuńczych są stosowane w badanych instytucjach? 1.1.2. Jakie źródła informacji są wykorzystywane na potrzeby diagnozy? 1.1.3. Jacy specjaliści w placówce dokonują diagnozy niesamodzielności?

Cele główne badań realizowanych w panelu II	Cele szczegółowe	Pytania badawcze
<p>I. Identyfikacja oraz szczegółowy opis praktyk związanych z diagnozowaniem niesamodzielności i szacowaniem potrzeb pomocowych i opiekuńczych realizowanych przez pracowników różnych typów instytucji orzekających/świadczących wsparcie dorosłym osobom niesamodzielnym.</p>	<p>1.2. Analiza kryteriów stanowiących podstawę diagnozy/orzeczenia o niesamodzielności ze szczególnym uwzględnieniem:</p> <ul style="list-style-type: none"> – roli oceny stanu zdrowia i sprawności (zawierającej funkcjonalną ocenę stanu wzroku i słuchu, narządu ruchu, zaburzeń funkcji poznawczych, występowania depresji i chorób neurologicznych, występowania popularnych chorób osób starszych – nadciśnienia, cukrzycy, chorób nowotworowych, chorób układu oddechowego itd. – występowania bólu i bólu przewlekłego, upadków i ich następstw, roli użębenia w odżywianiu) oraz – sytuacji społeczno-ekonomicznej i rodzinnej (sytuacji materialnej, aktywności zawodowej, sytuacji rodzinnej, wsparcia innych osób, doświadczania przemocy, warunków zamieszkiwania, aktywności fizycznej). <p>1.3. Analiza kryteriów stanowiących podstawę ustalania zakresu wsparcia.</p>	<p>1.2.1. Jakie kryteria są wykorzystywane jako podstawa orzeczenia o nieo samodzielności?</p> <p>1.2.2. Jaką, w ocenie badanych, rolę w orzekaniu o niesamodzielności i szacowaniu potrzeb pomocowych i opiekuńczych odgrywa ocena stanu zdrowia (w tym rodzaj schorzenia i sprawność fizyczna) osoby niesamodzielnej?</p> <p>1.2.3. Jaką, w ocenie badanych, rolę w orzekaniu o niesamodzielności i szacowaniu potrzeb pomocowych i opiekuńczych odgrywa sytuacja bytowa (w tym zasoby materialne, aktywność zawodowa, dochody, warunki mieszkaniowe) osoby niesamodzielnej?</p> <p>1.2.4. Jaką, w ocenie badanych, rolę w orzekaniu o niesamodzielności i szacowaniu potrzeb pomocowych i opiekuńczych odgrywa sytuacja rodzinna osoby niesamodzielnej (wydolność opiekunów, przemoc) i szersze wsparcie społeczne (sąsiedzi, znajomi, instytucje)?</p> <p>1.3.1. Jaki rodzaj wsparcia osoby niesamodzielnej oferuje placówka?</p> <p>1.3.2. Na podstawie jakich kryteriów ustalany jest zakres wsparcia?</p>
<p>II. Identyfikacja oraz szczegółowy opis praktyk związanych z diagnozowaniem niesamodzielności i szacowaniem potrzeb pomocowych i opiekuńczych realizowanych przez pracowników różnych typów instytucji orzekających/świadczących wsparcie dorosłym osobom niesamodzielnym.</p>	<p>2. Analiza metod i narzędzi (obligatoryjnych, fakultatywnych, specjalistycznych) wykorzystywanych do diagnozowania niesamodzielności i szacowania potrzeb pomocowych i opiekuńczych w różnych typach instytucji orzekających/świadczących wsparcie dorosłym osobom niesamodzielnym.</p> <p>2.1. Opis metod, technik i narzędzi wykorzystywanych w ramach praktyk związanych z diagnozowaniem niesamodzielności i szacowaniem potrzeb pomocowych i opiekuńczych.</p>	<p>2.1.1. Jakie metody, techniki i narzędzia diagnostyczne są wykorzystywane w procesie diagnozy oraz szacowania potrzeb pomocowych i opiekuńczych (obligatoryjne, fakultatywne, specjalistyczne)?</p>

Cele główne badań realizowanych w panelu II	Cele szczegółowe	Pytania badawcze
<p>II. Identyfikacja oraz szczegółowy opis praktyk związanych z diagnozowaniem niesamodzielnosci i szacowaniem potrzeb pomocowych i opiekuńczych realizowanych przez pracowników różnych typów instytucji orzekających/świadczących wsparcie dorosłym osobom niesamodzielnym.</p>	<p>2.2. Ocena jakości – trafności, funkcjonalności, przydatności – stosowanych metod (analiza ich mocnych i słabych stron).</p>	<p>2.2.1. Jakie metody i narzędzia są z punktu widzenia placówki najbardziej przydatne do oceny (także wstępnej, przedspecjalistycznej):</p> <ul style="list-style-type: none"> • stanu zdrowia i sprawności fizycznej, • stanu psychicznego, • zakresu samodzielności i aktywności życiowej, • sprawności umysłowej i zaburzeń funkcji poznawczych, • występowania depresji i chorób neurologicznych, • sytuacji społeczno-ekonomicznej i sytuacji socjalnej. <p>2.2.2. Jakie, w ocenie badanych, są mocne i słabe strony wykorzystywanych metod, technik i narzędzi diagnostycznych?</p> <p>2.2.3. Czy i w jakim stopniu, w ocenie badanych, wykorzystywane metody, techniki i narzędzia diagnostyczne pozwalają na dokonanie trafnej diagnozy niesamodzielnosci i umożliwiają adekwatne oszacowanie potrzeb pomocowych i opiekuńczych?</p>
	<p>3. Analiza zakresu i charakteru współpracy z innymi podmiotami w zakresie diagnozy niesamodzielnosci.</p>	<p>3.1. W jaki sposób przebiega współpraca w zakresie diagnozowania niea samodzielności i szacowania potrzeb pomocowych i opiekuńczych pomiędzy instytucjami, organizacjami samorządu terytorialnego, organizacjami pozarządowymi i innymi podmiotami działającymi w środowisku lokalnym?</p> <p>3.2. Jaki, w ocenie badanych, rodzaj działań i form współpracy jest niezbędny/wystarczający, adekwatny, w ramach środowiskowej współpracy w procesie diagnozy niesamodzielnosci?</p>

Cele główne badań realizowanych w panelu II	Cele szczegółowe	Pytania badawcze
<p>III. Identyfikacja i analiza najważniejszych ograniczeń, barier i problemów w zakresie diagnozowania niesamodzielności i szacowania potrzeb pomocowych i opiekuńczych występujących w różnych typach instytucji orzekających/świadczących wsparcie dorosłym osobom niesamodzielnym.</p>	<p>4. Analiza przyczyn pojawiających się barier i problemów w zakresie diagnozowania niesamodzielności i szacowania potrzeb pomocowych i opiekuńczych.</p>	<p>4.1. Jakie kluczowe problemy, bariery, ograniczenia utrudniają, w ocenie badanych pracowników instytucji orzekających/świadczących wsparcie dorosłym osobom niesamodzielnym, trafny proces diagnozy niesamodzielności i szacowania potrzeb pomocowych i opiekuńczych?</p> <p>4.2. Jakie są główne przyczyny zidentyfikowanych problemów, barier i ograniczeń?</p>
<p>Identyfikacja i analiza oczekiwań i potrzeb w zakresie diagnozowania niesamodzielności i szacowania potrzeb pomocowych i opiekuńczych występujących w różnych typach instytucji orzekających/świadczących wsparcie dorosłym osobom niesamodzielnym.</p>	<p>5.1. Opis i analiza postulowanych możliwych/niezbędnych rozwiązań zaobserwowanych problemów w zakresie diagnozowania niesamodzielności i szacowania potrzeb pomocowych i opiekuńczych.</p>	<p>5.1.1. Jakie są, w ocenie badanych, możliwości przezwyciężenia problemów, barier i ograniczeń i jakie w tym zakresie należałoby podjąć działania?</p> <p>5.1.2. Jakie zmiany powinny zostać wdrożone do procesu diagnozowania niesamodzielności i szacowania potrzeb pomocowych i opiekuńczych, aby działania te charakteryzowały się wyższą trafnością i adekwatnością? Jakie potrzeby w tym zakresie mają badani?</p>
	<p>5.2. Opis i analiza postulowanych zmian służących poprawie jakości procesu diagnozowania niesamodzielności i szacowania potrzeb pomocowych i opiekuńczych oraz wykorzystywanych w jego ramach metod i narzędzi.</p>	<p>5.2.1. O jakie metody, techniki, narzędzia diagnostyczne, o jakie kryteria oceny i w jakich obszarach diagnostycznych należałoby uzupełnić proces diagnozy, aby trafnie diagnozować niesamodzielność i szacować poziom potrzeb pomocowych i opiekuńczych?</p> <p>5.2.2. Jakie wzory współpracy pomiędzy instytucjami, organizacjami samorządu terytorialnego, organizacjami pozarządowymi i innymi podmiotami działającymi w środowisku lokalnym na rzecz osób niesamodzielnych powinny zostać wdrożone, aby trafniej diagnozować niesamodzielność i szacować poziom potrzeb pomocowych i opiekuńczych?</p>

Cele główne badań realizowanych w panelu II	Cele szczegółowe	Pytania badawcze
Identyfikacja i analiza oczekiwań i potrzeb w zakresie diagnozowania niesamodzielności i szacowania potrzeb pomocowych i opiekuńczych występujących w różnych typach instytucji orzekających/świadczących wsparcie dorosłym osobom niesamodzielnym.		5.2.3. Które z postulowanych zmian mają dla pracowników instytucji orzekających/świadczących wsparcie dorosłym osobom niesamodzielnym największe znaczenie z punktu widzenia poprawy jakości procesu diagnozowania oraz realizacji działań pomocowych skierowanych do osób niesamodzielnych? Dlaczego? Jakie oczekiwania w zakresie ich wdrażania mają badani (które zmiany powinny zostać wprowadzone najszybciej)?

Źródło: opracowanie własne.

2.2.1.2. Indywidualne wywiady pogłębione (IDI)

Indywidualny wywiad pogłębiony to technika polegająca na bezpośredniej rozmowie z badanym na tematy interesujące badacza. Dzięki umiejętnemu moderowaniu rozmowy badacz może uzyskać pogłębione informacje dotyczące indywidualnych przemyśleń, przekonań, poglądów, motywacji i postaw badanego. Poznanie i uwzględnienie perspektywy informatora, zazwyczaj bezpośredniego uczestnika badanych procesów, pozwala na lepsze, pełniejsze zrozumienie analizowanych zjawisk (dostrzeżenie aspektów i szczegółów ujawniających się w doświadczeniach jednostkowych). Zastosowanie wywiadu indywidualnego, ze względu na jego elastyczność (możliwość dostosowywania przebiegu oraz stylu rozmowy do charakteru pozyskiwanych informacji oraz kompetencji i preferencji komunikacyjnych badanego), wydaje się szczególnie celowe w stosunku do osób posiadających dużą ilość wielowymiarowych informacji na temat badanych zjawisk oraz w stosunku do niewielkich, zróżnicowanych bądź trudno dostępnych grup informatorów oraz w sytuacjach, w których trudno precyzyjnie zdefiniować zakres poszukiwanych informacji.

W zrealizowanych badaniach wykorzystano technikę wywiadu pogłębionego do uzyskania informacji na temat:

- praktyk związanych z diagnozowaniem niesamodzielności i szacowaniem potrzeb pomocowych i opiekuńczych w wybranych instytucjach orzecznich i świadczących usługi dla osób niesamodzielnych na terenie województwa łódzkiego;
- ograniczeń, barier i problemów w zakresie diagnozowania niesamodzielności i szacowania potrzeb pomocowych i opiekuńczych występujących w różnych typach instytucji orzekających/świadczących wsparcie dorosłym osobom niesamodzielnym;
- oczekiwań i potrzeb w zakresie diagnozowania niesamodzielności i szacowania potrzeb pomocowych i opiekuńczych występujących w różnych typach instytucji orzekających/świadczących wsparcie dorosłym osobom niesamodzielnym.

Wywiady indywidualne przeprowadzone zostały z pracownikami wybranych instytucji orzekających i świadczących wsparcie dorosłym osobom niesamodzielnym. Dobór placówek starano się zróżnicować, osiągając kompromis pomiędzy kryterium maksymalizacji wariacji wewnętrznej oraz wyrażonej zgody placówki. W trakcie realizacji badania decydujące okazało się drugie kryterium. Wśród podmiotów, do pracowników których zwrócono się z prośbą o udzielenie wywiadu, znalazły się: zespoły ds. orzekania o niepełnosprawności, placówki opieki długoterminowej, ZOL, ZPO, DOP, wybrane oddziały szpitalne wg kryterium zapotrzebowania na

poszpitalną opiekę długoterminową lub długotrwałe ograniczenia funkcjonalne pacjentów (np. rehabilitacja, onkologia, psychiatria, reumatologia, geriatrya, neurologia), zespoły leczenia środowiskowego, DPS, ŚDS, OPS, PCPR, organizacje pozarządowe świadczące usługi opiekuńcze, pomocowe (np. PCK, Caritas). Łącznie (zarówno drogą mailową, jak i telefonując do poszczególnych podmiotów) zwrócono się do 32 instytucji⁷⁰. Ostatecznie przeprowadzono 20 wywiadów z następującymi kategoriami respondentów w instytucjach przedstawionych w Tabeli 2. Szczegółowe zestawienie instytucji biorących udział w badaniu prezentuje załącznik 2.2.1.1.1.

Tabela 2. Respondenci w przeprowadzonych wywiadach IDI

Kategorie respondentów	Liczba wywiadów	Rodzaje instytucji	Liczba wywiadów
Kierownicy, dyrektorzy, prezesi zarządów placówek/podmiotów lub ich zastępcy	6	Placówki opieki długoterminowej, w tym: - Zakłady Opiekuńczo-Lecnicze (2) - Środowiskowy Dom Samopomocy typu A (1)	9
Kierownicy poszczególnych działów, np. kierownik rehabilitacji, kierownik działu służb społecznych i terapii, kierownik zespołów, pielęgniarka naczelna, kierownik działu usług pielęgnacyjnych, kierownik działu terapeutyczno-opiekuńczego, zastępca kierownika kliniki	5	- Środowiskowy Dom Samopomocy typu A, B (1) - Dom Pomocy Społecznej dla mężczyzn z niepełnosprawnością intelektualną (1)	
Przewodniczący zespołu ds. orzekania o niepełnosprawności	3	- Domy Pomocy Społecznej dla osób przewlekle chorych somatycznie (2) - Domy Dziennego Pobytu (2)	
Pracownicy socjalni	2	Organizacje pozarządowe świadczące usługi opiekuńcze i pomocowe (PCK, Caritas, Stowarzyszenie i Fundacja prowadzące m.in. Warsztat Terapii Zajęciowej, Zakład Aktywności Zawodowej, Środowiskowy Dom Samopomocy)	4
Psychologowie	2	Zespoły ds. orzekania o niepełnosprawności (powiatowe/wojewódzkie)	3
Doradcy zawodowi		Ośrodki Pomocy Społecznej	2
		Wybrane oddziały szpitalne: Klinika Geriatrii, Klinika Rehabilitacji Medycznej dla Dorosłych	2

Źródło: opracowanie własne.

Wszystkie wywiady zostały poddane transkrypcji według opracowanych wcześniej dyspozycji, co umożliwiło wstępne uporządkowanie i skategoryzowanie uzyskanych informacji. Następnie transkrypcje poddano dalszej analizie, prowadzącej do udzielenia odpowiedzi na postawione pytania badawcze. Ich rozstrzygnięcia wraz z przykładami wypowiedzi respondentów (w postaci cytatów z wywiadów) przedstawiono w rozdziale 3⁷¹.

⁷⁰ W wielu przypadkach spotkano się z odmową i niechęcią pracowników wybranych placówek do udziału w badaniu, wiążącą się zazwyczaj z wielokrotnym przekładaniem terminu spotkania, aż po jego przesunięcie poza ramy czasowe badania.

⁷¹ Cytując odpowiedzi, starano się z nich usunąć tylko największe potknięcia językowe, zachowując jednocześnie sens wypowiedzi.

Po przeprowadzeniu analizy dane, zarówno transkrypcje, jak i same nagrania, zostały zanonimizowane, zgodnie z udzielonym badanym zapewnieniem o zachowaniu poufności przekazywanych przez nich informacji oraz w zgodności z RODO⁷².

2.2.1.3. Analiza danych zastanych (desk research)

Desk research to systematyczna, kierowana pytaniami badawczymi analiza źródeł wtórnych, czyli informacji już istniejących, a nie wygenerowanych specjalnie dla celów danego badania. W niniejszym badaniu metoda ta posłużyła do:

- identyfikacji i opisu kategorii oraz zmiennych warunkujących identyfikację osób niesamodzielną,
- analizy języka i kryteriów opisu wykorzystywanych przez osoby dokonujące diagnozy niesamodzielną.

Zbieranie danych z dokumentów zastanych odbywało się w trakcie wywiadów z przedstawicielami instytucji orzekających i świadczących wsparcie dorosłym osobom niesamodzielną. Jeszcze przed wywiadem byli oni informowani o celach badania i proszeni o udostępnienie do analizy teczek osób wnioskujących o orzeczenie o stopniu niepełnosprawności oraz wsparcie instytucji pomocy społecznej. Niestety, w większości przypadków prośby te spotkały się z odmową. Pracownicy powoływali się przede wszystkim na ograniczenia wynikające z ustawy o ochronie danych osobowych.

Ostatecznie udało się pozyskać do analizy 21 kwestionariuszy zawierających oceny różnych aspektów funkcjonowania osób wnioskujących o orzeczenie o stopniu niepełnosprawności, przy czym nie zostały udostępnione kompletne tečky, ale tylko częściowe oceny poszczególnych przypadków – zgodnie z zakresem badań i z pominięciem danych osobowych⁷³. Udało się natomiast zapewnić dość duże zróżnicowanie tychże przypadków ze względu zarówno na sytuację społeczną, zdrowotną, jak i zawodową wnioskodawców, a co za tym idzie – także ze względu na rozstrzygnięcia dotyczące orzeczonego (lub nie) stopnia niepełnosprawności. Pozwala to maksymalizować wariancję wewnętrzną, co jest istotne dla różnorodności materiału pozyskanego w badaniach jakościowych.

W skład listy analizowanych dokumentów weszły:

- kwestionariusze oceny funkcjonowania społecznego dla potrzeb postępowania o ustalenie stopnia niepełnosprawności – dotyczące 8 przypadków;
- kwestionariusze oceny zawodowej dla potrzeb postępowania o ustalenie stopnia niepełnosprawności – dotyczące 7 przypadków;
- kwestionariusze oceny psychologicznej dla potrzeb postępowania o ustalenie stopnia niepełnosprawności – dotyczące 6 przypadków.

Do każdego z tych kwestionariuszy załączony był także formularz oceny stanu zdrowia osoby zainteresowanej (wnioskującej o orzeczenie) wystawionej przez lekarza, członka komisji orzekającej. Zawierał on – oparty na badaniu podmiotowym – opis przebiegu schorzenia podstawowego i chorób współistniejących oraz wyniki badania przedmiotowego. Ze względu na nieczytelne zapisy w tych formularzach nie poddano ich analizie.

Materiały zastane w postaci kwestionariuszy ocen sporządzanych na potrzeby postępowań o ustalenie stopnia niepełnosprawności przeanalizowano ze względu na:

- ich strukturę, wyróżniając kategorie uwzględniane w diagnozie niesamodzielną,
- treść oraz język zapisów dokonywanych w poszczególnych kategoriach.

Zestawienie zidentyfikowanych kategorii oraz opisy poszczególnych przypadków, z treścią

⁷² Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

⁷³ Ibidem.

zapisów dokonanych w analizowanych kwestionariuszach, uporządkowane ze względu na decyzję podjętą w sprawie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności poszczególnych wnioskodawców, przedstawiono w załącznikach 3.1.1.7. i 3.2.1.1.

2.2.2. Analizy statystyczne

2.2.2.1. Źródła danych statystycznych

Etap zbierania danych dotyczących charakterystyki populacji (powyżej 16 r.ż.) polegał na wyodrębnieniu takich danych (ze zbiorów publicznych, jak i specjalnie udostępnionych na użytek niniejszego badania), które pozwalają będą na wnioskowanie w dalszych etapach o różnych formach niesamodzielności (ze względu na wiek, stan zdrowia, niepełnosprawność) na poziomie powiatów woj. łódzkiego. Do analizy wykorzystane zostały następujące dane (w nawiasach źródło danych):

1. Liczba ludności w powiatach województwa łódzkiego w poszczególnych rocznikach (1-100) wg płci (GUS, dane dostarczone przez Departament Badań Demograficznych i Rynku Pracy GUS);
2. Poszczególne roczniki średniego dalszego trwania życia w 2016 r. wg wieku, płci, miejsca zamieszkania dla Polski (GUS→Obszary tematyczne→Ludność→Trwanie życia→ „Trwanie życia w 2016”);
3. Trwanie życia w podregionach województwa łódzkiego w 2016 r. dla osób w wieku 60, 65, 70, 75, 80, 85, 90 lat (GUS, dane dostarczone przez Departament Badań Demograficznych i Rynku Pracy GUS);
4. Przeciętne dalsze trwanie życia w zdrowiu w wieku 0 i 65 lat w podziale na płeć (Eurostat, tablica pt. „Healthy life years and life expectancy at age 65 by sex”);
5. Przeciętne dalsze trwanie życia w zdrowiu oparte na własnej perspektywie zdrowia (Eurostat, tablica pt. „Healthy life expectancy based on self-perceived health”);
6. Niepełnosprawni wg płci, wieku, województwa, powiatu (GUS → BDL → Narodowe Spisy Powszechne → NSP2011 → Ludność → Osoby niepełnosprawne według płci, ekonomicznych grup wieku i kategorii niepełnosprawności);
7. Niepełnosprawni wg płci, wieku, województwa, powiatu (GUS, dane dostarczone przez Wydział Analiz Demograficzno-Społecznych i Rynku Pracy, Departament Badań Demograficznych i Rynku Pracy);
8. Niepełnosprawni wg płci, wieku, województwa (Diagnoza Społeczna 2015, s. 249-252);
9. Prognoza dla powiatów i miast na prawie powiatu oraz podregionów na lata 2014-2050 (GUS → Obszary tematyczne → Ludność → Prognoza ludności Polski);
10. Prognoza ludności gmin na lata 2017-2030, opracowanie eksperymentalne 2050 (GUS → Obszary tematyczne → Ludność → Prognoza ludności Polski);
11. Współczynniki obciążenia demograficznego (GUS → BDL → Ludność → Stan ludności → Wskaźnik obciążenia demograficznego);
12. Prognozy dotyczące współczynnika OADR dla krajów europejskich w perspektywie do 2080 r. (<http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tsdde511&plugin=1>);
13. Dane o współczynnikach ADL i IADL dla Polski pochodzące z badania Polsenior 2012 [s. 85 i dalsze];
14. Dane pierwotne zebrane w badaniu realizowanym przez RCPS dotyczące osób w wieku 60+ [Potrzeby osób w wieku 60+ z terenu województwa łódzkiego];

2.2.2.2. Metody analizy danych statystycznych

Statystyki opisowe i korelacje

Statystyki opisowe, tj. średnia, wariancja, odchylenie standardowe, współczynnik zmienności, współczynniki natężenia, zostały użyte do opisu populacji pod kątem miar tendencji centralnej i miar rozproszenia. Za pomocą współczynników korelacji (Pearsona i Spearmana) określano siłę i kierunek wpływu jednej zmiennej na drugą. Istotność zależności testowano testem istotności dla współczynnika korelacji, najczęściej przy założeniu 5% poziomu istotności.

Metody porządkowania liniowego

W ramach metod porządkowania liniowego została wykorzystana syntetyczna miara D. Strahl⁷⁴ oraz pozycjonowanie danych, które polegało na wskazaniu pozycji danego powiatu w rankingu 24 powiatów woj. łódzkiego.

Modele ekonometryczne

Modele ekonometryczne stanowią formalny opis stochastycznej zależności wyróżnionej wielkości (zjawisk, procesów ekonomicznych) od czynników, które je kształtują, wyrażony w formie pojedynczego równania bądź układu równań. Do analiz w niniejszym badaniu użyto jednorównaniowych liniowych i wykładniczych modeli trendu oraz liniowych, jednoczynnikowych modeli ekonometrycznych.

Testy równości średnich i proporcji

Test równości dla dwóch średnich/proporcji – test istotności, służący do wnioskowania o równości dwóch średnich/proporcji w dwóch populacjach.

⁷⁴ Por. np. A. Krakowska-Bal, *Wykorzystanie wybranych miar syntetycznych do budowy miary rozwoju infrastruktury technicznej*, „Infrastruktura i ekologia terenów wiejskich 3/2005”, PAN, Kraków 2005.

3. IDENTYFIKACJA I OPIS PRAKTYK ZWIĄZANYCH Z DIAGNOZOWANIEM NIESAMODZIELNOŚCI I SZACOWANIEM POTRZEB POMOCOWYCH I OPIEKUŃCZYCH W WYBRANYCH INSTYTUCJACH ORZECZNICZYCH I ŚWIADCZĄCYCH USŁUGI SPOŁECZNE I ZDROWOTNE

3.1. Procedury diagnostyczne w zakresie oceny niesamodzielnosci w zespołach orzekających oraz wybranych instytucjach pomocy społecznej i ochrony zdrowia

Ocena stopnia niesamodzielnosci nie stanowi w polskim orzecznictwie żadnego odrębnego elementu procesu orzeczniczego, zatem śledząc praktyki, służące temu celowi, należy skierować uwagę na instytucje, w których najczęściej można spotkać się z potrzebą tego typu diagnozy, głównie dla celów związanych z działaniami pomocowymi i opiekuńczymi.

Przystępując do szczegółowej prezentacji i analizy informacji uzyskanych od badanych przedstawicieli instytucji orzekających/świadczących wsparcie dorosłym osobom, które potrzebują go w większym stopniu niż inni⁷⁵, na temat obowiązujących w poszczególnych placówkach procedur diagnozowania niesamodzielnosci i szacowania potrzeb pomocowych, należy zwrócić uwagę na dwie zasadnicze kwestie natury ogólnej. Po pierwsze, pracownicy ww. instytucji z jednej strony lokują diagnozę niesamodzielnosci poza właściwymi ich instytucjom zadaniami, z drugiej zaś traktują ją jako element procesu udzielania pomocy. Oznacza to, że nie identyfikują procesu diagnozowania niesamodzielnosci i szacowania potrzeb jako etapu w jakimkolwiek aspekcie odrębnego od samego udzielania pomocy. Pierwsza kwestia wiąże się z tym, że pacjenci/podopieczni ZOL, DPS, ŚDS, WTZ itp. placówek są kierowani do nich na podstawie wcześniejszych rozpoznań ich stanu fizycznego i psychicznego, dokonywanych poza tymi placówkami. Często diagnozom tym towarzyszą także zalecenia co do zakresu wsparcia, które powinno zostać udzielone danej osobie (zwłaszcza w kontekście stanu zdrowia czy funkcjonowania społecznego w zakresie wykonywania podstawowych czynności samoobsługowych). Co za tym idzie – pracownicy badanych instytucji nie tyle diagnozują poziom funkcjonowania osoby, która została do nich skierowana, ile weryfikują dokumentację, w oparciu o którą dokonano skierowania. Czynią to, w zależności od zasobów i profilu placówki, przede wszystkim po to, aby w miarę możliwości dobrać z oferty placówki taki typ terapii, rehabilitacji czy zajęć, który będzie względnie adekwatny do otrzymanej diagnozy. Co istotne, także zespoły orzekające o stopniu niepełnosprawności nie tyle dokonują diagnozy, ile weryfikują wcześniejszą dokumentację przebiegu choroby i sposobu funkcjonowania pacjenta. Jest tak szczególnie w przypadku tzw. orzeczeń zaocznych, dokonywanych bez udziału osoby orzekanej.

Na potrzeby badania zrekonstruowano trzy modele praktyk diagnostycznych w zakresie oceny niesamodzielnosci i szacowania potrzeb pomocowych w badanych instytucjach:

1. Model pierwszy opisuje procedurę obowiązującą w procesie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności w wojewódzkim i powiatowych zespołach ds. orzekania o niepełnosprawności.

⁷⁵ Transkrypcje zrealizowanych wywiadów zarchiwizowano w Obserwatorium Integracji Społecznej RCPS w Łodzi.

2. Model drugi wskazuje procedurę oceny niesamodzielności w zakresie przyznawania oraz ustalania odpłatności za świadczenie usług opiekuńczych oraz kwalifikowania do umieszczenia osoby niesamodzielnej w domu pomocy społecznej – realizowaną przez ośrodki pomocy społecznej.
3. Model trzeci uwzględnia procedurę diagnozy niesamodzielności w instytucjach pomocy społecznej i instytucjach ochrony zdrowia świadczących usługi w zakresie opieki dziennej i długoterminowej.

3.1.1. Model I. Ocena niesamodzielności w procedurze ustalania stopnia niepełnosprawności przez zespoły ds. orzekania o niepełnosprawności

Jak wynika z wypowiedzi członków zespołów orzeczniczych, procedura służąca wydaniu orzeczenia o stopniu niepełnosprawności realizowana zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa⁷⁶ przez powiatowe (organy orzecznicze I instancji) i wojewódzkie (organy orzecznicze II instancji) zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności polega przede wszystkim na ocenie stanu zdrowia osoby zainteresowanej uzyskaniem orzeczenia, poprzez rozpoznanie jej choroby zasadniczej (i chorób współwystępujących), potwierdzone aktualnymi wynikami lekarskich badań diagnostycznych. Ocenie podlegają także wynikające z faktu choroby ograniczenia funkcjonalne, jakich może doświadczać osoba w samodzielnej egzystencji i uczestnictwie w różnych sferach życia związanych z aktywnością społeczną, w tym także w sferze aktywności zawodowej. W ocenie służącej wydaniu orzeczenia o stopniu niepełnosprawności ustala się ponadto możliwości poprawy funkcjonowania osoby w samodzielnej egzystencji oraz pełnieniu ról społecznych poprzez leczenie, rehabilitację, zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze, usługi opiekuńcze lub inne działania, tym samym wskazuje się na zakres i formy niezbędnej dla osoby niepełnosprawnej pomocy i wsparcia. Jest to więc postępowanie – co do zasady – wpisujące się w model oparty na zasobach: ograniczenia w samodzielności oceniane są w kategoriach warunków osiągnięcia niezależności od innych, a więc opisanej we wstępie autonomii relacyjnej.

Procedurę orzeczniczą, realizowaną przez zespoły orzecznicze, uruchamia złożenie wniosku o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności przez osobę zainteresowaną uzyskaniem orzeczenia lub jej przedstawiciela ustawowego⁷⁷. Obejmuje ona trzy etapy:

1. dokumentowanie stanu zdrowia wnioskodawcy i wstępna weryfikacja złożonej dokumentacji oraz powołanie składu orzekającego do rozpoznania wniosku i wydania orzeczenia,
2. kwalifikowanie do orzeczenia o stopniu niepełnosprawności,
3. wypracowanie ostatecznej decyzji przez członków składu orzekającego.

Szczegółowy przebieg procedury orzeczniczej nie jest celem niniejszego raportu – zawiera ją stosowne rozporządzenie⁷⁸ – w tym miejscu zostaną przedstawione jedynie praktyki związane

⁷⁶ Podstawy prawne kwalifikacji do orzekania o niepełnosprawności i o stopniu niepełnosprawności wyznacza: Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych z dnia 27 sierpnia 1997 r. (Dz.U. z 2016 r., poz. 2046 z późn. zm.). Szczegółowe zasady orzekania określają: Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 1 lutego 2002 r. w sprawie kryteriów oceny niepełnosprawności u osób w wieku do 16 roku życia (Dz.U. nr 17 poz. 162 z późn. zm.), Rozporządzenie Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (Dz.U. z 2015 r., poz. 110 z późn. zm.), Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 30 czerwca 2014 r. w sprawie wzoru oraz trybu wydawania i zwrotu kart parkingowych (Dz.U. z 2016 r., poz. 1438), Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 czerwca 2014 r. w sprawie rodzaju placówek uprawnionych do uzyskania karty parkingowej (Dz.U. z 2014 r., poz. 818), Ustawa Kodeks postępowania administracyjnego z dnia 14 czerwca 1960 r. (Dz.U. z 2017 r., poz. 1257).

⁷⁷ Za ich zgodą na wniosek ośrodka pomocy społecznej.

⁷⁸ Rozporządzenie Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orze-

z samą oceną niesamodzielności. Należy zaznaczyć, że jest ona ważnym elementem orzekania o niepełnosprawności, zwłaszcza o jej stopniu, który zależy m.in. od ustalenia (nie)zdolności do samodzielnej egzystencji. Niesamodzielność zatem świadczy o (stopniu) niepełnosprawności, dlatego jej weryfikacja jest ważnym elementem całej procedury. Pierwszym krokiem w tym kierunku jest dokonanie przez wnioskodawcę w składanym wniosku **samooceny w zakresie czynności samoobsługowych, poruszania się i prowadzenia gospodarstwa domowego. W przypadku każdej z wymienionych czynności osoba zainteresowana określa zakres swojej samodzielności, wskazując, czy jest w stanie daną czynność wykonywać samodzielnie, czy może ją wykonać, ale z pomocą innych osób, lub nie jest w stanie poradzić sobie samodzielnie z jej wykonaniem i w związku z tym wymaga w tym zakresie pomocy ze strony innych osób.** Ponieważ podstawowym celem komisji jest ustalenie choroby zasadniczej (schorzenia podstawowego), z powodu której uznaje się niepełnosprawność, jak i chorób współistniejących, dokumentacja medyczna wniosku obejmuje zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia wydane dla potrzeb zespołu do spraw orzekania, a także dokumenty potwierdzające historię choroby (karty leczenia szpitalnego, wyniki dodatkowych badań diagnostycznych). Dokumenty te nie tylko opisują stan zdrowia, gdyż stopień zaawansowania choroby czy uszkodzenia strukturalnego pozwala ocenić również skutki funkcjonalne, a przez to zweryfikować także deklarowaną samoocenę ograniczeń sprawności. Także informacje dotyczące przebiegu dalszego leczenia i rehabilitacji oraz zapotrzebowania na sprzęt ortopedyczny i rehabilitacyjny przybliżają obraz skutków funkcjonalnych choroby oraz zakresu oczekiwanego wsparcia. Od rodzaju choroby zasadniczej zależy skład komisji, gdyż jego przewodniczącym jest zawsze lekarz reprezentujący adekwatną do niej specjalność. W skład komisji orzekającej powołuje się także: lekarza specjalistę w zakresie choroby współwystępującej, doradcę zawodowego i/lub pracownika socjalnego lub psychologa, lub pedagoga. W przypadku komisji psychiatrycznych w posiedzeniu orzecznictwem udział bierze zarówno lekarz psychiatra, jak i psycholog.

W ramach etapu kwalifikowania do stopnia niepełnosprawności, poszczególni członkowie komisji dokonują: oceny funkcjonowania społecznego osoby zainteresowanej, oceny zawodowej, oceny psychologicznej oraz oceny stanu zdrowia⁷⁹. Odbывается to w trakcie posiedzenia komisji orzekającej przy współudziale osoby zainteresowanej⁸⁰. Podstawą do sporządzenia oceny jest dokładna analiza informacji przedstawionych przez wnioskodawcę we wniosku i dokumentach medycznych, uzupełnionych informacjami uzyskanymi w trakcie rozmowy/wywiadu z osobą orzekaną, na podstawie obserwacji oraz testów diagnostycznych (w przypadku oceny psychologicznej i psychiatrycznej). Ocenie członków komisji orzekającej podlega nie tylko zakres naruszenia sprawności funkcjonalnej organizmu osoby z powodu jej stanu zdrowia, **ale także zakres jej zdolności do samodzielnego zaspokojenia podstawowych potrzeb życiowych i pełnienia ról społecznych. W związku z powyższym obowiązujące w procedurze orzecznictwowej oceny w zakresie funkcjonowania społecznego, zawodowego, psychologicznego odgrywają ważną rolę w ustalaniu rzeczywistego zakresu niesamodzielności osoby orzekanej.** Świadczy

kania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (Dz.U. z 2015 r., poz. 110 z późn. zm.).

⁷⁹ W przypadku orzekania o niepełnosprawności dzieci obowiązuje obligatoryjna ocena pedagogiczna, którą wykonuje pedagog. Ocena pedagoga uwzględnia przebieg dotychczasowego kształcenia, występowanie dysfunkcji psychofizycznych utrudniających lub uniemożliwiających kształcenie osoby w warunkach ogólnodostępnych, występowanie dysfunkcji psychofizycznych utrudniających proces wychowania.

⁸⁰ Gdy stan zdrowia wnioskodawcy nie pozwala mu uczestniczyć w posiedzeniu z powodu długotrwałej i nierokującej poprawy choroby, co poświadcza zaświadczeniem lekarskim, procedura orzecznicza może zostać przeprowadzona w miejscu pobytu osoby zainteresowanej. Gdy jednak przewodniczący składu orzekającego uzna złożoną dokumentację medyczną za wystarczającą, ocena stanu zdrowia może być wydana zaocznie, bez udziału osoby orzekanej.

o tym między inni wypowiedź jednego z członków zespołu orzekającego, pracownika socjalnego: *Gdyby nie nasza ocena lekarz by nie widział o tym, czy osoba jest samodzielna czy nie. To jest bardzo potrzebne. Nie tylko stan zdrowia jest ważny dla lekarza, ale też ograniczenia jakie ta osoba ma (wywiad 2.1).*

W celu sporządzenia oceny funkcjonowania osoby orzekanej w różnych wymiarach jej aktywności, członkowie składu orzekającego wykorzystują obowiązującą w tym zakresie dokumentację:

- kwestionariusz oceny funkcjonowania społecznego dla potrzeb postępowania o ustalenie stopnia niepełnosprawności (wzór kwestionariusza, załącznik 3.1.1.1.),
- kwestionariusz do sporządzenia oceny funkcjonowania społecznego oraz zakresu niezbędnej opieki i pomocy dla potrzeb orzekania o stopniu niepełnosprawności (wzór kwestionariusza, załącznik 3.1.1.2.),
- kwestionariusz do oceny sytuacji socjalno-społecznej osoby ubiegającej się o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (wzór kwestionariusza, załącznik 3.1.1.3.),
- kwestionariusz oceny zawodowej dla potrzeb postępowania o ustalenie stopnia niepełnosprawności oraz rehabilitacji zawodowej (wzór kwestionariusza, załącznik 3.1.1.4.),
- kwestionariusz oceny psychologicznej dla potrzeb orzekania o stopniu niepełnosprawności (wzór kwestionariusza, załącznik 3.1.1.5.),
- kwestionariusz oceny stanu zdrowia osoby zainteresowanej wystawionej przez lekarza przewodniczącego składu orzekającego (wzór kwestionariusza, załącznik 3.1.1.6.).

Szczegółowej oceny funkcjonowania społecznego i sytuacji socjalnej dla potrzeb postępowania o ustalenie stopnia niepełnosprawności dokonuje pracownik socjalny. Wykorzystuje w tym celu kwestionariusz oceny funkcjonowania społecznego dla potrzeb postępowania o ustalenie stopnia niepełnosprawności (wzór kwestionariusza, załącznik 3.1.1.1.), posiłkuje się przy tym kwestionariuszem do sporządzenia oceny funkcjonowania społecznego oraz zakresu niezbędnej opieki i pomocy dla potrzeb orzekania o stopniu niepełnosprawności (wzór kwestionariusza, załącznik 3.1.1.2.). Natomiast w sytuacji, gdy z uwagi na stan zdrowia osoba zainteresowana nie może uczestniczyć w posiedzeniu komisji orzekającej i ocena funkcjonowania społecznego musi zostać wykonywana zaocznie, jest ona zobowiązana do samodzielnego wypełnienia kwestionariusza do oceny sytuacji socjalno-społecznej osoby ubiegającej się o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (wzór kwestionariusza, załącznik 3.1.1.3.). Ocenie pracownika socjalnego podlega przede wszystkim **zakres zdolności osoby orzekanej do samodzielnej egzystencji i pełnienia ról społecznych, w tym zdolność osoby orzekanej do zatrudnienia**. Nie mniej ważne w ocenie pracownika socjalnego jest ustalenie, **czy i w jakim zakresie osoba orzekana może liczyć na pomoc i konieczne wsparcie ze strony rodziny, znajomych czy instytucji i organizacji pozarządowych działających na rzecz pomocy osobom niepełnosprawnym i ich rodzinom**. Ocena, jakiej dokonuje pracownik socjalny, zwraca tym samym uwagę na **stopień uzależnienia osoby orzekanej od innych osób w jej codziennym funkcjonowaniu oraz zakres koniecznej opieki lub pomocy z ich strony**. Ocenie pracownika socjalnego podlega zatem **zdolność osoby orzekanej do samodzielnego wykonywania/ bądź zależność od innych osób w wykonywaniu czynności samoobsługowych (utrzymania higieny osobistej, załatwiania potrzeb fizjologicznych, ubierania się i rozbierania oraz spożywania posiłków), samodzielnego poruszania się oraz prowadzenia gospodarstwa domowego**: *Zawsze w wywiadzie zaczynamy od tego, że pytamy: Czy jest Pani samodzielna? Jak osoba mówi, że tak, pytamy czy się sama ubierze, umyje i wszystko przy sobie zrobi. Jeśli tak, to już zaznaczamy, że osoba jest zdolna i nie pytamy już więcej. A jeśli ktoś nam chociaż troszeczkę powie, że wymaga pomocy, np. w samoobsłudze, to szczegółowo dopytujemy w jakich czynnościach – czy sama obcina paznokcie, czy sama się uczesze, czy sama sobie umyje zęby, czy sama sobie przygotuje ubrania, czy się ubierze, jeszcze bardzo ważne jest to czy się sama porusza, szczegółowo bardzo*

wypyujemy (wywiad 3). Zdolność osoby/lub jej brak do wykonywania wskazanych czynności oznacza tym samym częściowy, stały lub długotrwały charakter jej uzależnienia od pomocy innych. Ponadto ocenie pracownika socjalnego podlegają kompetencje komunikacyjne i zdolność do uczestnictwa w życiu społecznym osoby orzekanej oraz dostrzegany w tym obszarach zakres ograniczeń, jej sytuacja mieszkaniowa i materialna, a także wydolność opiekuńcza rodziny.

Ocenę zawodową dla potrzeb postępowania o ustalenie stopnia niepełnosprawności oraz rehabilitacji zawodowej sporządza doradca zawodowy. Obligatoryjnie w procesie orzecznictwym ocena zawodowa sporządzana jest w przypadku postępowania toczącego się na wniosek o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności osoby, która jest zainteresowana podjęciem szkolenia lub pracy zarobkowej. Fakultatywnie – w przypadku osób w wieku aktywności zawodowej, które nie wykonują pracy zarobkowej, jeżeli wystąpiły z wnioskiem o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności w celach innych niż szkolenie i odpowiednie zatrudnienie. Ocena, jakiej dokonuje doradca zawodowy, uwzględnia posiadane przez osobę wnioskującą kwalifikacje i predyspozycje zawodowe, dotychczasowy przebieg kariery zawodowej i nabyte w jej trakcie umiejętności i kompetencje. Analizuje przyczyny zaprzestania zatrudnienia, odwołuje się do planów zawodowych i motywacji do podjęcia zatrudnienia. Ocena doradcy zawodowego stanowi punkt wyjścia zarówno do identyfikacji indywidualnych przeciwwskazań do wykonywania określonego typu zatrudnienia wynikających z psychofizycznych ograniczeń, jak również wskazania warunków, w jakich osoba może ewentualnie podjąć zatrudnienie z uwzględnieniem jej możliwości.

W procesie orzekania o stopniu niepełnosprawności sporządzana jest także obligatoryjnie ocena psychologiczna. Ocena sporządzana przez psychologa nie przedkłada się wprost na orzeczenie o niepełnosprawności. Ma ona co prawda charakter opisowy, jednakże w tym przypadku – poza rozmową i obserwacją – podstawą jej sporządzania są wykorzystywane przez psychologów specjalistyczne testy diagnostyczne, które szacują miejsce, jakie dana osoba zajmuje na tle tzw. 'grupy odniesienia' (grupa osób w podobnym wieku), wskazując tym samym na zakres jej niesamodzielności/samodzielności. Testy diagnostyczne wykorzystywane w ocenie psychologicznej obejmują między innymi badanie **dysfunkcji psychicznych warunkujących trudności w samodzielnym funkcjonowaniu, w tym zaburzenia w zakresie procesów poznawczych, emocjonalnych, motywacyjnych, poziomu inteligencji, zaburzenia zachowania werbalnego oraz ruchowego. Ponadto zaburzenia w obszarze relacji interpersonalnych, występowanie ograniczeń w zakresie umiejętności przystosowawczych, w tym zdolności do samoobsługi i samodzielnego zaspokajania własnych potrzeb.** W diagnostyce psychologicznej w szerokim zakresie wykorzystywane są także badania neuropsychologiczne, badania osobowości i poziomu rozwoju (w przypadku dzieci). W swojej ocenie psycholog uwzględnia także zakres trudności w realizacji ról społecznych: zawodowych i rodzinnych.

Tok postępowania orzecznictwego w ramach etapu kwalifikowania do orzeczenia o stopniu niepełnosprawności kończy podmiotowe i przedmiotowe badanie lekarskie, będące podstawą do oceny stanu zdrowia, którą sporządza lekarz orzecznik. Gdy uznaje on, że przedstawiona dokumentacja medyczna oraz przeprowadzone badanie fizykalne nie pozwalają na prawidłową ocenę stanu zdrowia, tym samym na wskazanie rzeczywistego zakresu ograniczeń funkcjonalnych z niej wynikających, kieruje osobę orzekaną na fakultatywne specjalistyczne badania medyczne. Fakultatywne badanie psychologiczne w zakresie oceny kondycji psychologicznej może także zlecić psycholog. W takiej sytuacji osoba orzekana zostaje odroczone do przeprowadzenia dodatkowej oceny lekarskiej i/lub dodatkowej oceny psychologicznej⁸¹.

Kończący, trzeci etap procedury procesu orzecznictwego stanowi posiedzenie komisji orzekającej, w którym uczestniczą wszyscy jej członkowie. W jego trakcie zostaje podjęta ostateczna

⁸¹ Takie badania specjalistyczne, medyczne i psychologiczne przeprowadza się w wojewódzkim zespole ds. orzekania o niepełnosprawności, na podstawie skierowań wystawionych przez lekarzy lub psychologa.

decyzja co do kwalifikacji w zakresie stopnia niepełnosprawności lub decyzja wskazująca na brak podstaw do wydania takiego orzeczenia. Integralną część posiedzenia składu orzekającego stanowi przedstawienie przygotowanych ocen oraz dyskusja. Jak stwierdza członek zespołu orzekającego: *W całym systemie orzeczniczym zasada jest taka, po każdym posiedzeniu składu orzekającego specjalista siada z lekarzem i dochodzą do jakiegoś konsensusu, ponieważ lekarz widzi stronę medyczną, nie zawsze widzi całe spektrum społecznego funkcjonowania danej osoby, natomiast pracownik socjalny widzi codzienność, widzi samodzielność bądź brak tej samodzielności lub wszelkie ograniczenia, które tam występują (wywiad 2)*. Nie zawsze jednak członkom komisji udaje się wypracować jednoznaczną ocenę zakresu niesamodzielności osoby orzekanej. W przypadku niezgodności ocen członków komisji, uprawnienia do podjęcia decyzji ostatecznej posiada lekarz orzecznik. Natomiast członek komisji, który nie w pełni opinię tę podziela, pisemnie zgłasza swoje zdanie odrębne wraz z jego uzasadnieniem. Z wypowiedzi badanych wynika, iż najczęściej kwestie sporne wywołuje rozbieżność w ocenie stanu zdrowia i wynikających z tego stanu ograniczeń, jakie dostrzegają lekarz i pracownik socjalny: *Dla mnie, pracownika socjalnego, jest ważne jak te osoby sobie radzą w środowisku. Nie zawsze ta sama jednostka chorobowa powoduje taki sam stopień niepełnosprawności. Pani doktor czy pan doktor ocenia jednostkę chorobą, a ja oceniam jak z tą jednostką ta osoba funkcjonuje w społeczeństwie. Bywa że ja niżej oceniam, czyli lekki daję [stopień niepełnosprawności – przypis autora], pan doktor umiarkowany, ale dla mnie ta osoba w społeczeństwie funkcjonuje prawidłowo i dobrze, i ma tam tylko jakieś ograniczenia dające się kompensować. Oczywiście odwrotnie też zdarzają się sytuacje, bo według mojej analizy odpowiedzi, z mojego wywiadu i moich obserwacji wynika, że ta osoba naprawdę sobie w społeczeństwie nie radzi, że jest osobą, która potrzebuje wsparcia i pomocy innych, natomiast z punktu widzenia pani czy pana doktora ta choroba nie kwalifikuje jej do takiego stopnia niepełnosprawności (wywiad 2.1)*. A zatem, jak wynika z powyższej wypowiedzi, **kryteria społeczne, w tym przede wszystkim sytuacja rodzinna, w ocenie pracownika socjalnego warunkują zakres niezależności lub zależności od innych**. Nie zawsze zależność tę są w stanie identyfikować wyniki badań lekarskich uwzględniające medyczne kryteria oceny.

W trakcie trwania posiedzenia składu orzekającego sporządza się protokół. Dokument ten zawiera informację, do jakiego stopnia niepełnosprawności osoba została zakwalifikowana i jakie otrzymuje w związku z powyższym wskazania. Protokół jest podpisywany przez wszystkie osoby uczestniczące w posiedzeniu. Na jego podstawie zostaje przygotowane orzeczenie o stopniu niepełnosprawności. Osoba zainteresowana decyzją w tym zakresie otrzymuje w przeciągu 14 dni od dnia posiedzenia komisji orzekającej. W załączniku nr 3.1.1.7. zaprezentowano zestawienie analizowanych w badaniu przypadków osób ubiegających się o orzeczenie o stopniu niepełnosprawności, uporządkowane ze względu na ostateczne rozstrzygnięcie dotyczące stopnia niepełnosprawności. Można w nich zaobserwować złożoność sytuacji i wielość czynników poddanych ocenie, jak również zobaczyć, jak duże znaczenie ma (nie)samodzielność w diagnozie niepełnosprawności. W opisach przytoczono oryginalne opisy poszczególnych kategorii.

3.1.2. Model II. Procedura oceny niesamodzielności i szacowania potrzeb pomocowych i opiekuńczych przez ośrodki pomocy społecznej

Zgodnie z obowiązującymi regulacjami prawnymi ośrodki pomocy społecznej udzielają wsparcia osobom niesamodzielnym w trzech formach, tj. w formie wsparcia finansowego, usług opiekuńczych oraz w ramach umieszczenia osoby niesamodzielnej w domu pomocy społecznej. Na całościową procedurę diagnostyczną w zakresie oceny niesamodzielności dla przyznawania oraz ustalania odpłatności za świadczenie usług opiekuńczych dla osób starszych w miejscu zamieszkania lub umieszczenia osoby niesamodzielnej w domu pomocy społecznej

nej składają się trzy etapy. Pierwszy etap to przyjęcie przez pracownika socjalnego zgłoszenia o potrzebie udzielenia pomocy, drugi stanowi ocena/rozpoznanie sytuacji życiowej osoby składającej wniosek o pomoc, a trzeci ewentualne wydanie decyzji o przyznaniu (bądź odmowie przyznania) usług opiekuńczych⁸².

Rozpoczęcie procedury przyznania usług opiekuńczych lub pobytu w domu pomocy społecznej wymaga przyjęcia przez pracownika socjalnego zgłoszenia o potrzebie udzielenia pomocy. Pomoc w wymienionych formach jest udzielana na wniosek osoby zainteresowanej lub członka rodziny. O wsparcie osoby niesamodzielnej tą formą pomocy wnioskować mogą także sąsiedzi, lekarz podstawowej opieki zdrowotnej czy pielęgniarka środowiskowa. Wniosek należy złożyć w ośrodku pomocy społecznej adekwatnie do miejsca zamieszkania osoby ubiegającej się o przyznanie świadczeń. Złożenie wniosku uruchamia drugi etap procedury diagnostycznej polegający na ocenie/rozpoznaniu przez pracownika ośrodka pomocy społecznej sytuacji życiowej wnioskodawcy. Pracownik socjalny powinien przeprowadzić wywiad środowiskowy⁸³ oraz ocenić zakres niezbędnych usług opiekuńczych. Aby oszacować stopień niesamodzielności, formy i rodzaj niezbędnej pomocy (wynikające także z werbalizowanych oczekiwań osoby wnioskującej), pracownik socjalny na podstawie przedstawionej dokumentacji medycznej (karty leczenia szpitalnego, orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub niezdolności do pracy, zaświadczenia i badania lekarskie itp.) rozpoznaje zakres ograniczeń wynikających ze stanu zdrowia osoby. W sytuacji braku kompletu wymaganych dokumentów zwraca się z prośbą do odpowiednich instytucji o ich udostępnienie (np. orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, karty leczenia szpitalnego), w sytuacji dysfunkcji intelektualnej czy psychicznej klienta kieruje wniosek o sporządzenie opinii psychiatrycznej⁸⁴. Ponadto pracownik socjalny ocenia zasoby materialne i mieszkaniowe oraz sytuację rodzinną pod kątem możliwości zapewnienia osobie niesamodzielnej opieki przez bliskich. Ustalając wydolność opiekuńczą rodziny, w tym przede wszystkim zdolność alimentacyjną członków rodziny zobowiązanych do udzielania pomocy, wykorzystuje wywiad środowiskowy, w przypadku osób samotnych w miarę możliwości przeprowadza wywiad/rozmowę z sąsiadami.

Po rozpoznaniu sytuacji życiowej klienta oraz uwzględniając jego oczekiwania, pracownik socjalny określa zakres niezbędnych usług opiekuńczych, na który składa się zarówno wymiar usług (ilość dni świadczenia usług w tygodniu, ilość godzin dziennie), jak i zakres przewidzianych do wykonania w tym czasie czynności. Wypowiedzi pracowników socjalnych świadczą o tym, iż dokonując oceny sprawności funkcjonalnej osoby wnioskującej, posiłkują się najczęściej zakresem czynności opiekuńczych świadczonych przez opiekunkę w domu klienta, obejmującym przygotowanie posiłków lub dostarczanie obiadów, podawanie posiłków, karmienie, dokonywanie zakupów ze środków finansowych klienta, załatwianie spraw bieżących i urzędowych, utrzymywanie w porządku i czystości mieszkania (bez mycia okien i generalnego sprzątnięcia), palenie w piecu i przynoszenie opału, przynoszenie wody i wynoszenie nieczystości, czynności związane z praniem odzieży i bielizny, oddawanie bielizny pościelowej do pralni, prasowanie, zmianę bielizny i pościeli, sianie łóżka, czynności związane z pielęgnacją i higieną osobistą klienta, pomoc przy ubieraniu, opiekę nad chorym leżącym zleconą przez lekarza, wzywanie

⁸² Umieszczenie w domu pomocy społecznej nie podlega odmowie.

⁸³ W przypadku instytucji pomocy społecznej wywiad środowiskowy stanowi podstawowe narzędzie diagnostyczne wykorzystywane na potrzeby kwalifikacyjne do domu pomocy społecznej, usług opiekuńczych, na potrzeby skierowania do środowiskowego domu samopomocy dla osób niepełnosprawnych intelektualnie, skierowania do placówek wsparcia dziennego, tj. domów dziennego pobytu.

⁸⁴ W sytuacji konieczności natychmiastowego objęcia klienta usługami opiekuńczymi lub umieszczenia w domu pomocy społecznej świadczenia te przyznaje się na podstawie wywiadu środowiskowego i podstawowego dokumentu, jakim jest zaświadczenie lekarskie wydane przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej stwierdzające, że osoba wymaga pomocy innych.

i kontakt z lekarzem, towarzyszenie w drodze do lekarza, w trakcie wizyty u lekarza, współpracy z rodziną w zakresie wypracowania reguł współdziałania z klientem, współpracę z pielęgniarką środowiskową. **W odniesieniu do tak zdefiniowanego zakresu usług opiekuńczych, ocena pracownika socjalnego uwzględni poziom samodzielności/zależności osoby w obszarze:** 1) sprawności ruchowej: czy osoba jest leżąca (wstaje – nie wstaje z łóżka), czy może swobodnie poruszać się po mieszkaniu – poza mieszkaniem – o kulach, o lasce, bez żadnej pomocy, na wózku inwalidzkim, nie wychodzi z domu; 2) sprawności w samoobsłudze: czy może samodzielnie sporządzać posiłki, spożywać posiłki, załatwiać potrzeby fizjologiczne i zadbać o higienę osobistą, czy wszystkie czynności może wykonywać, ale przy pomocy osób drugich; 3) zdolności porozumiewania się: z osobą chorą można nawiązać kontakt słowny, kontroluje swoje czynności i zachowanie, czy widzi/nie widzi, słyszy/nie słyszy, mówi/nie mówi, czy wykazuje objawy demencji lub dolegliwość na podłożu psychicznym (depresje). Ponadto pracownik socjalny dokonuje oceny zakresu zasobów osób bliskich i zasobów własnych osoby starszej, wskazując na: 4) czynności, które wykonuje rodzina, sąsiedzi; 5) czynności, które powinna wykonywać opiekunka (ponieważ nie może ich wykonywać chora lub jej rodzina).

W sytuacji konieczności natychmiastowego objęcia klienta usługami opiekuńczymi lub umieszczeniem w domu pomocy społecznej, świadczenia te przyznaje się na podstawie wywiadu środowiskowego i podstawowego dokumentu, jakim jest zaświadczenie lekarskie wydane przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej stwierdzające, że osoba wymaga pomocy innych.

Etap trzeci, który polega na wydaniu decyzji o przyznaniu (bądź odmowie przyznania) usług opiekuńczych kończy procedurę oceny niesamodzielności realizowaną przez ośrodki pomocy społecznej. W woj. łódzkim decyzje o przyznaniu lub o odmowie przyznania usług opiekuńczych (także o umieszczeniu osoby w domu pomocy społecznej) na wniosek pracownika socjalnego wydaje kierownik ośrodka pomocy społecznej. W decyzji, jaką otrzymuje klient, wskazany jest okres, na który przyznana zostaje pomoc w formie usług opiekuńczych, ich wymiar (ilość dni w tygodniu, ilość godzin dziennie w dni robocze i dni świąteczne, zakres przyznawanych usług, odpłatność za 1 godzinę usług). Zgodnie z par. 7 ust. 1 Uchwały nr LVI/1352/17 RM w Łodzi z dnia 30.08.2017 osoba zobowiązana do ponoszenia odpłatności za usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze może zostać częściowo lub całkowicie zwolniona z odpłatności za usługi opiekuńcze z uwagi na stan zdrowia i sytuację rodzinną i finansową, obciążenia związane z wysokimi opłatami za mieszkanie, procesem leczenia, koniecznością rehabilitacji, zakupu leków, artykułów higienicznych i pielęgnacyjnych, stosowania określonej diety, których wysokość zagraża egzystencji. Decyzja taka może być podjęta także w sytuacji wnoszenia opłat za pobyt innych członków rodziny w domu pomocy społecznej, ośrodka wparcia lub innej placówce, a także strat materialnych powstałych w wyniku zdarzenia losowego.

3.1.3. Model III. Procedura oceny niesamodzielności przez placówki dziennej i długoterminowej opieki stacjonarnej

Trzeci model opisuje procedurę oceny niesamodzielności realizowaną w instytucjach służby zdrowia świadczących usługi w formie opieki długoterminowej, tj. przez zakłady opiekuńczo-lecznicze, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze oraz w formie świadczenia długoterminowej środowiskowej opieki pielęgnarskiej, ponadto w instytucjach pomocy społecznej realizujących wsparcie w formie opieki dziennej przez środowiskowe domy samopomocy, domy dziennego pobytu, warsztaty terapii zajęciowej oraz w formie stacjonarnej opieki długoterminowej (domy pomocy społecznej).

Wypowiedzi przedstawicieli instytucji wspierających osoby niesamodzielne wskazują, iż na całościową procedurę oceny niesamodzielności i szacowania potrzeb pomocowych we wszystkich typach badanych placówek składają się następujące etapy: 1) złożenie wniosku o przyjęcie do placówki świadczącej usługi opiekuńcze, 2) rozpoznanie sytuacji i wstępna ocena niesamo-

dzielności podopiecznego i zakresu niezbędnego wsparcia, 3) rozpoznanie i ocena zasobów i kompetencji podopiecznych, 4) opracowanie indywidualnego planu pracy i pakietu usług dostosowanych do potrzeb konkretnego podopiecznego, 5) ocena realizacji indywidualnego planu pracy.

Warunkiem przyjęcia do każdej z wymienionych powyżej instytucji udzielających wsparcia jest złożenie przez osobę zainteresowaną odpowiednich dokumentów, zgodnie z obowiązującymi regulacjami prawnymi. Dokumentem podstawowym jest wniosek o przyjęcie, który uzupełnia odpowiednia dokumentacja medyczna (skierowanie wystawione przez lekarza pierwszego kontaktu lub lekarza psychiatrę). Wzory wymaganej przez instytucje dokumentacji medycznej określają wymogi Narodowego Funduszu Zdrowia i stosowne w tym zakresie rozporządzenia. W przypadku zakładu opiekuńczo-leczniczego dla osób z zaburzeniami psychicznymi wymagana dokumentacja została opracowana samodzielnie przez placówkę *w oparciu o rozporządzenie dotyczące działalności zakładów opiekuńczo-leczniczych w tym opiekuńczo-leczniczych psychiatrycznych (wywiad 5)*. W przypadku każdego typu instytucji – zarówno w obszarze instytucji pomocy społecznej, jak i instytucji służby zdrowia, do których trafia osoba wymagająca bardziej intensywnego wsparcia – podstawowym kryterium kwalifikowania jest diagnoza lekarska stwierdzająca potrzebę/konieczność objęcia osoby pomocą medyczną, rehabilitacyjną czy opiekuńczą. Szczegółowe zasady przyjęcia do placówek pomocy społecznej i instytucji służby zdrowia udzielających wsparcia warunkują:

- decyzja właściwego dla miejsca zamieszkania osoby zainteresowanej ośrodka pomocy społecznej w przypadku wsparcia osoby niesamodzielnej w formie środowiskowych usług opiekuńczych, przyjęcia do domu pomocy społecznej, pobytu w domu dziennego pobytu;
- skierowanie lekarza specjalisty z zakresu psychiatrii w przypadku placówek udzielających wsparcia osobom niepełnosprawnym intelektualnie oraz z zaburzeniami psychicznymi przez środowiskowe domy samopomocy;
- wsparcie placówki środowiskowej warunkuje zaświadczenie lekarza psychiatry, że osoba choruje i w sposób stały objęta jest opieką psychiatryczną;
- pobyt w placówce środowiskowej stanowi najczęściej kontynuację leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnego, jakie prowadzą poradnie zdrowia psychicznego;
- skierowanie lekarza psychiatry oraz orzeczenie o niepełnosprawności, ukończony 16. rok życia w przypadku uczestnictwa osoby niepełnosprawnej w warsztatach terapii zajęciowej;
- orzeczenie o stopniu niepełnosprawności, w którym powinno być wskazanie do terapii zajęciowej w przypadku zakładu aktywności zawodowej;
- wniosek, skierowanie lekarza podstawowej opieki lub lekarza opieki długoterminowej w przypadku zakładu opiekuńczo-leczniczego, zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego, przyznania świadczenia w formie długoterminowej środowiskowej opieki pielęgniariskiej, w sytuacji, w której pobyt pacjenta finansuje NFZ;
- w przypadku komercyjnego pobytu w zakładzie opiekuńczo-leczniczym obowiązuje tylko umowa, jaką podpisuje placówka z rodziną osoby wymagającej wsparcia.

W tym miejscu należy także podkreślić, iż niezależnie od formalnych kryteriów, jakie zostały wskazane powyżej, z wypowiedzi przedstawicieli takich instytucji jak zakład opiekuńczo-leczniczy dla osób chorujących psychicznie, warsztat terapii zajęciowej, środowiskowe domy samopomocy, domy dziennego pobytu wynika, iż istotnym kryterium przyjęcia do placówki jest indywidualnie potwierdzona chęć udziału osoby niesamodzielnej w różnorodnych formach oferowanego wsparcia: *Pobyt w placówce jest dobrowolny, nie ma konieczności i nie ma obowiązku przychodzić do placówki (wywiad 7)*. *To nie jest tak, że przyjmujemy z przymusu. U nas pobyty są dobrowolne tak, że pacjenci po prostu trafiają wtedy, kiedy mają taką potrzebę i wi-*

dzę lub lekarz sugeruje, że warto by było. Pacjent określa gotowość do podjęcia rehabilitacji, jeśli okazuje się, że jest to np. pomysł rodziny i ktoś nie chce u nas być, to takich pacjentów nie przyjmujemy. Pacjent na pobyt musi wyrazić zgodę (wywiad 5).

Co prawda w domu dziennego pobytu każdy z podopiecznych – a są to w przypadku tej placówki osoby starsze, najczęściej samotne – skierowanie do placówki otrzymuje z ośrodka pomocy społecznej, ale decyzję o tym, czy jest zainteresowany udziałem w zajęciach, podejmuje samodzielnie.

Etap drugi w procedurze oceny niesamodzielnosci podopiecznych placówek pomocowych stanowi rozpoznanie ich sytuacji życiowej i wstępna ocena poziomu niesamodzielnosci. Działanie takie podejmuje kadra już „na wejściu” podopiecznego do placówki w celu ustalenia niezbędnego w pierwszym okresie pobytu zakresu wsparcia. W każdej z instytucji kluczową rolę odgrywa rozpoznanie potrzeb podopiecznych wynikających z ich stanu zdrowia⁸⁵. Aby zatem zyskać rozeznanie w tym aspekcie, pracownicy instytucji analizują przede wszystkim komplet otrzymanych dokumentów medycznych (tj. np. orzeczenie o niepełnosprawności, karty leczenia szpitalnego, dokumentacja lekarza pierwszego kontaktu). Rozpoznanie potrzeb podopiecznych służy także podmiotowe i przedmiotowe badanie lekarskie „na wejściu” oraz rozmowa/wywiad z podopiecznym. W jej trakcie podopieczny zostaje zapoznany z zasadami i organizacją życia w placówce, formami oferowanego wsparcia, opieki, terapii, zabiegów medycznych. W przypadku zakładu opiekuńczo-leczniczego dla osób chorujących psychicznie rozmowa ma charakter spotkania kwalifikacyjnego, w trakcie którego lekarz placówki, kierując się stanem zdrowia pacjenta, kwalifikuje go do odpowiedniej formy wsparcia. W przypadku zakładu aktywności zawodowej wstępna ocena ogranicza się jedynie do swobodnej rozmowy z podopiecznym. Jest to jedyny przykład placówki, w której uczestnik „na wejściu” podlega ocenie z uwagi na jego motywację do podjęcia aktywności zawodowej: *Spotykamy się z taką osobą, przeprowadzamy serię pytań, które pozwalają wydobyć informacje, dzięki którym możemy bardziej trafnie ocenić na ile ta osoba chce faktycznie coś zrobić ze swoim życiem, jest gotowa i ma świadomość miejsca do którego idzie, a nie tylko na zasadzie, że chce dorobić, ale nie ma potrzeby zmiany swojej sytuacji jako takiej. To na co zwracamy uwagę przyjmując pracownika, to jest jego chęć zmiany, gotowość do podjęcia tak naprawdę ciężkiej pracy nad sobą (wywiad 18).* Nie oznacza to oczywiście, że ocena stanu zdrowia na dalszym etapie pobytu w placówce nie jest wykonywana, aczkolwiek w przypadku zakładu aktywności zawodowej ma na celu określenie zapotrzebowania na działania w zakresie rehabilitacji ruchowej.

Jeżeli podopieczny posiada rodzinę, dodatkowe informacje na jego temat są pozyskiwane od członków rodziny. Odbywa się rozmowa/wywiad z członkami rodziny, w trakcie której personel instytucji pozyskuje niezbędne dla siebie informacje na temat stanu zdrowia podopiecznego i jego dotychczasowego funkcjonowania. W trakcie rozmowy z rodziną ustala się również zasady współpracy i wzajemnych kontaktów.

Etap trzeci oceny niesamodzielnosci polega na **rozpoznaniu i ocenie zasobów oraz kompetencji podopiecznych**. Proces ten realizowany jest w sposób mniej lub bardziej sformalizowany we wszystkich z badanych placówek w trakcie kolejnych trzech miesięcy pobytu podopiecznego⁸⁶. Okres ten w badanych placówkach jest traktowany jako okres wstępny lub próbny. W tym

⁸⁵ Na oddziałach szpitalnych procedury diagnostyczne są zgodne z obowiązującymi wymogami Narodowego Funduszu Zdrowia (na oddziale rehabilitacji stosowane są dodatkowe).

⁸⁶ Tylko w jednej z instytucji, zakładzie opiekuńczo-leczniczym dla osób chorujących psychicznie, okres rozpoznania zasobów i kompetencji, na podstawie których określa się potrzeby danego podopiecznego, trwa zaledwie około dwóch tygodni. Wstępną ocenę, która się przekłada bezpośrednio na plan rehabilitacyjny, przeprowadzają w momencie, kiedy pacjent trafia do placówki, pracownik socjalny i psycholog. Wsparcie psychiatryczne pacjent otrzymuje na podstawie skierowania lekarza psychiatry. W przypadku jednego z domów pomocy społecznej dla osób somatycznie chorych wskazano na okres 6 miesięcy.

czasie podopieczny ma możliwość zapoznania się z ofertą terapeutyczną placówki i podjęcia decyzji o udziale w proponowanych formach zajęć: *Mamy ogólną dostępność do każdej formy zajęć, a jednocześnie to jest trochę taka przymiarka samego uczestnika czy widzi się w perspektywie tej placówki (wywiad 7)*. W okresie pierwszych trzech miesięcy kadra placówki ma też praktyczną możliwość rozpoznania zasobów i kompetencji podopiecznego: *Mamy trzy miesiące na to, aby przyjrzeć się takiej osobie w tym środowisku. Te trzy miesiące są chyba najlepszym rozwiązaniem, bo wtedy faktycznie widać jak taka osoba reaguje, kiedy wchodzi do nowego środowiska i to jest dla niej zupełnie nowa i w jakiś tam sposób stresująca sytuacja. Nowe osoby, nowe wymagania, inne oczekiwania niż do tej pory i konfrontacja – moje oczekiwania z rzeczywistością. I trzeba się w tym wszystkim znaleźć i tak naprawdę nieraz nam się zdarzyło tak, że osoba na tym początkowym etapie super funkcjonuje, a później się okazuje, że niestety nie (wywiad 18)*. **Ocena posiadanych przez podopiecznych zasobów i kompetencji czy zakresu niesamodzielnności ma przede wszystkim charakter opisowy.** Podstawę do jej sporządzenia we wszystkich typach badanych placówek pomocowych stanowi wnikliwa, systematyczna obserwacja prowadzona przez kadrę placówki: *My podopiecznego po prostu obserwujemy. Nie w oparciu o jakiś konkretny papierowy model. Jakościowo mamy okazję zobaczyć z jaką swobodą ktoś porusza się w obszarze kulinarnym, porządkowym, własnej higieny, zarządzania własnym budżetem (wywiad 7)*. Pracownicy szczegółowo przyglądają się możliwościom osoby i dostosowujemy naszą ofertę usługową, czyli oceniamy czy osobę trzeba myć, czy się umyje sama, czy się umyje sama ale pod nadzorem, czy będzie jadła sama czy trzeba jej przygotować kanapki, czy np. jest nawet w stanie to zrobić, ewentualnie czy wymaga pokrojenia kanapeczek w kostkę, czy wymaga karmienia czy też specjalistycznej diety (wywiad 10). Poza obserwacją ważne są rozmowy z podopiecznymi, które prowadzą wszyscy zatrudnieni w placówce specjaliści. Są to: *rozmowy indywidualne, rozmowy grupowe, to daje nam to pełen obraz osoby, na podstawie którego możemy opracować plan wsparcia. Często jest tak, że dana osoba mówi czego potrzebuje i gdzie doświadcza trudności (wywiad 18)*.

Zakres wykorzystywanych w procesie oceny niesamodzielnności specjalistycznych narzędzi diagnostycznych prezentuje pkt 4.2 i pkt 4.3.

Etap czwarty procedury diagnostycznej realizowanej w instytucjach wspierających osoby niesamodzielne polega na opracowaniu indywidualnego planu pracy i pakietu usług dostosowanych do potrzeb konkretnego podopiecznego na podstawie zebranych w trakcie trzymiesięcznej obserwacji informacji na temat posiadanych przez każdą osobę deficytów, zasobów i kompetencji⁸⁷. Wypowiedzi kadry poszczególnych placówek wskazują na trzy zasadnicze cechy charakteryzujące wypracowany w ten sposób dokument. Po pierwsze w każdym z typów badanych instytucji rodzaj i zakres proponowanego wsparcia jest ustalany adekwatnie do rozpoznanych indywidualnych możliwości i potrzeb podopiecznych: *Tworzy się roczny plan zajęć, przy czym co miesiąc systemem rotacyjnym uczestnicy przechodzą przez kolejne pracownie, czy to pracownie krawiecką, czy kuchnie, czy w ramach treningu lekowego itd. To są osoby, które wymagają systematycznej pracy. Nie ma ujednoliconego, zunifikowanego wzorca w tym zakresie, to jest kwestia doświadczenia mojego zespołu (wywiad 7)*. Ustalając indywidualny plan zwracamy uwagę na zasoby i deficyty. I to jest jakby podstawa, punkt wyjścia. Nie ma takich samych planów wśród naszych podopiecznych, ponieważ niepełnosprawność psychiczna każdego różni się, każdy człowiek jest inny i czego innego potrzebuje, innego wsparcia (wywiad 6). W planie uwzględnione zostają wszystkie, indywidualne i grupowe formy wsparcia i rodzaje zajęć oferowane przez placówkę. Mają one na celu wzmacniać, podtrzymywać te kompetencje, talenty i zasoby, które posiada podopieczny, oraz rozwijać te, w zakresie których zdiagnozowano deficyty: *I to jest plan, w którym konkretnie jest wypisana cała kafeeteria zajęć, treningów*

⁸⁷ Inne obowiązujące w placówkach nazwy planu to: indywidualny plan wsparcia, indywidualny plan działania, indywidualny plan pracy wspierająco-aktywizującej.

dostępnych w naszym ośrodku, podopiecznemu proponowane są konkretne zajęcia. Czyli jeżeli on przyznaje się, mówi albo sam psycholog uważa, że jednak kiepsko sobie radzi np. z dbaniem o higienę, to proponuje podopiecznemu trening higieniczny, który tutaj jest realizowany na terenie ośrodka. Jeżeli ma problemy w obszarze nawiązywania relacji społecznych, więc jest mnóstwo zajęć, które pomagają rozwinąć ten obszar (wywiad 6). (...) albo obszar zarządzania własnymi środkami budżetowymi, w ramach treningu budżetowego, albo kwestia umiejętności przygotowania posiłku, czyli trening kulinarny, dbanie o miejsce zamieszkania, zmywanie, sprząkanie, dziesiątki czasami prozaicznych rzeczy (wywiad 7). Po drugie wypracowanie planu ma charakter zespołowy, uczestniczą w nim wszyscy zatrudnieni w placówce specjaliści: Wtedy już odbywa się profesjonalne rozeznanie tych potrzeb i dostosowujemy te potrzeby do konkretnych usług. Wtedy jest pierwsze posiedzenie zespołu i każdy z przedstawicieli działu od swojej strony wypowiada się na temat mieszkańca, czyli terapeuta na temat potrzeb terapeutycznych, opiekunowie na temat potrzeb opiekuńczych, psychologowie na temat potrzeb psychologicznych, na temat potrzeb medycznych pani kierownik działu medycznego i na tej podstawie sporządzona jest diagnoza potrzeb (wywiad 10). Po trzecie, na ile jest to możliwe, plan indywidualnego wsparcia uwzględnia preferencje podopiecznych, co oznacza, że rodzaj i zakres wsparcia ustala się we współpracy z podopiecznym i jego rodziną: *Jeśli chodzi o plan, jest on wspólnie ustalany z podopiecznym, za jego zgodą, on się pod tym podpisuje. Zawsze jest tak, że podopieczny musi wyrazić zgodę. Nic na siłę tutaj nie można działać, więc z niektórych działań się wycofujemy nawet jeżeli widzimy, że są bardzo potrzebne (wywiad 6). Oczywiście zawsze jest taka opcja, że podopiecznemu nie spodobać się te zajęcia (...)* Co prawda wcześniej, zanim powstanie ten indywidualny plan, staramy się, żeby podopieczny wchodził na wszystkie zajęcia i zobaczył w ogóle na czym one polegają (wywiad 7). Rozmawiamy z samym zainteresowanym czy jemu te zajęcia tu odpowiadają, czy jest w stanie być z nami codziennie te 7 godzin, czy jest to dla niego zbyt obciążające, też rozmawiamy o tej ewentualności, że może wybrać sobie inną placówkę, jeżeli oczywiście jest tam miejsce, to jest pewnego rodzaju kompromis (wywiad 17). Jest takie założenie, że jeżeli pacjent trafia do placówki rehabilitacyjnej i chce podjąć rehabilitację to jest pewnego rodzaju otwartość na sugestie, co też byłoby wskazaniem. W tym procesie ustalenia tego indywidualnego programu rehabilitacji to jest taki jakby kompromis, z jednej strony to jest trochę tych rzeczy, które pacjent chce, trochę tych rzeczy, które widzimy, że jest taka potrzeba (wywiad 5). Jak zatem wskazują powyższe wypowiedzi, z jednej strony opracowany we współpracy z podopiecznym indywidualny plan pracy uwzględnia formy działań, w których udział deklaruje sam uczestnik i które są zgodne z jego zainteresowaniami, a z drugiej strony uwzględnia propozycje różnych form wsparcia, które sugerowane przez zespół terapeutyczny kompensują deficyty, z jakimi osoby te trafiają do placówki, kształtują i ćwiczą nowe lub wzmacniają posiadane już umiejętności i kompetencje. Uczestnik podpisuje kontrakt i deklaruje udział w wybranych zajęciach. W trakcie jego realizacji jest systematycznie motywowany do pracy.

Podpisanie kontraktu, tym samym deklaracja udziału w zajęciach, jaką składa uczestnik, rozpoczyna **ostatni, piąty etap procedury oceny niesamodzielnności polegający na realizacji przyjętego planu pracy i ocenie osiągniętych wyników**. Należy podkreślić, że w toku realizacji indywidualnego planu pracy zachowanie podopiecznych podlega systematycznej ocenie i bieżącemu monitorowaniu osiąganych rezultatów działań: *Następny etap to już jest realizacja i my troszeczkę wymagamy, żeby podopieczny, skoro się zadeklarował, skoro podpisał kontrakt – to też jest taki dokument tutaj u nas – że np. będzie przychodził, będzie uczestniczył w zajęciach z indywidualnego programu, czyli my staramy się, żeby ten podopieczny uczestniczył w tych zajęciach i też go wspieramy w tym (wywiad 6)*. Obserwacja pozostaje podstawową metodą oceny potrzeb i zmian zachodzących w funkcjonowaniu podopiecznych. Analizowane przez kadrę instytucji wnioski z obserwacji służą podejmowaniu na bieżąco decyzji o kontynuacji,

modyfikacji bądź zaprzestaniu pewnych działań: *To jest wszystko ustne, codziennie tutaj rano przychodzi do mnie pani działu opiekunów, która od swoich opiekunów zbiera i przedstawia uwagi jakie z całej doby zostały zauważone, codziennie osoby są omawiane i codziennie są wprowadzane potrzebne rozwiązania (wywiad 10)*. Niekiedy aktywność podopiecznych jest dokumentowana: *Każdy podopieczny ma swoją tzw. teczkę terapeutyczną i tam są wpisy terapeutów. W zależności na jakie zajęcia dana osoba chodzi, terapeuta wpisuje o postępach, o tym co jest ważne, jeżeli się coś działo zupełnie takiego nieoczekiwanego, to oczywiście też jest tutaj odnotowywane (wywiad 6)*.

Najczęściej po upływie sześciu miesięcy zespół terapeutyczny ocenia skuteczność zrealizowanych działań: *Jeżeli osoba dostanie się do nas, jeżeli już przejdzie ten okres próbny trzymiesięczny i uznamy, że faktycznie jest w stanie dalej współpracować, bo fajnie tutaj funkcjonuje i dana osoba dalej będzie chciała z nami być, to po pół roku a przynajmniej raz w roku robimy ocenę pracowników (wywiad 18)*. Ocenie podlega zakres umiejętności i kompetencji nabytych przez podopiecznego w wyniku uczestniczenia w zajęciach. Analizowane są też przyczyny problemów, z powodu których nie udało się osiągnąć założonych celów. Wnioski stają się podstawą do podejmowania decyzji co do dalszego przebiegu pracy z podopiecznym. W zależności od potrzeb, plan pracy ulega modyfikacji lub jest kontynuowany w przyjętej formie. Niekiedy, tak jak np. w przypadku warsztatu terapii zajęciowej, ocena dokonywana jest przy współudziale uczestnika. Ocenie podlega także realizacja przyjętych w planie wsparcia celów rehabilitacji.

3.2. Wyniki analizy dokumentów w zakresie identyfikacji i opisu kategorii oraz zmiennych warunkujących identyfikację osób niesamodzielnych

W celu sporządzenia wykazu i opisu kategorii warunkujących identyfikację osób niesamodzielnych, a także opisanie języka i kryteriów wykorzystywanych przez osoby dokonujące diagnozy niesamodzielności, analizie poddano formularze oceny różnych aspektów funkcjonowania osób wnioskujących o orzeczenie niepełnosprawności.

Wśród analizowanych dokumentów znalazły się:

- kwestionariusze oceny funkcjonowania społecznego dla potrzeb postępowania o ustalenie stopnia niepełnosprawności (dotyczące 8 przypadków),
- kwestionariusze oceny zawodowej dla potrzeb postępowania o ustalenie stopnia niepełnosprawności (dotyczące 7 przypadków),
- kwestionariusze oceny psychologicznej dla potrzeb postępowania o ustalenie stopnia niepełnosprawności (dotyczące 6 przypadków).

3.2.1. Struktura analizowanych kwestionariuszy

We wszystkich wskazanych powyżej typach dokumentów jako pierwsze pojawiają się informacje dotyczące danych osobowych, pozwalające na identyfikację osoby orzekanej (tabelaryczne zestawienie porównawcze trzech rodzajów kwestionariuszy zawiera załącznik nr 3.2.1.1.). We wszystkich trzech typach formularzy pojawiają się także opisy dotyczące trzech obszarów funkcjonowania osób ubiegających się o uzyskanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności: stanu zdrowia, sfery edukacyjnej i zawodowej oraz sfery społecznej. W każdym z nich inny obszar jest poddawany szczegółowej, obszernej analizie, podczas gdy dwa pozostałe opisywane są tylko w takim stopniu i zakresie, który wiąże się bezpośrednio z obszarem głównym.

W każdym z analizowanych kwestionariuszy znajduje się zatem miejsce na opis wykształcenia i sytuacji zawodowej osoby orzekanej. W formularzach oceny funkcjonowania społecznego oraz oceny psychologicznej opis ten jest ograniczony do odnotowania poziomu wykształcenia i ewentualnie aktualnej aktywności edukacyjnej, poprzez wskazanie szkoły, do której uczęsz-

cza osoba orzekana (ocena funkcjonowania społecznego) lub wyuczonego zawodu (ocena psychologiczna), a także odnotowania aktualnej aktywności zawodowej i dotychczasowego zatrudnienia (opisowo w ocenie psychologicznej lub poprzez podanie stażu pracy i wskazania źródeł dochodu – w ocenie funkcjonowania społecznego). Z oczywistych względów, kwestie te są znacząco poszerzone w kwestionariuszu oceny zawodowej. Oprócz danych dotyczących wykształcenia, znajduje się tu także miejsce na opis kwalifikacji osoby orzekanej (odbytych szkoleń i kursów, zdobytych uprawnień, znajomości obsługi komputera, posługiwania się językami obcymi, posiadania prawa jazdy). Także w tym kwestionariuszu znajduje się opis przebiegu kariery zawodowej (staż pracy, wykonywane zawody, aktualnie wykonywana praca, przyczyna zaprzestania zatrudnienia, nabyte umiejętności zawodowe), planów zawodowych oraz ogólna ocena perspektyw zawodowych wnioskodawcy pod kątem zatrudnienia (sugestie dotyczące szkolenia zawodowego lub przekwalifikowania, zdolność do zatrudnienia, ograniczenia zatrudnienia, wymogi stanowiska pracy).

W odniesieniu do sfery zawodowej we wszystkich kwestionariuszach znajduje się punkt, w ramach którego specjalista dokonujący oceny (psycholog, pracownik socjalny, doradca zawodowy) odnotowuje wskazania lub przeciwwskazania do pracy zawodowej (ocena psychologiczna), ocenę zdolności osoby orzekanej do zatrudnienia (ocena funkcjonowania społecznego) lub zalecany rodzaj miejsca pracy (także wskazania do uczestnictwa w terapii zajęciowej).

W każdym z formularzy znajduje się także pozycja, w której odnotować należy podstawowe problemy zdrowotne i rozpoznane zaburzenia osoby podlegającej ocenie. W tym miejscu osoby sporządzające ocenę umieszczają – uzyskane w rozmowie z ocenianą osobą – dane dotyczące stanu zdrowia: zdiagnozowanych chorób, stanu dokumentacji lekarskiej choroby te potwierdzającej i opisującej ich przebieg, np. okresy hospitalizacji, zalecenia w zakresie przyjmowania leków itp. W każdym z formularzy jest także miejsce na zapis zawierający proponowane rozstrzygnięcie w sprawie stopnia niepełnosprawności wraz z uzasadnieniem decyzji, obejmującym zazwyczaj zestawienie najważniejszych ograniczeń osoby orzekanej zidentyfikowanych podczas procesu oceny udokumentowanego w kwestionariuszu.

Wszystkie dokumenty jako jedno z istotnych kryteriów uwzględniają również zdolności badanego do pełnienia ról społecznych. Kategoria ta jest najbardziej rozbudowana w kwestionariuszu oceny funkcjonowania społecznego. W poszczególnych formularzach w ramach tego obszaru umieszczono: charakterystykę stanu cywilnego, sytuacji rodzinnej, warunków mieszkaniowych, środowiska lokalnego w kontekście możliwości uzyskania wsparcia, zdolności w zakresie samoobsługi obejmujące kwestie higieny osobistej, ubierania i rozbierania się, spożywania posiłków (ocena funkcjonowania społecznego), występujące ograniczenia w stosunku do wieku i środowiska społecznego w zakresie samoobsługi oraz samodzielnego zaspokajania potrzeb życiowych (ocena zawodowa), w tym samoopieki i kierowania własną osobą (ocena psychologiczna). Ponadto w kwestionariuszach oceny psychologicznej i oceny funkcjonowania społecznego znajdują się opisy zdolności i zaburzeń w obszarze aktywności ruchowej, kompetencji i ograniczeń w sferze komunikowania się oraz zdolności i ograniczeń związanych z tworzeniem więzi społecznych i podejmowaniem oraz utrzymywaniem relacji interpersonalnych. Tu także pojawia się kwestia zdolności do samodzielnego prowadzenia gospodarstwa domowego (ocena funkcjonowania społecznego) i realizowania obowiązków rodzinnych (ocena psychologiczna).

Formularz oceny psychologicznej posiada dodatkowo rozbudowaną część poświęconą stanowi zdrowia psychicznego osoby orzekanej. Jest tu miejsce na opis zaburzeń i dysfunkcji w sferze intelektualnej i emocjonalnej oraz w zakresie procesów poznawczych, pamięciowych i związanych z koncentracją uwagi.

3.2.2. Zawartość analizowanych kwestionariuszy – treść i język opisu

wykorzystywany w ramach poszczególnych kryteriów i kategorii

Analizując dokumentację związaną z orzekaniem o stopniu niepełnosprawności, a więc de facto o niesamodzielności osoby wnioskującej o orzeczenie, należy zwrócić uwagę z jednej strony na brak zestawu zestandaryzowanych kryteriów w postaci zestawu jednakowych wskaźników, składających się na ocenę stopnia niesamodzielności osoby orzekanej (duża część każdego z kwestionariuszy jest wypełniana w oparciu o rozmowę z osobą orzekaną i składane przez nią deklaracje oraz w oparciu o obserwację jej zachowania podczas rozmowy), z drugiej na lakoniczność i zróżnicowanie opisów w ramach kategorii „otwartych”. Każdy sporządzający ocenę zwraca uwagę na nieco inne obszary aktywności osoby orzekanej, nawet jeśli odnosi się do tego samego ogólnego kryterium. Opisy są zatem ograniczone w każdym z obszarów do tych kwestii, które według osoby sporządzającej ocenę w największym stopniu wpływają na codzienne funkcjonowanie osoby orzekanej. W sferze zdrowia są to wskazania chorób i dysfunkcji ograniczających zdolności ruchowe lub zaburzających procesy intelektualno-emocjonalne osoby orzekanej. W odniesieniu do sfery społecznej są to przede wszystkim informacje dotyczące samodzielności w zakresie wykonywania czynności higienicznych (wśród których pojawia się najczęściej mycie i obcinanie paznokci) i samoobsługowych (takich jak ubieranie się), czynności związanych z przygotowaniem posiłku oraz prowadzeniem gospodarstwa domowego (tu wskazywana jest kwestia zrobienia zakupów i posprzątanía mieszkania). Rzadziej zwraca się tu uwagę na relacje z innymi ludźmi, a jeśli tak, to przede wszystkim w kontekście możliwości uzyskania wsparcia przez osobę orzekaną.

3.3. Źródła informacji wykorzystywane na potrzeby diagnozy niesamodzielności

W procesie oceny niesamodzielności i szacowania potrzeb pomocowych pracownicy instytucji orzekających/świadczących wsparcie wykorzystują różne źródła informacji. Na potrzeby badania można zaliczyć je do trzech podstawowych kategorii: pierwsza obejmuje źródła osobowe (podopieczni, ich rodziny, znajomi, sąsiedzi, instytucje), drugą kategorię stanowi dokumentacja medyczna i inne dokumenty formalne pozostające w posiadaniu instytucji pomocowych, trzecią – wyniki stosowanych w instytucjach specjalistycznych testów diagnostycznych. **W ocenie przedstawicieli badanych instytucji analiza dokumentów medycznych pogłębiona o wywiad z osobą i jej rodziną jest wystarczająca** do podejmowania adekwatnych decyzji o formie i zakresie wsparcia: *Dla naszych potrzeb jest wydaje mi się to wystarczające (wywiad 13).*

Bezpośrednim źródłem informacji, jakie wykorzystują pracownicy badanych instytucji w procesie oceny niesamodzielności i szacowania potrzeb pomocowych i opiekuńczych, jest sam podopieczny: *Podopieczny w trakcie rozmowy/wywiadu przekazuje nam swoje potrzeby i oczekiwania, mówi nam przede wszystkim o swoim życiu, o swoich przeżyciach, o tym, co przeszedł (wywiad 10).* Wypowiedzi badanych wskazują, iż niekiedy pojawia się problem wiarygodności przekazywanych przez podopiecznych informacji. Dlatego, aby pogłębić lub uwiarygodnić uzyskane w ten sposób informacje na temat sytuacji życiowej, w przypadku np. środowiskowego domu samopomocy czy warsztatu terapii zajęciowej, są one weryfikowane w trakcie wywiadu, jaki przeprowadza pracownik placówki w miejscu zamieszkania podopiecznego: *Jedna rzecz to to, co mówi podopieczny, a druga zorientowanie się naocznie w tych problemach i w sytuacji. To są takie podstawowe nasze narzędzia (wywiad 6).* Istotnym źródłem informacji jest środowisko społeczne podopiecznego, jego rodzina, znajomi, sąsiedzi. Na szczególną uwagę w ocenie pracowników instytucji zasługują informacje przekazywane przez rodzinę. Pracownicy socjalni zwrócili uwagę, że jeżeli podopieczny posiada rodzinę, która wyraża zgodę na udzielenie informacji, stanowią one istotnie wiarygodne źródło wiedzy ułatwiające im ocenę niesamodzielności

ści: Rodzina potrafi też wiele powiedzieć jak wygląda szczegółowa sytuacja zdrowotna poza tym co jest wpisane w kartach, takie czasem rozmowy z rodziną mogą nam wiele wnieść do sprawy, więcej rozjaśnić, jeśli chodzi o niesamodzielność tej osoby. Możemy uzyskać też informacje, oczywiście za zgodą tych osób, czy od sąsiadów (wywiad 13). Podobne opinie formułuje kadra placówek wspierających osoby niepełnosprawne intelektualnie i chorujące psychicznie: *Jeżeli jest rodzina, jeżeli jest taka możliwość, bo pamiętajmy, że mówimy o osobach chorych psychicznie, to jest taka specyficzna sytuacja, że większość osób, nawet jeżeli ma rodzinę, to nie utrzymuje z nią kontaktu, to są osoby samotne. Ale jeżeli jest rodzina i możemy się skontaktować i ten kontakt nie jest utrudniony, to jak najbardziej uzupełniamy te informacje (wywiad 6).* Rozmowa z członkami rodziny odgrywa szczególnie ważną rolę w sytuacji, gdy z racji wieku lub stanu zdrowia pacjent/podopieczny nie jest w stanie samodzielnie udzielić wiarygodnych informacji. W sytuacji, gdy podopieczny jest osobą samotną lub gdy kontakt z jego najbliższą rodziną nie jest możliwy, pracownicy socjalni starają się w celu rozpoznania jego sytuacji życiowej pozyskiwać niezbędne informacje od sąsiadów, znajomych. Ważnym źródłem informacji są instytucje, w których podopieczny przebywał w okresie wcześniejszym: *Szukam źródła wiedzy w środowisku, w którym wcześniej funkcjonowali, czy to będzie instytucja czy dom rodzinny. Ja bardzo lubię informacje z poprzednich miejsc zamieszkania, jak dana osoba tam funkcjonowała, jaka tam była terapia dla niego stosowana, co dobrze na niego działało, co źle, nie zawsze jest kontakt, nie zawsze są chętni do współpracy, nie zawsze chcąc też się dzielić wiedzą, przysyłają dokumentację i dla nich jest sprawa załatwiona. Z rodzicami rozmawiamy, niektórzy są chętni do współpracy, niektórzy niestety bardzo oporni, ale kontaktujemy się z nimi (wywiad 8).*

W przypadku drugiej kategorii kluczowe źródło informacji stanowi obligatoryjna dla niemal wszystkich instytucji dokumentacja medyczna, przekazywana placówce, do której trafia podopieczny, a więc przede wszystkim wspomniane wcześniej skierowanie lekarza pierwszego kontaktu/lekarzy specjalistów, historie choroby, karty leczenia szpitalnego itp.: *Często do oddziałów, do pielęgniarek trafiają różnego rodzaju karty informacyjne z przebiegu chorób, karty informacyjne ze szpitala, z różnego rodzaju poradni specjalistycznych (wywiad 9).* Równie znaczące są opinie lekarskie stanowiące wynik realizowanych na bieżąco medycznych badań diagnostycznych lub konsultacji specjalistycznych. W tym miejscu należy zwrócić uwagę, iż chodzi głównie o konsultacje w zakresie oceny stanu psychicznego, jakie warunkują podejmowanie działań przez pracowników socjalnych: *Rzeczywiście często musimy się posilkować opinią lekarza specjalisty, jest tzw. ustawa o ochronie zdrowia psychicznego, która nas do tego obliguje, jeśli mamy już dokumenty, bo np. pacjent jest objęty opieką poradni zdrowia psychicznego, to wtedy jest łatwiej, a jeśli nie a my dostrzegamy jakieś symptomy, coś budzi nasz niepokój albo budzi niepokój sąsiadów, to wtedy prosimy o wizytę lekarza psychiatry (wywiad 14).* Nie mniej ważne są informacje zawarte w innych formalnych dokumentach pozostających w posiadaniu instytucji pomocy społecznej (np. wywiad środowiskowy przeprowadzony przez pracownika socjalnego).

Do pozostałych, wskazanych przez badanych źródeł, dostarczających im informacji na temat podopiecznych, należy zaliczyć wyniki testów diagnostycznych, ale też świadectwa szkolne, opinie poradni psychologiczno-pedagogicznej czy inne: *Często przychodzą tacy podopieczni z całym woreczkami leków. Dla nas również jest to bardzo ważnym źródłem informacji, ponieważ możemy do takiej diagnozy podejść w sposób specjalistyczny. Wiemy czy są to leki krążeniowe, czy są to leki moczopędne, czy obniżające ciśnienie, czy są to jakieś psychotropy, które również potrafią nam w doskonały sposób określić w jakim ten podopieczny znajdował się stanie. Jeżeli pielęgniarka widzi, że brał antydepresanty to jest to dla nas konkretnym znakiem, konkretną informacją (wywiad 9.1).*

3.4. Specjaliści dokonujący diagnozy niesamodzielności

Zasoby kadrowe placówek sektora pomocy społecznej oraz instytucji służby zdrowia tworzą lekarze (lekarze rehabilitacji, lekarze psychiatry, neurologzy i inni), pielęgniarki, psychologzy, doradcy zawodowi, pracownicy socjalni, rehabilitanci ruchu, fizjoterapeuci, terapeuci zajęciowi, logopedzi, opiekunowie. Wszyscy oni w różnym stopniu i zakresie uczestniczą w procesie oceny niesamodzielności i szacowania potrzeb pomocowych i opiekuńczych. Należy bardzo wyraźnie podkreślić, iż **tak naprawdę rzeczywistymi diagnostami niesamodzielności oraz osobami wytyczającymi kierunek i zakres świadczonej później pomocy są przede wszystkim lekarze**, do których, w związku z problemami zdrowotnymi, trafiają późniejsi podopieczni instytucji świadczących wsparcie dorosłym osobom niesamodzielnym. W drugiej kolejności, choć już w znacznie mniejszym stopniu, rolę tę spełniają pracownicy ośrodków pomocy społecznej, w gestii których leży rozpoznanie bieżącej sytuacji osób potrzebujących wsparcia i ewentualne skierowanie ich do określonej placówki (poinformowanie o możliwości skorzystania z jej usług).

Ocena sytuacji osób potrzebujących wsparcia dokonywana przez pracownika socjalnego jest podstawą decyzji o ustaleniu zakresu usług opiekuńczych, umieszczeniu osoby niesamodzielnej w domu pomocy społecznej oraz domu dziennego pobytu. Poza ośrodkami pomocy społecznej pracownicy socjalni wchodzą w skład zespołów ds. orzekania o niepełnosprawności, diagnozują obszar społecznego funkcjonowania podopiecznych w zakładach opiekuńczo-leczniczych, w szpitalach, oceniają sytuację rodzinną pacjentów: *Pracownik socjalny ułatwia przygotowanie papierów pod kątem opieki długoterminowej, czyli ten zakład opiekuńczo-leczniczy, bądź też organizuje i ułatwia opiekę pielęgniarek środowiskowych (wywiad 19)*. Istotnie ważną rolę w badanych placówkach pomocowych pełnią psychologzy, na których spoczywa ocena i wsparcie psychologicznego funkcjonowania podopiecznych. W domach pomocy społecznej i zakładach opiekuńczo-leczniczych trzon kadry, która ocenia zakres potrzeb pomocowych podopiecznych i równocześnie jest odpowiedzialna za profesjonalnie realizowane działania wspierające, stanowi średni personel medyczny (pielęgniarki). Ponadto w placówkach opiekuńczych bardzo ważną rolę odgrywają opiekunowie, którzy sprawując bezpośrednią opiekę nad podopiecznymi, każdego dnia wykonując czynności pielęgnacyjne/opiekuńcze, oceniają także stopień niesamodzielności swoich podopiecznych.

Wszyscy specjaliści zatrudnieni w placówkach tworzą rady programowe lub zespoły terapeutyczno-opiekuńcze, lub zespoły wspierająco-aktywizujące, zespoły terapeutyczne. Do najważniejszych zadań zespołów specjalistów należy:

- udział w realizowanym w placówce procesie diagnostycznym,
- udział w procesie ustalania indywidualnego planu pracy, programu rehabilitacji, programu terapii,
- organizacja systemu wsparcia, podejmowanie działań o charakterze opiekuńczym, pielęgnacyjnym, edukacyjnym, informacyjnym,
- udział w kompleksowej rehabilitacji,
- udział w procesie oceny indywidualnego planu pracy, postępów procesu rehabilitacji.

Członkowie zespołów spotykają się cyklicznie, choć w poszczególnych instytucjach w różnych odstępach czasu: *przynajmniej raz w tygodniu, co najmniej raz w miesiącu, praktycznie co miesiąc lub częściej jeśli wymagają rozwiązania ujawniające się problemy, raz na dwa miesiące, nie rzadziej niż raz w roku, w miarę zaistniałych potrzeb*. Spotkania służą wymianie doświadczeń i spostrzeżeń na temat stanu zdrowia podopiecznych oraz dostrzeganych w szerszym kontekście potrzeb psychospołecznych. W trakcie spotkań szczegółowo omawiane są bieżące problemy, dokonuje się ewaluacji podejmowanych działań: *Spotykamy się raz w tygodniu na takich zebraniach zespołu terapeutycznego, na których bardzo szczegółowo omawiamy poszczególne podopiecznych (...) weryfikujemy plany, robimy tak zwane ewaluacje, troszeczkę*

zmieniamy, poprawiamy jeśli coś nie tak założyliśmy na samym początku (wywiad 6). My potem weryfikujemy to w spotkaniach indywidualnych, z opiekunem terapeutycznym, weryfikujemy co działa, co robimy dalej, co trzeba jeszcze poprawić (wywiad 5).

W opinii badanych kompetencje zawodowe i zaangażowanie kadry mają decydujący wpływ na jakość i wymiar udzielanego wsparcia: *My staramy się, żeby w naszej placówce był personel taki, który wspiera naszych podopiecznych, pełen empatii, zrozumienia, specjaliści, którzy się ciągle kształcą i są osobami, które nie boją się wyzwiań. Na pewno by nam była potrzebna większa ilość terapeutów, większa ilość psychologów, specjalistów np. logopedów (wywiad 9).*

3.5. Kryteria stanowiące podstawę diagnozy niesamodzielnosci oraz szacowania potrzeb pomocowych i opiekuńczych

Kolejne pytanie, na które udzielili odpowiedzi badani, dotyczyło kryteriów oceny stopnia niesamodzielnosci i szacowania wynikających z niej potrzeb w zakresie niezbędnych form pomocy i wsparcia, np. właściwego zakresu działań leczniczych, rehabilitacyjnych i opiekuńczych.

Kadra instytucji udzielających wsparcia, zarówno na etapie wstępnej oceny niesamodzielnosci, jak i w dalszym postępowaniu oceniającym, koncentruje swoją uwagę na ustaleniu aktualnych potrzeb opiekuńczych i pomocowych oraz niezbędnych w tym zakresie oddziaływań zdrowotnych, psychologicznych i socjalnych. **W tym celu stara się pozyskać możliwie obszerne informacje na temat stanu zdrowia fizycznego i psychicznego podopiecznego, jego sytuacji dochodowej, mieszkaniowej, zawodowej i społecznej, w tym przede wszystkim możliwości uzyskania wsparcia ze strony rodziny oraz sposobu funkcjonowania w środowisku społecznym. Dane te stanowią zasób informacji, umożliwiających identyfikację ograniczeń wyznaczających zakres niezbędnego wsparcia (w obszarze aktywności fizycznej, na poziomie aktywności intelektualnej czy też szerzej – w zakresie aktywności społecznej).**

3.5.1. Stan zdrowia i sprawność fizyczna w orzekaniu o niesamodzielnosci i szacowaniu potrzeb pomocowych i opiekuńczych

W oparciu o wypowiedzi pracowników instytucji orzekających/świadczących wsparcie dorosłym osobom niesamodzielnym, można stwierdzić, że we wszystkich typach badanych placówek podstawowym kryterium oceny niesamodzielnosci – i zarazem szacowania potrzeb pomocowych i opiekuńczych – jest stan zdrowia.

W opinii badanych reprezentujących zespoły ds. orzekania o niepełnosprawności, **ocena stanu zdrowia i ocena sprawności fizycznej jest podstawowym kryterium, na którym opiera się proces orzekania o stopniu niepełnosprawności**⁸⁸. Jak wielokrotnie podkreślają: *kryteria, które występują w orzecznictwie, tak naprawdę najbardziej dotyczą sfery lekarskiej. Lekarze muszą ocenić, czy jest to niepełnosprawność w zakresie częściowej/okresowej opieki, gdy oso-*

⁸⁸ Jak zwrócili uwagę badani członkowie zespołów orzekających, obowiązujące aktualnie medyczne kryteria orzecznicze w kontekście określonej jednostki chorobowej, jej rokowań i przebiegu są dość surowe w stosunku do lat wcześniejszych. *Przed laty alergja była jednostką chorobową, która np. do 16 roku życia czy w określonym wieku, dawała uprawnienia, otrzymanie pozytywnego orzeczenia. W tej chwili, jeśli chodzi np. o dzieci, nie ma możliwości zaliczenia, owszem są przypadki zaliczeń, ale są to przebiegi choroby ciężkie, przewlekłe, powodujące wiele powikłań. W przypadku osób z nowotworami, są to też trudne kryteria, bo jest to najcięższa choroba i nie wszystkim udaje się ją pokonać, i często jest tak, że na szkoleniach dowiadujemy się, że taka osoba może dostać orzeczenie na rok, maksymalnie na dwa lata, wydaje mi się [...] że powinien być wzdłużony troszeczkę okres czasu wydania orzeczenia. Z nowotworami jest tak, że nigdy się nie da przewidzieć nawrotu i nie zawsze osoba po chemioterapii, radioterapii i innych wskazanych terapiach jest w stanie powrócić do normalnego trybu życia, a na pewno nie jest w stanie powrócić do swojego środowiska zawodowego (wywiad 2).*

ba jej wymaga, czy też osoba jest niezdolna do samodzielnej egzystencji, czy też jest to niepełnosprawność, która powoduje określoną niewydolność, ale można ją niwelować lub zmniejszać np. poprzez środki pomocnicze, środki ortopedyczne, turnusy rehabilitacyjne, a więc okresową rehabilitację (wywiad 2). Kryterium medyczne jest zatem podstawowym kryterium w procesie orzekania o stopniu niepełnosprawności.

Co prawda, jak wskazują badani członkowie zespołów orzekających, poza oceną stanu zdrowia i wynikających z niej ograniczeń fizycznych i psychicznych, proces orzeczniczy uwzględnia też funkcjonowanie osoby zainteresowanej w wymiarze społecznym i zawodowym. W związku z tym wystąpienie tylko jednego z wymienionych elementów, np. naruszenie sprawności organizmu, nie musi oznaczać niepełnosprawności, ponieważ: *Intensywność tego czynnika nie wpływa bezpośrednio na ustalenie stopnia niepełnosprawności, jeżeli w następstwie jego występowania nie dochodzi do istotnych naruszeń ograniczeń w sferze społecznej i zawodowej (wywiad 1)*. Orzekając o przyznaniu niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności, uwzględnia się zatem – wynikające ze stanu zdrowia – ograniczenia w obszarze społecznego funkcjonowania człowieka i – głównie na ich podstawie – określa zdolność do samodzielnego funkcjonowania i podjęcia zatrudnienia.

Co więcej, mimo że podstawę procesu orzecznictwa stanowi opinia lekarska, odwołująca się do diagnozy choroby zasadniczej lub zespołu jednostek chorobowych, które mogą powodować trwałe ograniczenia w codziennym funkcjonowaniu, w ocenie przedstawicieli zespołów orzekających: *Kryterium społeczne i spektrum oddziaływania psychologia, pedagoga, doradcy zawodowego powinny być bardziej brane pod uwagę (wywiad 2)*.

Analogiczną opinię formułują pracownicy socjalni. Zwracają oni uwagę na fakt, że stan zdrowia i wynikająca z niego sprawność fizyczna stanowią podstawowe kryterium oceny niesamodzielnności, w kontekście tego, w jaki sposób wyznaczają sposób funkcjonowania człowieka w codziennym życiu (poziom wykonania czynności samoobsługowych, relacje społeczne): *Bierzmy pod uwagę sprawność fizyczną takiej osoby, czy jest w stanie zaspokoić swoje podstawowe potrzeby życiowe we własnym zakresie i tutaj oceniamy właśnie ten zakres, czy np. może samodzielnie przygotować posiłek, czy samodzielnie może zrobić zakupy, czy wychodzi z domu, czy potrzeby fizjologiczne załatwia (wywiad 14)*.

Także w ocenie pracowników instytucji opiekuńczych, w tym domów pomocy społecznej, zakładów opiekuńczo-leczniczych, środowiskowych domów samopomocy, najważniejszym kryterium diagnozy jest określenie stanu zdrowia osób korzystających z ich usług. Kondycja fizyczna i psychiczna wyznacza bowiem zakres czynności, które osoba może wykonywać samodzielnie, określa zakres wsparcia, którego wymaga, czy też formy działań aktywizujących, w których może uczestniczyć. Stan zdrowia podopiecznych determinuje zatem dobór adekwatnych czynności leczniczych, rehabilitacyjnych i opiekuńczych. Ograniczenia samodzielności osób przebywających w instytucji, np. w zakresie czynności samoobsługowych, zdiagnozowane na podstawie oceny ich stanu zdrowia, modyfikują sposób działania danej placówki. Organizacja procesu wsparcia jest w dużym stopniu uzależniona od bieżącego zapotrzebowania na określony zakres usług, a co za tym idzie – określa niezbędne dla ich zapewnienia zasoby kadrowe: *Bardzo często w oddziałach, jeżeli widzimy na przykład, że jest większa ilość osób w gorszym stanie zdrowia, że chorzy są leżący i wymagają kompleksowej obsługi, to ja, jako kierownik, staram się, żeby na takich oddziałach, gdzie ta praca absorbuje większą ilość osób, było większe obciążenie w opiekunów. Dla mnie, jako kierownika personelu w oddziałach, ta diagnoza stanu zdrowia, kondycja zdrowotna, jest niezmiernie ważna (wywiad 9.1)*.

Istotnym elementem oceny stanu zdrowia jest diagnoza kondycji psychicznej osób ubiegających się o wsparcie lub już z niego korzystających. Determinuje ona poczucie bezpieczeństwa podopiecznego zarówno podczas samego procesu diagnozy, jak i później, w nowym dla niego środowisku społecznym, jaki tworzy placówka pomocowa. Wpływa także na przebieg proce-

sów adaptacyjnych, sposób współpracy z podopiecznym, jego zaangażowanie w rehabilitację i przewycięzanie ograniczeń powstałych w wyniku choroby. Badani podkreślają, że nawet jeżeli ograniczenia te są poważne na tyle, że podopieczny w zasadzie jest osobą leżącą, ale jednocześnie jest on w dobrej kondycji psychicznej, to współpraca jest możliwa.

3.5.2. Sytuacja bytowa w orzekaniu o niesamodzielności i szacowaniu potrzeb pomocowych i opiekuńczych

Badani zostali zapytani także o to, jaką rolę w procesie diagnozowania niesamodzielności i szacowania potrzeb pomocowych i opiekuńczych odgrywa sytuacja materialna, w tym dochody osoby niesamodzielnej i jej zasoby mieszkaniowe.

W ocenie członków zespołów orzekających nie jest ona ani czynnikiem warunkującym, ani nawet wpływającym na przyznanie stopnia niepełnosprawności, choć oczywiście dostrzegają, że może ona modyfikować sposób funkcjonowania danej osoby.

Sytuacja dochodowa i mieszkaniowa stanowi natomiast bardzo istotne kryterium w procedurze przydzielania usług opiekuńczych lub przyznania miejsca w domu pomocy społecznej. Decyzję o przyznaniu usług w określonym zakresie podejmuje pracownik socjalny na podstawie przeprowadzonego wywiadu środowiskowego, w ramach którego ocenia on wielkość zasobów finansowych osoby ubiegającej się o pomoc. Osoby niesamodzielne współfinansują koszty usług w wymiarze określonym w ramach obowiązującej tabeli odpłatności za usługi opiekuńcze. Wysokość tych opłat jest zależna od posiadanego dochodu. Im wyższy dochód, tym wyższa odpłatność za jedną godzinę usług opiekuńczych. Sytuacja taka powoduje, iż bardzo często: *ludzie rezygnują z usług opiekuńczych i realizują je we własnym zakresie, czyli wolą komuś zapłacić 10-12 zł po znajomości, niż ubiegać się o usługi opiekuńcze (wywiad 14).*

W przypadku ustalania zakresu usług opiekuńczych istotna jest także kwestia własności mieszkaniowej osoby niesamodzielnej. Jeżeli osoba starająca się o wsparcie w formie usług opiekuńczych jest właścicielem mieszkania i jest osobą samotną, możliwość uzyskania pomocy jest większa niż w przypadku, gdy mieszkanie stanowi własność członka rodziny. Dorosłe dzieci czy wnuki, które, jak zwracają uwagę pracownicy socjalni, bardzo często przejmują mieszkanie w zamian za deklarację dożywotniej opieki, a zatem po przepisaniu mieszkania, są zobligowane do udzielenia pomocy i zagwarantowania opieki niesamodzielnemu rodzicowi. W związku z tym, w przypadku stwierdzenia takiej sytuacji, pracownik socjalny ma prawo odmówić przyznania usług opiekuńczych.

Sytuacja materialna podopiecznych nie ma żadnego znaczenia z punktu widzenia zakresu form wsparcia, jakie w trakcie pobytu otrzymuje podopieczny w domach pomocy społecznej. Ani koszt pobytu, ani zakres świadczonych usług nie jest zróżnicowany z uwagi na stopień zamożności: *Pacjent ma prawo do świadczenia bez względu na swoją sytuację majątkową (wywiad 5). Sytuacji bytowej nie bierzemy pod uwagę, wszyscy są traktowani tak samo, niezależnie do sytuacji bytowej (wywiad 8). Do diagnozy i dalszej pracy z mieszkańcem, nie jest to zupełnie potrzebne. Nie ma to wpływu żadnego, co do diagnozy samodzielności i czy potem pracujemy, czy układamy plan wsparcia. Zasoby materialne zupełnie nie mają tu znaczenia. Każdy, kto przychodzi do Domu Pomocy Społecznej ma jakieś środki finansowe, płaci tak, jak mówi ustawa i tutaj to nie ma żadnego znaczenia. My dajemy wszystko niezależnie od stopnia zamożności, osoba wszystko to, co potrzebuje otrzymuje od nas, ponieważ odpłatność jest jedna, dla wszystkich taka sama, więc to nie ma właściwie żadnego wpływu, tzn. może mieć o tyle, czy rodziny mniej, czy więcej dopieszczą taką osobę, (...) to może najwyżej wpływać na zakres jego życzeń odnośnie takich przyjemności, czy będzie sobie życzył taką kawę, czy najtańszą herbatę, jak to dodatkowe poza tym, co mu serwujemy (wywiad 10).*

A zatem w placówkach takich jak dom pomocy społecznej wsparcie otrzymują osoby o bardzo różnym statusie materialnym. Podopieczni trafiają do domów pomocy społecznej z uregu-

lowaną sytuacją finansową. Koszty pobytu ponosi sam podopieczny, jego rodzina lub ośrodek pomocy społecznej. Jeżeli osoba ma rodzinę, ocenie pracownika socjalnego podlega także sytuacja materialna dorosłych dzieci czy wnuków osoby umieszczonej w placówce. Pracownik socjalny ustala osoby zobowiązane do alimentacji, czy są one w stanie partycypować w kosztach pobytu w domu pomocy społecznej, czy są podstawy do zwolnienia ich z tego obowiązku.

Zasoby finansowe, jakimi dysponuje osoba niesamodzielna, są z kolei bardzo ważne w przypadku komercyjnego pobytu w zakładzie opiekuńczo-leczniczym. Jak wynika z wypowiedzi pracownika ZOL-u, bardzo często z uwagi na wysoki koszt pobytu w placówce ponosi go cała rodzina. Niestety w wielu przypadkach, głównie osób samotnych, koszt pobytu w placówce okazuje się być zbyt wysoki i osoba musi zrezygnować z tej formy wsparcia. W tym kontekście szczególnie problematyczna jest sytuacja bytowa osób chorujących psychicznie: *To są bardzo często osoby, które żyją i mieszkają w bardzo kiepskich warunkach, które nie radzą sobie z takimi podstawowymi rzeczami dotyczącymi właśnie tego mieszkania, czyli dbaniem o to, żeby ono było opłacone, wymienione jakieś usterki i naprawione. Połowa osób, która tutaj przebywa ma tego typu problemy (wywiad 6).*

3.5.3. Sytuacja rodzinna w orzekaniu o niesamodzielności i szacowaniu potrzeb pomocowych i opiekuńczych

Wydolność opiekuńcza rodzin stanowi istotne kryterium oceny niesamodzielności i szacowania potrzeb pomocowych i opiekuńczych. Zadania związane z prawidłowym zaspokajaniem potrzeb osób niesamodzielnych wydają się być dla ich rodzin coraz trudniejsze do realizacji. Po pierwsze coraz częściej zapewnienie stałej pomocy i opieki niesamodzielnym członkom rodziny uniemożliwia brak osób, które mogłyby się podjąć takiego zadania. Wiąże się on z rozproszeniem członków rodziny wskutek ich większej mobilności przestrzennej, spowodowanej m.in. zmianami na rynku pracy i koniecznością migracji w poszukiwaniu zatrudnienia. Po drugie coraz częściej w rodzinach stałej opieki i pielęgnacji wymaga więcej niż jedna osoba. Sytuację utrudnia ponadto fakt, iż bardzo często z uwagi na rodzaj schorzenia przyczyniającego się do niesamodzielności wymagana jest specjalistyczna pielęgnacja, wiążąca się z koniecznością ponoszenia dodatkowych wydatków. Co za tym idzie – w wielu przypadkach rodziny nie są w stanie zapewnić właściwych warunków egzystencji swoim członkom, na co zwrócili uwagę przede wszystkim przedstawiciele instytucji wspierających osoby niepełnosprawne intelektualnie i chorujące psychicznie.

Wypowiedzi badanych ujawniają przy tym zróżnicowaną sytuację rodzinną osób niesamodzielnych. Znaczącą grupę podopiecznych środowiskowej pomocy długoterminowej stanowią osoby samotne, nieposiadające rodziny lub niemogące liczyć na wsparcie osób bliskich (np. z uwagi na długotrwałe wyjazdy zarobkowe członków rodzin poza granice kraju).

Drugą grupę stanowią osoby niepełnosprawne mieszkające z rodzinami, ale przez te rodziny zaniedbywane. W opinii badanych, ich sytuacja jest szczególnie trudna: *Bardzo dużo rodziców po prostu zaniebduje osoby upośledzone, one dopiero jak tu przychodzą, to dopiero tak jakby czują, że ktoś się nimi w końcu zajmuje, że ktoś o nich dba. Często widać jak wracają po wypadach do domu, są zaniebane, brudne, brzydko pachną, są nieogoleni. Są rzeczywiście wyjątki, że rodziny dbają, że chcą, ale to są wyjątki (wywiad 8).*

Część podopiecznych to osoby zamieszkujące wspólnie z rodzinami, które nie zawsze tworzą wspólne gospodarstwo domowe, ale mogą liczyć na wsparcie członków rodziny.

Na podstawie analizy wypowiedzi pracowników instytucji opiekuńczych można wyróżnić trzy typy stosunku rodzin do swoich niesamodzielnych krewnych, w istotny sposób warunkujące ich funkcjonowanie, a tym samym często wpływające na zakres potrzebnego wsparcia.

Pierwszą grupę stanowią rodziny, które pomagają pracownikom instytucji i wspierają swoich krewnych. W przypadku tej grupy rola rodziny w procesie udzielania wsparcia przybiera

różne formy. Przede wszystkim polega na finansowaniu lub współfinansowaniu różnych form wsparcia, wizyt u lekarzy specjalistów, usług opiekuńczych i pobytu osoby niesamodzielnej w domu pomocy społecznej lub w zakładzie opiekuńczo-leczniczym. Ponadto rodziny te współuczestniczą w procesie diagnozowania potrzeb i zakresu wsparcia, np. w podejmowaniu decyzji co do zakresu działań medycznych czy aktywizujących: *Porozumiewamy się również z pacjentami, z rodzinami wsłuchując się dokładnie w ich stan. Prowadzimy wywiad z rodziną. To robi zarówno pielęgniarka, jak i lekarz. Rodziny przekazują nam istotne informacje, które należy uwzględnić w prowadzeniu takiej opieki i rehabilitacji (wywiad 4).* Co więcej, osoby trafiające do placówki, a nieobciążone doświadczeniem konfliktów rodzinnych, z którymi bliscy utrzymują stały kontakt i udzielają wsparcia, łatwiej przystosowują się do warunków życia w placówce i są bardziej skłonne do współpracy.

Drugi typ stosunku do swoich krewnych reprezentują rodziny o niskim kapitale opiekuńczym. Nie opiekują się one niesamodzielnym krewnym w sposób właściwy, zaniedbują go, ograniczają z nim kontakt lub w ogóle kontakt ten zrywają. W skrajnych przypadkach są to rodziny, w których zdarzały się przypadki przemocy⁸⁹. Szczególnie często w ramach tego typu relacji znajdują się rodziny osób chorujących psychicznie: *To są osoby samotne. Tak naprawdę to są osoby, które mają rodziny, tyle że te rodziny nie utrzymują z nimi kontaktu, nie chcą mieć do czynienia z osobami chorymi, bo często boją się swojego brata czy siostry. Tu bardzo dużo mówi specyfika choroby (wywiad 6).*

Osoby mające poczucie odrzucenia emocjonalnego w rodzinie wymagają zazwyczaj szerszego zakresu wsparcia niż te, które mają kontakt z bliskimi. Potrzebują także wsparcia psychologicznego: *Są też takie osoby, które się nigdy nie zaaklimatyzują w Domu Pomocy Społecznej i o tym mówią. Jest im tutaj źle, rozsądkowo wiedzą, że nie mają gdzie pójść. To są osoby, które są porzucone, mają takie odczucia porzucenia. Jest nam trudniej do nich dotrzeć i tutaj wzmożona opieka nad tymi osobami jest potrzebna (wywiad 9).*

Trzeci typ relacji jest charakterystyczny dla rodzin zdefiniowanych jako rodziny nadopiekuńcze, czyli takie, które w ocenie badanych: *Nie mogą sobie poradzić ze swoim sumieniem, że musiały [do placówki – przypis autora] oddać kogoś bliskiego. Te rodziny też są bardzo trudne i współpraca z tymi rodzinami też jest trudna (wywiad 9).* Często rodziny te utrudniają proces leczenia lub rehabilitacji realizowany w trakcie pobytu podopiecznego w placówce⁹⁰. Trudno im też pogodzić się z sytuacją, w której niekiedy ich bliscy wyraźnie artykułują, iż w placówce czują się lepiej i bardziej bezpiecznie niż w domu, tak że po zakończonej rehabilitacji nie chcą wracać do domu, bo jak twierdzą: *Kiedy się przewrócę, to ktoś jest, jest lekarz, jest dużo zajęć, można wyjść do pięknego parku, a było się uziemionym na przykład na drugim piętrze (wywiad 9).*

W wyniku nadopiekuńczości do placówek trafiają osoby, które mogłyby, ale nie potrafią, funkcjonować samodzielnie: *Zdarzają się czasem rodziny, z reguły to są mamy, których dziecko zachorowało mając lat np. 19 na schizofrenię, teraz ma lat pięćdziesiąt parę i są nadopiekuńcze w stosunku do tego swojego dziecka dorosłego, bardzo dorosłego. I trafiają do nas też takie osoby, przyprowadzone właśnie przez mamę, dorosłe, które nie umieją funkcjonować samodzielnie zupełnie, ponieważ mama całe życie go wyręczała, ponieważ był chory, ponieważ często dziwacznie się zachowywał, więc też nie wychodził z domu. Ten rodzic utwierdzał go w tej chorobie jeszcze bardziej, utrzymywał go w tej chorobie nie pozwalając wyjść do ludzi i walczył z tym, co się dzieje przy wybuchu takiej choroby psychicznej (wywiad 6).*

⁸⁹ W przypadku ujawnienia sytuacji przemocy pracownik socjalny podejmuje starania o to, aby osobę jak najszybciej umieścić w domu pomocy społecznej.

⁹⁰ Rodziny są informowane przez personel medyczny o konieczności przestrzegania np. zaleceń dietetycznych, ale często nie zważają na zalecenia lekarskie i, odwiedzając krewnego, przynoszą mu słodycze, owoce czy inne produkty, które są niepożądane w jego diecie.

Z badania wynika, iż w ocenie przedstawicieli instytucji długoterminowej opieki stacjonarnej sytuacja rodzinna podopiecznych jest bardzo ważna z kilku istotnych powodów. Rodzina traktowana jest jako zasób, kapitał, który stanowi istotne wsparcie dla osoby niesamodzielnej. Bardzo ważne są zasoby materialne rodziny – zarówno w przypadku konieczności wsparcia osoby niesamodzielnej w formie usług opiekuńczych, jak i partycypowania w kosztach pobytu w domu pomocy społecznej. Wsparcie finansowe rodziny bardzo często w ogóle warunkuje określony zakres usług opiekuńczych.

Niewątpliwie znaczącą rolę w planowaniu i realizowaniu opieki ma także współpraca instytucji z rodziną pacjenta czy podopiecznego. Pracownik socjalny, podejmując decyzje o zakresie usług opiekuńczych, ocenia, w jakim zakresie rodzina może wesprzeć osobę niesamodzielną: *Dużo zadań staramy się cedować na rodzinę, jeśli jest rodzina, to staramy się, aby rodzina przejmowała tę pracę, tę opiekę nad osobą niepełnosprawną (wywiad 14).*

3.6. Rodzaj i zakres wsparcia oferowanego przez instytucje świadczące usługi

W placówkach świadczących usługi na rzecz osób niesamodzielnych realizowane są różne formy indywidualnego wsparcia podopiecznych. Rodzaj oraz szczegółowe zasady udzielania wsparcia, jakie realizują instytucje pomocy społecznej i instytucje ochrony zdrowia świadczące usługi na rzecz osób niesamodzielnych, określają obowiązujące akty prawne regulujące funkcjonowanie pomocy społecznej⁹¹ i instytucji systemu ochrony zdrowia⁹². Obowiązujące regulacje prawne określają szczegółowo procedury, których dopełnienie stanowi podstawowe kryterium uzyskania wsparcia oraz określenia jego zakresu i rodzaju, a także wyznaczają zakres niezbędnej dokumentacji.

Podstawowym dokumentem, który określa rodzaj sugerowanego wsparcia dla osób z niepełnosprawnością intelektualną oraz zaburzeniami psychicznymi, jest skierowanie wystawione przez lekarza psychiatrę. Rodzaj i zakres wsparcia wyznacza specyfika zaburzenia określona w rozpoznaniu medycznym, zawierającym konkretne zalecenia, co do form wsparcia.

Podobnie dzieje się w przypadku osób, których ograniczenia zdrowotne kwalifikują je do pobytu w zakładzie opiekuńczo-leczniczym. Do zakładu najczęściej pacjent trafia już z zaleceniami medycznymi od lekarza pierwszego kontaktu lub sformułowanymi podczas pobytu na oddziale szpitalnym. Zalecenia te w trakcie pobytu pacjenta w placówce przedłuża pracujący w niej lekarz. Na ich podstawie: *Jeżeli pacjent z oddziału trafia, jest ustalany tryb ćwiczeń rehabilitacyjnych, jeżeli pacjent jest w stanie, to współpracuje na terapii zajęciowej. Rehabilitacja jest dobierana w zależności od tego jaki jest stan pacjenta i wywiad chorobowy, czy są to ćwiczenia bierne, czy ćwiczenia w odciążeniu, czy oddechowe. Terapia zajęciowa, najczęściej w gronie kilku osób jest prowadzona, a zajęcia z psychologiem i logopedą to już indywidualnie (wywiad 19).*

Charakteryzując ogólne zasady udzielania wsparcia przez badane placówki, należy zwrócić uwagę na trzy kwestie: 1) instytucje pomocowe oferują szeroki zakres wsparcia, 2) rodzaj i zakres świadczonych przez instytucje usług jest ustalany indywidualnie dla każdego uczestnika i ujęty w planie postępowania wspierająco-aktywizującego, 3) kluczowym, podstawowym kryterium, na podstawie którego instytucje określają rodzaj i zakres niezbędnego wsparcia,

⁹¹ Ustawa o pomocy społecznej (Dz.U. z 1990 r. nr 64 poz. 414 z późn. zm.; Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej; Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 grudnia 2010 r. w sprawie środowiskowych domów samopomocy (Dz.U. z 2010 r. nr 238 poz. 1586).

⁹² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz.U. z 2013 r., poz. 1480).

jest stan zdrowia podopiecznego, rodzaj schorzenia i sprawność fizyczna oraz kondycja psychiczna. Pozostałe, uzupełniające kryteria stanowią: sytuacja społeczna i zawodowa, sytuacja ekonomiczna osoby zgłaszającej się po pomoc, w tym jej dochody i warunki mieszkaniowe oraz sytuacja rodzinna.

W przypadku wsparcia w formie usług społecznych ważną rolę, ulokowaną poza sytuacją osoby niesamodzielnej, odgrywają środki, jakimi dysponuje gmina, chodzi przede wszystkim o zasoby gminy, jeżeli w gminie nie ma pieniędzy, miasto nie ma pieniędzy na usługi opiekuńcze, choćby byłyby inne kryteria spełnione, to również jest możliwość odmowy usług opiekuńczych, najczęściej robi się to osobom, gdzie jest wysoki dochód lub rodzina, rzadko kiedy jest niski dochód i nie ma rodziny (wywiad 13).

Do kluczowych form wsparcia realizowanych w placówkach należą: wsparcie medyczne, rehabilitacyjne, psychologiczne, terapeutyczne, socjalne, edukacyjne, wsparcie w sytuacjach kryzysowych realizowane np. w formie opieki całodobowej w przypadku wyjazdu lub innych zdarzeń losowych opiekunów osób niepełnosprawnych.

Wsparcie medyczne stanowi podstawowy rodzaj wsparcia, jakiego udzielają wszystkie typy badanych placówek świadczących pomoc⁹³. Każda placówka zapewnia dostęp do opieki lekarskiej i pielęgniarskiej, aczkolwiek w zależności od typu placówki forma organizacji pomocy medycznej jest zróżnicowana. Zabezpieczanie potrzeb medycznych w domach pomocy społecznej realizowane jest przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, którzy przychodzą i świadczą usługi na miejscu w placówce: *Mamy tylko lekarza konsultanta, który konsultuje nam nowe osoby. Ewentualnie jak widzimy, że coś się dzieje, to lekarz tutaj nam konsultuje podopiecznych. Mamy łatwość też dzwonienia do lekarzy na rejonie, powołujemy się, że stan osoby pogorszył się i że wskazana jest jakaś interwencja czy inna forma farmakoterapii (wywiad 10)*. Pomoc medyczna uwzględnia szeroki wachlarz form mających na celu poprawę lub utrzymanie możliwie stabilnego stanu zdrowia, zapobieganie powikłaniom wynikającym z procesu chorobowego i związanym z długotrwałym unieruchomieniem, uzyskanie możliwie maksymalnej samodzielności i niezależności. Zakres wsparcia medycznego ustalany jest w oparciu o podstawowe badania oraz specjalistyczne konsultacje lekarskie. W zależności od potrzeb obejmuje opiekę lekarza pierwszego kontaktu, wsparcie lekarza psychiatry, neurologa, ortopedy (w zakresie zapotrzebowania ortopedycznego), rehabilitanta, logopedy itd. Ponadto kompleksowa opieka medyczna obejmuje leczenie farmakologiczne (w tym w związku z otępieniem i demencją starczą), usługi pielęgnacyjne wynikające z diagnozy pielęgniarskiej, usługi diagnostyczne, tj. monitorowanie stanu zdrowia podopiecznych i interwencję w przypadku pojawiania się lub zaostrzenia objawów choroby.

Niezwykle ważną formą wsparcia medycznego podopiecznych jest rehabilitacja lecznicza (ruchowa), mająca na celu poprawę sprawności fizycznej osoby niesamodzielnej. Zakres działań w tym obszarze realizowanych na szpitalnym oddziale rehabilitacyjnym obejmuje kompleksowe badanie fizjoterapeutyczne, tj. ocenę mobilności i lokomocji pacjenta, ocenę w zakresie zapotrzebowania na sprzęt ortopedyczny, opracowanie programu rehabilitacji. W placówkach takich jak: warsztat terapii zajęciowej, zakład aktywności zawodowej, zakłady opiekuńczo-lecznicze, domy pomocy społecznej – różne formy fizjoterapii i rehabilitacji są dobierane i modyfikowane dla każdego z pacjentów w oparciu o bieżące zalecenia lekarskie: *Lekarz w porozumieniu z rehabilitantem ocenia, jaki rodzaj zabiegów może być u tych pacjentów ze względu na ich stan zdrowia podjęty (wywiad 5)*.

⁹³ Opis nie uwzględnia szczegółowej charakterystyki działań medycznych, jakie podejmowane są na dwóch oddziałach szpitalnych, na których zostało zrealizowane badanie. Na oddziałach szpitalnych działania medyczne mają zarówno charakter diagnostyczny, jak i leczniczy, i przebiegają zgodnie z procedurami określonymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia. I tak na oddziale geriatrycznym uwzględnia się procedurę całościowej oceny geriatrycznej, a na oddziale rehabilitacji – kompleksowej oceny fizjoterapeutycznej.

Bardzo ważną formą wsparcia, jakiego udzielają badane placówki, jest wsparcie psychologiczne mające na celu utrzymanie lub poprawę kondycji psychicznej podopiecznych. Zakres wsparcia ustalany jest na podstawie potrzeb psychicznych podopiecznych. W opinii badanych konieczność wsparcia psychologicznego ujawnia się z dwóch zasadniczych powodów. Pierwszym z nich są zaburzenia depresyjne, drugim samotność. Występowanie depresji jest diagnozowane u podopiecznych niezależnie od wieku, choć częściej dotyka osoby starsze: *Bardzo wielu pacjentów starszych ma depresję, wychodzi to w skalach oceny depresji 30 pkt lub 15 (wywiad 20)*. W ocenie badanych głównym powodem depresji podopiecznych jest ich tęsknota za rodziną, zwłaszcza w przypadku tych rodzin, które nie odwiedzają swoich krewnych: *Te osoby bardzo tęsknią, to problem numer jeden, tęsknota za rodziną, za swoim miejscem zamieszkania, za kontaktem, bardzo silna potrzeba bliskości z rodziną, te osoby są już tu na stałe, a trafiają tu osoby, które mają po 19 lat i całe życie przed sobą (wywiad 8)*. *Ci pacjenci mają często stany depresyjne, buntują się, najczęściej albo jest to rodzaj tęsknoty za rodziną, szczególnie taką, która nie do końca może pełnić rolę opiekunczą, (...) ten stan jest pełen cech buntu, osoba nie chce przyjmować tabletek, nie chce współpracować, i wtedy konieczne jest włączenie psychologa (wywiad 4)*. Problem depresji osób starszych jest bardzo ściśle skorelowany z drugim powodem, dla którego niezbędne jest wsparcie psychologiczne, a jest nim ujawniający się w ocenie badanych w sposób bardzo wyraźny problem samotności osób starszych. Jak zauważają przede wszystkim lekarze, na oddziałach szpitalnych zdarzają się i takie sytuacje, w których podopieczni po zakończonej hospitalizacji wykazują niechęć do powrotu do domu. Pobyt pacjenta na oddziale szpitalnym poprawia nie tylko fizyczny stan zdrowia, ale także funkcjonowanie psychiczne i osoby te czasami komunikują: *Mnie jest tu dobrze, bo są ludzie, mam towarzystwo, bo tu mam z kim porozmawiać, a wszyscy dokoła sąsiedzi pomarli, są sami młodzi (wywiad 20)*⁹⁴.

W kontekście wsparcia psychologicznego należy podkreślić znaczenie realizowanych przez większość placówek różnorodnych form wsparcia terapeutycznego. Działają pracownie terapii zajęciowej i grupy terapeutyczne. W celu poprawy sprawności fizycznej i kondycji psychicznej wykorzystuje się różne metody sylwoterapii (spacery, wycieczki, imprezy plenerowe), kulturoterapii (muzykoterapia, biblioterapia, psychorysunek, psychogimnastyka). Należy wyraźnie podkreślić, że wsparcie terapeutyczne nie ogranicza się tylko do osób samodzielnych fizycznie. W przypadku podopiecznych leżących (osób, które nie mogą samodzielnie przemieszczać się) realizowana jest terapia zajęciowa przyłóżkowa. Osoby takie objęte są także przyłóżkową opieką psychologiczną. W środowiskowych domach samopomocy dla osób chorujących psychicznie przewlekłe realizuje się usamodzielniające w określonych sferach funkcjonowania treningi lekowe, kulinarne, higieniczne, budżetowe, ekonomiczne, kompetencji społecznych. Podopieczni uczestniczą także w zajęciach sportowych i rekreacyjnych.

Depresji i poczuciu samotności towarzyszą, zauważalne w przypadku wielu podopiecznych, trudności adaptacyjne i niechęć do angażowania się w różnego rodzaju działania, co w skrajnych przypadkach prowadzi do wycofywania się z udziału w jakichkolwiek zajęciach i zamykania się w przestrzeni własnego pokoju. Tu także niezwykle istotne jest zarówno wsparcie psychologiczne, jak i podejmowanie działań służących podtrzymaniu lub zwiększeniu samodzielności podopiecznego oraz podtrzymaniu czy zwiększeniu jego aktywności: *(...) Natomiast w pewnym wieku pojawia się niechęć do robienia czegokolwiek. To zależy od środowiska, z jakiego pochodzą ci nasi podopieczni. Już to zaburza jakoś, że oni nie są przyzwyczajeni do tego, żeby być aktywnym. Tylko oni są tacy bardzo bierni i bardzo trudno ich tutaj zmotywować do pewnych działań (wywiad 9)*.

⁹⁴ W przypadku szpitalnego oddziału rehabilitacyjnego zdiagnozowana potrzeba wsparcia psychologicznego skutkuje skierowaniem takiego pacjenta do poradni zdrowia psychicznego, do poradni psychologicznej.

Dlatego też w badanych placówkach wykorzystuje się różne **formy aktywizowania podopiecznych**. Zwraca się więc uwagę na przestrzeganie właściwej dla placówki struktury dnia, która wymusza to, że podopieczny musi wstać o określonej godzinie, w danym momencie zjeść posiłek itd. Jak wynika z wypowiedzi badanych, kadra w sposób ciągły poszukuje atrakcyjnych form aktywizowania osób przebywających w instytucjach opiekuńczych. Rodzaj aktywności jest uwarunkowany stanem zdrowia. Podopieczni mają możliwość udziału w różnego rodzaju zajęciach wspierających ich aktywność. Organizowane są konkursy, wycieczki, wyjazdy, projekcje filmów, wyjścia do teatru i kina, bale karnawałowe, grille, sylwester, rozpoczęcie i zakończenie lata, kolęda. Na terenie jednej z placówek działa zespół „Starszaki Śpiewaki” i kabaret pod nazwą „Starszaki Kabareciarze”. Podopieczni biorą udział np. w festiwalu Domów Pomocy Społecznej, w konkursach fotograficznych, występują w innych DPS-ach, w Domach Dziennego Pobytu, w szpitalu dla osób przewlekle i somatycznie chorych. W domach dziennego pobytu i domach pomocy społecznej realizowane są inicjatywy mające na celu integrację międzypokoleniową, np. osoby starsze uczestniczą w zajęciach organizowanych przez dzieci.

Warto zwrócić także uwagę na inne rodzaje pomocy skierowane do osób niesamodzielnych, a często także ich rodzin, a funkcjonujące dzięki ich własnej aktywności, chociażby takie jak grupy wsparcia czy działająca na terenie jednego z domów pomocy społecznej grupa AA.

Placówki wspierające osoby z niepełnosprawnością intelektualną podejmują liczne działania służące podtrzymaniu lub zwiększeniu samodzielności swoich podopiecznych. Kadra placówek zauważa, że funkcjonowanie psychiczne podopiecznych uczestniczących w różnego rodzaju aktywnościach jest zdecydowanie lepsze. Osoby te: *Mają większe zadowolenie i satysfakcję z życia, że coś mogą zrobić (wywiad 8).*

W przypadku warsztatu terapii zajęciowej najważniejszym celem jest wypracowanie samodzielności w zakresie życia codziennego. Podopieczni placówki: *Często długie lata siedzieli w domu i muszą od nowa nauczyć się być w grupie. Najczęściej to dotyczy osób, które są niepełnosprawne od urodzenia, gdzie w środowisku rodzinnym byli w takiej naturalnej bezradności, bo mają wszystko podawane, wszystko robione. A my tutaj stawiamy jednak na tę samodzielność w miarę możliwości, do granic możliwości. Oczywiście nie wymagamy więcej niż ta osoba może, ale to, co może żeby robiła sama i staramy się uczyć innych podopiecznych, żeby nie dali się też tak wplątać w układ pomocowy, że jest osoba, której się wszystko poda, wszystko za nią robi (wywiad 18).*

W ocenie badanych jednym z podstawowych problemów, jakich doświadczają osoby chorujące psychicznie, jest wykluczenie i marginalizacja społeczna. Dla tej kategorii osób niepełnosprawnych szczególne znaczenie ma zatem wsparcie, jakie osoby te uzyskują w placówce. Stanowi ono dla nich formę integracji społecznej: *Sam fakt, że poszerza się świat tej osoby, nie obkurcza się jedynie do rozmiarów własnego pokoju, własnego mieszkania, że zaczyna aktywnie uczestniczyć w życiu społecznym, ma okazję uczestniczyć w różnych wydarzeniach kulturalnych, aktywizować się, stymulować się, tutaj na terenie placówki, to nie ukrywam, ma też bezpośrednie przełożenie na wydłużenie czasów remisji (wywiad 7).*

Tym samym placówki wspierające osoby chore psychicznie odgrywają znaczącą rolę w procesie przełamywania stygmatyzacji i wykluczenia tychże osób, włączania ich w codzienne relacje społeczne: *Nie są to osoby, które będą gwiazdami socjometrycznymi, nagle my tu z nich nie zrobimy wodzirejów, ale uzyskają większe poczucie bezpieczeństwa, większe poczucie swobody, i załatwianie spraw urzędowych nie będzie K2 (wywiad 7).*

Na podkreślenie zasługuje rola, jaką w procesie przełamywania wykluczenia społecznego odgrywają placówki w ramach kolejnej, znaczącej formy wsparcia swoich podopiecznych, a mianowicie w ramach aktywizacji zawodowej. Działania aktywizujące zawodowo są realizowane w kilku typach placówek objętych badaniem, tj. zakładzie aktywności zawodowej, warsztatach terapii zajęciowej, domu pomocy społecznej dla osób z niepełnosprawnością intelektu-

alną, środowiskowym domu samopomocy. Mają na celu pomoc w rozpoczęciu i prowadzeniu aktywnego życia zawodowego.

*Finalnym celem terapii na terenie placówki, to jest oczywiście, jeśli jest to tylko możliwe, żeby to były osoby, które aktywizują się zawodowo. Nie ukrywam, że w wielu przypadkach zwłaszcza ludzi młodych dla nas jest to priorytetem. (...) ubolewam nad brakiem tak **naprawdę jakiś systemowych działań, jeśli chodzi o aktywizację osób niepełnosprawnych, bo rynek pracy dla tych osób jest wyjątkowo wąty, pomijam jakość szkoleń, w których nasi uczestnicy uczestniczyli (wywiad 7).***

Aktywność zawodowa wyposaża podopiecznych w rozmaite umiejętności i kompetencje, podnosi ich poczucie własnej wartości, pozwala na nawiązanie relacji społecznych, a co najważniejsze – przyczynia się do zwiększenia poziomu ich samodzielności. Jak zauważa jedna z respondentek: *Osoby posiadające dodatkowe dochody wynikające z własnej aktywności zawodowej są bardziej samodzielne niż osoby, które z racji swojej sprawności psychofizycznej nigdy tej pracy nie podjęły (wywiad 8).*

Kolejny rodzaj wsparcia, jaki oferują badane placówki, stanowi wsparcie socjalne. Niezależnie od typu instytucji świadczącej usługi na rzecz osób niesamodzielnych, w każdej z nich podejmowane są działania mające na celu wsparcie podopiecznych w zakresie zaspokajania potrzeb bytowych, załatwiania formalnych spraw osobistych. Wsparcie socjalne udzielane przez placówki jest uwarunkowane przez liczne problemy, z jakimi borykają się podopieczni: niskie dochody, trudne warunki mieszkaniowe, problemy dotyczące uregulowania spraw formalnych, urzędowych.

W większości badanych instytucji podejmowanie działań w zakresie wsparcia o charakterze socjalnym należy do podstawowych zadań pracownika socjalnego. Jeżeli pracownik socjalny nie jest pracownikiem etatowym (np. domy dziennego pobytu), kadra placówki w momencie pojawienia się problemów socjalnych podopiecznych informuje odpowiedni ośrodek pomocy społecznej o potrzebie pomocy.

Wsparcie socjalne realizowane jest w kilku formach. Po pierwsze w każdej z badanych instytucji podopieczny może liczyć na pomoc pracownika socjalnego w załatwianiu dostępu do różnorodnych form wsparcia, np. w uzyskaniu przysługujących osobie świadczeń finansowych. Wielokrotnie pracownicy interweniują w instytucjach, w których możliwe jest uzyskanie koniecznej formy wsparcia dla podopiecznych wymagających opieki indywidualnej.

Po drugie istotną formą wsparcia udzielanego przez pracowników socjalnych jest doradztwo związane z przekazywaniem informacji i udzielaniem porad. Pracownicy informują zarówno podopiecznych, jak i członków ich rodzin o różnych możliwościach uzyskania pomocy. Wskazują, gdzie i w jakiej formie podopieczny może uzyskać wsparcie.

Jak wynika z badania, kolejną ważną formą wsparcia socjalnego – szczególnie w przypadku podopiecznych domu dziennego pobytu – jest całodzienne wyżywienie: *Seniorzy w pewnym wieku mają problemy z prowadzeniem gospodarstwa domowego, z codziennymi zakupami czy z gotowaniem sobie codziennie ciepłych posiłków, to jest pewna forma już niesamodzielności i my na tę formę odpowiadamy, dlatego że prowadzimy stołówkę. (...) to jest tania forma żywienia bardzo, i tak naprawdę osoby, które gdzieś żyją same, nie gotują sobie i to też jest bardzo duże ułatwienie, ciepły i tani posiłek (wywiad 12).* Także w przypadku osób chorujących psychicznie posiłki, które przygotowywane są w ramach treningu kulinarnego, stanowią ważny element wsparcia.

Wsparcie socjalne, jakiego udzielają placówki, jest szczególnie istotne w przypadku osób chorujących psychicznie. W grupie tej zdecydowana większość podopiecznych doświadcza problemów socjalno-bytowych i wymaga pomocy w tym zakresie. Choroba psychiczna (schizofrenia) ujawnia się często w bardzo młodym wieku, a więc dotyka osoby będące jeszcze w trakcie edukacji. W konsekwencji, jak ocenia jedna z osób udzielających wywiadu: *To są jednak osoby*

z takiego obszaru niszowego, jeśli chodzi o ich możliwości finansowe, to są osoby albo ze słabym wykształceniem albo też nie mają wielkiego stażu zawodowego, w związku z tym mają niski status ekonomiczny (wywiad 7).

W przypadku tej grupy osób niesamodzielnych niezwykle istotną formą wsparcia wydają się działania, jakie podejmują instytucje na rzecz ochrony podopiecznego przed utratą samodzielności mieszkaniowej. Zdarza się, że osoby żyjące samotnie są pozbawione wsparcia ze strony rodziny z uwagi na różnego rodzaju zadłużenia powstałe w trakcie kilkumiesięcznego pobytu w szpitalu, po wyjściu z niego zostają eksmitowane z mieszkania. Jak stwierdza jedna z osób badanych: *Niestety teraz w szpitalach psychiatrycznych nie ma pracowników socjalnych, albo są w minimalnych ilościach, w związku z czym nie ma się kto tymi ludźmi zająć właśnie od takich spraw socjalnych czyli wesprzeć i pomóc chociażby w opłatach, przypilnowaniu opłat, które wiadomo, że są niepłacone. Wychodząc ze szpitala, okazuje się, że taka osoba ma odcięty prąd i ileś tam długów. Kiedy trafia do nas to my staramy się takie trudne sytuacje jakoś rozwiązać. To nie jest łatwe oczywiście, bo nie dysponujemy tutaj środkami, które mamy nadwyżkowo i możemy opłacać długi naszych podopiecznych, ale staramy się robić wszystko, żeby jakoś tę sytuację wyprostować. Idziemy do urzędów, tam staramy się rozmawiać na różnych poziomach, tak żeby osoba mogła jakoś normalnie funkcjonować i żyć (wywiad 6).*

Aby zapobiegać utracie mieszkania, osoby te są często kontrolowane w regulowaniu comiesięcznych opłat mieszkaniowych. Niejednokrotnie z powodu pobytu w szpitalu tracą także uprawnienia do świadczeń, np. z pomocy społecznej, ponieważ w odpowiednim momencie nie udaje się zrealizować wywiadu środowiskowego. Kadra placówki podejmuje starania o ich przywrócenie.

Podopieczni placówek wspierających osoby niepełnosprawne chorujące psychicznie otrzymują także pomoc przy załatwieniu spraw urzędowych, z którymi sobie nie radzą i których nie rozumieją: *Jak się pojawi jakieś pismo, to bardzo często podopieczny przychodzi tutaj i jest czytane wspólnie z nim o co chodzi. On nie rozumie, nie radzi sobie, nie wie, co ma z tym zrobić (wywiad 6).*

Kolejną formą wsparcia, jaką otrzymują podopieczni badanych placówek, jest wsparcie opiekuńcze. W przypadku osób starszych i niepełnosprawnych, które w życiu codziennym doświadczają ograniczeń w zaspokajaniu podstawowych i niezbędnych potrzeb, najistotniejszą formą wsparcia są usługi opiekuńcze oraz specjalistyczne usługi opiekuńcze świadczone w miejscu zamieszkania.

Ogólne zasady przyznawania tego typu świadczeń reguluje Ustawa o pomocy społecznej⁹⁵. Szczegółowe warunki przyznawania usług, zasady odpłatności oraz częściowego czy całkowitego zwalniania z odpłatności należą do kompetencji władz samorządowych⁹⁶. Świadczenia te przyznawane są w oparciu o wywiad środowiskowy przeprowadzony przez pracownika socjalnego, który ustala czasowy wymiar pomocy (w zależności od stanu zdrowia osoby potrzebującej oraz możliwości opiekuńczych rodziny).

Świadczenie usług adekwatnie do rozpoznanych potrzeb zakłada partycypację osoby starszej w kosztach ich realizacji. Istotnym kryterium przyznania określonego typu i zakresu usług opiekuńczych jest wydolność opiekuńcza rodzin i dochody, jakimi dysponuje osoba. Wsparcie przysługuje osobie starszej samotnie gospodarującej, która tworzy jednoosobowe gospodar-

⁹⁵ Zgodnie z Ustawą o pomocy społecznej, usługi opiekuńcze są organizowane i świadczone przez gminę na jej terenie, jako zadania własne gminy z zakresu pomocy społecznej o charakterze obowiązkowym.

⁹⁶ Aktualnie kwestie te reguluje Uchwała nr LVI/1352/17 Rady Miejskiej w Łodzi z dnia 30 sierpnia 2017 r. w sprawie określenia szczegółowych warunków przyznawania i odpłatności za usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze, z wyłączeniem specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz szczegółowych warunków częściowego lub całkowitego zwolnienia od opłat, jak również trybu ich pobierania.

stwo domowe, jak i osobie starszej w rodzinie, gdy wymaga pomocy ze strony innych, a rodzina nie może zapewnić odpowiedniej pomocy z uzasadnionej przyczyny. Ustalając wysokość odpłatności, bierze się pod uwagę dochód osoby niesamodzielnej.

Usługi opiekuńcze obejmują pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych (np. zrobienie zakupów, ugotowanie obiadu, pomoc w higienie osobistej, pomoc w sprzątaniu mieszkania, pielęgnacja zlecona przez lekarza, w miarę możliwości zapewnienie osobie starszej kontaktów z otoczeniem).

Sytuacja rodzinna pacjenta, przede wszystkim ocena wydolności opiekuńczej rodziny, stanowi także istotne kryterium wyznaczające zakres wsparcia socjalnego i opiekuńczego, jakie podejmuje personel medyczny na oddziałach szpitalnych oraz w zakładach opiekuńczo-leczniczych. Niezależnie od podejmowanych działań medycznych, lekarze i pielęgniarki dokonują oceny potrzeb opiekuńczych pacjenta. Zakres ten jest zgłaszany rodzinie lub pracownikowi socjalnemu. Ocenie podlega przede wszystkim zakres wsparcia, jaki otrzymuje pacjent od rodziny: *Czy rodzina jest aktywna, przychodzi i z pacjentem spaceruje, pomaga mu przy ćwiczeniach, interesuje się co z nim dalej, jakie ćwiczenia powinien robić w domu, albo jest rodzina, która przeniesie pomarańcze, siedzi na stołeczku i się tylko uśmiecha i właściwie zerka na zegarek, kiedy może wyjść, natomiast nie jest zainteresowana ani wynikami pacjenta ani tym, jakie ćwiczenia ma wykonywać sam w domu (wywiad 20).*

Jeżeli pacjent ma trudności w codziennym funkcjonowaniu, nie radzi sobie z utrzymaniem porządku czy zrobieniem zakupów, nie jest w stanie sam sobie przygotować posiłków, a z wywiadu wynika, że jest osobą samotną i nie ma wsparcia w rodzinie, co spowodować może przerwanie procesu rehabilitacji, pracownik socjalny szpitala podejmuje działania mające na celu umieszczenie pacjenta w odpowiednim ośrodku, który będzie mógł się zająć pielęgnacją i opieką pacjenta na czas krótszy bądź dłuższy⁹⁷, lub w środowiskowym domu samopomocy, rehabilitacji środowiskowej czy mieszkaniu chronionym.

Ważną formą wsparcia oddziału rehabilitacji jest pomoc w wypełnianiu dokumentacji wymaganej przez takie instytucje jak PFRON, NFZ czy zespoły ds. orzekania o niepełnosprawności, umożliwiającej uzyskanie wsparcia finansowego w zakresie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, wprowadzenia zmian architektonicznych w mieszkaniu w celu dostosowania do potrzeb osoby niepełnosprawnej czy uzyskanie orzeczenia o niepełnosprawności.

Integralną formę wsparcia oferowaną przez placówki wspierające osoby z niepełnosprawnością intelektualną i chorujące psychicznie stanowi poradnictwo i wsparcie edukacyjne dla rodzin podopiecznych: *Czasami jest to praca elementarna, organiczna, tłumaczymy, czym jest choroba psychiczna, to weryfikuje rodzaj oczekiwań, który ma rodzina, urealniamy te oczekiwania ze strony członków rodziny, co można i co należy oczekiwać, bo w niektórych sytuacjach wymaga modelowania a w niektórych wręcz kształtowania zachowań rodziny (wywiad 7).* W zależności od potrzeb, wsparcie ma charakter systematycznie realizowanego poradnictwa rodzinnego lub działania interwencyjnego wynikającego z doraźnej sytuacji. Dlatego też rodziny zachęca do współpracy z placówką. W ocenie badanych, rodziny nie radzą sobie z wieloma sytuacjami wynikającymi z opieki nad osobą niesamodzielną. W konsekwencji osoby chorujące psychicznie nie otrzymują w rodzinach należytego wsparcia. Pracownicy instytucji udzielających wsparcia zwracają uwagę na problem braku „oswojenia” się rodzin z problemem choroby psychicznej najbliższych krewnych: *Niestety, choroba psychiczna nie jest „oswojona” w rodzinie, bardzo często mamy do czynienia z elementarnymi brakami w wiedzy w tym zakresie, to jest takie zaklinanie rzeczywistości: jak się będzie spotykała z osobami inteligentnymi, to będzie mądrzejsza lub w ogóle wypierania problemu, to jest twój problem, to nie jest mój problem. To już na poziomie rodziny następuje wykluczenie. To, co my tu mówimy o poziomie makro (wywiad 7).*

⁹⁷ W przypadku szpitalnego oddziału rehabilitacyjnego zdiagnozowana potrzeba wsparcia psychologicznego skutkuje skierowaniem takiego pacjenta do poradni zdrowia psychicznego, do poradni psychologicznej.

Wszystkie typy placówek stacjonarnych świadczą usługi opiekuńcze, pielęgnacyjne, pomoc w załatwianiu spraw osobistych. Proponowane formy wsparcia pomagają podopiecznym instytucji pomocowych w zachowaniu samodzielności. Wszystkie działania, jakie w tym zakresie podejmuje personel, mają na celu przeciwdziałanie utrwalaniu się zależności od pomocy. W istocie służą także wzmocnieniu bądź przywracaniu posiadanych zasobów i kompetencji. Ich efektem staje się umiejętne podtrzymywanie lub odzyskiwanie przez osoby, których samodzielność jest zagrożona, określonego poziomu kontroli nad własnym życiem.

4. METODY, TECHNIKI I NARZĘDZIA DIAGNOSTYCZNE WYKORZYSTYWANE W PROCESIE DIAGNOZOWANIA NIESAMODZIELNOŚCI I SZACOWANIA POTRZEB POMOCOWYCH I OPIEKUŃCZYCH

Odpowiadając na kolejne pytanie, przedstawiciele poszczególnych instytucji wskazali metody, techniki i narzędzia diagnostyczne, jakie wykorzystują w procesie diagnozy i szacowania potrzeb pomocowych i opiekuńczych. Określili ich mocne i słabe strony oraz dokonali oceny, na ile ich wykorzystywanie pozwala na dokonanie trafnej oceny niesamodzielności, oszacowanie potrzeb pomocowych i opiekuńczych i tym samym umożliwia adekwatne wsparcie. Z uzyskanych wypowiedzi wynika, iż diagnostyka stanu zdrowia podopiecznych uwzględniająca szeroką gamę obligatoryjnie stosowanych medycznych, specjalistycznych technik i narzędzi diagnostycznych realizowana jest przez kadre medyczną (lekarzy podstawowej i specjalistycznej opieki medycznej) reprezentującą różne typy instytucji służby zdrowia. Natomiast specjalistyczne narzędzia diagnostyczne oceniające stan zdrowia i kondycję psychiczną podopiecznych w zdecydowanie mniejszym, aczkolwiek w zróżnicowanym zakresie, są wykorzystywane przez różne typy instytucji wspierających osoby niesamodzielne. Należy podkreślić, iż **we wszystkich typach badanych instytucji podstawową metodą diagnostyczną, którą identyfikują badani jako metodę służącą ocenie i monitorowaniu stanu zdrowia, jest obserwacja oraz wywiad swobodny**. Podstawowym i obowiązkowym narzędziem, które wykorzystuje się do oceny sytuacji społecznej, socjalnej oraz rodzinnej, jest wywiad środowiskowy przeprowadzany przez pracownika socjalnego.

4.1. Metody i techniki zbierania informacji dla potrzeb diagnozy niesamodzielności i szacowania potrzeb pomocowych i opiekuńczych

We wszystkich typach instytucji orzekających/świadczących wsparcie konsekwentnie w procesie oceny niesamodzielności w celu uzyskania możliwie największego zakresu informacji o podopiecznym, poza analizą dokumentacji medycznej, którą należy traktować zarówno jako technikę diagnostyczną, jak i podstawowe źródło informacji na temat stanu zdrowia podopiecznego, wykorzystuje się metodę obserwacji, a w ramach technik diagnostycznych – wywiad swobodny. W mniejszym stopniu wykorzystuje się technikę wywiadu kwestionariuszowego. Co istotne, obserwacja stanowi najważniejszą metodę oceny niesamodzielności i szacowania potrzeb opiekuńczych na każdym etapie procesu diagnostycznego. Członkowie zespołów ds. orzekania o niepełnosprawności traktują obserwacją jako metodę, która służy weryfikowaniu ograniczeń funkcjonalnych, jakie w trakcie wywiadu zgłaszają osoby ubiegające się o orzeczenie: *Oczywiście jeszcze obserwuję tę osobę, bo to też jest istotne, czasami ktoś mówi coś innego a inaczej to wygląda. Przy zadawaniu pytań oceniam wiarygodność odpowiedzi, bo na podstawie zachowań, na podstawie tego jak człowiek porusza, jak wchodzi, jak siada, to też mam ogląd, bo ja analizuję po prostu całość (wywiad 2.1)*. Pracownicy socjalni z kolei wyraźnie podkreślają, że obserwacja w fazie diagnozy pozwala im identyfikować ograniczenia będące podstawą do przyznawania usług opiekuńczych czy umieszczenia w domu pomocy społecznej: *Z obserwacji wiele wynika, więc patrzymy, jeżeli [podopieczny – przypis autora] pyta po trzy razy to wiemy, że nie dosłyszysz, jeżeli widzimy, że ma okulary z grubymi szklami, że nie dowidzi, jeżeli idzie do szafki po dokumenty i wtedy ma problemy w poruszaniu się to też widzimy, jeżeli są obok kule czy jakiś łasek, czy balkonik, wiemy, że ma*

problemy z poruszaniem. Mniej więcej w ten sposób sobie diagnozujemy (wywiad 13). Jak przychodzimy do domu i widzimy jakie dysfunkcje widoczne ma pacjent czy nasz klient, który się zgłasza albo w jakich warunkach życie, wtedy też możemy wyciągnąć wnioski w jakich obszarach on jest po prostu niewydolny i nie radzi sobie z pewnymi problemami (wywiad 14). Wielokrotnie w swoich wypowiedziach znaczenie obserwacji jako metody identyfikacji ograniczeń funkcjonalnych i zmian kondycji fizycznej i psychicznej, jakie zachodzą w trakcie pobytu podopiecznych w placówce, podkreśla kadra zakładów opiekuńczo-leczniczych czy domów pomocy społecznej: **Najefektywniejszy jest bystry pracownik i codzienna obserwacja, absolutnie wnikliwa obserwacja i właściwy przepływ informacji pomiędzy pracownikami, w tej codziennej pracy żadne narzędzie tego nie zastąpi, pracownik, który będzie widział, czy ktoś ma lepsze samopoczucie, czy ktoś ma gorsze samopoczucie, czy ktoś z dotychczas wykonywanymi czynnościami bez problemu radzi sobie tak samo dobrze, czy zaczyna radzić sobie nieco gorzej, czy jego pamięć zaczyna bardziej szwankować, niż to było na początku, czy utrzymuje się na porównywalnym poziomie, na to wszystko jest tylko dobry, spostrzegawczy personel, nie ma możliwości stosowania tak często intensywnie jakkolwiek wystandaryzowanych narzędzi, żeby to uzyskać w formie wskaźników, wyników będących konsekwencją stosowania narzędzi (wywiad 10). Dla mnie osobiście najbardziej się sprawdza obserwacja, jak już tutaj osoba jest u nas, bo nawet jeśli mamy taki moment spotkania się przed przyjęciem do zakładu, gdybyśmy oceniali na podstawie jakiegoś pięknego kwestionariusza, nawet gdyby ta rozmowa trwała dwie godziny, to i tak pewnych rzeczy można nie zauważyć, a inne ukryć (wywiad 18).** Rola obserwacji jako metody diagnostycznej w sposób jednoznaczny wybrzmiała także w wypowiedziach przedstawicieli instytucji wspierających osoby niepełnosprawne intelektualnie i chorujące psychicznie: **Przy osobach upośledzonych umysłowo ciężko jest ich diagnozować testami, bardzo ciężko, no bo wiadomo jak oni funkcjonują, bardziej obserwacja, rozmowy, wywiady, funkcjonowanie tutaj w grupie, funkcjonowanie jak wyjdziemy poza teren, gdzie jeszcze nie znają, w nowe miejsca (wywiad 8).**

Warto podkreślić, iż w ocenie wszystkich badanych obserwacja stanowi najlepsze źródło rzeczywistej wiedzy na temat podopiecznego: **Obserwując na co dzień pacjenta jesteśmy w stanie zauważyć każdą zmianę w jego samopoczuciu, nastroju czy stanie zdrowia (wywiad 6).** Pozwala realnie ocenić zakres niesamodzielności i wynikających z niego potrzeb pomocowych, niezależnie od tego, iż nie jest wolna od pewnych wad, do których z pewnością zaliczyć można towarzyszącą metodzie pewną dozę subiektywizmu: **Obserwacja staramy się, aby była efektywna i skuteczna, ale obserwacja nie jest wolna od subiektywnej oceny. To jest to ryzyko. Trochę przez to, że my się konsultujemy ze sobą. To nie jest tak, że tylko jest moja opinia brana pod uwagę. Ja się konsultuję z rehabilitantem i pozostałymi pracownikami kadry, każdy z nas ma inne spojrzenie na daną sytuację, inny fragment widzi. Na pewno gdzieś się ten subiektywizm siłą rzeczy pojawia. Aczkolwiek, mimo wszystko, ja mam wrażenie, że jest chyba najskuteczniejsza, bo testy, one z kolei też tylko jakiś fragment nam pokazują. Chociaż ja mam takie poczucie, że im oni więcej różnego rodzaju testów robią, też się uczą, jak je robić (wywiad 18).** W procesie oceny niesamodzielności i szacowania potrzeb pomocowych w sposób równorzędny kadra badanych instytucji traktuje wywiad z podopiecznym/klientem/pacjentem. Najczęściej wywiad ma charakter swobodnej rozmowy, która pozwala na nawiązanie kontaktu z podopiecznym i uzyskanie możliwie największego zakresu informacji na temat jego oczekiwań i potrzeb. Rozmowa wstępna z osobą zainteresowaną jest podstawą kwalifikowania do uzyskania pomocy w formie usług opiekuńczych, pobytu w każdej z instytucji pomocowych, nie mniej znaczącą rolę diagnostyczną odgrywa w procesie orzekania o niepełnosprawności. W przypadku środowiskowego domu samopomocy dla osób chorujących psychicznie wstępna rozmowa przebiega według wypracowanego przez placówkę wystandaryzowanego kwestionariusza wywiadu (por. p. 4.2.). Podobnie, w procesie diagno-

stycznym, ustrukturalizowany wywiad „na wejściu” podopiecznego do placówki jest wykorzystywany przez zakład opiekuńczo-leczniczy dla osób chorujących psychicznie. W trakcie wywiadu pytania, na jakie odpowiada osoba starająca się o przyjęcie do placówki, uwzględniają kilka wymiarów jej sytuacji życiowej, w tym są to pytania o jej stan zdrowia, sytuację rodzinną, wsparcie społeczne, jakie otrzymuje, funkcjonowanie w środowisku społecznym czy też zaradność życiową. Przyszły pacjent pytany jest ponadto o motywację i cel, dla których zgłasza się do placówki, o swoje cele życiowe na przyszłość, o posiadane zasoby lokalowe, o zakres czynności dnia codziennego, który samodzielnie wykonuje. Zaletą wywiadu/rozmowy w oparciu o kwestionariusz jest stopień uszczegółowienia pytań i ich weryfikujący charakter. Natomiast wadą wskazaną przede wszystkim przez członków zespołów ds. orzekania o niepełnosprawności może być niekiedy ograniczony stopień wiarygodności osoby, która udziela wywiadu. Z doświadczenia udzielających wywiadu wynika, iż zdarzają się sytuacje, w których osoba ubiegająca się o orzeczenie przekazuje nie zawsze prawdziwe informacje o sobie: *Jeżeli jest ogromna pula osób, które tego wywiadu udzielają w sposób wiarygodny, rzetelny, osoby oczekują wyższego stopnia niepełnosprawności, a zatem ich celem może być, nie mówię że jest, ale może być pokazanie się w świetle korzystniejszym nie w sensie takim, że funkcjonują lepiej, tylko korzystniejszym pod kątem orzeczniczym i zdarzały się również takie przypadki, że osoby przychodziły o kulach a wychodziły bez kul, zapominając tych kul, więc też takie przypadki owszem się zdarzają (wywiad 1).* W sytuacjach budzących wątpliwości członkowie zespołów orzekających mają możliwość weryfikacji wiarygodności przekazywanych informacji, wykorzystując dodatkowo testy czy badania kontrolne.

4.2. Specjalistyczne narzędzia (testy) diagnostyczne wykorzystywane w procesie diagnozy i szacowania potrzeb pomocowych i opiekuńczych

W badanych instytucjach w zróżnicowanym zakresie wykorzystuje się specjalistyczne narzędzia diagnostyczne, które umożliwiają gromadzenie danych o medycznych, psychospołecznych czy też czynnościowych możliwościach i ograniczeniach podopiecznych. Rozbudowana diagnostyka medyczna w oparciu o specjalistyczne, kliniczne testy diagnostyczne obowiązuje tylko w instytucjach służby zdrowia. W większości instytucji udzielających wsparcia – reprezentowanych przez stacjonarne placówki opieki długoterminowej dla osób somatycznie chorych, placówki dziennej i stacjonarnej opieki długoterminowej dla osób niepełnosprawnych intelektualnie i chorych psychicznie – specjalistyczne narzędzia diagnostyczne (testy psychologiczne i psychiatryczne) są wykorzystywane (aczkolwiek w zróżnicowanym zakresie) przez psychologów do oceny stanu zdrowia psychicznego. Podstawę diagnostyki socjalnej stanowi w każdym typie instytucji wywiad środowiskowy. Na potrzeby badania, opis narzędzi wykorzystywanych w procesie diagnozowania niesamodzielnosci i szacowania potrzeb pomocowych i opiekuńczych przypisano do oceny w trzech podstawowych obszarach: zdrowie i sprawność fizyczna, zdrowie psychiczne, sytuacja społeczno-ekonomiczna.

W procesie diagnozowania niesamodzielnosci i szacowania potrzeb pomocowych i opiekuńczych podstawowe dla oceny stanu zdrowia, sprawności fizycznej, zakresu samodzielności i aktywności życiowej jest podmiotowe i przedmiotowe badanie lekarskie. Badanie przedmiotowe oparte jest o testy stosowane w diagnostyce medycznej. Rozbudowany wachlarz narzędzi diagnostycznych służących ocenie stanu zdrowia, zakresu samodzielności, sprawności i aktywności życiowej wykorzystywany jest na oddziałach szpitalnych. Najczęściej w ocenie

samodzielności i aktywności wykorzystywane są cztery skale diagnostyczne, tj. skala Katza (ADL)⁹⁸, skala Lawtona (IADL)⁹⁹, skala Barthel, MMSE („Mini-Mental”)¹⁰⁰. Wymienione skale obligatoryjnie są wykorzystywane na oddziale geriatrycznym w ramach rozbudowanej procedury, tzw. całościowej oceny geriatrycznej (obejmuje ocenę stanu psychicznego, zaburzenia pamięci, depresji). Na oddziale rehabilitacyjnym skale te wykorzystywane są w sposób fakultatywny z uwagi na fakt, iż w zakresie rehabilitacji stacjonarnej ogólnoustrojowej stosowanie ich zgodnie z procedurą NFZ nie jest wymagane. Są zatem: *prowadzone dodatkowo, ale żeby udokumentować niesprawność pacjenta, prowadzone są na początku i na końcu pobytu pacjenta, bo widzimy czy program rehabilitacji był prawidłowo prowadzony i jakie mogą być jeszcze dalsze zalecenia dla pacjenta (wywiad 20)*. Poza tym skale ADL i IADL w sytuacjach wyjątkowych są stosowane w ramach oceny psychologicznej w zespole ds. orzekania o niepełnosprawności: *Czasami ja robiąc badania psychologiczne w zespołach otępiennych dołączam skalę ADL i IADL (wywiad 1)*.

Ponadto na oddziale geriatrycznym w ramach wskazanej procedury wykorzystywane są: skala odżywienia Mini Nutritional, skala WES-13¹⁰¹, test ‘Wstań i Idź’, test rysowania zegara, skala Nortona, skala ogólnej deterioracji GDS¹⁰². *Te ujęte w całościowej ocenie, każda jest do czegoś, każda z nich stosowana pojedynczo nie odpowie, więc powiedzmy jednego takiego narzędzia, które by nam stwierdziło, że pacjent wymaga potrzeby pod kątem samodzielności, byłoby trudno, każde z tych narzędzi spełnia swoją rolę, w kontekście oceny całościowej (wywiad 19)*. Natomiast na oddziale rehabilitacyjnym do oceny stanu zdrowia pacjenta wykorzystuje się ponadto takie narzędzia diagnostyczne, jak: Skala Rankin, Skala Lovetta, Skala VAS. Nie wszystkie wymienione skale są stosowane standardowo łącznie w przypadku każdego pacjenta.

Do oceny sprawności osoby chorej wykorzystywana jest 100 pkt. **skala Barthel**. Skala Barthel jest uznanym przez NFZ narzędziem kwalifikacji do objęcia pacjenta opieką zakładu opiekuńczo-leczniczego, pielęgnacyjno-opiekuńczego lub opieki długoterminowej w warunkach domowych. W przypadku skali Barthel ocenie podlega 10 czynności, tj. spożywanie posiłków,

⁹⁸ **Skala Katza (ADL)** to skala podstawowych czynności życia codziennego związanych z samoobsługą. Służy do oceny zdolności pacjenta w wykonywaniu podstawowych czynności samoobsługowych niezbędnych w życiu codziennym, takich jak: kąpanie się, ubieranie i rozbieranie się, korzystanie z toalety, wstawanie z łóżka i przemieszczanie się na krzesło, jedzenie, kontrolowane wydalanie moczu i stolca. Im mniej punktów pacjent osiąga, tym bardziej dana osoba wymaga pomocy innych w wykonywaniu podstawowych czynności w życiu codziennym. Skala zatem odpowiada na pytanie, czy jest niezbędna pomoc osób trzecich w sytuacjach, kiedy osoba traci zdolność do wykonywania czynności niezbędnych w życiu codziennym. Niezdolność do zaspokojenia tych potrzeb oznacza znaczną niesprawność wymagającą stałej opieki, konieczność opieki instytucjonalnej.

⁹⁹ **Skala Lawtona (IADL)** to skala złożonych, instrumentalnych czynności życia codziennego, których wykonywanie jest konieczne do dalszego pozostawania w środowisku domowym. Jest wykorzystywana do oceny samodzielności pacjenta w wykonywaniu takich czynności, jak: umiejętność korzystania z telefonu, orientacja w przestrzeni, radzenie sobie ze zrobieniem zakupów, przygotowywanie posiłków, wykonywanie prac domowych, majsterkowanie, pranie, przyjmowanie leków i gospodarowanie pieniędzmi, pisanie, czytanie, chodzenie po schodach, sprzątanie, przygotowywanie posiłków, samodzielne wychodzenie z domu, korzystanie ze środków transportu.

¹⁰⁰ **MMS** – skala oceny funkcji poznawczych pacjenta. Może być stosowana przez lekarza, w odróżnieniu od specjalistycznych grup testów neuropsychologicznych zarezerwowanych do użytku i interpretacji przez psychologa z odpowiednim przygotowaniem. Wykonanie badania testem trwa około 5 minut. Najczęściej używany jest w praktyce lekarza ogólnego, neurologa i psychiatry.

¹⁰¹ Skala jest takim testem przesiewowym, pokazuje, czy pacjent powinien mieć zrobioną całościową, rozbudowaną ocenę geriatryczną (wywiad 19).

¹⁰² W całościowej ocenie geriatrycznej w procesie diagnostycznym wykorzystuje się także badania laboratoryjne (np. stężenie albumin, stężenie witaminy B12, sód, poziom hemoglobiny).

przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie, utrzymywanie higieny osobistej, korzystanie z toalety, mycie i kąpiel całego ciała, poruszanie się po płaskich powierzchniach, wchodzenie i schodzenie po schodach, ubieranie się i rozbieranie, kontrolowanie zwieracza odbytu, kontrolowanie zwieracza pęcherza moczowego. Zakres samodzielności pacjenta w ramach każdej z wymienionych czynności oceniany jest w skali od 0 do 10 punktów. 0 punktów oznacza brak samodzielności osoby, 10 pkt jej samodzielność, uzyskanie 5 pkt oznacza, iż osoba wymaga pomocy. Zgodnie z obowiązującą procedurą NFZ pacjent, który uzyskuje w ocenie poniżej 40 pkt, jest osobą niesamodzielną, wymagającą pomocy ze strony innych, w tym przypadku pobyt pacjenta w zakładzie opiekuńczo-leczniczym może zostać sfinansowany z funduszy publicznych¹⁰³.

W instytucjach świadczących wsparcie, skala Barthel zastosowana zostaje w sposób obligatoryjny w domach pomocy społecznej dla osób somatycznie chorych tylko jeden raz, „na wejściu” podopiecznego do placówki: *Robimy to tylko dla siebie, robimy to dla ułatwienia (wywiad 10)*. Skala Barthel, która mówi nam o kondycji zarówno psychicznej, jak i fizycznej, ale przede wszystkim fizycznej, która uświadamia nam to, czy mieszkaniec potrafi nam się przemieszczać, czy to przemieszczanie jest tylko w obrębie pokoju, czy może się przemieszczać na większych przestrzeniach, czy jest w stanie samodzielnie spożyć posiłek, czy jest w stanie sam utrzymać higienę osobistą, czy umie się poruszać po powierzchniach płaskich, wchodzić samodzielnie po schodach, ubierać się, rozbierać oraz kontrolować swoje potrzeby biologiczne (wywiad 9.1.). Obligatoryjnie, w sposób systematyczny jest wykorzystywana w zakładzie opiekuńczo leczniczym dla osób chorych somatycznie. Ponadto w placówce systematycznie wykorzystywana jest skala Nortona¹⁰⁴. Jak wynika z wypowiedzi członka zespołu ds. orzekania o niepełnosprawności: *Pojawiła się propozycja, żeby wprowadzić skalę Barthel do orzecznictwa, natomiast nie mamy jej (wywiad 1)*.

A zatem, diagnoza lekarska odgrywa kluczową rolę w procesie diagnozowania niesamodzielnności. Specjalistyczne badania lekarskie, których wyniki odzwierciedlają dokumenty medyczne, stanowią tym samym dla kadry instytucji wspierających podstawowe źródło wiedzy na temat ograniczeń doświadczanych przez pacjenta, niezbędnej do tego, aby adekwatnie szacować potrzeby opiekuńcze i pomocowe. Rolę badań lekarskich w sposób szczególnie wyartykułowały wypowiedzi członków zespołu ds. orzekania o niepełnosprawności, dla których przedmiotowe i podmiotowe badanie lekarskie stanowi najbardziej wiarygodne źródło oceny zakresu niesamodzielnności osób ubiegających się o orzeczenie: *Jeżeli mamy pełną dokumentację i widzimy co pisał lekarz prowadzący i jest badanie naszego lekarza, jest to do zweryfikowania, widać też niespójności w wywiadzie (wywiad 1)*.

Pracownicy instytucji wykorzystujący skalę Barthel oceniają wymienione narzędzie nie tylko jako przydatne i skuteczne w ocenie niesamodzielnności podopiecznych, ale również efektywne z punktu widzenia projektowanych działań leczniczych czy opiekuńczych: *Ze skali widzimy czy pacjent adaptuje się w tym miejscu, bo czasami my możemy dużo, ale pacjent jest niechętny i zamknięty, to są takie najmocniejsze strony, czy osiągnęliśmy zamierzony cel, czy idziemy w dobrą stronę, czy pacjent wymaga innych specjalistów, wtedy są wzywani najczęściej psychiatra, jeżeli widzimy, że stan pacjenta pogorszył się i mamy pacjenta, który sam jadł, a przestaje nam jeść, przestaje się odzywać, przestaje reagować, wykonywać jakiegokolwiek polecenia, najczęściej leżałby w łóżku, nie chce mu się chodzić, wówczas w ocenie w skali Barthel pogorszył się stan i wówczas jest to wskazanie, żeby poprosić o konsultację psychologiczną, psychiatryczną (wywiad 4)*. Przydatna jest także skala Nortona, aczkolwiek w ocenie przedstawiciela zakładu opiekuńczo-leczniczego słabą stroną tego narzędzia jest jego ogólność. Dlatego z punktu widzenia

¹⁰³ Osoba, która w ocenie skali Barthel uzyskuje od 86 do 100 punktów, jest osobą „lekko niesprawną”, w przedziale od 21 do 85 punktów oznacza, iż jej stan jest „średnio ciężki”, do 20 punktów – ciężki.

¹⁰⁴ Skala Nortona ocenia możliwości wystąpienia odleżyn ze względu na ograniczoną ruchomość pacjenta.

procesu diagnostycznego byłoby korzystne wypracowanie bardziej szczegółowego narzędzia w zakresie monitorowania odleżyn: *Wydaje mi się, że jest to skala zbyt ogólna, że wymaga ona dopracowania, bo jeżeli ktoś weźmie dokument i popatrzy jak ta zmiana się rozwijała, to jest tam za mało informacji dotyczących samej rany (wywiad 4).*

Zróznicowany jest także zakres wykorzystywania w procesie diagnozowania niesamodzielności specjalistycznych narzędzi diagnostycznych służących ocenie stanu zdrowia psychicznego, sprawności umysłowej i zaburzeń funkcji poznawczych oraz występowania depresji. Podobnie jak w przypadku oceny kondycji fizycznej, najszerszy zakres narzędzi oceniających funkcje poznawcze, orientację, pamięć, koncentrację, zapamiętywanie, funkcje językowe, jakościowe zaburzenia świadomości (np. skale MMSE, CAM, DOS, VES-13¹⁰⁵, test rysowania zegara, skala oceny depresji, ocena stanu odżywienia – MNA, skala oszacowania ryzyka upadków 'Wstań i idź' obowiązuje w procedurze oceny geriatrycznej.

W większości instytucji udzielających wsparcia wykorzystuje się specjalistyczne testy psychologiczne rekomendowane przez Polskie Towarzystwo Psychologiczne. Należy wyraźnie podkreślić, iż ich dobór, w każdym typie placówki, wyznacza indywidualna decyzja psychologa, który uzależnia swój wybór od indywidualnych potrzeb podopiecznych, ich wieku. Bardzo często ważnym czynnikiem warunkującym jego decyzje są możliwości finansowe placówki: *Nie ma tak naprawdę jakiegoś wymogu odgórnego jakie testy należy stosować i dlatego stosowane są te, które są dostępne i możliwe do zdobycia (wywiad 10)*¹⁰⁶.

Pomimo iż w ocenie przedstawicieli instytucji orzekających/świadczących wsparcie dorosłym osobom niesamodzielnym wykorzystywanie specjalistycznych narzędzi diagnostycznych (testów psychologicznych) umożliwia ocenę funkcjonowania osób w populacji w podobnym wieku, to w instytucjach świadczących wsparcie narzędzia te stosowane są najczęściej fakultatywnie („na wejściu” podopiecznego do placówki, niekiedy w sytuacji wyraźnie zidentyfikowanych potrzeb w trakcie jego pobytu w placówce). A zatem wykorzystywania przez specjalistów (psychologów, psychoterapeutów) specjalistycznych technik i narzędzi diagnostycznych nie regulują obligatoryjnie stosowane przez instytucje procedury. Sytuacja taka wydaje się wynikać z dwóch zasadniczych przyczyn. Po pierwsze dlatego, że w ocenie kadry tychże instytucji brakuje wystarczającej oferty dobrze opracowanych pod względem psychometrycznym narzędzi diagnostycznych, które byłyby dostosowane do specyfiki i potrzeb podopiecznych poszczególnych typów instytucji pomocowych wspierających dorosłe osoby niesamodzielne¹⁰⁷. Po drugie, na co zwrócili uwagę pracownicy domu pomocy społecznej dla osób chorujących somatycznie, aktualnie obowiązujące regulacje prawne nie wskazują w sposób jednoznaczny na konieczność wykorzystywania specjalistycznych narzędzi diagnostycznych: *Nie ma narzędzi dostosowanych typowo do pracy w domach pomocy społecznej, ponieważ nie ma obowiązku zatrudniania psychologa w domach pomocy społecznej, jest tylko zapisane bardzo enigmatycznie, że należy mieszkańcom umożliwić kontakt z psychologiem, umożliwienie kontaktu z psychologiem może*

¹⁰⁵ Badanie kwestionariuszowe oparte na samoocenie stanu zdrowia i możliwościach wykonywania codziennych czynności, wynik punktowy zależy od stopnia samodzielności w codziennych czynnościach.

¹⁰⁶ Np. w jednym z domów pomocy społecznej dla osób chorych somatycznie do oceny stanu sprawności umysłowej, zaburzeń funkcji poznawczych i stopnia otępienia wykorzystuje się dość szeroki wachlarz narzędzi diagnostycznych. Są to: Test WAIS-R (pomiar inteligencji ogólnej), Test Pamięci Wzrokowej Bentona (bada pamięć i percepcję wzrokową), Kolorowy Test Połączeń (CTT) (bada procesy uwagi i funkcje wykonawcze), Kalifornijski Test Uczenia się Językowego (CBVLT) (służy do pomiaru zdolności uczenia się i zapamiętywania materiału werbalnego), Test Płynności Figuralnej Ruffa (RFFT) (służy do pomiaru płynności niewerbalnej), Krótka Skala Oceny Stanu Umysłowego (MMSE) (ocenia poziom sprawności umysłowej i poszczególnych domen poznawczych), Skala CDR – Kwestionariusz Klinicznej Oceny Stopnia Otępienia.

¹⁰⁷ Zdaniem badanych brakuje odpowiednich narzędzi do oceny logopedycznej: *Najbliższą sytuacją ma logopeda, dlatego, że to w logopedii nie ma narzędzi dla osób dorosłych. I to jest tak, że logopeda sobie z różnych testów wybrał to, co dla niego jest najbardziej konieczne, co jej jest do pracy potrzebne (wywiad 9).*

polegać na tym, że dwóch podopiecznych w kwartale zawieziemy do poradni psychologicznej i ten punkt wymogów w stosunku do domu pomocy społecznej zostanie spełniony. My uważaliśmy, że bardzo istotne jest to, żeby wspierać procesy adaptacyjne i jak gdyby czuwać nad tym stanem psychicznym mieszkańców, stąd u nas jest dwóch psychologów nawet, ale to jest takie trochę ponadstandardowe zatrudnienie, ale w związku z tym, że jest to tak określone w prawie, to nie ma też jak gdyby parcia na to, żeby wystandaryzować narzędzia dla domów pomocy społecznej (wywiad 10). W konsekwencji **pracownicy instytucji pomocowych nie dostrzegają potrzeby stosowania w procedurze diagnostycznej rozbudowanych, wystandaryzowanych, sformalizowanych narzędzi, a obserwacja pozostaje podstawową metodą oceny potrzeb pomocowych**: Nie widzieliśmy potrzeb wystandaryzowania tego w jakiś sposób, żeby o mieszkańcu mówiły nam wskaźniki i cyfry, my na tyle dobrze znając swoich podopiecznych, że spotykając się i oceniając go cały czas, nie potrzebujemy takich instrumentów (wywiad 10).

Podkreślenia wymagają wypowiedzi kadry instytucji udzielających wsparcia osobom niepełnosprawnym intelektualnie i chorującym psychicznie, świadczące o tym, iż aktualnie dostępne narzędzia oceny tych kategorii osób niepełnosprawnych nie są w pełni adekwatne do potrzeb, przede wszystkim dlatego, że nie diagnozują realnych kompetencji tych osób. Taka nieadekwatność narzędzi wybrzmiała między innymi w poniższej wypowiedzi jednego z psychologów klinicznych: *Kryteria oceny czasami są mało ostre, trudno zróżnicowane nawet na poziomie logicznym, a z uwagi na możliwość obniżonej sprawności intelektualnej, te osoby nierzadko są bezkrytyczne, przypisują sobie różne umiejętności, choć to też jest diagnostyczne. Zresztą podobnie jak i najbardziej szlachetne narzędzie kliniczne czyli **test MMPI**, to jest tylko narzędzie opisowe, czyli tak naprawdę to jest swobodna projekcja osoby badanej na swój temat. To nie znaczy jak ktoś nie osiąga wskaźników schizofrenii w teście MMPI, że jest zdrowy, to znaczy tylko tyle że nie ma wglądu, albo nie ma poczucia choroby, **ale to mój autorski komentarz** (wywiad 7).* W konsekwencji specjaliści pracujący w instytucjach wspierających osoby niepełnosprawne intelektualnie także nie dostrzegają ani potrzeby, ani korzyści wynikających z oparcia procesu oceny funkcjonowania swoich podopiecznych o specjalistyczne narzędzia psychometryczne. Oczywiście tak realizowany proces oceny w bardzo dużym stopniu pozostaje uzależniony od poziomu kompetencji kadry (co może być problematyczne w przypadku ich braku): **w dużej części to jednak my mamy obowiązek rzetelnej oceny, a nie chować się za jakimś arkuszem** (wywiad 7). A zatem, pomimo iż specjaliści zatrudnieni w instytucjach dysponują pewnym (zróżnicowanym) katalogiem klinicznych narzędzi diagnostycznych, ich wykorzystanie warunkuje jedynie potrzeba uaktualnienia dokumentacji medycznej podopiecznego dla celów orzeczniczych lub ujawniające się na tyle wyraźnie deficyty podopiecznych, że wymagają pogłębionego rozpoznania warunkujących je przyczyn¹⁰⁸. W konsekwencji, jak wskazują wypowiedzi kadry tychże instytucji, podstawowe źródło wiedzy na temat podopiecznych stanowi diagnoza lekarska, z jaką do placówki trafiają podopieczni, a w trakcie pobytu podopiecznego w placówce cały proces oceny opiera się na obserwacji i rozmowie: *Choroba psychiczna jest naprawdę specyficzną chorobą. Nie poddaje się takim badaniom jednoznaczny. Czyli nie ma tu prześwietlenia, że tak, to na pewno to, więc opieramy, tak jak i lekarz psychiatra opiera się, przede wszystkim na rozmowie. To jest podstawowe narzędzie, które jakoś tutaj weryfikuje nam w jakim stanie jest podopieczny i jak mamy z nim pracować, co dla niego jest ważne, a co nie (wywiad 6). **Obraz choroby psychicznej charakteryzuje duża dynamika. To też może wymuszać na zespole jednak większą kreatywność. Zwłaszcza, że naprawdę poziom aktywności uczestników w ogromnej części, jest warunkowany jest stanem ich psychicznym, a przecież to są osoby, które mają ogrom chorób***

¹⁰⁸ W jednej z placówek dla osób niepełnosprawnych intelektualnie i psychicznie wykorzystywany jest w zależności od potrzeb Test WAIS Wechslera do szacowania ilorazu inteligencji dla dorosłych, Test Gerbera-Ganza, który szacuje zaradność życiową, oraz Skala Depresji Becka.

współtowarzyszących, bo to są cukrzyce, nadciśnienie, osteoporozy, epilepsje itd. Szereg dodatkowych chorób współtowarzyszących, to skutkuje tym, że osoba ma mniejszą wydolność, potrzebuje oddechu (wywiad 7).

W procesie diagnozowania niesamodzielności i szacowania potrzeb pomocowych i opiekuńczych podstawowym narzędziem oceny sytuacji społeczno-ekonomicznej i socjalnej jest wywiad środowiskowy. W ocenie pracownika socjalnego: *Wywiad środowiskowy jest po prostu narzędziem w takim sensie, że jest to jakiś schemat pytań, według którego musimy wywiad przeprowadzać, ale tak naprawdę to jest to tylko druk, na którym my nanosimy informacje, które sami wyciągnęliśmy podczas rozmowy, analizując dokumentację medyczną czy rozmawiając z otoczeniem (wywiad 14).*

Warto w tym miejscu podkreślić, że wywiad środowiskowy, do którego często odwoływali się respondenci, jest narzędziem bardzo ściśle standaryzowanym przez ustawodawcę w zakresie zawartości merytorycznej (pytań) oraz procedur przeprowadzania¹⁰⁹. Zawiera pytania o niepełnosprawność, jednak pytanie o wynikające z niej ograniczenia funkcjonalne ma charakter otwarty. Pracownik socjalny musi więc odwoływać się w swojej ocenie do innych źródeł lub intuicji.

Podsumowując informacje dotyczące stosowanych narzędzi diagnostycznych, warto wskazać na zestawienie porównawcze najpopularniejszych narzędzi oceny poziomu funkcjonalnego w zakresie podstawowych czynności życiowych, także w zestawieniu z obszarami (nie)samodzielności ocenianymi w opisanym wcześniej procesie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności. Zestawienie to przedstawia Tabela 4.2. z załączników. Warto zwrócić uwagę na podobieństwa, ale także brak całkowitego pokrywania się wytypowanych do diagnozy obszarów.

4.3. Narzędzia diagnostyczne oceny niesamodzielności wypracowane przez instytucje udzielające wsparcia dorosłym osobom niesamodzielnym

Podkreślenia wymaga fakt, iż w procesie diagnozowania niesamodzielności i szacowania potrzeb pomocowych – w przypadku trzech instytucji wspierających osoby niepełnosprawne – wykorzystuje się narzędzia diagnostyczne opracowane przez zespoły specjalistów. Nie wynika to tylko z rozbieżności kryteriów i narzędzi przedstawionych w poprzednim rozdziale, ale także pogłębienia diagnozy ogólnej, w celu dopasowania właściwego profilu spersonalizowanych, dopasowanych do indywidualnych potrzeb konkretnych działań pomocowych.

Spójny, uporządkowany według przyjętych obszarów diagnostycznych pakiet narzędzi wspomagających proces rozpoznawania zasobów osób niepełnosprawnych intelektualnie wykorzystują warsztaty terapii zajęciowej PSOUU (Polskie Stowarzyszenie Na Rzecz Osób z Upośledzeniem Umysłowym). Na pakiet ten składają się kwestionariusze: Diagnoza Funkcjonalna i Ocena Sprawności Ruchowej (załącznik 4.3.1.), Indywidualny Plan Działania (załącznik 4.3.2.), Ocena Postępów Rehabilitacji Ogólnej (załącznik 4.3.3.), Ocena Postępów Rehabilitacji Zawodowej (załącznik 4.3.4.), Indywidualne Efekty Rehabilitacji (załącznik 4.3.5.), Kryteria Oceny Punktowej (załącznik 4.3.6.), a ponadto Dziennik Zajęć Terapeutycznych, Karta Diagnozy i Terapii, Karta Praktyk/Staży Zawodowych (załącznik 4.3.7.). Obszary diagnostyczne, jakie w ramach wymienionych kwestionariuszy zostały wyodrębnione, odnoszą się do ośmiu kategorii oceny uwzględniających kolejno: ogólny stan zdrowia, higienę osobistą, czynności życia codziennego i ogólną zaradność, sprawność motoryczną, sferę intelektualną, sferę społeczną, sferę emocjo-

¹⁰⁹ Rozporządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 sierpnia 2016 r. w sprawie rodzinnego wywiadu środowiskowego (Dziennik Ustaw z 2016 r., poz. 1406, z dnia 6 września 2016 r.).

nalno-motywacyjną, dojrzałość i umiejętności zawodowe. Wykorzystując opracowany pakiet narzędzi, w przypadku każdej wyodrębnionej kategorii oceny, kadra placówki ma możliwość rozpoznać zakres umiejętności i kompetencji posiadanych przez podopiecznych, zaprojektować niezbędne w procesie wsparcia formy działań medycznych i rehabilitacyjnych, a następnie sprawdzić i ocenić dynamikę wzrostu postępów każdego uczestnika warsztatu¹¹⁰. Warto ponadto pokreślić, iż ocena dokonywana jest zgodnie z przyjętymi kryteriami wystandaryzowanej skali punktowej od 0 do 10, gdzie 0 wskazuje na ocenę negatywną, co oznacza, że uczestnik warsztatu z uwagi na całkowity brak opanowania konkretnej sprawności czy umiejętności funkcjonuje w środowisku tylko dzięki pełnej pomocy i wsparciu w zaspokajaniu potrzeb ze strony innych. Natomiast uzyskanie przez osobę 10 punktów oznacza, że jest ona samodzielna i w codziennych czynnościach życiowych wykazuje się zaradnością, a jej funkcjonowanie w środowisku wymaga jedynie kontroli.

Proces diagnostyczny w oparciu o samodzielnie opracowane narzędzia realizowany jest także przez środowiskowy dom samopomocy dla osób chorujących psychicznie TPN (Towarzystwo Przyjaciół Niepełnosprawnych). W przypadku tej instytucji, w ocenie niesamodzielności podopiecznych wykorzystuje się zestaw narzędzi diagnostyczno-oceniająco-projektujących zakres indywidualnego wsparcia oferowanego podopiecznym. Pierwsze z narzędzi (załącznik 4.3.8.), wypełniane przez terapeutę oraz lekarza psychiatrę (konsultanta środowiskowego domu samopomocy), umożliwia zebranie podstawowych danych osobowych oraz informacji na temat statusu prawnego uczestnika ŚDS objętego psychiatryczną opieką środowiskową, informacji na temat jego sytuacji rodzinnej, ważnych w przebiegu jego życia wydarzeń biograficznych, w tym związanych z karierą edukacyjną i zawodową. Kwestionariusz ten służy także ocenie jego stanu zdrowia, deficytów i zasobów w zakresie funkcjonowania codziennego. W tym aspekcie uwzględnia między innymi rozpoznanie choroby, jej objawy, w tym te świadczące o pogorszeniu się stanu zdrowia psychicznego, hospitalizacje, jakość remisji, próby samobójcze czy też nadużywanie środków psychoaktywnych. Jak stwierdza pracownik placówki: *I tutaj są faktycz-*

¹¹⁰ Taki proces diagnozy, planowania form działań rehabilitacyjnych oraz oceny osiągniętych w ich wyniku efektów uwzględnia: w zakresie higieny osobistej podstawowe czynności samoobsługowe, tj. mycie się, dbałość o schludny wygląd, czystość ciała i odzieży; w zakresie czynności życia codziennego: 1. czynności samoobsługowe w zakresie ubierania się, jedzenia i przygotowania prostych posiłków, trening ekonomiczny, dokonywanie zakupów, utrzymanie porządku w najbliższym otoczeniu, orientację i przemieszczanie się środkami komunikacji miejskiej, orientacja w elementarnych zasadach życia codziennego (związanych z chorobą, obowiązkami, zagrożeniami), 2. sprawność motoryczną, w tym sprawność manualną, ruchową, koordynację wzrokowo-ruchową, umiejętność przemieszczania się; w sferze intelektualnej zakres takich kompetencji, jak: uwaga, koncentracja, spostrzeganie, posługiwanie się pojęciami, rozwój zainteresowań, pasji, hobby; w sferze społecznej: umiejętność komunikowania się, współżycia w grupie, nawiązywania więzi, przyjaźni, umiejętność odpowiedniego zachowania się w miejscach publicznych, przestrzeganie zasad społecznych, umiejętność odpowiedzialności za siebie, mienie, realizację przydzielonych zadań, współdziałanie z terapeutami, umiejętność podporządkowania się i realizacji poleceń, umiejętność podejmowania decyzji, dysponowania pieniędzmi, planowania wydatków; w sferze emocjonalno-motywacyjnej takie cechy, jak: równowaga emocjonalna – odporność na frustrację, adekwatność okazywania emocji do sytuacji, aktywność podczas zajęć, motywacja do pracy, poczucie własnej wartości; w obszarze dojrzałości i umiejętności zawodowych: rozumienie otrzymywanych poleceń, dokładność wykonywania zadań, pracowitość, wytrwałość, kreatywność, dyscyplina pracy, przestrzeganie regulaminu WTZ, przestrzeganie zasad BHP i dbanie o własne bezpieczeństwo; w obszarze współpracy z rodziną i opiekunami: przekazywanie informacji, integracja społeczna, wsparcie w sytuacjach kryzysowych, wsparcie psychologiczno-terapeutyczne, trening mieszkaniowy i zawodowy. Ponadto kwestionariusz Ocena Sprawności Ruchowej uwzględnia ocenę sposobu pionizacji, postawę (obowiązuje karta oceny postawy ciała), umiejętności: wchodzenia na sprząty, wschodzenia po schodach, dynamiki i koordynacji ciała w czasie biegu, skoki, kucanie, rzuty i chwyt piłką, utrzymywanie równowagi, koordynację ruchową, sprawność manualną, samoobsługę w zakresie jedzenia i czynności higienicznych, ubieranie i rozbieranie).

nie sformalizowane, dla wszystkich zadawane takie same pytania odnośnie takiego funkcjonowania codziennego. Zadajemy je bezpośrednio naszemu podopiecznemu, jak on się ocenia i jak on uważa – czy np. samodzielnie robi zakupy, takie proste pytanie, czy samodzielnie załatwia sprawy urzędowe albo czy potrafi ugotować, a jeżeli potrafi, to co. I to jest skrętnie zapisywane. W tym dokumencie jest jakby taki obszar, który uzupełnia psycholog na podstawie już obserwacji, takiej indywidualnej analizy. Często jest tak, że podopieczny przychodzi mówi, że tak, świetnie dba o higienę osobistą, codziennie kąpie się, myje zęby, a osoba, która robi to badanie widzi zupełnie coś innego. Tak, że wpisuje oczywiście to, co osoba powiedziała, ale ma też tutaj taki obszar, gdzie z własnych obserwacji może zrobić też adnotację. Tutaj ta różnica wychodzi nam bardzo jasno, pomimo że osoby jeszcze nie znamy (wywiad 6). Dwa kolejne opracowane i wykorzystywane przez środowiskowy dom samopomocy narzędzia diagnostyczne stanowią: Ocena Deficytów i Zasobów Uczestnika ŚDS (załącznik 4.3.9.) oraz Diagnoza Sytuacji Socjalno-Bytowej Uczestnika Środowiskowego Domu Samopomocy (załącznik 4.3.10.). Pierwszy jest przygotowany przez psychologa, drugi przez pracownika socjalnego, oba służą zebraniu informacji niezbędnych do właściwego skonstruowania celów postępowania wspierająco-aktywizującego. Poszczególne części kwestionariuszy diagnostycznych umożliwiają rozpoznanie motywacji i oczekiwań podopiecznych związanych z ich pobytem w placówce, posiadanych umiejętności, zakresu samodzielności w obszarze codziennego funkcjonowania¹¹¹, umiejętności interpersonalnych, spędzania czasu wolnego, aktywności fizycznej, sytuacji rodzinnej, dochodowej, mieszkaniowej i zawodowej, a także zgłaszanych przez uczestnika problemów socjalnych i bytowych. Tym samym zidentyfikowane w ten sposób charakterystyki doświadczanych przez osoby niepełnosprawne ograniczeń wyznaczają z kolei niezbędny zakres wsparcia ujęty w Indywidualnym Planie Postępowania Wspierająco-Aktywizującego (załącznik 4.3.11.). Ewaluacji, ocenie osiągniętych efektów działań służy kolejny, ostatni już opracowany przez placówkę kwestionariusz, tj. Karta Ewaluacyjna IPPW-A (załącznik 4.3.12.).

W przypadku Fundacji Aktywnej Rehabilitacji, wspierającej osoby niepełnosprawne ruchowo (głównie z uszkodzonym rdzeniem kręgowym), narzędziem diagnostycznym jest Indywidualny Profil Funkcjonalny (kategorialny) opracowany na podstawie szczegółowych celów oceny jakości życia i funkcjonowania wskazywanych w ramach ICF (Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia). Fundacja, realizując kompleksowe programy aktywizacji społecznej i zawodowej osób poruszających się na wózku inwalidzkim, dla celów diagnostycznych opracowała zestaw kategorii ważnych z punktu widzenia potrzeb tej grupy osób niepełnosprawnych, oceniający ich poziom umiejętności i sprawności funkcjonowania. Na podstawie tak poprowadzonej oceny przygotowywane są Indywidualne Plany Działania, które określają rodzaj, zakres oraz formy kompleksowego wsparcia, jakie w ramach działań mających na celu nabycie lub podniesienie umiejętności w różnych obszarach życia zostają zaproponowane osobie niepełnosprawnej ruchowo (załącznik 4.3.13.).

¹¹¹ Uczestnik dokonuje samooceny, czy takie czynności jak wstawanie i kładzenie się do łóżka, utrzymywanie higieny ciała, ubieranie się, utrzymywanie porządku w mieszkaniu, przygotowanie prostych posiłków, gotowanie, pranie, robienie zakupów, branie leków, przemieszczanie się środkami transportu publicznego, gospodarowanie własnymi finansami, załatwianie spraw urzędowych, regulowanie opłat za czynsz, gaz, telefon, pisanie i wysyłanie korespondencji urzędowej i prywatnej potrafi wykonać sam zawsze, czasami lub nigdy.

4.4. Ocena jakości – trafności i adekwatności wykorzystywanych metod, technik i narzędzi diagnostycznych

Badani poproszeni o ocenę trafności i adekwatności wykorzystywanych metod, technik i narzędzi diagnostycznych z punktu widzenia diagnozy niesamodzielności i szacowania potrzeb pomocowych i opiekuńczych w większości stwierdzili, że proces diagnostyczny realizowany w oparciu o dostępne im metody i narzędzia diagnostyczne pozwala w sposób trafny rozpoznać i adekwatnie do potrzeb oszacować zakres indywidualnego wsparcia: *Większych błędów w ocenie to nam się nie zdarzyło zrobić (wywiad 7)*. Co więcej, niemal wszyscy badani zgodnie artykułują, iż nie ma potrzeby dokonywania w tym zakresie znaczących zmian: *Tak, jest wystarczający, optymalny, jeżeli się dobrze wykona swoją pracę na tym poziomie, to jest optymalny, nie potrzeba nic ulepszać (wywiad 2)*. W ocenie pracowników domów pomocy społecznej: *Na nasze potrzeby uważam, że nasze narzędzia są optymalne. One pozwalają oszacować poziom potrzeb naszych podopiecznych. Wszystkie te narzędzia, zresztą same je tworzymy, ale najlepszym narzędziem jest nasza długoletnia praca i doświadczenie, gdzie po tylu latach pracy, nawet zwykła rozmowa z podopiecznym potrafi nam bardzo dużo powiedzieć na jego temat. I taka metoda obserwacji (wywiad 9)*. Podobna opinia wybrzmiewa z wypowiedzi pracowników socjalnych: *Mnie się wydaje, że one są wystarczające, że my dość dokładnie określamy potrzeby, jakie ma pacjent, niestety nasza ocena nijak ma się czasami do realizacji tych potrzeb, zazwyczaj nie jest tak, niestety godziny usług opiekuńczych, które my ocenilibyśmy, że są potrzebne w danym środowisku, często nie są przyznawane (wywiad 14)*. Równie jednoznaczne opinie artykułują przedstawiciele środowiskowych domów samopomocy: *Te metody pozwalają na adekwatną diagnozę. Mamy dosyć duże doświadczenie i prawda jest taka, że jeżeli poznamy osobę, która do nas trafia, jest naszym uczestnikiem, widzimy tą osobę codziennie, namacalnie, naocznie i wiemy jak ona funkcjonuje, nie tylko to, co nam powie, albo, co powie nam ktoś z rodziny, możemy ją obserwować przy treningu np. kulinarnym (wywiad 6)*.

O tym zaś, że proces diagnostyczny pozwala trafnie oceniać i szacować potrzeby, świadczą sami podopieczni, którzy usamodzielnili się na tyle, że kontynuowanie terapii staje się niepotrzebne, którzy tak jak w przypadku podopiecznych środowiskowego domu samopomocy dla osób niepełnosprawnych intelektualnie i chorujących psychicznie odbierają placówkę jako miejsce dla siebie przyjazne, wielokrotnie odkrywają własne talenty artystyczne, a odnajdując się np. w realiach pracy artystycznej, odnoszą liczne sukcesy. O trafności diagnozy i wynikającej z niej adekwatności wsparcia w placówkach wspierających osoby niepełnosprawne intelektualnie i chorujące psychicznie świadczą także *zwrotne informacje ze strony rodzin*, które obserwując zachowanie swoich bliskich dostrzegają te umiejętności, które oni, nabywając w placówce, wykorzystują potem w miejscu zamieszkania (np. umiejętność planowania spędzenia czasu wolnego czy zaangażowanie w sprawy domu). *To są takie rzeczy, które jakby pokazują, że ten kierunek był właściwy. Ja powtarzam w dużej części to dla nas, w tym takim docelowym zakresie to jest możliwość zaktywizowania tych osób (wywiad 7)*.

5. PROBLEMY UTRUDNIAJĄCE TRAFNY PROCES DIAGNOZY NIESAMODZIELNOŚCI I SZACOWANIA POTRZEB POMOCOWYCH I OPIEKUŃCZYCH ORAZ PROPOZYCJE SPOSOBÓW ICH PRZEZWYCIĘŻANIA

Badani zostali poproszeni o wskazanie głównych barier i ograniczeń, pojawiających się w ramach realizowanych przez nich działań związanych z diagnozowaniem niesamodzielności i szacowaniem potrzeb pomocowych i opiekuńczych. Na podstawie ich wypowiedzi można stwierdzić, że w poszczególnych instytucjach utrudnienia mają różny charakter, pojawiają się w różnych fazach diagnozy i wynikają z odmiennych przyczyn. Dotyczą one m.in. ram czasowych przewidzianych na diagnozę, sposobu dokumentowania procesu diagnostycznego, narzędzi pozwalających na dokonywanie trafnego rozpoznania problemów i potrzeb osoby zgłaszającej się po pomoc, sposobu współpracy między różnymi instytucjami zaangażowanymi w ten proces, postawy samego diagnozowanego oraz postaw i zachowań członków jego najbliższego otoczenia, jak i w końcu braków kadrowych skutkujących nadmiernym obciążeniem obowiązkami osób dokonujących diagnozy.

Przystępując do szczegółowej prezentacji i analizy informacji uzyskanych od badanych przedstawiciele instytucji orzekających i świadczących wsparcie dorosłym osobom niesamodzielnym, należy wyraźnie podkreślić, iż mimo że w oparciu o ich opinie i opisy udało się zidentyfikować szereg zjawisk utrudniających diagnozowanie niesamodzielności i szacowanie potrzeb pomocowych i opiekuńczych, to jednak wszyscy badani uważają, że personel instytucji, w których pracują, dobrze sobie radzi z rozpoznaniem problemów i potrzeb osób, które się do nich zgłaszają. Wszyscy badani oceniają sposób diagnozowania niesamodzielności realizowany w ich miejscu pracy jako efektywny i pozwalający adekwatnie ocenić zapotrzebowanie pacjenta/podopiecznego/klienta na usługi pielęgnacyjne, rehabilitacyjne, opiekuńcze itp. Na efektywność prowadzonego procesu składa się, według badanych, wypracowana w ich ośrodku i konsekwentnie stosowana procedura postępowania, w tym wykorzystywane metody, techniki, narzędzia oraz kompetencje i przede wszystkim doświadczenie zatrudnionej kadry.

Ewentualne trudności lokowane są zatem nie tyle w ramach samego etapu diagnozowania i szacowania potrzeb, ile raczej w dostosowaniu do przeprowadzonego rozpoznania adekwatnych działań pomocowych. Wypowiedzi na ten temat pojawiły się w rozmowach z pracownikami ośrodków pomocy społecznej (np. wywiad 14) oraz domów opieki społecznej (np. wywiad 10): *Uważam, że jeśli chodzi o diagnozę, to my sobie świetnie z tym radzimy, z diagnozowaniem różnych sytuacji, potrzeb, zasobów pacjenta, natomiast nie możemy adekwatnie odpowiedzieć szybko na te potrzeby (wywiad14). Diagnozowanie nie jest problemem, z diagnozowaniem naprawdę my sobie radzimy i tutaj potrafimy rozróżnić potrzeby, potrzeby wynikające z jakiś tam np. zaburzeń psychicznych, z tym naprawdę nie ma problemu, natomiast problem jest później, z adekwatną odpowiedzią, żeby on w większym stopniu odpowiadał niż w tej chwili (...) jest najwyższym problemem z zaoferowaniem takiego zakresu usług, który byłby w pełni satysfakcjonujący dla podopiecznego. My staramy się odpowiadać na wszelkie zapotrzebowania, ale nie mniej jednak nasze możliwości instytucjonalne są takie, że nie zawsze te potrzeby są spełnione w 100%, jest np. osoba, która wymagałaby asysty właściwie przez cały czas dziennej aktywności, tego oczywiście nie możemy zaoferować (wywiad 10).*

A zatem, pierwszym i, w przekonaniu badanych, nadrzędnym problemem związanym z procesem diagnozowania niesamodzielności i szacowania potrzeb pomocowych jest kwestia rozbieżności pomiędzy wynikiem przeprowadzanej diagnozy a możliwościami dostosowania do niego działań adekwatnie wspierających osobę diagnozowaną. Pozostałe wskazywane kwestie,

ulożone już bezpośrednio w procesie diagnozowania, postrzegane są jako wtórne wobec tego problemu. Co ważne, wskazywane bariery i ograniczenia występujące w różnych typach instytucji orzekających/świadczących wsparcie dorosłym osobom niesamodzielnym w związku z realizacją procesu diagnostycznego są przez część badanych opisywane jako problemy, przez innych zaś jako przyczyny innych problemów. Wynika to z faktu, iż łączą się one i oddziałują na siebie wzajemnie na różne sposoby, przyczyniając się do kumulowania negatywnych zjawisk ograniczających możliwość zarówno efektywnej diagnozy, jak i realizacji procesu wsparcia.

Na potrzeby raportu, trudności wskazywane w procesie diagnozowania niesamodzielnności i szacowania potrzeb pomocowych przypisano do trzech bardziej ogólnych kategorii. Pierwsza z nich dotyczy przebiegu samego procesu diagnostycznego, dwie pozostałe zaangażowanych w niego stron, tj. osoby diagnozowanej i jej otoczenia oraz instytucji orzekających i świadczących pomoc.

W ramach utrudnień pojawiających się w samym procesie diagnostycznym zwrócono uwagę na ramy czasowe przewidziane na dokonanie rozpoznania stanu i potrzeb osoby zwracającej się po pomoc, narzędzia wykorzystywane dla przeprowadzenia tegoż rozpoznania oraz związane z ich zastosowaniem zakres i charakter informacji zbieranych przez różne instytucje zaangażowane w proces diagnostyczny na jego kolejnych etapach.

Jeśli chodzi o pierwszy z wymienionych aspektów, warto przywołać przede wszystkim wypowiedzi członków zespołów orzekających o niepełnosprawności. Zwrócili oni uwagę na **nie-
możność dokonania adekwatnej diagnozy wynikającą z zamknięcia całego procesu orzekania o niepełnosprawności w ramach jednorazowego badania**, realizowanego w warunkach „laboratoryjnych” i ograniczonego do bardzo krótkiego spotkania z wnioskodawcą. Jako niekorzystną konsekwencję takiego ograniczenia badani wskazują brak możliwości pełnej weryfikacji informacji podawanych przez osobę zainteresowaną uzyskaniem orzeczenia.

Ponieważ informacje podawane przez osobę orzekaną mają na celu uzyskanie przez nią konkretnych świadczeń, w opinii badanych, stara się ona przedstawić swoją sytuację w sposób umożliwiający osiągnięcie celu, nawet jeśli nie wszystkie dane są zgodne z prawdą: *to nie powinna być jednorazowa wizyta, bo co można powiedzieć, nawet gdybyśmy się przez godzinę widzieli. Co można powiedzieć o danym człowieku, czy on jest samodzielny, czy nie. Powinniśmy mieć możliwość sprawdzenia. (...) To by musiało być tak, że orzekanie trwałoby nie jeden dzień, nie jedną godzinę, tylko to by musiała być praca, żeby sprawdzić wiarygodność tego, co ta osoba mówi. Być może ona nas nie chce okłamać, tylko ona sobie naprawdę nie radzi. Więc gdyby tej obserwacji było więcej niż te 15 minut, które ja mogę poświęcić tu na komisji. I lekarz też, bo potem następna osoba i następna i lekarz idzie do następnej pracy (wywiad 2). Idealne by było coś, do czego ma możliwość sąd, czyli obserwacja w warunkach szpitalnych, czyli powiedzmy jakbyśmy mieli tutaj pacjenta przez miesiąc z lekarzami na dyżurze do obserwacji w dzień, ewentualnie w nocy. To też pod żadnym kątem nie sprawdzi Pani tego, co osoba mówi a propos problemów ze snem, bo może równie dobrze przekłamać informację tutaj jak i u lekarza prowadzącego i może nie brać tabletek nasennych, które mówi, że bierze. A obserwacji szpitalnych przez miesiąc nie ma możliwości, więc tak, jest to ograniczenie, czyli ograniczenie czasowe i ograniczenie, że jest to jednorazowe (wywiad 1).*

Nieco inaczej wygląda sytuacja w Domach Pomocy Społecznej, do których podopieczni kierowani są decyzją Ośrodka Pomocy Społecznej i, ze względu na swój stan zdrowia, trafiają tam na długi, zazwyczaj dożywotni pobyt, gdyż: *w żadnej Ustawie o Pomocy Społecznej nie mówi się o usamodzielnieniu dorosłego mieszkańca Domu Pomocy Społecznej (...). Dorosły jakby był skazany na Dom Pomocy Społecznej dożywotnio (wywiad 9).* Tu czas diagnozowania możliwości i potrzeb osoby, która trafia do placówki, jest długi. Trwa kilka miesięcy, podczas których wdraża się podopiecznego do funkcjonowania w nowych warunkach (zasad panujących w ośrodku, regulaminów, wykonywania określonych obowiązków samoobsługowych) i proponuje się mu

„na próbę” różne formy aktywności umożliwiające obserwację jego zachowań w różnych sytuacjach. Należy jednak pamiętać, że w tym przypadku punktem wyjścia jest trwała niesamodzielność danej osoby stwierdzona już przed trafieniem do Domu Pomocy Społecznej. Proces diagnostyczny służy tu zatem opracowaniu planu wsparcia, który, uwzględniając ograniczenia, zasoby, a także, w miarę możliwości, preferencje osoby korzystającej z pomocy, pozwoli na stworzenie jej możliwie przyjaznych warunków dalszego życia. Nie zakłada on natomiast pracy mającej na celu usamodzielnienie czy usprawnienie funkcjonowania podopiecznego w stopniu umożliwiającym mu życie poza ośrodkiem, tak jak ma to miejsce w innych instytucjach świadczących usługi opiekuńcze.

Wśród problemów utrudniających trafny proces diagnozy niesamodzielności i szacowania potrzeb pomocowych i opiekuńczych, wskazywanych przez pracowników instytucji świadczących wsparcie dorosłym osobom niesamodzielnym, należy wymienić także **nieadekwatność informacji zawartych w dokumentach w stosunku do stanu faktycznego**.

Problem ten został wyartykułowany przez badanych reprezentujących środowiskowe domy samopomocy oraz domy pomocy społecznej. Według nich *wywiad z pomocą społeczną, która nam podopiecznego daje, nie jest adekwatny do stanu, który jest. Nie zawsze informacje podane w sposób opisowy w tych dokumentach są aktualne, ponieważ często czas od sporządzenia wywiadu¹¹² do momentu, kiedy osoba trafia do placówki jest długi i zmienia się jej zakres funkcjonowania. Mało tego, takie historie choroby, kiedy wychodzą ze szpitala, też nie są czasami adekwatne do tego, co się u nas z mieszkańcem już dzieje. Tak, że nie możemy patrzeć na jakieś tam papierki czy wytyczne, my musimy same obserwować, każdy pracownik musi sam zaobserwować, wyłapać to co jest w danym momencie, na dzień dzisiejszy, potrzebne dla każdego podopiecznego (wywiad 10). Nie do końca możemy też opierać się na wywiadzie środowiskowym, ponieważ te zawarte tam informacje nie są może nie tyle nieprawdziwe, ale już nieaktualne czasami. Ta decyzja jest odległa w czasie, bo od momentu, jak jakaś osoba, która chce być umieszczona w Domu Pomocy Społecznej albo są jakieś przesłanki do jej umieszczenia, to od momentu tego pierwszego wywiadu do finalizacji tutaj, to myślę, że mija około dwóch lat. Umieszczenie trwa dosyć długo i dokumenty zrobione półtora roku temu są już przestarzałe i nieadekwatne do nas. To działa w jedną i w drugą stronę, bo zdarza się, że w środowisku była osoba leżąca, ale potem przeszła rehabilitację i do nas przychodzi już sprawna, na przykład o trójnogu czy o balkoniku, albo odwrotnie (wywiad 9).*

W przypadku takich instytucji jak zakłady aktywności zawodowej czy warsztaty terapii zajęciowej jako zasadniczy problem, który utrudnia proces adekwatnej diagnozy, wskazany został brak rzetelnej opinii o podopiecznym. Jaką otrzymuje placówka. *To czego chyba by mi brakowało to w momencie kiedy przychodzi do nas osoba z innych placówek, czy to z innych stowarzyszeń, czy to z projektu, czy to z warsztatów terapii zajęciowej – to rzetelna opinia o tej osobie. Nie taka żeby ją puścić, tylko faktycznie, co się dzieje. Niestety z tym obiektywizmem oceny, to jest różnie. Potrzeba jakiejś takiej uczciwości, rzetelnych opinii. Opinie są często podkolorowane. Ja zdaję sobie sprawę, z czego to wynika. Nie chce się tym ludziom robić krzywdy. Wiadomo, jak się czasami 100% prawdy napisze, to nie jest to korzystne. Tylko potem tak naprawdę musimy zaczynać obserwację w 100% od początku (wywiad 18). Zdarza się tak, że szkoły wypuszczają swoich absolwentów i zawiązują niektórym ten poziom funkcjonowania (...) czasami ocena jest zawyżona przez szkołę, nawet ta ocena psychologa nie zgadza się zawsze z rzeczywistością (wywiad 17).* W konsekwencji na poziomie diagnozy wstępnej analiza dokumentacji umożliwia ocenę niepełną i pobieżną.

W grupie ograniczeń tkwiących w samej procedurze diagnozowania znaczącą pozycję zajmuje **brak lub nieadekwatność istniejących narzędzi**. W przypadku pracowników placówek

¹¹² Respondentka ma na myśli wywiad środowiskowy.

prowadzących warsztaty terapii zajęciowej jest to przede wszystkim brak obligatoryjnych narzędzi diagnostycznych do oceny osób z niepełnosprawnością intelektualną, uczestników warsztatów terapii zajęciowej. Aktualnie obowiązujące rozporządzenie nakłada obowiązek oceny półrocznej, rocznej oraz trzyletniej. W przypadku oceny półrocznej oraz dokonywanej po trzech latach nie ma obligatoryjnego narzędzia, w przypadku oceny rocznej jest to ocena postępów społecznych i zawodowych. Obowiązujący wzorzec wymaga, zdaniem badanych, zmiany: *My to robimy, ponieważ są takie procedury, bo tego od nas wymagają. Bo mamy powiedziane: mamy stworzyć ocenę półroczną, ale nikt nam do ręki nie dał żadnego dokumentu, jak to ma wyglądać jak, i każdy robi sobie na takiego przysłowiowego „czuja”. My bardzo naciskamy na tych spotkaniach, że powinny być stworzone procedury, żeby każdy warsztat miał jednolite dokumenty (wywiad 17).*

W konsekwencji w każdym warsztacie terapii zajęciowej obowiązują opracowane przez każdą placówkę samodzielnie, na potrzeby placówki, inne wzory narzędzi diagnostycznych.

Z kolei pracownicy Domów Pomocy Społecznej sygnalizują problem niedostosowania narzędzi diagnostycznych do warunków, w jakich przebiega diagnoza, stanu osób diagnozowanych oraz czasu, jaki na tę procedurę można przeznaczyć. Podkreślając czasochłonność stosowania i stopień skomplikowania standaryzowanych, specjalistycznych narzędzi, ich wykorzystywanie pozostawiają oni zatem lekarzom i psychologom konsultującym pacjentów w sytuacji pogorszenia się ich stanu zdrowia. Sami zaś korzystają z własnych, uproszczonych narzędzi, pozwalających na opis podstawowych schorzeń podopiecznego oraz zidentyfikowanie czynności, które jest on w stanie wykonywać samodzielnie lub z niewielką pomocą: *Jest mnóstwo skal i formularzy, na podstawie których moglibyśmy pracować, ale nie ukrywam, że z uwagi na stan naszych podopiecznych, klientów, którzy przychodzą do naszego Domu Pomocy Społecznej, wypełnianie takiej dokumentacji byłoby dla personelu ogromnym obciążeniem. Mamy jedną, podstawową skalę, która określa nam ten stan przede wszystkim fizyczny. Kondycję psychiczną oceniają nam psychologowie oraz lekarz psychiatra, który przyjeżdża do nas na konsultacje. Podstawowe wszystkie formularze zostały tutaj też stworzone przez nas (wywiad 9).*

Drugą ważną grupę problemów utrudniających adekwatne rozpoznawanie zakresu niesamodzielności i szacowanie potrzeb pomocowych stanowią trudności wynikające z kontekstu instytucjonalnego, w ramach którego przebiega ten proces. Najistotniejsze trudności w tym obszarze wynikają, po pierwsze, z niewystarczającego finansowania instytucji i działań pomocowych, przekładającego się na niedostateczną liczbę pracowników placówek pomocowych w stosunku do liczby osób, które podlegają diagnozie w celu pozyskania wsparcia, oraz brak wystarczającej oferty wsparcia, np. liczby miejsc w placówkach adekwatnej do liczby osób potrzebujących wsparcia. Po drugie, wiążą się one z brakiem współpracy między instytucjami zaangażowanymi w proces diagnostyczny oraz regulacjami prawnymi wyznaczającymi ramy działalności pomocowej, skutkującymi licznymi utrudnieniami w gromadzeniu informacji na temat osoby występującej po pomoc i ich przepływie między instytucjami, które tę pomoc świadczą.

Problem braku infrastruktury pomocowej został bardzo wyraźnie wyartykułowany przez wszystkich badanych. Brak infrastruktury, czyli brak odpowiedniej liczby miejsc w instytucjach świadczących długoterminową pomoc stacjonarną (tj. w domach pomocy społecznej, w zakładach opiekuńczo-leczniczych), a także długi, wielomiesięczny okres oczekiwania na długoterminową pomoc pielęgniarstwa, domową – w jednoznacznej ocenie badanych utrudniają adekwatny do potrzeb zakres wsparcia dla osób niesamodzielnych. Pomimo iż zauważona przez badanych została pewna poprawa w tym zakresie, tzn. skrócił się okres oczekiwania na miejsce w domu pomocy społecznej, to i tak tych miejsc jest w stosunku do potrzeb ograniczona ilość: *Nie ma w Łodzi takiego zasobu tych miejsc jakie są potrzeby. Jeśli chcemy umieścić kogoś w domu pomocy społecznej, bo jest taka potrzeba, czy w zakładzie opiekuńczo-leczniczym to mimo iż tych zakładów jest trochę więcej, aczkolwiek jest zdecydowanie ciągle za mało, bo*

okres oczekiwania do miejsce ZOL-u to jest od 6 miesięcy do roku, to nie jest wcale mało dla osoby poważnie chorej, to jest też kwestia życia i śmierci tak naprawdę, i właściwie komfortu umierania, bo czekać w domu i nie mieć zapewnionej dobrej opieki takiej jak w ZOL, tutaj czas ma ogromnie znacznie (wywiad 14).

Podobny problem identyfikują pracownicy sektora ochrony zdrowia, wskazując, że *jeżeli pacjent jest do wypisu, a dowiadujemy się, że najbliższy wolny termin opieki w takim ośrodku jest za trzy miesiące, no tu jest problem w dostępności do możliwości umieszczenia pacjenta w takim ośrodku. Jest diagnoza, jest wszystko wpisane, dzwoniemy, nie mamy środków nacisku, nie wypełnia tego NFZ, nie mówi, że obowiązek musi być także z tamtej strony, oni także mówią kiedy mogą (wywiad 20). Zdarzają się takie sytuacje, że pacjent nie ma gdzie wrócić, bo rodzina nie chce zabrać i tutaj zaczyna być takie błędne koło, ponieważ te instytucje typu zakłady opiekuńczo-lecznicze, domy pomocy społecznej, one nie są wydolne. Zdarza się, że pacjent czeka cały czas na miejsce w ZOL-u na oddziale, ileś miesięcy. A warunki socjalne nie pozwalają na to, żeby zawieźć pacjenta do domu, bo albo sanitarne nie spełniają wtedy norm albo osoba nie jest samodzielna (wywiad 19).*

Brak infrastruktury powoduje, że problemy z zapewnieniem właściwej opieki dla osób po okresie hospitalizacji pozostają w dalszym ciągu w gestii sektora ochrony zdrowia.

Natomiast mamy kilka osób, które są u nas dłużej. Są to takie osoby, które wiemy, że do środowiska nie wrócą, bo potrzebują pomocy z opieki społecznej, rzeczywiście są niesamodzielne i czekają np. na Dom Pomocy Społecznej i mimo wyznaczonego terminu na 2016 rok są u nas dalej w ośrodku ze względów formalnych, braku miejsc, likwidacji miejsc (wywiad 5).

Jak wspomniano powyżej, według badanych, za mało jest placówek świadczących usługi opiekuńcze. Niewystarczający w stosunku do potrzeb jest także zakres świadczonych usług: *Jeżeli istnieje podejrzenie niesamodzielności, bądź np. uzależniania od innych osób, instytucjonalizacji, to barierą jest czasem to, **co dalej z pacjentem, tylko to, bo zdiagnozować możemy wszystko**. Natomiast wiemy, że pacjent jest niesamodzielny, ale do domu go nie puścimy, jeżeli nie ma rodziny i nie ma rozwiniętej powiadzmy sieci instytucji... brakuje łóżek wolnych, zapotrzebowanie jest naprawdę bardzo duże, to jest główny problem, nawet jeżeli pacjent z ZOL-u powiadzmy dostanie miejsce w DPS, ale to i tak czeka lata, więc do czasu przekazania dalej i tak czeka z zakładzie opiekuńczo-leczniczym, chyba, że na tyle się poprawi jego stan, że jest możliwe przejście do domu (wywiad 19).*

W systemie wsparcia dla osób niesamodzielnych problem ograniczonej puli środków finansowych na realizację usług opiekuńczych stał się szczególnie dotkliwy na przestrzeni ostatnich dwóch lat, kiedy to w ocenie badanych w sposób drastyczny ograniczono wymiar dostępnych usług opiekuńczych. Zarówno pracownicy socjalni, jak i koordynatorki środowiskowych usług opiekuńczych wskazywali na sytuacje, w których ośrodki pomocy społecznej zmuszone były odmawiać przyznania usług opiekuńczych przede wszystkim z powodu braku środków finansowych w budżecie miasta na ten cel. Poza tym wskazywali na wyraźnie w ich ocenie nieadekwatną do potrzeb pomoc świadczoną przez opiekunki środowiskowe w wymiarze czasowym i zakres. Koordynatorki usług opiekuńczych podkreślały, że ograniczenia dotknęły osoby niekiedy w bardzo trudnych sytuacjach życiowych. W szczególnie trudnej sytuacji znalazły się osoby samotne, bez jakiegokolwiek możliwości wsparcia ze strony bliskich, osoby schorowane i – bardzo często – leżące.

Wprowadzona przez urząd miasta tabela dochodowa spowodowała znaczący wzrost kosztów usług opiekuńczych¹¹³, a w konsekwencji znacząca część osób wymagających wsparcia

¹¹³ W opinii pracownika socjalnego potrzeby są większe niż możliwości; wartość jednej godziny usług jest zdecydowanie zawyżona, bo godzina usług opiekuńczych w dzień powszedni kosztuje 18.60 zł, w święta 22 zł. Osobom potrzebującym wsparcia, które mają dochody wysokości 1500 zł, odpłatność teraz bardzo wzrosła.

tą formą usług, nie będąc w stanie ponosić kosztów, została zmuszona do rezygnacji z usług wymiarze adekwatnym do potrzeb: *Osoby starsze po prostu nie stać, żeby mieli taki wymiar i zakres usług jak by chcieli, musimy być bardzo elastyczni, ten nasz plan pomocy jaki sporządzamy jest pod warunki, środki i możliwości jakimi dysponujemy. Jest możliwe żeby kogoś zwolnić częściowo z odpłatności albo całkowicie, ale to są wymagane takie sterty dokumentacji do tego, że jest to po prostu jedna wielka biurokracja i straszny mózół, żeby coś takiego uzyskać (wywiad 14).*

Z problemami finansowymi borykają się także domy dziennego pobytu finansowane przynajmniej częściowo przez ośrodki pomocy społecznej. W ocenie badanych przekazywane środki finansowe nie wystarczają nawet na wynagrodzenia.

W związku z tym, w placówkach tych brakuje odpowiedniej liczby pracowników. Braki te dotyczą zarówno personelu opiekuńczego, a więc kadry, która sprawuje bezpośrednią opiekę nad podopiecznymi, jak i specjalistów oraz lekarzy włączających się w działania pomocowe na różnych etapach procesu wsparcia. Zdaniem badanych: *po prostu nie ma lekarzy, którzy mają na wizyty domowe podpisane umowy z NFZ w takiej ilości jakie są potrzeby, czekamy minimum pół roku na wizytę, a są to stany naprawdę trudne (wywiad 14).*

A zatem szczególnie **rodzaj utrudnienia, jaki identyfikują w procesie orzekania o niesamodzielnosci pracownicy socjalni, stanowi długi okres oczekiwania na opinie lekarskie, w tym przede wszystkim opinie psychiatryczne.** W konsekwencji utrudnia to pracownikom socjalnym podejmowanie adekwatnych do potrzeb działań pomocowych. Zgodnie z ustawą o ochronie zdrowia psychicznego, wszczęcie procedury umieszczenia osoby z zaburzeniami psychicznymi w placówce pomocowej wymaga odpowiedniej zgody sądu. Decyzje sądu są uzależnione od opinii lekarza psychiatry, jeżeli osoba nie była wcześniej pod opieką poradni zdrowia psychicznego. *Praktyka jest taka, że my np. stwierdzamy, że ktoś ma zaburzenia psychiczne, mamy różne sygnały, że ktoś zajmuje się zbieractwem, że źle funkcjonuje, że higieny osobistej nie utrzymuje, prosimy o diagnozę lekarza psychiatry, bo dla nas to jest podstawą dalszych działań formalnych, a nie możemy się doprosić o opinię lekarza psychiatry czy o wizytę na podstawie, której możemy podejmować dalsze działania, na te wizyty czeka się minimum pół roku (wywiad 14).* Podobnie podjęcie adekwatnych do potrzeb działań pomocowych utrudnia pracownikom socjalnym przedłużające się oczekiwanie na postanowienia sądu czy postanowienia komisji ds. orzekania o niepełnosprawności: *Na orzeczenie czekamy czasami kwartał, trzy miesiące, tak długo trwają te komisje, ten orzecznik długo wydaje też te orzeczenia (wywiad 14).*

Tymczasem przewodniczący Zespołów do spraw orzekania o niepełnosprawności zwracają uwagę na niemożność przyspieszenia realizowanych działań ze względu na wspomniane już braki kadrowe, wynikające z dysponowania niedostatecznymi środkami finansowymi. *Wiem, że to brzydko mówić o pieniądzach, kiedy Pani pyta o diagnozę, ale ciężko zrobić, jeżeli nie będę miała z czego zrobić, nie będę miała pieniędzy, żeby powołać skład. Zdarzało się już tak, że nie mieliśmy pieniędzy na orzekanie i zamiast 300 osób, które minimum orzekałam zazwyczaj w miesiącu, to orzekałam połowę, bo nie miałam jak stworzyć tych składów, bo nie mogę nie zapłacić lekarzowi (wywiad 3).*

W ocenie badanych pracowników instytucji pomocowych, wskazane problemy kadrowe są w głównej mierze konsekwencją ograniczonych zasobów finansowych. Szczególnie gdy odnie się je do zakresu i charakteru wykonywanej w nich pracy oraz koniecznych, uregulowanych stosownymi przepisami prawa, kwalifikacji pracowników. Na przykład do pracy z osobami z deficytami intelektualnymi: *w domu środowiskowym wszyscy terapeuci muszą mieć studia wyższe (wywiad 17).* W tym kontekście poziom oferowanych zarobków – 2500 zł brutto – jest daleki od możliwych do zaakceptowania przez kandydatów zgłaszających się do pracy.

Co więcej, braki wśród kadry opiekuńczej wynikają także z faktu, że praca jest trudna i mało atrakcyjna: *Pracować z ludźmi starszymi, chorymi, pacjentami, trzeba mieć określone predys-*

pozycje, cierpliwość. Nie wszystkie osoby, które przychodzą tutaj na rozmowę i widzą w jaki sposób opiekujemy się podopiecznymi, chcą tutaj pracować, przekonują się, że jest to praca zbyt ciężka. Pacjenta leżącego trzeba przewrócić na bok, umyć, zmienić pampersa, to są rzeczy, które nie są proste dla wszystkich. Do tego dochodzi obciążenie dotyczące właśnie z komunikacją z rodziną, która czasami jak wspominałam wcześniej próbuje winę za to, że ten człowiek jest chory zrzucić na personel, że tutaj się coś źle zadziało, natomiast my staramy się tego pacjenta wyposażać najlepiej jak możemy, ale nie zawsze rodzina to rozumie (wywiad 4).

Dodatkowo z brakami kadrowymi wiąże się też kwestia nadmiaru obowiązków spadających na osoby pracujące w instytucjach świadczących wsparcie osobom dorosłym. W ocenie pracownika ZOL, istotnym problemem aktualnie utrudniającym stosowanie bardziej rozbudowanej diagnostyki czy zastosowanie w procesie diagnostycznym dodatkowych narzędzi jest brak czasu, który determinuje duży zakres obowiązków: *Mamy dużo pracy, zajmujemy się na bieżąco wieloma rzeczami, które musimy zrobić przy naszych podopiecznych (wywiad 4). Mamy w aktach prawnych pewne zasady zatrudnienia personelu specjalistycznego, ale w mojej ocenie jest i tak za mało dla tych pacjentów. Jest za mało czasu, żeby móc naprawdę solidnie podejść do każdego pacjenta (wywiad 5).*

W ocenie badanych, dodatkowe obciążenie dla szybkiego i adekwatnego do potrzeb procesu pomocowego stanowi wysoki stopień zbiurokratyzowania działań. Wskazują oni, że *podopieczni mają problemy w różnych obszarach życia, ale w tych formalno-urzędniczych zawsze jest problem. To zawsze jest długotrwały proces, żeby uzyskać jakąś pomoc. To są pisma do różnych ludzi, jedno, drugie, piąte, żeby ułatwić temu człowiekowi życie (...) jest strasznie nadbudowane tych wszystkich procedur, których chory, nieporadny, niezaradny życiowo człowiek nie jest często w stanie przejść sam. Te procedury na pewno nie służą szybkiej pomocy i szybkiej interwencji, a czasami tutaj chodzi o życie człowieka (wywiad 6). Bo na dzień dzisiejszy wydaje mi się, że mamy bardzo dużo papierów, dokumentacji, którą trzeba wypełnić, a nie ma osób, czasu, żeby to zrobić (wywiad 4).*

Dla poprawy jakości procesu diagnostycznego niezbędny jest zatem czas, który pozwalałby nie tylko na zastosowanie narzędzi diagnostycznych i właściwą interpretację uzyskanych wyników, ale przede wszystkim niezbędne są odpowiednie zasoby kadrowe, dzięki którym możliwe stanie się zrealizowanie wszystkich zdiagnozowanych potrzeb. Ograniczenia w tym zakresie powodują: *że to się staje fikcją, bo my wiemy jaka jest niesamodzielność, wiemy co ten człowiek powinien mieć zrobione, ale nie jesteśmy w stanie przy nim być, bo musimy w tym czasie być przy kimś innym (wywiad 4).*

W związku z tym wszyscy badani deklaruwali, że gdyby tylko środki finansowe, jakimi dysponuje placówka, na to pozwalały, to z pewnością zdecydowano by się na zatrudnienie dodatkowego personelu opiekuńczego.

W sytuacji licznych ograniczeń finansowych można przypuszczać, że dostępne środki będą kierowane raczej na świadczenie konkretnych usług niż wypracowywanie lub zakup kolejnych narzędzi diagnostycznych. Tym bardziej że przy sygnalizowanych brakach kadrowych czas, którym dysponują pracownicy, zostanie przeznaczony prawdopodobnie na pracę z pacjentem czy podopiecznym, a nie na odrębną procedurę diagnostyczną. Diagnoza stanowić będzie raczej element towarzyszący, pojawi się jako wynik obserwacji dokonywanych już w trakcie realizacji działań wspierających.

Dodatkowo, przy ograniczonej puli miejsc, pojawia się zjawisko częściowego „kreowania” diagnozy i zaleceń, modyfikowania ich w taki sposób, aby pacjent spełniał wymogi pozwalające na przyjęcie go do konkretnej placówki. Problem ten potęguje także brak aktualnej wiedzy lekarzy i pracowników socjalnych o istniejących już instytucjach pomocowych i zakresie świadczonych przez nie usług. Jak sygnalizuje przedstawicielka zakładu opiekuńczo-leczniczego, sytuacja taka: *niestety utrudnia pracę, pomimo że my bardzo często robimy akcje takie „pro-*

mocyjne". Wchodzimy do poradni, do szpitali psychiatrycznych, staramy się oprócz tego ulotki dać, lekarzom powiedzieć. Organizowaliśmy takie spotkania, gdzie mówiliśmy konkretnie kim się zajmujemy. Staramy się to robić systematycznie, bo też się zmieniają i lekarze i pracownicy socjalni, więc ta niewiedza często i z tego powodu wynika (wywiad 6).

Wśród ważnych problemów zidentyfikowanych w zakresie diagnozy i realizacji procesu pomocowego należy podkreślić także, wynikające z obowiązujących regulacji prawnych, utrudnienia w zakresie przekazywania informacji o podopiecznych. W świetle aktualnie obowiązujących przepisów prawnych nie ma możliwości przekazywania informacji o stanie zdrowia pacjenta nikomu spoza jego najbliższej rodziny. Co za tym idzie – obowiązujące regulacje w zakresie ustawy o ochronie danych osobowych oraz ustawy o ochronie życia psychicznego ograniczają placówkom opiekuńczym prawo do informacji o stanie zdrowia podopiecznego, jeżeli trafia on do szpitala. Nie istnieje regulacja prawna, która w przypadku pobytu w szpitalu podopiecznego domu pomocy społecznej nakładałaby obowiązek udzielania informacji placówce na temat stanu zdrowia. W konsekwencji kadra domu pomocy społecznej zwraca się z prośbą do rodziny o przekazanie takich informacji. Niekiedy zdobycie informacji o podopiecznym wymusza odwołanie się do „dobrych chęci” lekarza, nie zawsze jednak sposób ten okazuje się skuteczny. Z problemem tym borykają się pracownicy socjalni oraz domy pomocy społecznej. W sposób szczególny na uciążliwość taką jako ograniczającą skuteczne działanie pomocowe zwróciła uwagę respondentka reprezentująca środowiskowy dom samopomocy, który świadczy stacjonarną pomoc dla osób niepełnosprawnych intelektualnie. *Bardzo często zdarza się, że nagle nam z dnia na dzień znika podopieczny. Jak ktoś jest samotny, a te osoby często chorują i mocno chorują i ta choroba potrafi być bardzo nieprzewidywalna, wtedy staramy się reagować. Sprawdzamy w domu... chcemy sprawdzić w szpitalach psychiatrycznych. Nie jesteśmy w stanie tego sprawdzić, ponieważ nikt nam nie udzieli informacji czy podopieczny jest w szpitalu. Tutaj uruchamiamy tak naprawdę nieformalne kanały, żeby to sprawdzić, żeby się nie martwić, nie zgłaszać na policję zaginięcia. Powiem więcej, dzielnicowy, pracownik socjalny rejonowy również nie jest w stanie tego sprawdzić. **Szpital po prostu nie udziela informacji absolutnie.** I przez kilka dni to jest niewyjaśnione, nie wiadomo czy ktoś „pojechał w Polskę” i źle się czuje, czy jest zabezpieczony w szpitalu i jest wszystko ok., czy nie żyje. To jest duży problem (wywiad 6).*

Kolejne utrudnienie, również „osadzone” w regulacjach prawnych, wiąże się z trwałością wydanych orzeczeń o niepełnosprawności: *Komisje wyglądają też tak, czasami jedziemy z uczestnikiem i z opiekunem, my nie możemy wejść. Jest zapytanie: jak się nazywasz i gdzie mieszkasz? Uczestnik to powie i na tym kończy się komisja dosłownie, i on dostaje na tej podstawie dokument na całe życie (wywiad 17).* Teoretycznie istnieje więc możliwość zmiany takiego orzeczenia, ale w praktyce jest to proces długotrwały i niełatwy do przeprowadzenia. Jak wskazuje jedna z pracownic Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego, utrudnia to proces diagnostyczny i szacowanie potrzeb, gdyż *są pacjenci, którzy mają orzeczone znaczny stopień niepełnosprawności, a bardzo dobrze rokują, są tacy pacjenci i również w drugą stronę. Mamy bardzo dużo orzeczeń umiarkowanych, gdzie pacjent tak w przeciągu czasu tak się pogarsza, że jakby to jego funkcjonowanie, degradacja spowodowana chorobą itd. powoduje, że on już dawno powinien już mieć znaczny stopień umiarkowania, co tak naprawdę dałoby mu też możliwość uzyskania większej pomocy, bo ta choroba też tak funkcjonuje, że zubaża pewnego rodzaju funkcjonowanie (wywiad 5).*

Diagnoza jest tu utrudniona także ze względu na postawę osoby orzekanej. Wnioskowanie o aktualizację orzeczenia o stopniu niepełnosprawności wiąże się bowiem z obawą o nieprzychylność czy swego rodzaju tendencyjność składu orzekającego, zmierzającą do odebrania osobie orzekanej środków finansowych, które jej się należą. *Orzeczenie na stałe, ok., rozumiem, że są orzeczenia na stałe, ale to jakby etykietuje. Są możliwości zmiany, ale jeżeli pacjent dostaje znaczny stopień niepełnosprawności to mu nie zależy, żeby mieć mniejszy (wywiad 5).* Z drugiej

strony, np. kiedy mówimy rodzicom, że zmieniamy orzeczenie, rodzice się boją. Bo np. ktoś ma znaczny, nie bo zabiorą, bo szukają pieniędzy i mi zrobią umiarkowany. No, ale to jest taka furтка, może do pracy, ale rodzice tego nie chcą, bo to też wiąże się ze sprawą finansową (wywiad 17).

Trzecia kategoria utrudnień pojawiających się w procesie diagnozowania skupia problemy związane z postawą samej osoby diagnozowanej oraz z zachowaniami i postawami jej najbliższego otoczenia, przede wszystkim rodziny.

Wśród problemów utrudniających trafny proces diagnozy niesamodzielności i szacowania potrzeb pomocowych i opiekuńczych na etapie diagnozy wstępnej, wskazywanych przez pracowników instytucji świadczących wsparcie dorosłym osobom niesamodzielnym, należy wymienić także w zasadzie identyfikowany przez wszystkich badanych, choć w różnym zakresie, brak współpracy z rodziną podopiecznych, a także niekiedy niechęć do współpracy ze strony niektórych podopiecznych podlegających ocenie: *nie każdy z nich jest skory do współpracy, niektórzy wbrew ich woli są uszczęśliwiani przez rodziny, przez sąsiadów itd., dużo osób nie zdaje sobie sprawę z sytuacji, w której się znajduje z powodu stanu umysłu (wywiad 14)*. Należy dość wyraźnie podkreślić, że problem ten nie jest identyfikowany przez badanych jedynie w aspekcie procesu diagnostycznego, lecz zdecydowanie szerzej, w kontekście całościowego procesu wsparcia, jakie badane placówki udzielają osobom niesamodzielnym. Na etapie diagnozy wstępnej podstawowym utrudnieniem jest niechęć rodziny do udzielania informacji, na co uwagę zwrócili przede wszystkim pracownicy socjalni oraz pracownicy pozostałych placówek wspierających osoby niesamodzielne. Niekiedy ujawniająca się na etapie diagnozy wstępnej niechęć rodziny do udzielania informacji spowodowana jest przez konflikty rodzinne.

Najczęściej informacje przekazywane przez rodzinę są nieadekwatne w stosunku do stanu faktycznego. Rodziny nie przekazują przede wszystkim wiarygodnych, rzetelnych informacji na temat stanu zdrowia osoby bliskiej: *Rodziny nieraz powiedzą, że ich tata, mama jest np. logiczny, po czym przychodzi taki podopieczny do nas i okazuje się, że gdzieś ta myśl ucieka, że on wcale nie jest taki (wywiad 10)*. Na problem nieadekwatności informacji przekazywanych przez rodzinę zwraca uwagę kadra placówek wspierających osoby niepełnosprawne umysłowo i intelektualnie: *Ja patrzę z przymrużeniem oka, bo nie zawsze rodzina mówi prawdę, koloryzują bardzo, nie mówią części rzeczy, mówią wszystko jest w porządku, oni sobie świetnie radzą, świetnie funkcjonują, nie ma z nimi żadnego problemu a później to wychodzi u nas w praktyce (wywiad 8)*. Czasami jest tak, że rodzic boi się, że my go nie przyjmimy i zataja pewne rzeczy o stanie zdrowia osoby niepełnosprawnej (wywiad 17).

Ponadto rodziny nie ujawniają informacji, które dotyczą takich problemów, jak: problem agresji członka rodziny trafiającego do placówki, jego brak samodzielności w zakresie załatwiania np. potrzeb fizjologicznych. Zatajane są problemy traktowane jako wstydlive, w tym problemy alkoholowe członków rodziny, problemy finansowe czy trudnych warunków mieszkaniowych: Są opiekunowie, którzy się wstydzą np. powiedzieć, że nie ma łazienki (wywiad 17).

Problem niechęci rodziny do podejmowania współpracy z placówką, w której umieszczony zostaje niesamodzielny krewny, ujawnia się wielokrotnie w trakcie pobytu członka rodziny w placówce. Generalnie w ocenie badanych rodziny w zróżnicowanym stopniu angażują się w proces wsparcia swoich bliskich pozostających pod opieką placówek leczniczych i opiekuńczych. W opiniach badanych część rodzin aktywnie współpracuje z instytucjami, utrzymując stały kontakt ze swoimi krewnymi, współfinansuje pobyt: *Wizja biednych, starszych ludzi porzuconych w domu pomocy społecznej to naprawdę jest stereotyp, który już dawno nie ma zastosowania w przypadku domów pomocy społecznej. Domy pomocy społecznej są relatywnie drogie i w związku z tym osoby, które decydują się na płacenie za rodzica w domu pomocy społecznej przeważnie to są osoby zaangażowane w opiekę nad nim, i stąd ta współpraca stała jest. Oczywiście zdarzają się sytuacje ekstremalne, wyjątki trudne w tej współpracy, ale co zrobić, tak bywa (wywiad 10)*.

W zdecydowanej większości wypowiedzi badanych wskazują na pasywność, małe zaangażowanie czy wręcz wyraźny brak wsparcia ze strony rodzin w stosunku do swoich bliskich pozostających w placówkach. Problem ten identyfikują przede wszystkim pracownicy placówek wsparcia dziennego i opieki długoterminowej dla osób z niepełnosprawnością intelektualną: *Z rodziną bardzo ciężko się współpracuje, są bardzo niechętni do współpracy, łącznie z tym, że są bardzo roszczeniowi, a najchętniej to wychodzą z założenia, żeby oddać tutaj do ośrodka osobę upośledzoną umysłowo, i powiem może nieładnie, ale żeby mieli nareszcie święty spokój, nie chcą angażować w ich życie, nie chcą. Często my wychodzimy z inicjatywą, żeby przyjechali, żeby się trochę chociaż zainteresowali. Rodzina przyjeżdża jak sobie przypomni, rodzina przyjeżdża, obiecują, później wiadomo [podopieczni – przypis autora] czekają, łącznie z tym, że nawet zgłaszają, że będą, jakby tu powiedzieć tak delikatnie, robić sobie krzywdę, żeby zwrócić uwagę rodziny, żeby tutaj przyjechała i zaangażowała się w ich życie (wywiad 8).*

W ocenie badanych znaczącym utrudnieniem jest brak właściwej komunikacji z bliskimi podopiecznego, której podstawę stanowią ujawniające się niekiedy postawy roszczeniowe rodziny, wynikające w ocenie badanych najczęściej z niezrozumienia procesu rozwoju choroby: *Jest grupa opiekunów, którzy wiedzą lepiej, którzy mają jakąś swoją wizję, niekoniecznie idącą w parze z tym, co my widzimy jako personel. Jest grupa osób, które mają takie schorzenie, o którym my wiemy, że ich stan będzie z założenia coraz gorszy, to jest rodzaj otępienia. I te rodziny przychodzą i mówią: przyprowadziliśmy osobę, która była sprawna, logiczna, chodziła, a co się z nią dzieje, że ona coraz mniej chodzi? Czyli tak jakby z założenia mają prawo myśleć, że tutaj się nikt nią nie opiekuje. Trudno jest im wytłumaczyć, że choroba może tak postępować, że niestety ten podopieczny nigdy, nie będzie taki jak był rok czy dwa lata temu, którego obraz jest zapamiętywany przez rodzinę, to jest bardzo dużą barierą (wywiad 4).*

Podsumowując, wśród najważniejszych utrudnień pojawiających się w samym procesie diagnozowania niesamodzielnności i szacowania potrzeb pomocowych i opiekuńczych, badani pracownicy instytucji orzekających/świadczących wsparcie dorosłym osobom niesamodzielnym wskazali: 1. Procedury związane z procesem diagnozowania (zbyt krótki czas przewidziany na diagnozę stanu osoby orzekanej, brak adekwatnych narzędzi umożliwiających dokonanie szybkiej analizy stanu pacjenta, jego ograniczeń i zasobów oraz możliwości zaspokajania podstawowych potrzeb higienicznych, samoobsługowych, społecznych itp., deklaracyjny charakter zbieranych informacji – niemożność ich zweryfikowania w oparciu o obserwację zachowań podopiecznego w codziennych sytuacjach życiowych); 2. Problemy wynikające z niedofinansowania systemu pomocy społecznej (niewystarczającą liczbę placówek świadczących usługi opiekuńcze, niewystarczający w stosunku do potrzeb zakres usług pomocowych, braki kadrowe i wynikające z nich ograniczenia czasu, który można przeznaczyć zarówno na proces diagnostyczny, jak i na sam proces wsparcia); 3. Brak współpracy między instytucjami zaangażowanymi w proces diagnozowania i szacowania potrzeb, skutkujący wydłużeniem procedur oraz czasu upływającego od diagnozy wstępnej do momentu udzielenia wsparcia, a w efekcie brakiem rzetelnych informacji o stanie osoby ubiegającej się o pomoc; 4. Postawę osoby ubiegającej się o pomoc oraz postawy osób z jej najbliższego otoczenia – z jednej strony nastawione na podtrzymywanie bierności, utrwalanie niesamodzielnności (czasem także objawów choroby), niechętnie do współpracy z instytucjami pomocowymi, z drugiej roszczeniowe wobec tychże instytucji.

5.1. Propozycje zmian służących poprawie jakości procesu diagnozowania niesamodzielności i szacowania potrzeb pomocowych i opiekuńczych

W kolejnym pytaniu, badani zostali poproszeni o zaproponowanie zmian służących w ich ocenie poprawie jakości procesu diagnozowania niesamodzielności i szacowania potrzeb pomocowych i opiekuńczych. Ponieważ, jak zostało wykazane wcześniej, pracownicy instytucji orzekających/świadczących usługi opiekuńcze częściej identyfikują ograniczenia związane z udzielaniem wsparcia niż z samym procesem diagnozowania problemów i potrzeb podopiecznych, z którym w zgodnej opinii radzą sobie dobrze, także w odpowiedzi na tak postawione pytanie, w większym stopniu skoncentrowali swoją uwagę na wskazaniu oczekiwanych przez nich zmian w procesie realizacji wsparcia niż zmian służących podnoszeniu jakości samego procesu diagnostycznego. Warto w tym miejscu pokreślić, iż opinie kadry instytucji orzekających/świadczących wsparcie **nie ujawniają jednoznacznie wyartykułowanej potrzeby podejmowania działań na rzecz rozszerzania procesu diagnostycznego, przede wszystkim w płaszczyźnie uzupełnienia czy też rozbudowania go o dodatkowe metody, techniki i narzędzia diagnostyczne**. Potwierdzają to wypowiedzi członków zespołów ds. orzekania o niepełnosprawności, przedstawicieli środowiskowych domów samopomocy, domów pomocy społecznej, zakładów opiekuńczo-leczniczych, a także pracowników socjalnych: ***Myślę, że jakiś takich specjalnych narzędzi na ten moment nie widzę potrzeby stosowania. Na nasze potrzeby, na to, co robimy, na efekty spodziewane, narzędzia są wystarczające (wywiad 5). Ja cały czas stoję na stanowisku, że proces diagnozy jest dość sprawny, i nie wymaga z naszej strony zmiany, wykorzystujemy wszystkie narzędzia jakie można, żeby ta diagnoza była dobra, i te narzędzia są właściwe do tego żeby ocenić właściwie, zdiagnozować sytuację klienta czy pacjenta, natomiast traktowanie poważne tej oceny i zaspakajanie tych potrzeb, które my diagnozujemy pozostaje otwartą kwestią (wywiad14). W mojej ocenie w opiece długoterminowej dysponujemy wieloma narzędziami, ale największym problemem jest brak ludzi, którzy będą z taką osobą współpracować, bo tak naprawdę w większości przypadków, każda z tych osób wymaga indywidualnego podejścia. Diagnozę mamy opanowaną merytorycznie dobrze, nie możemy jej tylko później przełożyć na zakres wsparcia, według mnie to jest największy problem (wywiad 4).*** W ocenie przedstawiciela zakładu opiekuńczo-leczniczego, aby trafniej diagnozować niesamodzielność i szacować na tej podstawie zakres niezbędnego wsparcia, wykorzystując do tego celu bardziej rozbudowany pakiet narzędzi diagnostycznych, spełnione musiałyby zostać dwa podstawowe warunki (na chwilę obecną wydaje się to trudne do realizacji), a mianowicie: pierwszym z nich jest zwiększenie liczby personelu opiekuńczego, który będzie dysponował odpowiednią ilością czasu, jaki można byłoby poświęcić na czynności diagnostyczne (odpowiednia ilość czasu stanowi warunek drugi). Podobną opinię formułuje pracownik ośrodka pomocy społecznej: ***Do procesu diagnozy, to chyba najważniejsze, żeby było na to więcej czasu, bo jeżeli ma się powiedzieć 70 środowisk, którymi się zajmuje pracownik socjalny w ciągu roku, jest to za dużo, tak, jak mielibyśmy więcej czasu, wtedy możemy pozyskać więcej informacji z różnych źródeł, nawiązać lepszy kontakt z sąsiadami, z rodziną, itd. i to już by polepszyło sam ten proces diagnozy tej osoby niesamodzielnej i jej potrzeb (wywiad 13),*** a także przedstawiciel domu pomocy społecznej: ***W procedurze chyba nic, natomiast jeśli chodzi o realizację to na pewno jeśli byłoby więcej personelu, to można by było jeszcze lepiej działać w zakresie wszelkich form opieki nad mieszkańcem, czasami to zwyczajnie brakuje osób, które by wykonywały tą pracę, opiekunów (wywiad 10).***

Niezależnie od tak sformułowanej oceny generalnej przedstawiciele badanych wskazali na kilka – wydaje się kluczowych – działań, jakie w ich ocenie należy podjąć, aby proces diagnostyczny był bardziej efektywny, a w rezultacie zakres i poziom świadczonych w ramach poszczegól-

gólnych instytucji usług pielęgnacyjnych, opiekuńczych, rehabilitacyjnych bardziej adekwatnie odpowiadała na potrzeby konkretnych podopiecznych.

W ocenie pracownika zakładu opiekuńczo-leczniczego przydatnym narzędziem diagnostycznym byłaby: *Dokładnie ustandaryzowana skala niesamodzielności uwzględniająca ryzyko upadku osoby starszej w środowisku domowym (wywiad 4)*. W zamyśle osoby badanej odpowiednio skonstruowana skala powinna umożliwić pozyskanie wiedzy na temat występujących w środowisku domowym zagrożeń i ograniczeń związanych z przemieszczaniem się osoby starszej z racji wieku, obciążonej ryzykiem upadku. Co więcej, efektem tak pozyskanej wiedzy powinna być możliwość przemodelowania przestrzeni domowej tak, aby stworzyć warunki do swobodnego poruszania się i tym samym minimalizować występujące w tym zakresie ryzyka. Ponadto ważne byłoby, aby osoby starsze z uwagi tylko na kryterium wieku mogły w tym celu skorzystać ze wsparcia finansowego w ramach bardziej dostępnych programów pomocowych, które chociażby częściowo refundowałyby koszty niezbędnej przebudowy przestrzeni mieszkalnej.

Z uwagi na niewystarczającą w stosunku do potrzeb liczbę poradni geriatrycznych, szpitalnych oddziałów geriatrycznych, tym samym bardzo utrudniony aktualnie dostęp do specjalistów w zakresie geriatrii, za istotną, zdefiniowaną przez przedstawiciela szpitalnego oddziału geriatrycznego, należy uznać propozycję opracowania uproszczonego narzędzia oceny geriatrycznej i włączenie diagnostyki geriatrycznej do procedury medycznej obowiązującej na wszystkich oddziałach szpitalnych. A zatem chodzi o to, aby pacjent na każdym oddziale szpitalnym mógł zostać poddany uproszczonej ocenie geriatrycznej: *Żeby wtedy było wiadomo, czy on ma jakiegokolwiek potrzeby, żeby już miał taki sygnał, żeby poszedł do lekarza pierwszego kontaktu, że np. ok, coś się dzieje więc trzeba zwrócić na to uwagę (wywiad 19)*. Ponadto w tym samym celu bardzo przydatne w obszarze diagnostyki geriatrycznej byłoby narzędzie dostosowane do warunków oceny ambulatoryjnej, realizowanej przez lekarzy rodzinnych. Wzrost dostępności do różnorodnych form opieki geriatrycznej powinien polegać także na poszerzeniu kompetencji w zakresie geriatrii i zwiększeniu uprawnień lekarzy rodzinnych do pełnienia funkcji diagnostycznych w tym zakresie.

W ocenie członka zespołu ds. orzekania o niepełnosprawności, aby trafniej oceniać wynikające ze stanu zdrowia ograniczenia funkcjonalne osób ubiegających się o stopień niepełnosprawności, należy rozszerzyć obowiązujące aktualnie kryteria orzecznicze przede wszystkim w zakresie stopnia znacznego: *Jakiś szczególnych zmian może bym nie dokonała, ale rozszerzyłabym na pewno kryterium stopnia znacznego, zdecydowanie, myślę, że w stopniu niepełnosprawności znacznym czy umiarkowanym ta skala powinna zostać rozszerzona. Bo przecież inaczej funkcjonuje osoba, która jest po udarze, jest osobą leżącą, przebywającą na materacu odleżynowym, z barierkami by nie spaść w nocy, więc taka osoba jest niezdolna do samodzielnej egzystencji, ale ta egzystencja inaczej przebiega niż np. u osoby ze stomią, która jednak jest w stanie się poruszać, choć wiadomo, że to funkcjonowanie jest też utrudnione. I jeszcze dla przykładu podam, inaczej funkcjonuje osoba ze schizofrenią paranoidalną, gdzie okres remisji jest bardzo krótki i sporadyczny i ma stopień znaczny, bo jest to osoba, która jednak jest w stanie się poruszyć, i ona jest w stanie opuścić dom, ale czy jest w stanie funkcjonować społecznie (wywiad 2)*.

A zatem naruszenie sprawności organizmu w aspekcie fizycznym, psychicznym i umysłowym może nieść za sobą wielorakie konsekwencje w funkcjonowaniu społecznym osób ich doświadczających. Jednakże nie są one w pełni uwzględnione w aktualnych obowiązujących kryteriach orzeczniczych. Istotne zatem wydaje się zwrócenie w procesie orzeczniczym większej uwagi na kryteria uwzględniające możliwości osoby do samodzielnej egzystencji, rozumianej jako zdolność do zaspokojenia bez pomocy innych osób swoich podstawowych potrzeb życiowych. Na problem ten zwrócił uwagę także inny członek zespołu ds. orzekania o niepełnosprawności, w którego ocenie osoby niepełnosprawne, starsze, samotne i pozbawione wsparcia ze strony rodziny stają się całkowicie zależne od pomocy sąsiedzkiej lub instytucjonalnej

w przeciwieństwie do osób starszych, które współzamieszkując z rodziną, mogą liczyć na jej wsparcie: Łatwiej wtedy być samodzielny, problem jest z osobą chorą, niepełnosprawną, która mieszka sama, bo jeżeli mieszka na trzecim piętrze i ma problemy ze stawami biodrowymi i ona mówi, że nie może wyjść do sklepu, nie może zrobić sobie zakupów, nie może wyjść do fryzjera, nie może nigdzie wyjść, czyli pod kątem społecznym jest bardzo biedną osobą, natomiast teraz nie ma to większego znaczenia czy ona mieszka sama czy mieszka z kimś, tutaj też to powinno być rozgraniczone moim zdaniem (wywiad 2.1). Konkludując tę wypowiedź, warto podkreślić, iż wyraża ona także oczekiwanie, aby w procesie orzecznictwym w większym stopniu, niż ma to miejsce aktualnie, uwzględniać społeczne kryteria oceny.

Wypowiedź członka zespołu orzecznictwego ujawniła także inny wymagający zmiany aspekt procedury orzecznictwej. A mianowicie, zgodnie z obowiązującą procedurą, osoba zainteresowana uzyskaniem orzeczenia o niepełnosprawności ma obowiązek udziału w posiedzeniu komisji kwalifikacyjnej. Może zostać z tego obowiązku zwolniona na podstawie decyzji lekarza orzecznika. Takie sytuacje nie mają miejsca jednak zbyt często. W konsekwencji osoby w bardzo ciężkich stanach chorobowych zmuszone są brać udział w procedurze kwalifikowania do niepełnosprawności: *Są przypadki ludzi chorych, bardzo chorych, z nowotworami, w trakcie chemioterapii. Oni muszą tutaj przychodzić, lekarz o tym decyduje, ale jakby było odgórnie, że w trakcie leczenia to nie... aż żal patrzeć na te osoby i pytać czy może się Pani ubrać czy nie, jeżeli ta kobieta jest przywleczona przez męża. W tym przypadku to akurat bym to zmieniła. Co ja mam takiemu człowiekowi powiedzieć. Jest to potrzebne wiadomo ze względu na dofinansowanie chociażby do pieluchomajtek, czy do czegośkolwiek do materaca odleżynowego. Ale może powinno to być odgórnie, w konkretnych przypadkach, żeby lekarze nie decydowali (wywiad 2.1).* W ocenie osoby udzielającej wywiadu powinna zostać opracowana lista schorzeń, doświadczanie których zakładałoby przebieg procedury orzecznictwej bez udziału osoby chorej, niezależnie od arbitralnej decyzji lekarskiej.

W ocenie członków zespołów ds. orzekania o niepełnosprawności istotnym wsparciem dla osób niesamodzielnych byłoby wprowadzenie do orzeczenia o niepełnosprawności zapisu o przyznaniu przedmiotów ortopedycznych, środków pomocniczych, które są dostępne w ramach PFRON. Uzyskanie tych świadczeń wymaga przez osobę niepełnosprawną podjęcia dodatkowych starań. Nie zawsze osoby te są w stanie z tym sobie poradzić: *Tak naprawdę to co przeraża tych ludzi składających tutaj u nas wniosek samodzielnie czy też przez instytucję czy drugą osobę, to jest to, że z danym orzeczeniami trzeba pójść do następnej instytucji (wywiad 2).*

Przedstawiciele poszczególnych instytucji świadczących pomoc i ośrodków pomocy społecznej wskazali propozycje działań, które w sposób realny mogłyby przyczynić się do poprawy jakości procesu oceny niesamodzielności, ale przede wszystkim udzielanego wsparcia.

Wśród nich priorytetowe wydaje się opracowanie i wdrożenie modelu współdziałania i współpracy międzysektorowej pomiędzy różnymi typami instytucji pomocy społecznej i opieki zdrowotnej zajmujących się opieką nad osobami niesamodzielnymi oraz modelu współpracy pomiędzy poszczególnymi podmiotami w ramach obu sektorów wsparcia.

Dobrze przemyślany koordynacyjny model współpracy i działań podejmowanych dziś przy realizacji usług opiekuńczych, pielęgnacyjnych, rehabilitacyjnych często niezależnie przez wszystkie instytucje pomocy społecznej i służby zdrowia wydaje się niezbędny z racji coraz wyraźniej definiowanych oczekiwań co do efektywności i adekwatności udzielanego wsparcia. W podstawowym swym założeniu model taki powinien gwarantować sprawny przepływ informacji, tak aby każda z instytucji zaangażowanych w pomoc konkretnej osobie miała dostęp do pełnej informacji na temat aktualnej sytuacji podopiecznego, zakresu wsparcia i pomocy, z jakiej korzysta w danym momencie w ramach poszczególnych placówek. Podjęcie w szerszym zakresie współpracy i koordynacji działań jest zdaniem badanych warunkiem efektywne-

go wykorzystywania środków finansowych przeznaczonych na ten cel. Z kolei brak współpracy i w dużej mierze brak przepływu informacji na temat pacjenta/podopiecznego powoduje niższą skuteczność zastosowanych form wsparcia opiekuńczego czy rehabilitacyjnego (w tym aspekcie kluczowa dla przedstawicieli ośrodków pomocy społecznej jest poprawa współpracy z pracownikami instytucji służby zdrowia). Jak stwierdza jedna z osób badanych: *Efekty rehabilitacji osiągnięte w placówce stacjonarnej giną z powodu braku kontynuacji wsparcia w środowisku (wywiad 4)*. Pracownicy socjalni oczekują wdrożenia takich procedur, które ułatwią im dostęp do lekarzy specjalistów. Jak już wykazane zostało w tym raporcie, diagnoza lekarska ma zasadnicze znaczenie dla organizacji procesu pomocowego, a w przypadku pracowników socjalnych wielokrotnie umożliwia podejmowanie działań pomocowych: *W procesie diagnozowania większa powinna być dostępność do psychiatry, czy większa dostępność do lekarza specjalisty, który zajmuje się daną osobą, a my nie możemy wejść w jakieś kontakty z tymi ludźmi i dowiedzieć się jakiś szczegółów (wywiad 14)*. Poza tym istotny byłby dostęp do **bardziej szczegółowych, precyzyjnych informacji na temat stanu zdrowia diagnozowanych podopiecznych**: *Może (...) żeby były jakieś specjalne druki, które mogłyby nam dostarczać POZ, i na pewno oni mogliby nam dostarczać jakieś bardziej szczegółowych informacji nawet w formie pisemnej, mogłaby to być jakaś ankieta itd. o stanie osoby, byłaby to na pewno pomocna w sensie medycznym, cały czas mówimy o chorobach i wynikającej z choroby niesamodzielności bądź niepełnosprawności (wywiad 14)*. Z kolei przedstawiciele instytucji realizujących na zlecenie ośrodków pomocy społecznej środowiskowe usługi opiekuńcze zwracają uwagę na **potrzebę szerszej współpracy w procesie ustalania zakresu usług opiekuńczych z pracownikami socjalnymi**. W ocenie pracowników tychże instytucji szerszy zakres współpracy w znaczący sposób wpłynąłby na jakość procesu diagnostycznego i tym samym efektywność pomocy. Zazwyczaj mamy do czynienia z sytuacją, w których pracownik socjalny, podejmując decyzje o przyznaniu określonego zakresu usług opiekuńczych, nie konsultuje ich z pracownikami instytucji realizujących usługi opiekuńcze: *Nasze współdziałanie to polega na tym, że my monitujemy, przedstawiamy problem a pracownik socjalny się do tego ustosunkowuje (wywiad 15)*. Gdy tymczasem rzeczywistą wiedzę na temat zakresu potrzeb podopiecznych posiadają przede wszystkim osoby wykonujące codzienną pracę opiekuńczą: *Docelowa wiedza o podopiecznym jest dużo większa nasza niż pracownika socjalnego. Opiekunki wiedzą komu powinno się obniżyć koszt usług opiekuńczych, one robią zakupy, one kupują leki, jest tak, że rzeczywiście nieraz ktoś ma wyższe świadczenia emerytalne, ale ma też z racji choroby wyższe wydatki. Ludzie rezygnują z usług bo priorytetem jest zakup leków i opłaty mieszkaniowe (wywiad 15)*. Dlatego też, w ocenie badanych, byłoby zdecydowanie korzystniejsze z punktu widzenia trafności podejmowanych w tym wymiarze decyzji konsultowanie ich z osobami bezpośrednio je realizującymi. Większego zakresu współpracy z pracownikami socjalnymi, opartej przede wszystkim na wsparciu informacyjnym, oczekują także przedstawiciele domów dziennego pobytu: *Na pewno musiałoby być bardzo ścisła współpraca z MOPS i możliwością wglądu w wywiady środowiskowe i uzyskania informacji, których nie mam, bo część podopiecznych ukrywa przed nami różne rzeczy, natomiast pracownicy też nie do końca są uprawnieni, czy też nie do końca chcą takich informacji udzielać. Więc to jest tak, że to my po nitce do kłębka dochodzimy dopiero do jakichś informacji (wywiad 12)*. A zatem zakres informacji, które przekazują pracownicy socjalni, jest niewystarczający, w konsekwencji pracownikom domów dziennego pobytu zdobycie pełnej wiedzy na temat sytuacji życiowej i potrzeb swoich podopiecznych zajmuje dużo czasu: *Czasami jest tak, że tą wiedzę, którą można byłoby zdobyć w ciągu jednego dnia, my ją zdobywamy miesiącami, bo coś tam nam nie pasuje, coś widzimy, zauważamy próbujemy się dopytać, kontaktujemy się z kimś, jakoś z boku z prawej strony, z lewej strony i to trwa i ta pomoc jest czasami dużo później, niż można by ją było stosować od samego początku a seniorzy też nie do końca chcą ze wszystkimi rozmawiać, opowiadać, ja ich rozumiem takie jest życie i doświadczenie ich jakieś pewne trudne sytuacje*

no i też tak funkcjonują (wywiad 12). Oczywiście badani reprezentujący wskazaną instytucję mają pełną świadomość zadań, jakie realizuje dom dziennego pobytu i wyraźnie wskazują, że w sytuacji, w której prowadzona działalność miałaby tylko i wyłącznie koncentrować się na organizacji czasu wolnego podopiecznych, przekazywany zakres wiedzy byłby wystarczający. Ponieważ jednak placówka realizuje szereg projektów i programów wsparcia psychologicznego, terapeutycznego (z uwagi na ewidentnie identyfikowane w tym zakresie potrzeby), niezbędny jest bardziej szczegółowy zakres informacji na temat podopiecznych.

Kluczowym aspektem poprawy jakości procesów diagnostycznych i świadczonych usług w ocenie badanych przedstawicieli instytucji wspierających osoby z niepełnosprawnością intelektualną jest współpraca i koordynacja działań podejmowanych przez instytucje pomocy społecznej i służby zdrowia na rzecz osób z niepełnosprawnością intelektualną oraz chorujących psychicznie. W tym obszarze badani szczególnie wyraźnie artykułują konieczność wypracowania spójnych procedur współpracy pomiędzy specjalistami w zakresie zdrowia psychicznego i innych przedstawicielami środowiska pomocowego, zaangażowanych w proces rozwiązywania problemów tej kategorii osób niepełnosprawnych. W ocenie przedstawicieli instytucji świadczących wsparcie jest to obszar, w którym bardzo wyraźnie ujawnia się kwestia braku przepływu informacji i niezależności działań podejmowanych przez poszczególne instytucje: *Są różne instytucje, które w jakichś tam kawałkach pomagają (wywiad 5). Tutaj nie ma w ogóle żadnego przepływu informacji, ani współpracy, więc tu jest bardzo to potrzebne. Podam przykład: osoba chora jest psychotyczna i wymaga natychmiastowego umieszczenia w szpitalu. Nie zgadza się na to umieszczenie. Nie ma wsparcia w ośrodku. Więc pracownik socjalny musi współpracować z lekarzem prowadzącym, psychiatrą, bo dostaje informacje ze środowiska, że osoba zachowuje się w taki sposób, że zagraża sobie i innym. Często lekarz nie współpracuje, wydając jakiś odpowiedni dokument, który potwierdza, że wymagane jest to leczenie, że wymagana jest interwencja, czasami z policją, żeby zapobiec tragedii. To się źle kojarzy, jeżeli osoba jest umieszczana w szpitalu na siłę, ale pamiętajmy, że to dla jej własnego bezpieczeństwa. Ona nie odpowiada wtedy za siebie, nie ma wglądu w to, co robi. Ale też zagraża innym, bo może rozpalic ognisko w domu na przykład. Tu jest bardzo potrzebna współpraca, a jej brak. Pracownik socjalny jest bezsilny. On powinien jakieś kroki podjąć, ale nie ma współpracy ze strony lekarza i pozostaje sam sobie, a nie jest specjalistą od schizofrenii (wywiad 6).*

Poza oczekiwaniem szerszej płaszczyzny współpracy wspierającej pracowników socjalnych w procesie diagnozy w obszarze zdrowia, przedstawiciele tychże instytucji wskazali na potrzebę uruchomienia internetowej bazy informacji, która stanowić mogłaby wiarygodne i rzetelne źródło podanych w przystępnej formie informacji na temat instytucji świadczących pomoc osobom niepełnosprawnym intelektualnie i chorującym psychicznie. W ocenie pracownika środowiskowego domu samopomocy brakuje szeroko dostępnej informacji na temat oferowanych form i zakresu pomocy dla osób chorujących psychicznie, pomimo iż aktualnie podmioty wspierające informują o swojej działalności na stronach internetowych. Z pewnością funkcjonowanie takiej bazy informacji ułatwiłoby z pewnością pracownikom socjalnym, lekarzom, pielęgniarkom oraz przede wszystkim osobom, które potrzebują pomocy i ich rodzinom, szybkie dotarcie do informacji na ten temat: *Nie ma jakiejś bazy, np. pracownik socjalny wchodzi na rejon, dostaje informacje, wie, że jest jakaś Pani, choruje na schizofrenię, jest samotna, kiepsko sobie radzi. Szuka jakiegoś miejsca, gdzie może tą Panią pokierować. Do miejsca takiego jak to albo do poradni zdrowia psychicznego (wywiad 6).* W konsekwencji bardzo często członkowie rodzin osób niepełnosprawnych, jak i same osoby chorujące, poszukując wiedzy i informacji na temat konkretnej niepełnosprawności dzwonią do Towarzystwa Przyjaciół Niepełnosprawnych, jak stwierdza rozmówczyni: *z pytaniami na temat wszystkich niepełnosprawności, jakie ludziom przychodzą do głowy. My mamy przy telefonie nawet taki informator dla siebie, żeby człowieka, który dzwoni, chce pomocy dla siebie, albo swojego bliskiego, nie chce zostawiać samego (wywiad 6).*

Ponadto z punktu widzenia jakości realizacji usług świadczonych na rzecz osób niesamodzielnych istotny jest wzrost liczby instytucji świadczących środowiskowe wsparcie psychologiczne i terapeutyczne, ułatwienie dostępu podopiecznych domów pomocy społecznej do procedur medycznych, poszerzenie obowiązującego w ośrodkach pomocy społecznej systemu POMOST. Świadczą o tym poniższe wypowiedzi przedstawiciela zespołu ds. orzekania o niepełnosprawności, domu pomocy społecznej oraz ośrodka pomocy społecznej: *Lekarze leczą, lecz nie prowadzą terapii. Terapii w Polsce ze względu na małą ilość placówek świadczących usługi psychologiczne, patrząc na wieloletnią pracę w zespole, że ci ludzie przychodząc tutaj oczekują, że specjalista poza pytaniami zadany mi zgodnie z kwestionariuszem, oczekują wsparcia takiego bardzo emocjonalnego, potrzebują, by ich wysłuchać (wywiad 2); preferencyjny dostęp do procedur medycznych, gdyby np. coś takiego było, dlatego, że generalnie ludzie w Polsce mają nie najlepsze doświadczenie ze służbą zdrowia, prawda, my mamy być może, że jeszcze gorsze, dlatego, że my pewnych mechanizmów nie możemy zastosować. My korzystamy z uspołecznionej służby zdrowia, z normalnych kolejek, z normalnych przychodni itd., nie mamy funduszy, w sytuacji jakiegoś zagrożenia, gdy widzimy, że jest pilna potrzeba diagnozy a nam mówią, że neurolog w 2019 roku na październik. My nie mamy możliwości skorzystania z prywatnych gabinetów, chyba że wtedy negocjujemy z rodziną. Jeżeli rodzina jest taka, która wykazuje zainteresowanie, jest skłonna to wtedy wspólnie decydujemy. My zorganizujemy przewóz a oni opłacą wizytę u prywatnego neurologa. Dlatego mówię o tym preferencyjnym dostępie do procedur medycznych, bo czasami czujemy się w sytuacji osoby, która wali głową mur (wywiad 10); Na pewno przydałby się taki jeden spójny system, jak teraz w tej chwili mamy POMOST, jakiegoś innego typu, gdzie wszystkie placówki i instytucje byłyby ze sobą powiązane, każdy mógłby wtedy sprawdzić każdą informację, w każdej instytucji, musiałyby być do tego osoby upoważnione. System POMOST, który w tej chwili mamy... to jest dobry kierunek, tylko powinien tak naprawdę obejmować również inne instytucje, szpitale, powinno się go poszerzać (wywiad 13).*

W ocenie przedstawicieli instytucji świadczących opiekę długoterminową niezwykle istotnym warunkiem poprawy jakości procesu pomocy dla osób niesamodzielnych jest zagwarantowanie wsparcia psychologicznego także dla ich opiekunów. Z doświadczeń osób świadczących usługi w ramach pielęgniarstwa długoterminowego wynika, iż taki rodzaj wsparcia jest wręcz niezbędny. Opieka nad osobą niesamodzielną przebywającą w środowisku domowym jest wyczerpująca emocjonalnie: *Często wchodząc do domu pacjenta widzimy tam, że jest konflikt pomiędzy opiekunem a pacjentem. Często jest tak, że ten opiekun dostępuje takiego wypalenia, wypalony opiekun i on już nie chce się opiekować, on już nie chce być uwiązany ciągle sprawowaniem opieki nad tym pacjentem, który jest w domu, ma już dosyć, nie ma swojego życia (wywiad 4).*

Ponadto w zakresie poprawy jakości świadczenia usług pomocowych dla osób niesamodzielnych na szczególną uwagę zasługuje wyraźnie artykułowany postulat dostosowania zasobów mieszkaniowych i infrastruktury otoczenia do potrzeb i możliwości osób starszych. Wiązać postulat ten należy z kluczowym dla rozwiązania problemów związanych z dostępnością do instytucjonalnych form opieki podjęciem działań na rzecz **rozwaju środowiskowych form wsparcia dla osób niesamodzielnych**, które umożliwiłyby osobom starszym jak najdłuższe, w miarę możliwości niezależne, funkcjonowanie w ich własnym środowisku domowym. W tym celu kluczowe staje się z jednej strony podjęcie działań w zakresie zagwarantowania większej dostępności do długoterminowej pielęgniarstwa domowego dla osób wymagających z racji stanu zdrowia wsparcia medycznego, z drugiej wdrożenie programów wspierających działania na rzecz likwidacji szeroko rozumianych barier funkcjonalnych w miejscu zamieszkania, które utrudniają osobie starszej korzystanie z przestrzeni mieszkalnej.

W ocenie pracowników instytucji pomocy społecznej i realizujących usługi opiekuńcze, podstawowym warunkiem wzrostu dostępności usług jest zabezpieczenie odpowiedniej puli środków finansowych na ten cel: *przede wszystkim powinny być spokojne finanse, tak aby pra-*

cownicy socjalni nie musieli ograniczać usług, wtedy praca pracowników socjalnych byłaby też bardziej efektywna, mniej nerwowa (wywiad 15). W ocenie kadry ośrodków pomocy społecznej, efektywności udzielanego wsparcia w formie usług opiekuńczych powinien sprzyjać rozwój wolontariatu i systemu prywatnych usług opiekuńczych. Ponadto przedstawiciele badanych instytucji wskazali na potrzebę likwidacji barier komunikacyjnych i transportowych oraz powołanie biura zamiany mieszkań.

5.2. Wzory współpracy w zakresie diagnozowania niesamodzielności w środowisku lokalnym

Zrealizowane badanie nie ujawniło zinstytucjonalizowanych wzorów współpracy w zakresie diagnozowania niesamodzielności. Poszczególne typy instytucji orzekających/świadczących wsparcie w zróżnicowanym stopniu zaangażowane są w proces współdziałania i współpracy międzyinstytucjonalnej. W świetle opinii wyrażanych przez przedstawicieli niemal wszystkich badanych instytucji, współdziałanie ogranicza się najczęściej do pojedynczych kontaktów warunkowanych przez pojawiające się na bieżąco problemy i potrzeby podopiecznych. Ponadto proces ten w znacząco większym stopniu uruchamiają „osobiste znajomości” osób zaangażowanych w jego realizację niż przyjęte przez instytucje sformalizowane procedury: *Ja nawet nie wiem czy to jest możliwe, żeby funkcjonować według jakiegoś wzoru. Na pewno wszelkie ułatwienia pod tytułem „po znajomości”, bo kogoś znamy, możemy się na kogoś powołać, wielokrotnie wykorzystywaliśmy (wywiad 13)*. Wypowiedzi badanych ujawniają w głównej mierze ograniczony w stosunku do rzeczywistych potrzeb lub co najmniej daleki od oczekiwanego zakres współpracy pomiędzy instytucjami pomocy społecznej a instytucjami służby zdrowia. Na problem ten zwracają uwagę przede wszystkim przedstawiciele ośrodków pomocy społecznej, w przypadku których wielokrotnie w znaczącym stopniu efektywność podejmowanych działań zależy od sprawnej współpracy z kadrą instytucji służby zdrowia (lekarzami). Skrajnie sformułowana przez pracownika socjalnego ocena współpracy w tym obszarze wskazuje jej zupełny brak: *Ta współpraca jest taka, że jej nie ma (wywiad 14)*. Z kolei na podobnie ograniczony poziom współpracy z ośrodkami pomocy społecznej wskazuje przedstawiciel zakładu opiekuńczo-leczniczego: *Więc jest telefon do punktu pracy socjalnej i stwierdzenie: Ale jak to wychodzi?, jak to możliwe, że wychodzi? Przecież nie ma załatwionego tego, tego, tego, czyli jest taka psychologia, w tej instytucji to ma go na chwilę z głowy (wywiad 4)*.

Poziom, zakres, jak i formy współpracy międzyinstytucjonalnej wyznacza specyfika zadań realizowanych przez poszczególne typy instytucji¹¹⁴: *Czasami [współpraca] bywa bardzo dobra, wręcz wymarzona, a czasami jest pod górkę. Zależy tak naprawdę na kogo się trafi, czy osoba ma wiedzę na temat funkcjonowania tego typu ośrodka. Niektórzy pracownicy socjalni i lekarze nie wiedzą w ogóle o takim ośrodku, kim my się zajmujemy (wywiad 6)*. Dla przykładu, środowiskowe domy samopomocy w przypadku, których skuteczność podejmowanych działań jest wielokrotnie warunkowana podjęciem szybkiej interwencji popartej wsparciem ośrodka pomocy społecznej, współpracują w tym celu z pracownikami socjalnymi (wywiad środowiskowy, jaki przekazują pracownicy socjalni, stanowi rzetelne źródło informacji na temat sytuacji bytowej czy mieszkaniowej podopiecznego). Mając na względzie efektywność podejmowanych działań na rzecz podopiecznych, w tym przede wszystkim potrzebę przeciwdziałania ich marginalizacji i wykluczeniu, ŚDS pozostają w stałym kontakcie z instytucjami, które w środowisku lokalnym z racji zadań statutowych są odpowiedzialne za działania wpierające osoby niepełnosprawne intelektualnie czy chorujące psychicznie (odziały szpitalne, poradnie psychiatryczne, szkoły

¹¹⁴ Np. z uwagi na swoją specyfikę orzeczniczą zespoły ds. orzekania o niepełnosprawności współpracują jedynie z ośrodkami pomocy społecznej, a przedmiotem tej współpracy jest wymiana informacji na temat sytuacji socjalnej osoby orzekanej.

specjalne), współdziałają też z organizacjami pozarządowymi wspierającymi rodziny osób niepełnosprawnych: *Nie tylko osoba niepełnosprawna, ale też całe jego środowisko, rodzina również choruje z tą osobą. Bardzo ważne jest tutaj to wsparcie właśnie dla rodziny (wywiad 6).* Warto podkreślić, iż niebagatelne znaczenie ma w tym aspekcie także dobra współpraca ŚDS z Urzędem Miasta, dzięki której udaje się często zapobiec eksmisji podopiecznego czy uzyskać dla niego lokal zastępczy. W ograniczonym stopniu natomiast układa się współpraca z podmiotami rynku pracy, które w ocenie kadry nie oferują odpowiednich miejsc pracy dla osób niepełnosprawnych intelektualnie: *Pracodawcy czasami wprost mówili, szukamy osoby niepełnosprawnej, ale nie tego obszaru. Stygmatyzacja istnieje, i tu nie ma co opowiadać że nie ma, dalej pozostaje taka niewiedza, trochę powielanych wiele mitów (wywiad 7).*

Z kolei domy pomocy społecznej współpracują z samorządem lokalnym w zakresie pozyskiwania środków (np. z miejskiego programu profilaktyki rozwiązywania problemów alkoholowych) na realizację projektów edukacyjnych, profilaktycznych (dla osób uzależnionych i współuzależnionych), z zakładami aktywizacji zawodowej w zakresie rehabilitacji zawodowej i pracy terapeutycznej.

Nie ulega jednak wątpliwości, że pracownicy badanych instytucji z uwagi na wielowymiarowość problemów doświadczanych przez dorosłe osoby niesamodzielne dostrzegają, iż efektywne wsparcie świadczone na rzecz tych osób jest procesem wymagającym współpracy pomiędzy instytucjami zaangażowanymi w jego organizację. Jak wskazują, to, co w kontekście procesów diagnostycznych i praktyki pomocowej ogranicza ich efektywność, to brak rozwiązań systemowych umożliwiających stały, bieżący przepływ informacji na temat osób korzystających ze wsparcia w ramach różnych instytucji oraz brak współpracy między nimi. Potrzeba współpracy i integracji działań wybrzmiała w wypowiedziach przedstawicieli wszystkich badanych instytucji, którzy aktualny zakres wzajemnej współpracy uznają za dalece niewystarczający. Wypowiedzi werbalizują w tym aspekcie konieczność wdrożenia rozwiązań nie tyle zachęcających, co wręcz wymuszających współpracę między tymi instytucjami, poprzez wdrożenie w ramach obu sektorów i pomiędzy nimi obligatoryjnych procedur. Konieczność współpracy pojawia się w dwóch zasadniczych kontekstach. Po pierwsze w kontekście wyraźnie definiowanego przez pracowników socjalnych, a także przedstawicieli środowiskowych domów samopomocy oczekiwania kierowanego pod adresem lekarzy o przyśpieszenie procedur oceny stanu zdrowia, zwłaszcza w przypadku pacjenta psychicznie chorego: *Moim zdaniem, żeby udzielić sprawnie pomocy osobie, która jest niesamodzielną, **my potrzebujemy sprawnej współpracy, czasowo sprawnej współpracy**, takiej merytorycznej z instytucjami jak np. z sądem, czy z lekarzem psychiatrą, czas odgrywa rolę, my nie możemy czekać na opinię sądu rok czy półtora, prosić o przyśpieszenie tego postępowania, to powinno odbywać się bardzo szybko, płynnie, żeby udzielić konkretnego wsparcia osobie, która tego wsparcia wymaga, a nie przeciągać tą sprawę w czasie, i ta odpowiedzialność jakby ciąży na nas, że to wsparcie nie jest udzielone, a my oczekujemy wymiernego wsparcia ze strony instytucji, które powinny nam w tym względzie pomocy, a nie otrzymujemy takiej (wywiad 14).* Jak wynika z przytoczonej wypowiedzi, podobne oczekiwania pracownicy socjalni kierują wobec pracowników instytucji sądu oraz zespołów ds. orzekania o niepełnosprawności. Po drugie konieczność ta ujawnia się w kontekście swego rodzaju rozbieżności interesów poszczególnych instytucji, skutkującej np. chęcią „przeniesienia odpowiedzialności” za daną osobę poza własną instytucję, a w efekcie niejednokrotnie okresowym „wypadnięciem” podopiecznego z systemu wsparcia i pogorszeniem jego sytuacji. W ocenie badanych poszczególne instytucje sektora pomocy społecznej i ochrony zdrowia nie tworzą wspólnego systemu wsparcia niesamodzielnych osób dorosłych. Każda z instytucji działa niezależnie od siebie w ramach posiadanych uprawnień. Nie ma też unormowań prawnych, które obligowałyby instytucje do ścisłej współpracy, ani nie funkcjonują wypracowane przez instytucje wewnętrzne procedury w tym zakresie.

6. PODSUMOWANIE I REKOMENDACJE Z BADAŃ JAKOŚCIOWYCH

Zebrany w ramach badania jakościowego materiał empiryczny pozwala na sformułowanie poniższych wniosków badawczych.

1. W najbliższej przyszłości należy liczyć się ze wzrostem zapotrzebowania na usługi opiekuńcze, rehabilitacyjne, pielęgnacyjne świadczone przez instytucje pomocy społecznej oraz ochrony zdrowia na rzecz osób niesamodzielnych, zarówno w formie instytucjonalnej, jak i realizowane w formie środowiskowych usług opiekuńczych oraz pielęgniarstwa opieki długoterminowej.
2. Zainteresowanie usługami wspierającymi osoby niesamodzielne warunkuje silna korelacja ze wzrostem liczby osób starszych, w przypadku których utrata samodzielności funkcjonalnej wynika z pogarszającego się wraz z wiekiem stanu zdrowia, braku wsparcia tej kategorii osób ze strony rodziny, samotnego zamieszkiwania i złej sytuacji materialnej.
3. Pomiędzy stanem pewnych ograniczeń funkcjonalnych a całkowitą zależnością od innych można dostrzec obszar, w którym racjonalne wsparcie zwiększa i podtrzymuje autonomię osób.
4. Pracownicy instytucji orzekających/świadczących wsparcie dorosłym osobom niesamodzielnym lokują diagnozę poza właściwymi zadaniami ich instytucji i traktują ją jako element procesu udzielania pomocy.
5. Przedstawiciele badanych instytucji w większości nie dostrzegają potrzeby korzystania ze specjalistycznych narzędzi diagnostycznych, ocenie sytuacji pacjenta/podopiecznego służy codzienna, bezpośrednia obserwacja zachowań, rozmowa/wywiad oraz analiza dokumentów medycznych. Proces diagnostyczny realizowany w oparciu o dostępne im metody i narzędzia diagnostyczne pozwala – w ich ocenie – w sposób trafny rozpoznać i adekwatnie do potrzeb oszacować zakres indywidualnego wsparcia.
6. Rzeczywistymi diagnostami niesamodzielności oraz osobami wytyczającymi kierunek i zakres pomocy świadczonej przez instytucje wspierające osoby niesamodzielne są przede wszystkim lekarze.
7. Stan zdrowia, rodzaj schorzenia, sprawność fizyczna oraz kondycja psychiczna stanowią najważniejsze, decydujące kryteria ustalania zakresu wsparcia; pozostałe, uzupełniające kryteria stanowią: sytuacja społeczna i zawodowa, sytuacja ekonomiczna osoby zgłaszającej się po pomoc, w tym jej dochody i warunki mieszkaniowe oraz sytuacja rodzinna.
8. Kadra instytucji wspierających osoby niesamodzielne identyfikuje przede wszystkim **ograniczenia/utrudnienia** w zakresie realizacji usług świadczonych na rzecz osób niesamodzielnych.

Podstawowymi problemami związanymi z diagnostyką i udzielaniem wsparcia są:

- niedofinansowanie systemu pomocy społecznej (skutkujące brakiem kadry i brakiem wystarczającej oferty wsparcia),
- brak rozwiązań systemowych umożliwiających stały, bieżący przepływ informacji o osobach korzystających ze wsparcia między różnymi instytucjami zaangażowanymi w proces udzielania pomocy,
- nieadekwatna w stosunku do rosnących potrzeb dostępność do infrastruktury pomocowej (ograniczona liczba i długi czas oczekiwania na miejsce w stacjonarnych placówkach opieki długoterminowej (domy pomocy społecznej) i placówkach sektora zdrowia (zakłady opiekuńczo-lecznicze),
- nieadekwatna w stosunku do potrzeb pomoc, świadczona w formie środowiskowych usług opiekuńczych oraz długoterminowej pielęgniarstwa pomocy środowiskowej,

- problemy z zapewnieniem kontynuacji właściwej opieki nad osobą niesamodzielną po okresie jej hospitalizacji,
- nieadekwatna, w stosunku do potrzeb, środowiskowa pomoc dla osób z orzeczeniem o niepełnosprawności,
- nieadekwatne do potrzeb wsparcie dla rodzin, w tym brak specjalistycznego wsparcia psychologicznego i edukacyjnego,
- nieadekwatna do potrzeb dostępność do lekarzy ze specjalizacją w zakresie geriatry, poradni oraz oddziałów geriatrycznych,
- ograniczone możliwości kontraktowania usług NFZ przez lekarzy psychiatrów,
- niewystarczająca w stosunku do potrzeb dostępność świadczeń na rzecz osób chorujących psychicznie,
- niewystarczający, ograniczony zakres współpracy pomiędzy instytucjami pomocy społecznej i służby zdrowia, brak koordynacji działań pomiędzy sektorami pomocy społecznej i służby zdrowia.

Dokonując metaanalizy wyłonionych problemów, można przypuszczać, że powtarzająca się kilkakrotnie „nieadekwatność” może wynikać z niedocenianej przez osoby udzielające wywiadu standaryzacji diagnoz (deklarowany brak potrzeb nowych narzędzi oraz zawieranie własnemu doświadczeniu, które jest z pewnością kluczowe w dostrzeganiu problemów, ale wymaga obiektywizacji). Właściwą drogą może być wykorzystanie interdyscyplinarnego kodu opisu funkcjonalnego ograniczeń i możliwości, jakie stwarza ICF. Klasyfikacja ta wykorzystywana jest jeszcze w niewielkim stopniu. Drugi aspekt może wynikać z dominacji medycznego aspektu diagnozy: widoczne jest, jakie znaczenie ma ocena stanu zdrowia oraz rola lekarza w diagnozie niesamodzielnosci. Dostrzegalne jest niedocenienie kompetencji pracownika socjalnego, który z racji koncentracji na faktycznym funkcjonowaniu życiowym wspieranych osób i możliwości poznania podopiecznych w ich środowisku życia, może dostarczyć najpewniejszych informacji o ograniczeniach, ale i zasobach samodzielności osób wymagających wsparcia. Kwestia oceny posiadanych zasobów – zauważana i w miarę możliwości wdrażana do procesu diagnozy – powinna doczekać się bardziej dynamicznych rozwiązań metodycznych, nie tyle uznających statycznie aktualny stan osoby, ale dynamicznie sprawdzających możliwości ponownego usamodzielniania – podtrzymywania lub przywracania maksymalnej możliwej niezależności.

Jak wynika z jakościowej części przeprowadzonych badań, wzmocnienie procesu diagnostycznego i wsparcia osób niesamodzielnych wymaga podjęcia działań w kilku podstawowych płaszczyznach, co wyrażają rekomendacje zawarte w Tabeli 3. Wszystkie wymienione w niej postulaty wsparcia osób niesamodzielnych są identyfikowane przez przedstawicieli różnych typów instytucji pomocowych w sposób jednoznaczny jako korzystniejszy wariant organizacji procesu pomocowego na rzecz osób niesamodzielnych warunkujący, w ocenie badanych, pozostawanie większej liczby osób z ograniczoną samodzielnością – przede wszystkim starszych – w ich naturalnym środowisku zamieszkania, przy wykorzystaniu istniejącej sieci wsparcia społecznego dla zachowania autonomii.

Tabela 3. Rekomendacje dotyczące problemu niesamodzielności w województwie łódzkim w świetle przeprowadzonych badań jakościowych (2017)

Rekomendacja	Uzasadnienie
1. Opracowanie systemowych rozwiązań wspierających współpracę pomiędzy instytucjami ochrony zdrowia i pomocy społecznej	Wdrożenie systemowego, koordynacyjnego modelu współpracy międzysektorowej ma na celu zapewnienie ciągłości opieki w trakcie przechodzenia z jednej formy opieki do drugiej.
2. Zwiększenie dostępności do środowiskowych usług opiekuńczych	Zwiększenie dostępności do pomocy środowiskowej w formie usług opiekuńczych i długoterminowej pielęgniarstwa środowiskowej to warunek konieczny wsparcia osób znajdujących się w sytuacji zależności w naturalnym dla nich środowisku zamieszkania, a tym samym oddala się w czasie ewentualny proces instytucjonalizacji pomocy. Wymaga to wzrostu środków finansowych na realizację świadczeń opiekuńczych, racjonalizacji w ich wydatkowaniu, zmiany (rewizji) kryteriów współfinansowania usług opiekuńczych i włączenia w proces wolontariuszy. Nie mniej istotny jest rozwój ośrodków wsparcia i opieki dziennego pobytu, w tym dla osób chorujących psychicznie oraz niepełnosprawnych intelektualnie (środowiskowe domy samopomocy) oraz wzrost dostępności do różnych form opieki geriatrycznej i opieki długoterminowej.
3. Podtrzymywanie samodzielności przez zmianę organizacji życia i środowiska osób zagrożonych utratą samodzielności	Oprócz usług opiekuńczych, zaspokajających podstawowe potrzeby życiowe osób niesamodzielnych, ważne są nowe formy aktywnego zwiększania stopnia niezależnego życia poprzez racjonalną reorganizację otoczenia, zmianę trybu życia oraz treningi samodzielności i optymalizacji codziennych czynności, także z wykorzystaniem zasobów najbliższego otoczenia. Wobec zwiększania się populacji osób zagrożonych niesamodzielnością nie wystarczy bierne dostosowanie systemu opiekuńczego do wzrastającej skali potrzeb – wyzwaniem staje się identyfikacja czynników najbardziej przyczyniających się do zachowania samodzielności, zgodnie z ideą autonomii relacyjnej.
4. Wdrożenie programów wsparcia dla rodzin opiekujących się osobami o niskim stopniu samodzielności.	Wdrożenie systemu wsparcia dla osób stale opiekujących się przewlekle chorymi osobami starszymi powinno uwzględniać kilka podstawowych form. Ze względu na wysokie psychologiczne koszty sprawowania opieki nad niesamodzielnymi (często poprzez chorobę) członkami rodziny, najważniejsze wydaje się być wsparcie psychologiczne i opieka „wytchnieniowa”. Ważne jest też wsparcie edukacyjne (zob. rekomendacja nr 3) oraz informacyjne o dostępnych możliwościach w systemie pomocowym.
5. Rozbudowanie programów ułatwiających zmiany architektoniczne w przestrzeni mieszkaniowej osób starszych lub z niepełnosprawnością	Programy wspierające dalsze usuwanie barier architektonicznych w przestrzeni społecznej oraz dofinansowanie zmian architektonicznych usuwających ograniczenia funkcjonalne w przestrzeni mieszkaniowej – programy adaptacji mieszkań do potrzeb osób niesamodzielnych. Także ułatwienie zamiany mieszkań i kontynuacja rozwoju mieszkalnictwa chronionego w województwie.

Źródło: opracowanie własne.

7. WSKAŹNIKI OBCIĄŻENIA DEMOGRAFICZNEGO W WOJEWÓDZTWIE ŁÓDZKIM

Pierwszym etapem badania w części statystycznej było oszacowanie syntetycznych wskaźników charakteryzujących obciążenie demograficzne i związaną z wiekiem niesamodzielność w woj. łódzkim i jego powiatach. Oszacowane zostały następujące mierniki¹¹⁵:

1. Indeks starości – relacja między liczbą osób w wieku 60 lat i więcej a liczbą ludności w wieku poniżej 19 lat;
2. OADR – ang. *Old Age Dependency Ratio* – współczynnik obciążenia osobami w starszym wieku – liczba osób w wieku 65+ na liczbę osób w wieku 15-64 (por. Spijker [2015, s. 26]);
3. TDR – ang. *Total Dependency Ratio* – całkowity współczynnik obciążenia demograficznego. Jest stosunkiem liczby osób w wieku przedprodukcyjnym i poprodukcyjnym do liczby osób w wieku produkcyjnym;
4. RLE – ang. *Remaining Life Expectancy* – dalsze trwanie życia. Przeciętna liczba lat pozostała poszczególnym rocznikom do przeżycia (dane w liczbach bezwzględnych);
5. RLE15 – ang. *Remaining Life Expectancy of 15 years or less*, trwanie życia osób, którym pozostało 15 lat życia lub mniej. Miara ta liczona jest jako suma kobiet i mężczyzn, którym pozostało 15 lat życia [Spijker 2015, s. 7]. W badaniu oprócz RLE15 policzono również RLE10, RLE5, czyli liczbę osób, którym pozostało odpowiednio 10 i 5 lat życia;
6. PRLE15 – ang. *Proportion of Remaining Life Expectancy of 15 years or less*, współczynnik trwania życia osób, którym pozostało 15 lub mniej lat życia. Jest stosunkiem pomiędzy RLE15 a całością populacji [Spijker 2015, s. 7], czyli inaczej mówiąc: *odsetkiem* osób, którym pozostało 15 lat życia lub mniej. Podobnie do RLE, policzono również PRLE10, PRLE5, czyli odsetek osób, którym pozostało odpowiednio 10 i 5 lat życia;
7. POADR – ang. *Prospective Old Age Dependency Ratio* – perspektywiczny współczynnik obciążenia osobami w podeszłym wieku. Liczony jest jako stosunek RLE15 (RLE10, RLE5) do liczby ludności powyżej 20 lat do osiągnięcia wieku określonego przez RLE [Spijker 2015, s. 6, 26].

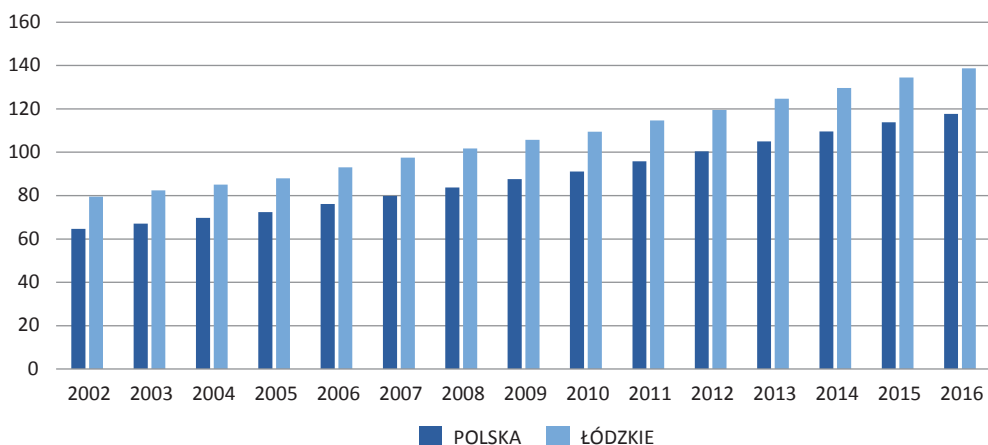
7.1. Indeks starości

Indeks starości policzony został jako relacja między liczbą osób w wieku 60 lat i więcej a liczbą ludności w wieku poniżej 19 lat¹¹⁶. W przypadku Polski i woj. łódzkiego miara ta znacznie przekracza przytoczone liczby; w roku 2002 indeks starości wynosił w Polsce 65 jednostek, co oznacza, że na 100 osób w wieku 19 lat i mniej przypadało 65 osób w wieku 60+. **W ciągu 15 lat ukazanych na poniższym wykresie, indeks starości w Polsce niemal podwoił swoją wartość, natomiast woj. łódzkie charakteryzuje się – rekordową wśród pozostałych województw – wartością 139 osób w wieku 60 lat i więcej, która przypada na 100 osób w wieku 0-19 lat.** Tak intensywne wzrosty (i tak już wysokiego) wskaźnika wynikają z dwóch nakładających się tendencji: wydłużającego się czasu trwania życia (co zwiększa licznik indeksu starości) przy jednoczesnych spadających współczynnikach dzietności (co zmniejsza mianownik indeksu starości).

¹¹⁵ Pierwsze trzy wskaźniki należą do grupy EDR- ang. *Elderly Dependence Ratio* – współczynników obciążenia osobami starszymi. EDR jest bardzo ogólnym terminem, który może odnosić się do różnego rodzaju obciążenia osobami starszymi. W szczególności w publicznej statystyce dostępne są współczynniki obciążenia demograficznego osobami w wieku poprodukcyjnym i nieprodukcyjnym na liczbę osób w wieku produkcyjnym (por. BDL, Ludność, Stan ludności, Współczynnik obciążenia demograficznego).

¹¹⁶ Indeks starości to dość szerokie określenie, którym można objąć właściwie każdy wskaźnik dot. osób w starszym wieku. Tutaj zdefiniowany został wg opracowania Podogrodzkiej [2016, s. 54].

Wykres 1. Indeks starości zdefiniowany jako liczba osób w wieku 60+ na 100 osób w wieku 0-19 lat



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z BDL (*Ludność, Stan ludności, Ludność wg wieku i płci*).

Z powyższego wykresu (nr 1) wynikają intensywne wzrosty indeksu starości zarówno w Polsce, jak i w woj. łódzkiej. Dynamika tych zmian była podobna, choć woj. łódzkie w całym okresie analizy charakteryzuje się indeksem starości powyżej ogólnopolskiego o 15-21 pp. Oznacza to, że w woj. łódzkiej na 100 osób w wieku 0-19 lat przypada od 15 do 21 osób w wieku 60+ więcej niż średnio w Polsce.

Biorąc pod uwagę powiaty woj. łódzkiego, to ich sytuację pod względem indeksu starości przedstawia poniższa Tabela 4. Wynika z niej, że niezmienna jest pozycja powiatu o najwyższym indeksie starości – Łodzi, gdzie indeks starości wynosił w 2016 r. aż 189,4 (jednocześnie dystans Łodzi do drugiego w kolejności powiatu jest dość znaczny). W powiecie o najniższej wartości – bełchatowskim – indeks starości wynosi 102.

Z poniższej mapy (nr 1) z kolei można odczytać grupowanie się powiatów o wysokim indeksie starości w północno-zachodniej części województwa. Część południowo-wschodnia, z wyjątkiem miast na prawach powiatu, jest wyraźnie młodsza.

Na koniec zbadano konwergencję indeksu starości, co pozwoliło stwierdzić, że od roku 2006, pomimo wzrostów samego indeksu starości w poszczególnych powiatach, niejednorodne natężenie tych zmian powoduje **zmniejszenie zróżnicowania indeksu starości**. W roku 2006 zróżnicowanie powiatów pod względem indeksu starości było maksymalne i wynosiło 17,6%, w 2016 r. zróżnicowanie spadło do 15,2%.

Tabela 4. Charakterystyka powiatów woj. łódzkiego pod względem indeksu starości (liczba osób w wieku 60+ na 100 osób w wieku 0-19)

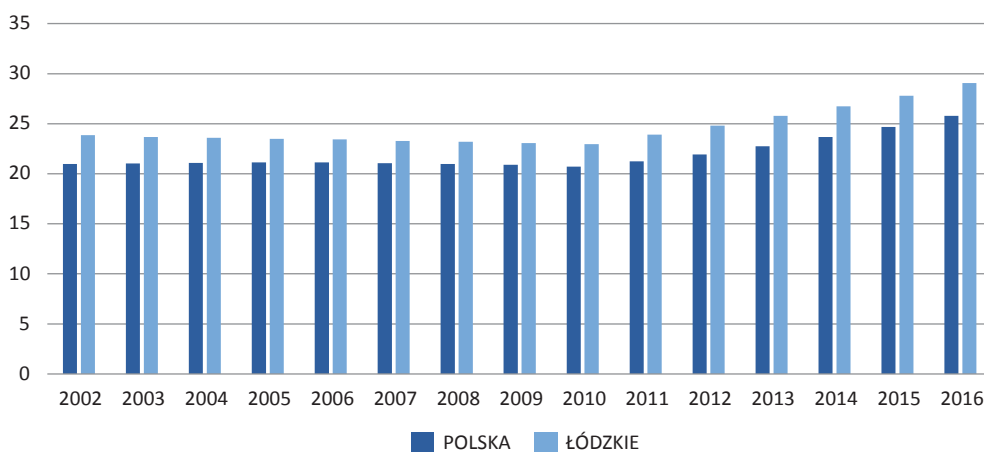
Powiaty woj. łódzkiego	wartość w 2002 r.	wartość w 2016 r.	pozycja w 2002 r.	pozycja w 2016 r.	śr. tempo wzrostu 2016-2002	pozycja tempa wzrostu
m. Łódź	112,4	189,4	1	1	3,9%	18
kutnowski	75,3	150,8	7	2	5,3%	3
pabianicki	86,3	146,6	2	3	3,9%	19
m. Piotrków Trybunalski	69,3	136,0	15	4	5,1%	4

7.2. OADR – Old Age Dependency Ratio

Współczynnik obciążenia osobami w starszym wieku policzony został jako liczba osób w wieku 65+ na liczbę osób w wieku 20-64. W pracy Spijkera [2015, s. 26] znajduje się propozycja, aby współczynnik ten przeliczać w stosunku do liczby osób otrzymujących wynagrodzenie za pracę (*paid employment*). Jednak taka definicja ogranicza liczenie tego współczynnika do danych wojewódzkich¹¹⁷.

Wartości OADR w Polsce i woj. łódzkim pokazuje wykres (nr 2), z którego odczytać można, że obciążenie osobami starszymi w stosunku do osób w wieku produkcyjnym rośnie w Polsce i woj. łódzkim od roku 2010. Dynamika tych zmian jest podobna, choć woj. łódzkie w całym okresie analizy charakteryzuje się wyższym współczynnikiem o średnio 3 punkty procentowe, co oznacza, że w województwie łódzkim na 100 osób w wieku 20-64 przypada o średnio 3 osoby w wieku 65+ więcej niż w Polsce.

Wykres 2. OADR – stosunek osób w wieku 65+ na 100 osób w wieku 20-64



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z BDL (*Ludność, Stan ludności, Ludność wg wieku i płci*).

Jeśli chodzi o powiaty woj. łódzkiego, to ich sytuację pod względem OADR przedstawia poniższa Tabela 5, w której ograniczono okres analizy do okresu rosnącego trendu wskaźnika: 2010-2016. **Wynika z niej, że najniższe OADR występuje w powiecie bełchatowskim, najwyższe w Łodzi.** Nie ma powiatu, który w latach 2010-2016 zanotowałby pozytywną zmianę wskaź-

¹¹⁷ W swojej publikacji Spijker [2015] wykazuje, że to raczej populacja osób zarabiających, a nie w wieku produkcyjnym powinna być rozważana jako ta, która płaci za opiekę medyczną i dobrostan osób w starszym wieku. Problemem w takim podejściu są dane o pracujących. Dane o wszystkich pracujących są dostępne na poziomie wojewódzkim (BAEL), na niższych poziomach NUTS (powiatów, gmin) znane są tylko dane o pracujących w pewnych przekrojach (pracujący w przedsiębiorstwach zatrudniających powyżej 9 lub 49 osób, pracujący bez zakładów osób fizycznych zatrudniających poniżej 5 osób itp.). Dlatego wszystkie wskaźniki, które przeliczane są na liczbę osób świadczących odpłatnie pracę, są mało użyteczne w niniejszym badaniu, w którym nacisk jest położony na zróżnicowanie wewnętrzne w województwie łódzkim (dotyczy to takich wskaźników wymienionych w pracy Spijkera [2015], jak: REDR, PWR, NWDR, REDR5TTD, REDDR, RADDR). Z powodu niedostępności danych co najmniej powiatowych nie można również oszacować współczynnika RLE15/gdp, którego formuła wymaga znajomości PKB, dostępnego jedynie dla podregionów, a już nie dla powiatów.

nika (tzn. zmniejszenie OADR)¹¹⁸. Wszystkie powiaty zanotowały wzrosty od 0,5% średniorocznie (powiat skierniewicki) do 5-6,3% średniorocznie we wszystkich trzech miastach na prawach powiatu (Łódź, Piotrków Trybunalski, Skierniewice). W liczbach bezwzględnych oznacza to, że liczba osób w wieku 65+ wzrosła o nawet 8,9 osób na 100 osób w wieku 20-64 w latach 2010-2016 (taki wzrost zanotowano w Łodzi: z wartości 26 w roku 2010 do 35 w roku 2016). **Jednocześnie obserwowane zmiany mają taki charakter, że doprowadzają do zmniejszenia zróżnicowania – konwergencji – pomiędzy powiatami woj. łódzkiego (maksymalne zróżnicowanie OADR notowano w 2004 r. – 13,9% i spadło ono w 2016 roku do poziomu 9,7%).**

Z poniższej mapy można odczytać, podobnie jak w przypadku indeksu starości, grupowanie się powiatów o wysokim OADR w północno-zachodniej części województwa. Część południowo-wschodnia, za wyjątkiem miast na prawach powiatu, jest wyraźnie mniej obciążona osobami starszymi.

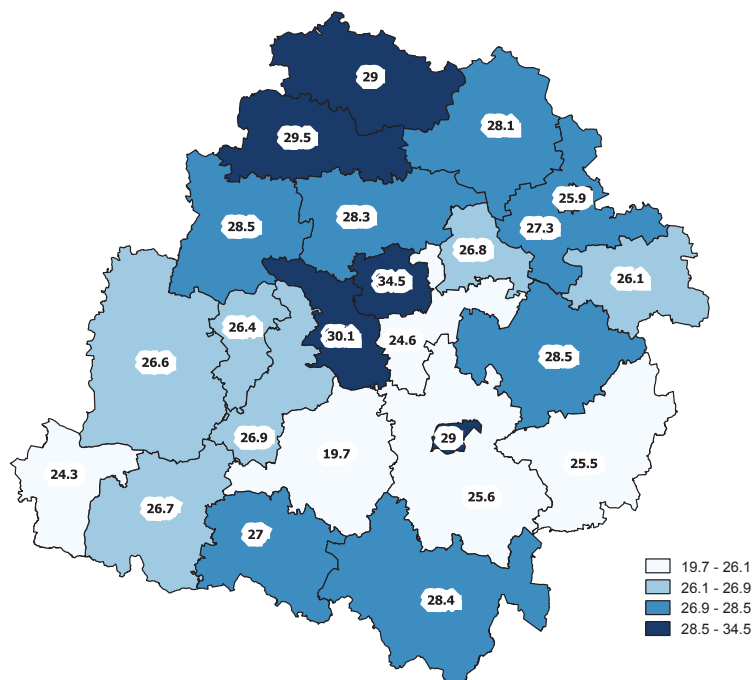
Tabela 5. Charakterystyka powiatów woj. łódzkiego pod względem OADR (liczba osób w wieku 65+ na 100 osób w wieku 20-64)

Powiat woj. łódzkiego	wartość w 2010 r.	wartość w 2016 r.	pozycja w 2010 r.	pozycja w 2016 r.	śr. tempo wzrostu 2016-2010	pozycja tempa wzrostu
m. Łódź	25,6	34,5	2	1	5,0%	3
pabianicki	23,6	30,1	7	2	4,1%	8
łęczycki	25,3	29,5	3	3	2,4%	19
m. Piotrków Trybunalski	20,9	29,0	19	5	5,6%	2
kutnowski	22,5	29,0	12	4	4,3%	7
tomaszowski	22,6	28,5	10	7	4,0%	9
poddębicki	24,7	28,5	4	6	2,3%	20
radomszczański	23,5	28,4	8	8	3,2%	14
zgierski	21,6	28,3	17	9	4,5%	5
łowicki	24,0	28,1	5	10	2,7%	18
skierniewicki	26,4	27,3	1	11	0,5%	24
pajęczański	23,8	27,0	6	12	2,0%	22
łaski	22,0	26,9	14	13	3,3%	11
brzeziński	21,8	26,8	16	14	3,2%	13
wieluński	22,3	26,7	13	15	3,0%	17
sieradzki	21,9	26,6	15	16	3,1%	15
zduńskowolski	20,3	26,4	20	17	4,3%	6
rawski	21,4	26,1	18	18	3,3%	12
m. Skierniewice	18,0	25,9	23	19	6,3%	1
piotrkowski	23,0	25,6	9	20	1,8%	23
opoczyński	22,5	25,5	11	21	2,1%	21
łódzki wschodni	20,0	24,6	22	22	3,4%	10
wieruszowski	20,2	24,3	21	23	3,1%	16
bełchatowski	14,7	19,7	24	24	4,9%	4

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z BDL (*Ludność, Stan ludności, Ludność wg wieku i płci*).

¹¹⁸ Gdyby jednak okres analizy rozszerzyć na lata 2003-2016, to powiatem, który zanotował spadek OADP, jest powiat skierniewicki, gdzie OADP spadło na przestrzeni lat 2003-2016 o 5,8 punktu procentowego. Drugim powiatem o ujemnym przyroście (pozytywnej zmianie) jest powiat piotrkowski, lecz jest to różnica bardzo niewielka – o 0,7 punktu procentowego w latach 2003-2016.

Mapa 2. OADR w powiatach województwa łódzkiego w 2016 r.

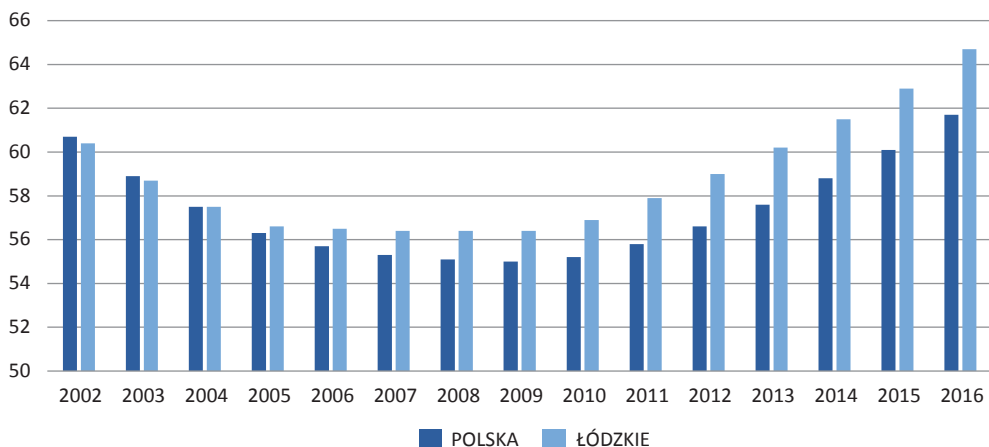


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z BDL (*Ludność, Stan ludności, Ludność wg wieku i płci*).

7.3. TDR – Total Dependency Ratio

Całkowity współczynnik obciążenia demograficznego został policzony jako stosunek liczby osób w wieku przedprodukcyjnym (w Polsce są to osoby poniżej 19 lat) i poprodukcyjnym (w Polsce 60+ dla kobiet i 65+ dla mężczyzn) na liczbę osób w wieku produkcyjnym. Wartości TDR w Polsce i woj. łódzkim pokazuje poniższy wykres (nr 3), z którego odczytać można, że obciążenie osobami w wieku nieprodukcyjnym rośnie w Polsce i woj. łódzkim od roku 2009. Wyższa dynamika tych zmian w woj. łódzkim powoduje, że woj. łódzkie, które w roku 2004 miało identyczną jak Polska wartość TDR, w końcowym okresie analizy – zdecydowanie Polskę wyprzedza. W roku 2016 w woj. łódzkim na 100 osób w wieku produkcyjnym przypada o średnio 3 osoby w wieku nieprodukcyjnym więcej niż w Polsce.

Wykres 3. Współczynnik całkowitego obciążenia demograficznego (TDR) zdefiniowany jako liczba osób w wieku nieprodukcyjnym na 100 osób w wieku produkcyjnym



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z BDL (Ludność, Stan ludności, Wskaźnik obciążenia demograficznego).

Jeśli chodzi o powiaty woj. łódzkiego, to ich sytuację pod względem TDR przedstawia poniższa tabela 6 (w której ograniczono okres analizy, podobnie jak w podrozdziale 7.2., do okresu 2010-2016). **Wynika z niej, że podobnie do wskaźnika OADR i indeksu starości, najniższe TDR występuje w powiecie bełchatowskim, najwyższe w Łodzi.** Oprócz powiatu skierniewickiego, który zanotował symboliczny spadek TDR z wartości 64,7 do 64,5 jednostki, nie ma powiatu, który w latach 2010-2016 zanotowałby pozytywną zmianę wskaźnika (tzn. zmniejszenie TDR). Wszystkie pozostałe powiaty zanotowały wzrost od 1 (powiat pabianicki) do 11,9, 13,2, 13,7 punktu procentowego dla miast na prawach powiatu (Piotrków Trybunalski, Skierniewice i Łódź). Oznacza to, że liczba osób w wieku nieprodukcyjnym wzrosła o prawie 14 osób na 100 osób w wieku produkcyjnym w latach 2010-2016 (taki wzrost zanotowano w Łodzi: z wartości 56 w roku 2010 do 69,7 w roku 2016).

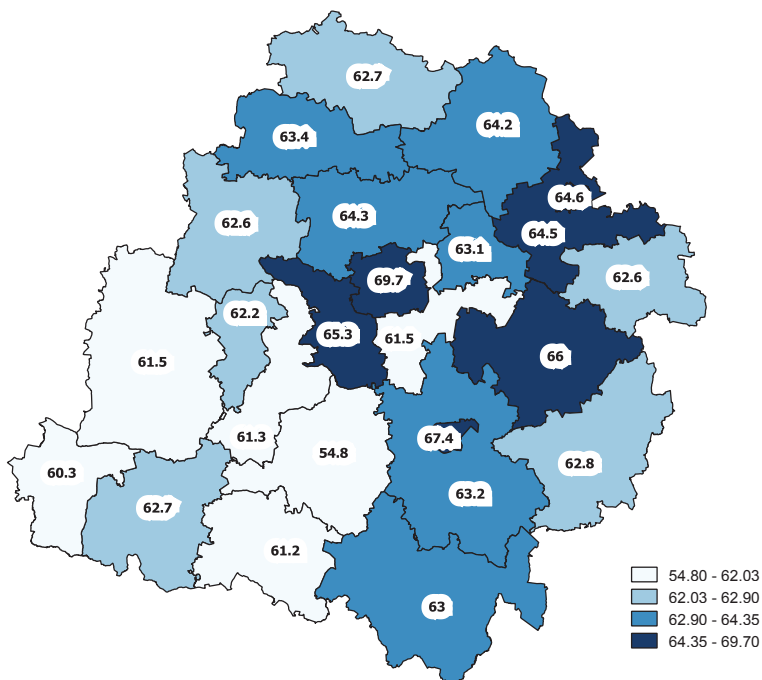
Z poniższej mapy można odczytać grupowanie się powiatów o wysokim TDR od północnej przez wschodnią po południową część województwa. O ile jednak wysokie współczynniki TDR w północnej części województwa są wynikiem głównie obciążenia osobami starszymi, to za wysokie wskaźniki w części wschodniej i południowej odpowiada również obciążenie osobami w wieku przedprodukcyjnym. **Jednocześnie konwergencja TDR wśród powiatów woj. łódzkiego jest najsilniejsza ze wszystkich dotąd analizowanych: zróżnicowanie pod względem TDR w powiatach spadło z wartości 10,2% w roku 2002 do wartości 4,3% w roku 2016.** Oznacza to, że o ile we wszystkich powiatach wzrosło obciążenie mieszkańców woj. łódzkiego w wieku produkcyjnym osobami w wieku nieprodukcyjnym (młodymi i seniorami), to dysproporcje pod względem tego obciążenia są coraz mniejsze.

Tabela 6. Charakterystyka powiatów woj. łódzkiego pod względem TDR (liczby osób w wieku nieprodukcyjnym na 100 osób w wieku produkcyjnym)

Powiat woj. łódzkiego	wartość w 2010	wartość w 2016	pozycja w 2010	pozycja w 2016	śr. tempo wzrostu 2016-2010	pozycja tempa wzrostu
m. Łódź	56,0	69,7	19	1	3,7%	2
m. Piotrków Trybunalski	55,5	67,4	20	2	3,3%	3
tomaszowski	58,7	66,0	10	3	2,0%	8
pabianicki	56,4	65,3	16	4	2,4%	5
m. Skierniewice	51,4	64,6	23	5	3,8%	1
skierniewicki	64,7	64,5	1	6	0,0%	24
zgierski	56,1	64,3	18	7	2,2%	6
łowicki	59,6	64,2	7	8	1,2%	14
łęczycki	61,4	63,4	3	9	0,5%	21
piotrkowski	61,8	63,2	2	10	0,4%	22
brzeziński	56,8	63,1	14	11	1,7%	10
radomszczański	59,6	63,0	7	12	0,9%	16
opoczyński	60,7	62,8	4	13	0,6%	18
kutnowski	55,2	62,7	21	14	2,1%	7
wieluński	59,0	62,7	9	14	1,0%	15
poddębicki	60,3	62,6	5	16	0,6%	19
rawski	57,6	62,6	13	16	1,4%	12
zduńskowolski	56,2	62,2	17	18	1,7%	11
łódzki wschodni	54,6	61,5	22	19	1,9%	9
sieradzki	58,6	61,5	11	19	0,7%	17
łaski	56,7	61,3	15	21	1,3%	13
pajęczański	60,2	61,2	6	22	0,2%	23
wieruszowski	58,4	60,3	12	23	0,5%	20
betchatowski	46,7	54,8	24	24	2,7%	4

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z BDL (Ludność, Stan ludności, Wskaźnik obciążenia demograficznego).

Mapa 3. TDR w powiatach województwa łódzkiego w 2016 r.



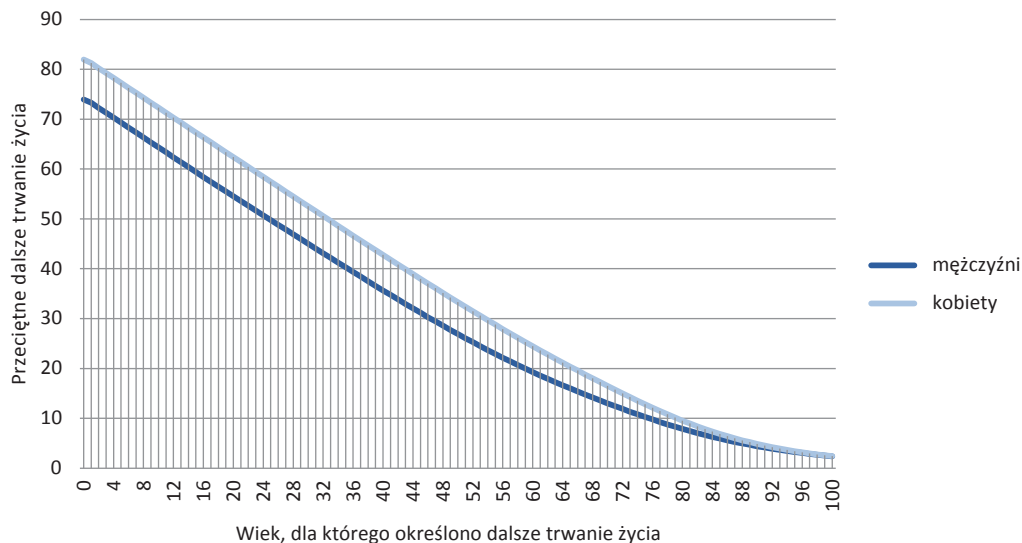
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z BDL (*Ludność, Stan ludności, Wskaźnik obciążenia demograficznego*).

7.4. RLE – Remaining Life Expectancy

RLE to przeciętna liczba lat pozostała poszczególnym rocznikom do przeżycia (dane w liczbach bezwzględnych)¹¹⁹. Jeżeli nie sprecyzowano inaczej, RLE dotyczy osób w wieku 0 lat, czyli oczekiwane trwanie życia w momencie urodzenia. Poniższy wykres prezentuje dalsze trwanie życia poszczególnych roczników w Polsce w 2016 r.

¹¹⁹ Współczynniki RLE nazywane są także w literaturze przedmiotu TTD (ang. *Time to Death*) – por. Spijker [2015, s. 9].

Wykres 4. Oczekiwane dalsze trwanie życia dla poszczególnych roczników wieku w Polsce



Źródło: opracowanie własne na podstawie „Trwanie życia w 2016 r.”, GUS, 2017.

Z powyższego wykresu można odczytać, że dalsze trwanie życia jest wyższe dla kobiet niż dla mężczyzn, lecz różnica ta maleje w miarę wzrostu wieku. Jeśli chodzi o RLE dla Polski, to w 2016 r. przeciętne dalsze trwanie życia dla osób w wieku 0 lat wynosiło dla kobiet 81,94 roku, dla mężczyzn 73,94 roku. W poszczególnych województwach (por. Tabela 7) odchylenie od tych wartości wynosi maksymalnie od - 1,94 do +1,46 roku dla mężczyzn oraz od -1,19 do +1,03 roku dla kobiet. Widać zatem, że wojewódzkie odchylenia od ogólnopolskiego RLE są większe dla mężczyzn niż dla kobiet. Niestety w obu przypadkach **przeciętne trwanie życia jest najniższe dla woj. łódzkiego, w którym oczekiwane trwanie życia mężczyzn jest o prawie dwa lata krótsze niż ogólnopolskie, a kobiet – o ponad rok**. Próbując zlokalizować przyczynę powyższych różnic trwania życia w woj. łódzkim wygenerowano dane dotyczące RLE w podregionach województwa, które pokazano w Tabeli 8. Wynika z niej, że najkrócej (w porównaniu do Polski) żyją mężczyźni z podregionu łódzkiego (o 2,22 roku krócej niż średnio w Polsce), zaś w przypadku kobiet najkrócej żyją mieszkanki Łodzi (o 2,07 roku krócej niż średnio w Polsce).

Tabela 7. RLE (oczekiwane trwanie życia) dla Polski i województw w 2016 r.

Województwo	mężczyźni			kobiety		
	RLE (w latach)	Różnica RLE woj. – Polska (w latach)	Pozycja różnicy	RLE (w latach)	Różnica RLE woj. – Polska (w latach)	pozycja różnicy
łódzkie	72,00	-1,94	16	80,75	-1,19	16
warmińsko-mazurskie	72,72	-1,22	15	81,11	-0,83	14
lubuskie	72,97	-0,97	14	81,38	-0,56	11
śląskie	73,50	-0,44	12	80,87	-1,07	15
zachodniopomorskie	73,50	-0,44	12	81,58	-0,36	9
dolnośląskie	73,54	-0,40	11	81,36	-0,58	13
lubelskie	73,63	-0,31	10	82,69	0,75	4
świętokrzyskie	73,66	-0,28	9	82,07	0,13	6
kujawsko-pomorskie	73,70	-0,24	8	81,37	-0,57	12
mazowieckie	74,13	0,19	7	82,26	0,32	5
podlaskie	74,15	0,21	6	82,77	0,83	3
wielkopolskie	74,16	0,22	5	81,54	-0,40	10
opolskie	74,40	0,46	4	81,81	-0,13	7
pomorskie	74,50	0,56	3	81,72	-0,22	8
małopolskie	75,32	1,38	2	82,89	0,95	2
podkarpackie	75,40	1,46	1	82,97	1,03	1
Polska	73,94			81,94		

Źródło: opracowanie własne na podstawie „Trwanie życia w 2016 r.”, GUS, 2017 (tablica C zatytułowana „Średnie dalsze trwanie życia wg województw w 2016 r.”).

Tabela 8. RLE w podregionach województwa łódzkiego wraz z odchyleniem od wartości dla Polski (dane za 2016 r.)

Podregion:	łódzki	m. Łódź	piotrkowski	sieradzki	skierniewicki
RLE mężczyźni	71,7	72,0	71,7	72,6	71,8
RLE kobiety	81,1	79,9	80,9	80,7	81,5
Różnica w stosunku do Polski – mężczyźni	-2,22	-1,92	-2,22	-1,38	-2,12
Różnica w stosunku do Polski – kobiety	-0,80	-2,07	-1,03	-1,22	-0,47

Źródło: opracowanie własne na podstawie „Trwanie życia w 2016 r.”, GUS, 2017 (tablica D zatytułowana „Średnie dalsze trwanie życia wg podregionów w 2016 r.”).

Ponieważ w niniejszym badaniu koncentrujemy się na rocznikach o krótkim dalszym trwaniu życia (RLE15, RLE10, RLE5), bardziej interesujące (w kontekście celu badania) jest trwanie życia roczników starszych (starszych niż prezentowane w powyższych tabelach, które dotyczą rocznika 0, czyli dalszego trwania życia w momencie urodzenia). W publicznym dostępie są takie tablice dla Polski, województw i podregionów dla roczników: 0, 15, 30, 45 i 60 – a więc

takich, dla których trwanie życia jest znacznie dłuższe niż 15 lat (docelowo tablice trwania życia posłużą do oszacowania liczby osób, którym pozostało 15, 10 i 5 lat lub mniej). W celu ustalenia trwania życia roczników starszych wykorzystano tablice udostępnione specjalnie na potrzeby niniejszego badania przez GUS, które pokazywały dalsze trwanie życia w 5-letnich grupach wiekowych roczników w wieku 60+ w poszczególnych podregionach woj. łódzkiego – por. Tabela 9. Z tabeli tej wynika, że dalsze trwanie życia w województwie i jego podregionach jest krótsze niż średnio w Polsce oraz że dystans pomiędzy kobietami i mężczyznami w dalszym trwaniu życia maleje wraz ze wzrostem wieku (dla przykładu: dla 60-letniego mężczyzny trwanie życia jest o ponad 5 lat niższe niż dla 60-letniej kobiety¹²⁰, tymczasem dla 90-latków różnica ta wynosi już niecałe pół roku¹²¹). Fakt zmniejszania się dystansu trwania życia wraz z wiekiem zwizualizowano na Wykresie 5.

Tabela 9. Dalsze trwanie życia dla 5-letnich grup wiekowych w poszczególnych podregionach województwa łódzkiego oraz w Polsce

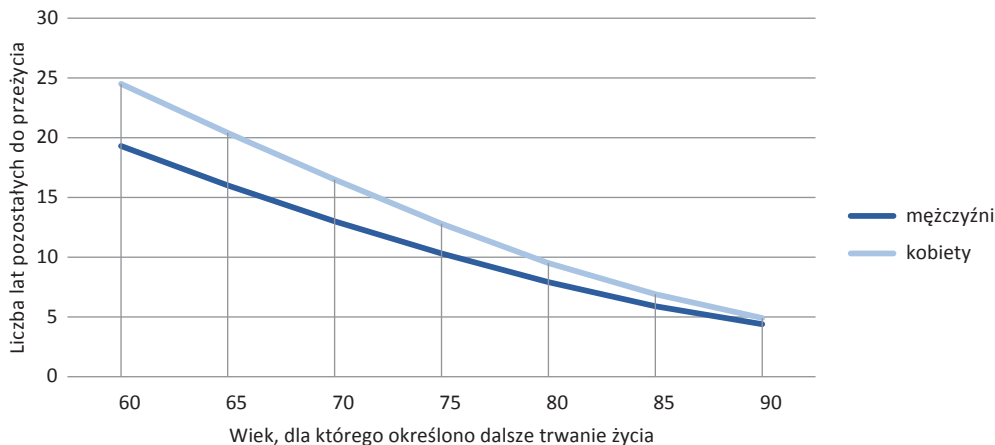
Płeć	Wiek	Polska	Woj. łódzkie	Podregion łódzki	Podregion m. Łódź	Podregion piotrkow.	Podregion sieradzki	Podregion skier-niew.
mężczyźni	60	19,3	18,5	18,3	18,7	18,2	18,6	18,3
mężczyźni	65	16,0	15,4	15,2	15,6	15,1	15,5	15,2
mężczyźni	70	13,0	12,6	12,4	12,8	12,2	12,7	12,4
mężczyźni	75	10,3	9,9	9,8	10,1	9,5	10,0	9,8
mężczyźni	80	7,9	7,6	7,4	7,7	7,2	7,6	7,5
mężczyźni	85	5,9	5,6	5,5	5,7	5,4	5,6	5,6
mężczyźni	90	4,4	4,2	4,0	4,1	4,0	4,1	4,0
kobiety	60	24,5	23,8	24,2	23,3	23,7	23,5	24,2
kobiety	65	20,4	19,7	20,0	19,4	19,6	19,5	20,2
kobiety	70	16,5	16,0	16,2	15,7	15,8	15,7	16,3
kobiety	75	12,8	12,4	12,5	12,2	12,2	12,1	12,5
kobiety	80	9,5	9,1	9,1	9,0	8,9	8,9	9,1
kobiety	85	6,9	6,5	6,4	6,4	6,3	6,2	6,3
kobiety	90	4,9	4,5	4,3	4,4	4,3	4,3	4,3

Źródło: dane zamawiane, przesłane z GUS w dn. 12.12.2017 r.

¹²⁰ W tym wieku mężczyznom pozostało 19,3 lat życia, a kobietom 24,5 lat życia.

¹²¹ 4,4 dla mężczyzn vs 4,9 dla kobiet – por. trzecia kolumna Tabeli 9.

Wykres 5. Przeciętne dalsze trwanie życia dla mieszkańców województwa łódzkiego w 2016 r.



Źródło: na podstawie danych przesłanych z GUS (w dn. 12.12.2017 r.)

Znając przebiegi trwania życia dla 5-letnich grup wieku (które w poszczególnych podregionach są podobne do zaprezentowanych na powyższym wykresie danych dla całego województwa), można było oszacować (za pomocą interpolacji liniowej) dalszą długość życia dla poszczególnych roczników w podregionach woj. łódzkiego¹²². Dane te dla roczników w wieku 65-90 lat zawiera poniższa tabela (dane dla wszystkich roczników: 0-100 znajdują się w załączniku, w Tabeli 7.4.1.). Z Tabeli 10 można odczytać, dla którego rocznika dalsze trwanie życia wynosi określoną liczbę lat. W szczególności do szacunków RLE15-, RLE10-, RLE5- potrzebna będzie wiedza, którym rocznikom pozostało do przeżycia odpowiednio 15, 10 oraz 5 lat i mniej – dane te zaznaczono kolorową czcionką¹²³. Z Tabeli 10 wynika m.in., że **mężczyźni we wszystkich powiatach woj. łódzkiego żyją krócej niż w Polsce, a największe różnice w dalszym trwaniu życia dotyczą mężczyzn zamieszkujących podregion piotrkowski – których charakteryzuje wiek o dwa lata młodszy w dalszym trwaniu życia niż przeciętnie dla Polski. W przypadku kobiet największe różnice dotyczą tych z nich, które mają do przeżycia 5 lat lub mniej – dla wszystkich podregionów woj. łódzkiego wiek takich kobiet jest niższy niż średnio w Polsce o 2 lata.** Z poniższej Tabeli 10 wynika także, że różnice w czasie trwania życia pomiędzy mieszkańcami łódzkiego a resztą Polski maleją wraz ze wzrostem wieku mieszkańców. Dla mieszkańców w wieku senioralnym są już bardzo nieznaczne.

¹²² W istocie oszacowano pełne tablice trwania życia, tzn. obejmujące również roczniki przed 60 i po 90 r.ż. Roczniki przed 60 r.ż. oszacowano na podstawie prognoz z funkcji trendu dla trwania życia w podregionach w piętnastoletnich odstępach wieku (0, 15, 30, 45, 60) dostępnych publicznie w BDL. Natomiast dla roczników 90+ przyjęto, że dynamika trwania życia w województwie łódzkim i jego podregionach będzie taka jak w Polsce (osobna dla mężczyzn i kobiet).

¹²³ Ponieważ nie zawsze można było znaleźć RLE dokładnie równe 15, 10, 5, wybierano ten wiek, dla którego wartość była najbliższa poszukiwanej liczbie.

Tabela 10. RLE dla poszczególnych roczników 65+ dla województwa łódzkiego i jego podregionów

	Polska		województwo		łódzki		m. łódź		piotrkowski		sieradzki		skierniewicki	
	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K
65	16,0	20,4	15,4	19,7	15,2	20,0	15,6	19,4	15,1	19,6	15,5	19,5	15,2	20,2
66	15,4	19,6	14,8	19,0	14,6	19,3	15,0	18,6	14,5	18,8	15,0	18,8	14,7	19,4
67	14,8	18,8	14,2	18,2	14,1	18,5	14,5	17,9	13,9	18,1	14,4	18,0	14,1	18,6
68	14,2	18,0	13,7	17,5	13,5	17,7	13,9	17,2	13,3	17,3	13,8	17,2	13,5	17,8
69	13,6	17,3	13,1	16,7	12,9	16,9	13,4	16,4	12,8	16,5	13,3	16,5	13,0	17,0
70	13,0	16,5	12,6	16,0	12,4	16,2	12,8	15,7	12,2	15,8	12,7	15,7	12,4	16,3
71	12,4	15,7	12,0	15,2	11,8	15,4	12,3	15,0	11,7	15,1	12,2	15,0	11,9	15,5
72	11,9	15,0	11,5	14,5	11,3	14,7	11,7	14,3	11,1	14,3	11,6	14,3	11,4	14,8
73	11,3	14,3	11,0	13,8	10,8	13,9	11,2	13,6	10,6	13,6	11,1	13,5	10,8	14,0
74	10,8	13,5	10,4	13,1	10,3	13,2	10,6	12,9	10,1	12,9	10,6	12,8	10,3	13,2
75	10,3	12,8	9,9	12,4	9,8	12,5	10,1	12,2	9,5	12,2	10,0	12,1	9,8	12,5
76	9,8	12,1	9,4	11,7	9,3	11,8	9,6	11,6	9,1	11,5	9,5	11,5	9,4	11,8
77	9,3	11,5	9,0	11,1	8,8	11,1	9,1	10,9	8,6	10,9	9,1	10,8	8,9	11,1
78	8,8	10,8	8,5	10,4	8,4	10,5	8,6	10,3	8,1	10,2	8,6	10,2	8,4	10,4
79	8,3	10,2	8,0	9,8	7,9	9,8	8,2	9,6	7,7	9,6	8,1	9,5	8,0	9,7
80	7,9	9,5	7,6	9,1	7,4	9,1	7,7	9,0	7,2	8,9	7,6	8,9	7,5	9,1
81	7,5	9,0	7,2	8,6	7,0	8,6	7,3	8,5	6,8	8,4	7,2	8,3	7,1	8,5
82	7,0	8,4	6,8	8,1	6,7	8,0	6,9	8,0	6,5	7,9	6,8	7,8	6,7	8,0
83	6,7	7,9	6,4	7,5	6,3	7,5	6,5	7,4	6,1	7,3	6,4	7,3	6,3	7,4
84	6,3	7,3	6,0	7,0	5,9	6,9	6,1	6,9	5,7	6,8	6,0	6,8	5,9	6,9
85	5,9	6,9	5,6	6,5	5,5	6,4	5,7	6,4	5,4	6,3	5,6	6,2	5,6	6,3
86	5,6	6,4	5,3	6,1	5,2	5,9	5,4	6,0	5,1	5,9	5,3	5,9	5,2	5,9
87	5,3	6,0	5,0	5,7	4,9	5,5	5,1	5,6	4,8	5,5	5,0	5,5	4,9	5,5
88	5,0	5,6	4,7	5,3	4,6	5,1	4,7	5,2	4,5	5,1	4,7	5,1	4,6	5,1
89	4,7	5,2	4,4	4,9	4,3	4,7	4,4	4,8	4,3	4,7	4,4	4,7	4,3	4,7
90	4,4	4,9	4,2	4,5	4,0	4,3	4,1	4,4	4,0	4,3	4,1	4,3	4,0	4,3

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych z „Trwanie życia w Polsce w 2016 r.” oraz danych o trwaniu życia w podregionach województwa łódzkiego w pięcioletnich grupach wieku 60+ przystanych przez GUS.

7.5. Prop.RLE – Proportion of Remaining Life Expectancy

Współczynnik Prop.RLE jest liczony dla określonego dalszego trwania życia, np. Prop.RLE15- jest liczony jako suma kobiet i mężczyzn, którym pozostało 15 lat życia w porównaniu do całej populacji [Spijker 2015, s. 7]. Współczynniki PropRLE15-, PropRLE10- i PropRLE5- podają zatem odsetek osób, którym pozostało odpowiednio 15, 10, 5 lat życia lub mniej. Ponieważ bez żadnych wątpliwości można stwierdzić, że niesamodzielność rośnie wraz z wie-

kiem, to należy uznać, że im krótszy czas pozostały do przeżycia, tym większe prawdopodobieństwo niesamodzielności. Jak pokazuje Spijker [2015, s. 9], przywołując badania innych autorów, wobec spadającej śmiertelności populacji, wiek chronologiczny jest niewłaściwym miernikiem starzejącego się społeczeństwa, a pierwszeństwo zdobywają współczynniki oparte o dalsze trwanie życia (RLE).

Policzenie współczynników PropRLE_{Exx} dla poszczególnych powiatów woj. łódzkiego jest stosunkowo najbardziej skomplikowanym zadaniem w tym rozdziale, bowiem wymaga znajomości zarówno tablic trwania życia dla wszystkich roczników wieku (co oszacowano w poprzednim rozdziale na udostępnionych specjalnie do tego celu danych), jak również liczby ludności w powiatach woj. łódzkiego w poszczególnych rocznikach (w publicznym dostępne są jedynie dane dla pięcioletnich grup wiekowych, dodatkowo ostatnią grupą jest 85+)¹²⁴. Dlatego poświęcamy tutaj więcej miejsca, aby wyjaśnić, w jaki sposób oszacowano współczynnik PropRLE15 i oparty na nim współczynnik z następnego podrozdziału (zgodnie z wiedzą autorów jest to pionierska próba szacowania takiego współczynnika dla powiatów).

W pierwszym etapie należało oszacować tablice trwania życia dla poszczególnych roczników i powiatów woj. łódzkiego. Jak wynikało z poprzedniego podrozdziału, w Polsce granicą wieku, od której pozostaje 15 i mniej lat życia (RLE15-), jest 67 lat dla mężczyzn i 72 lata życia dla kobiet.

W Tabeli 10 oszacowano również trwanie życia w poszczególnych rocznikach dla woj. łódzkiego i jego podregionów. Dla poszczególnych powiatów przyjęto, że trwanie życia jest takie samo jak dla podregionu, do którego należy dany powiat.

W etapie 2 należało oszacować dane o liczbie ludności w poszczególnych rocznikach wieku i poszczególnych powiatach woj. łódzkiego. Dane te zostały przysłane z Departamentu Badań Demograficznych i Rynku Pracy GUS.

W etapie trzecim należało oszacować następujące współczynniki:

$$(1) \text{ Prop. RLE15} = \frac{\sum \text{ludność RLE15}}{\text{liczba ludności powiatu}} * 100$$

$$(2) \text{ Prop. RLE10} = \frac{\sum \text{ludność RLE10}}{\text{liczba ludności powiatu}} * 100$$

$$(3) \text{ Prop. RLE5} = \frac{\sum \text{ludność RLE5}}{\text{liczba ludności powiatu}} * 100$$

gdzie ludność RLE15, RLE10, RLE5 oznacza sumę mężczyzn i kobiet w danym powiecie, którym pozostało odpowiednio 15, 10 i 5 lat życia lub mniej. Wartości tak oszacowanych współczynników dla powiatów woj. łódzkiego pokazano w poniższej tabeli, natomiast zwizualizowano na mapie wskaźnik Prop.RLE15. Z tabeli (nr 11) wynika, że najniższy odsetek osób, którym pozostało 15 i 10 lat życia występuje w powiecie bełchatowskim, najwyższy – w Łodzi. Mapa pokazuje, że koncentracja odsetka osób, którym pozostał krótki czas życia, dotyczy centralnej i północnej części województwa oraz powiatu radomszczańskiego (najbardziej wysunięty na południe).

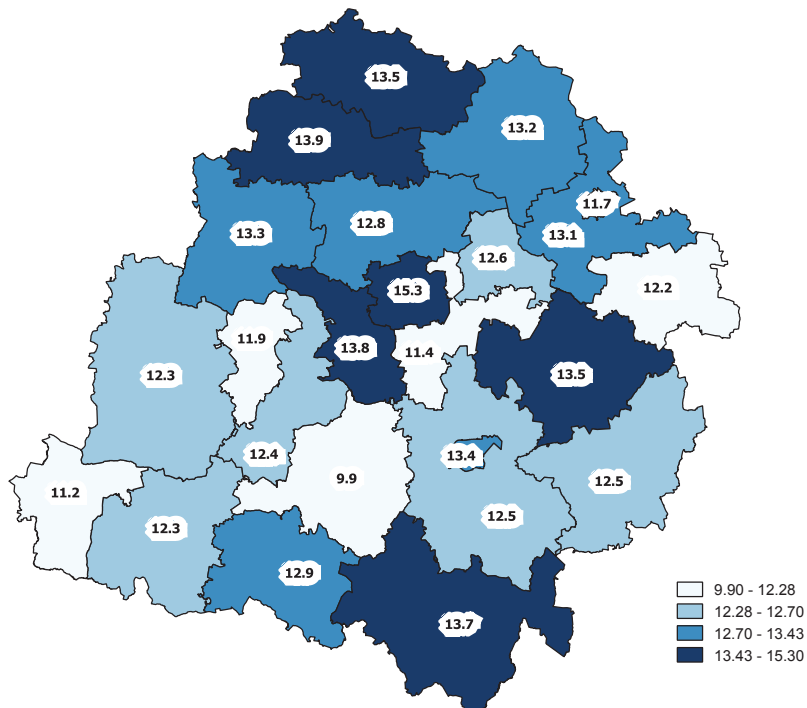
¹²⁴ Oszacowanie PropRLE_{Exx} jest również bardziej skomplikowane obliczeniowo, bowiem wymaga operowania na poszczególnych rocznikach, a nie grupach wiekowych takich jak 65+ czy wiek poprodukcyjny/produkcyjny (tak jak to czyniono w paragrafach 7.1.-7.3. niniejszego rozdziału).

Tabela 11. Wartość i pozycja Prop.RLExx dla powiatów województwa łódzkiego w 2016 r.

Powiat woj. łódzkiego	Wartość			Pozycja		
	Prop. RLE15	Prop. RLE10	Prop.RLE5	Prop. RLE15	Prop. RLE10	Prop.RLE5
m. Łódź	15,3	7,8	1,6	1	1	1
łęczycki	13,9	6,6	1,2	2	5	3
pabianicki	13,8	6,3	1,2	3	9	3
radomszczański	13,7	6,8	1,2	4	2	3
kutnowski	13,5	6,1	1,2	5	14	3
tomaszowski	13,5	6,8	1,2	5	2	3
m. Piotrków Trybunalski	13,4	6,2	1,0	7	12	17
poddębicki	13,3	6,6	1,1	8	5	11
łowicki	13,2	6,2	1,2	9	12	3
skierniewicki	13,1	6,8	1,5	10	2	2
pajęczański	12,9	6,6	1,1	11	5	11
zgierski	12,8	5,6	1,0	12	18	17
brzeziński	12,6	5,6	1,1	13	18	11
opoczyński	12,5	6,4	1,1	14	8	11
piotrkowski	12,5	6,3	1,2	14	9	3
łaski	12,4	6,0	1,1	16	15	11
sieradzki	12,3	6,0	1,1	17	15	11
wieluński	12,3	6,3	1,2	17	9	3
rawski	12,2	5,6	1,0	19	18	17
zduńskowolski	11,9	5,8	1,0	20	17	17
m. Skierniewice	11,7	4,8	0,8	21	23	23
łódzki wschodni	11,4	4,9	0,9	22	22	21
wieruszowski	11,2	5,3	0,9	23	21	21
bełchatowski	9,9	4,4	0,8	24	24	23

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych z rozdziału 7.4.

Mapa 4. Prop.RLE15 w powiatach województwa łódzkiego w 2016 r.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z rozdziału 2.4.

7.6. POADR – Prospective Old Age Dependency Ratio

Współczynnik POADR liczony jest podobnie do Prop.RLE, lecz ukazuje liczbę osób o określonym dalszym trwaniu życia w stosunku nie do całej populacji (jak w przypadku Prop.RLE), ale w stosunku do populacji dorosłych z pominięciem osób uwzględnionych w liczniku [Spijker 2015, s. 6, 26]. Formuła POADR jest następująca:

$$(1) \quad POADR_{15} = \frac{\sum \text{ludność RLE15}}{\text{liczba ludności powiatu w przedziale wieku: (20; } \sum \text{ludność RLE15)}} * 100$$

$$(2) \quad POADR_{10} = \frac{\sum \text{ludność RLE10}}{\text{liczba ludności powiatu w przedziale wieku: (20; } \sum \text{ludność RLE10)}} * 100$$

$$(3) \quad POADR_5 = \frac{\sum \text{ludność RLE5}}{\text{liczba ludności powiatu w przedziale wieku: (20; } \sum \text{ludność RLE5)}} * 100$$

Wartości POADR są wyższe niż Prop.RLE, lecz pokazują najbardziej rzetelnie obciążenie ludźmi starszymi na tle pozostałych osób dorosłych. Wartości wszystkich policzonych współczynników POADR pokazano w poniższej Tabeli 12 i w postaci mapy 5 zwizualizowano POADR15. Z tabeli wynika, że najniższy odsetek osób, którym pozostało 15, 10, 5 lat życia, występuje w powiecie bełchatowskim, najwyższy – w łodzi. Mapa pokazuje, że koncentracja odsetka osób, którym pozostał krótki czas życia, dotyczy centralnej i północnej części województwa oraz po-

wiatu radomszczańskiego. Wyniki te są bardzo podobne do uzyskanych w podrozdziale 7.5.¹²⁵.

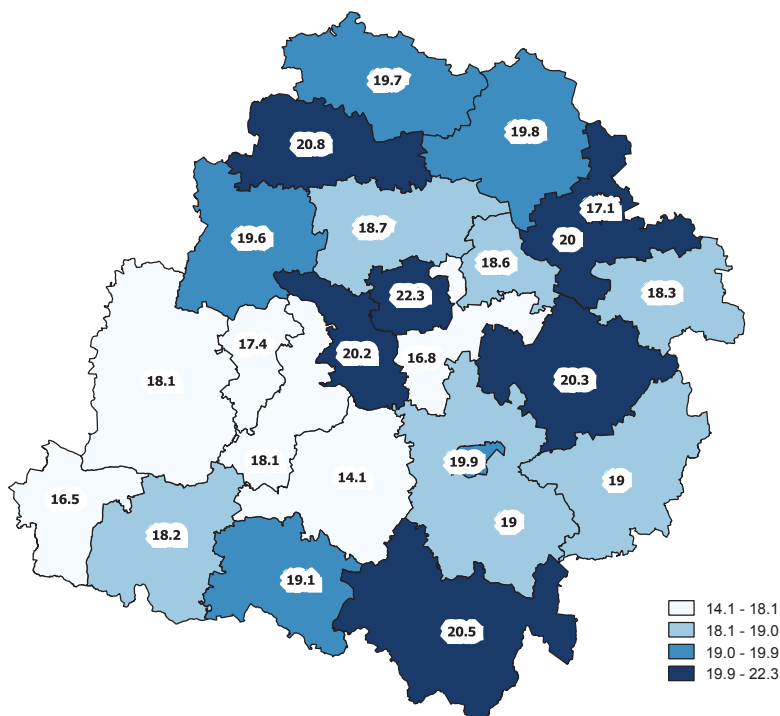
Tabela 12. Wartość i pozycja POADRxx dla powiatów województwa łódzkiego w 2016 r.

Powiat woj. łódzkiego	Wartość			Pozycja		
	POADR 15	POADR 10	POADR 5	POADR 15	POADR 10	POADR 5
m. Łódź	22,3	10,2	1,9	1	1	1
łęczycki	20,8	8,9	1,5	2	6	4
radomszczański	20,5	9,2	1,5	3	4	4
tomaszowski	20,3	9,3	1,6	4	3	3
pabianicki	20,2	8,3	1,4	5	12	10
skierniewicki	20,0	9,4	1,9	6	2	1
m. Piotrków Trybunalski	19,9	8,3	1,2	7	12	20
łowicki	19,8	8,4	1,5	8	11	4
kutnowski	19,7	8,0	1,4	9	15	10
poddębicki	19,6	8,9	1,3	10	6	14
pajęczański	19,1	9,0	1,4	11	5	10
opoczyński	19,0	8,9	1,5	12	6	4
piotrkowski	19,0	8,7	1,5	12	9	4
zgierski	18,7	7,4	1,3	14	20	14
brzeziński	18,6	7,5	1,3	15	19	14
rawski	18,3	7,6	1,3	16	18	14
wieluński	18,2	8,6	1,5	17	10	4
łaski	18,1	8,0	1,4	18	15	10
sieradzki	18,1	8,2	1,3	18	14	14
zduńskowolski	17,4	7,8	1,3	20	17	14
m. Skierniewice	17,1	6,4	1,0	21	23	23
łódzki wschodni	16,8	6,5	1,2	22	22	20
wieruszowski	16,5	7,3	1,2	23	21	20
bełchatowski	14,1	5,9	1,0	24	24	23

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z rozdziału 2.4. i 2.5.

¹²⁵ Jednak jest kilka powiatów, których pozycja jest inna. W szczególności dotyczy to powiatu kutnowskiego i skierniewickiego. W przypadku powiatu kutnowskiego zajmuje on 5. pozycję pod względem Prop. RLE15 (por. Tabela 11), co oznacza stosunkowo duży odsetek osób, którym pozostało 15 lat życia lub mniej w stosunku do populacji całego powiatu. Jeśli jednak spojrzymy na pozycję tego powiatu pod względem POADR15, to jest ona trochę wyższa, czyli korzystniejsza (9 – zgodnie z Tabelą 12). Z odwrotną sytuacją mamy do czynienia w przypadku powiatu skierniewickiego, który pod względem Prop. RLE15 zajmuje lokatę 10, zaś pod względem POADR – lokatę 6.

Mapa 5. POADR15 w powiatach województwa łódzkiego w 2016 r.

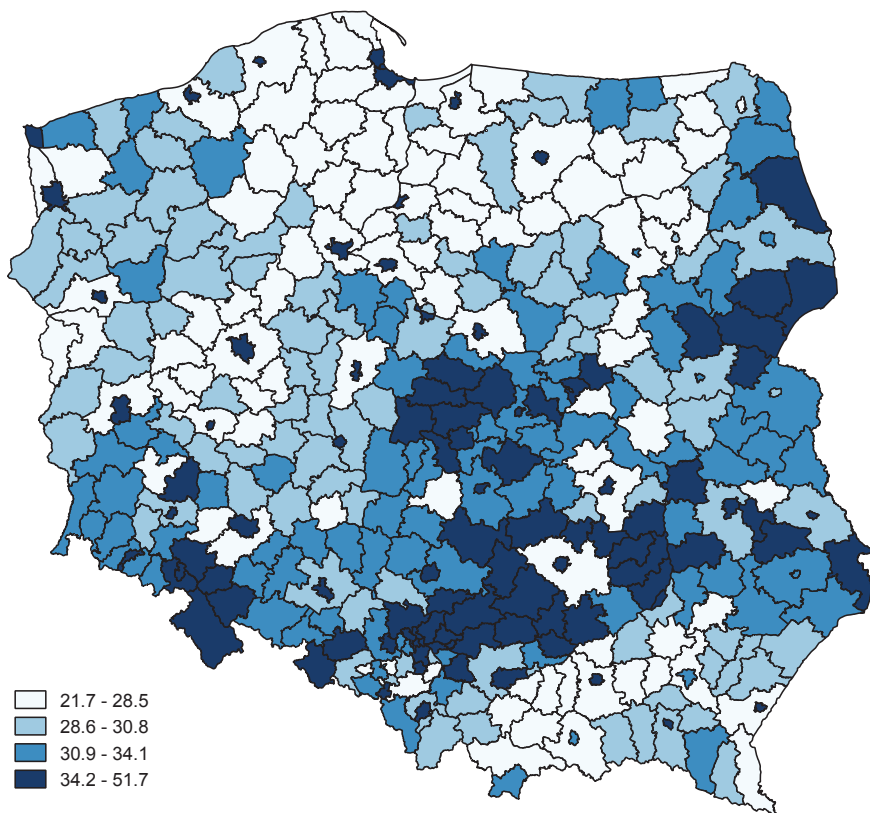


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z rozdziału 7.4. i 7.5.

7.7. Podsumowanie

W Tabeli 7.7.1. w załączniku uszeregowano wszystkie powiaty Polski pod względem wskaźników obciążenia demograficznego. Wynika z nich, że powiat miasto Łódź jest na 3. miejscu wśród 380 powiatów pod względem obciążenia demograficznego, osiągając współczynnik prawie 70 osób w wieku nieprodukcyjnym na 100 osób w wieku produkcyjnym, 184 osoby w wieku poprodukcyjnym na 100 osób w wieku przedprodukcyjnym oraz ponad 45 osób w wieku poprodukcyjnym na 100 osób w wieku produkcyjnym. Z punktu widzenia celu niniejszego badania najważniejszy jest ten ostatni współczynnik, bowiem pokazuje relację osób w wieku coraz bardziej prawdopodobnej niesamodzielności w stosunku do osób, które mogłyby ewentualnie sprawować opiekę – jego rozkład we wszystkich powiatach Polski pokazuje poniższa mapa, z której odczytać można, że problem obciążenia osobami starszymi dotyka niemal wszystkie miasta-stolice województw, ale też w szczególności woj. łódzkiego.

Mapa 6. Udział osób w wieku poprodukcyjnym na 100 osób w wieku produkcyjnym w powiatach Polski w 2016 r.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.

Jak jednak wielokrotnie podkreślano w pracy Spijkera [2015, s. 9], wobec spadającej śmiertelności populacji, wiek chronologiczny jest niewłaściwym miernikiem starzejącego się społeczeństwa, a pierwszeństwo zdobywają współczynniki oparte o dalsze trwanie życia (RLE).

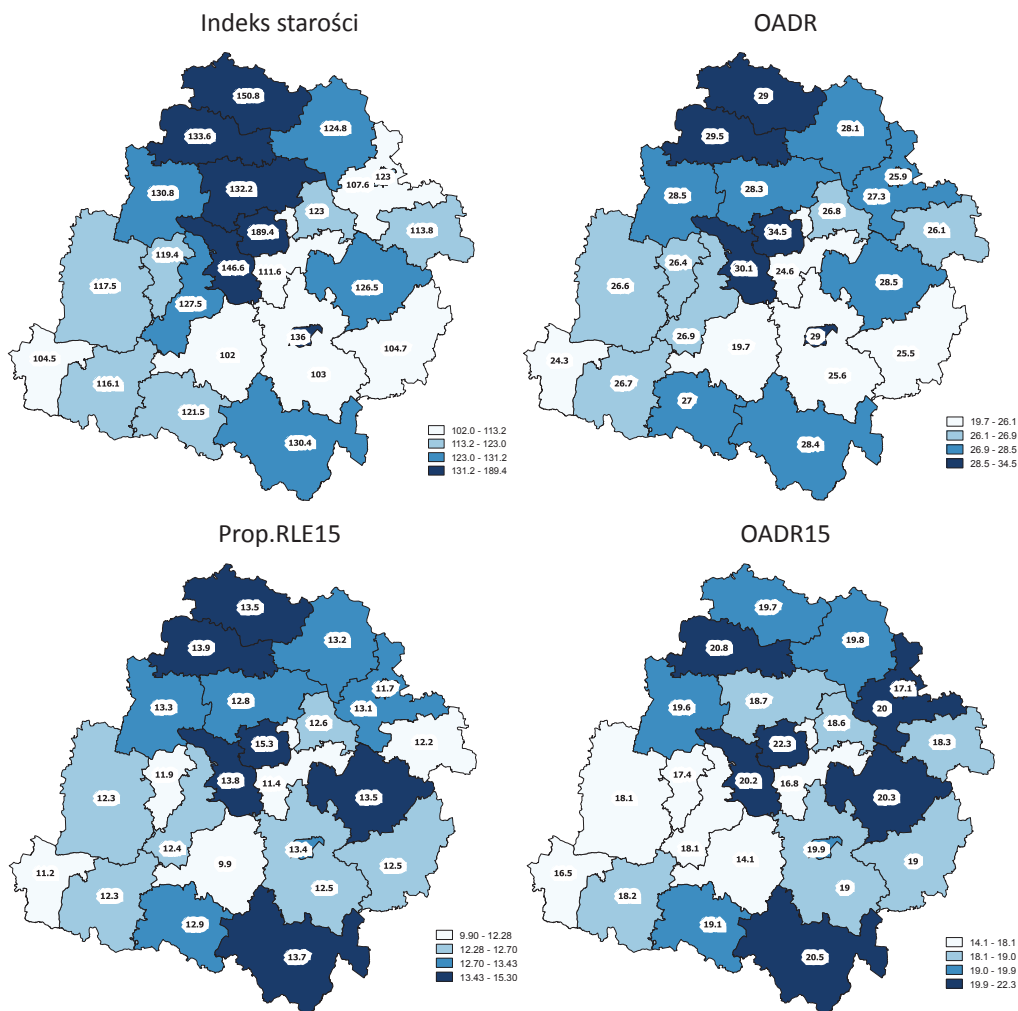
Na poniższych mapach zwizualizowano różne współczynniki obciążenia osobami starszymi w woj. łódzkim. Zestawiono tutaj współczynniki liczone w rozdziale 7.1, 7.2, 7.5 i 7.6¹²⁶. Nawet jeśli nie do końca czytelne są na poniższych mapach konkretne wartości współczynników, to najważniejszy jest fakt, że mapy pokazują podobny obraz rozmieszczenia współczynników w woj. łódzkim: stosunkowo duże obciążenie osobami starszymi w północnej części województwa wraz z Łodzią i w Piotrkowie Trybunalskim (najciemniejsze kolory) oraz stosunkowo mniejsze obciążenie powiatów zlokalizowanych w środkowej oraz zachodniej części województwa.

We wszystkich przypadkach powiatem o najwyższym obciążeniu jest miasto Łódź, zaś powiatem o najniższym obciążeniu – powiat bełchatowski. Wartości wszystkich współczynników oraz ich pozycję w rankingu 24 powiatów woj. łódzkiego pokazują Tabele 13-15. Ostatnia z nich (Tabela 15) pokazuje, jaka jest różnica pomiędzy danym współczynnikiem dla Polski vs dla danego powiatu w woj. łódzkim. Są one najczęściej dodatnie, co oznacza, że **współczynniki obciążenia demograficznego (w tym obciążenia osobami starszymi) są wyższe w powiatach woj.**

¹²⁶ Pominięto TDR, bowiem jest to współczynnik, który bierze pod uwagę osoby niesamodzielne poniżej 16 r.ż., które nie były objęte badaniem.

łódzkiego niż średnio w Polsce. Największe różnice dotyczą oczywiście Łodzi, w której wszystkie indeksy obciążenia demograficznego znacznie przewyższają wartości ogólnopolskie¹²⁷.

Mapa 7. Współczynniki obciążenia osobami starszymi w powiatach województwa łódzkiego w 2016 r.



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników z rozdziałów 2.1.-2.6.

¹²⁷ Indeks starości był w 2016 r. o ponad 71 osób wyższy w Łodzi niż w Polsce, co oznacza, że w Łodzi przypada o 71 osób w wieku 60+ na 100 osób w wieku 0-19 lat więcej niż w Polsce. OADR jest o prawie 9 osób wyższe niż w Polsce, co oznacza, że liczba osób w wieku 65+ na 100 osób w wieku 20-64 jest w Łodzi o prawie 9 osób wyższa niż w Polsce. TDR jest o 8 osób wyższe niż w Polsce, co oznacza, że liczba osób w wieku przedprodukcyjnym i poprodukcyjnym na 100 osób w wieku produkcyjnym jest w Łodzi o 8 osób wyższa niż w Polsce. Prop. RLE15 jest o ponad 4 osoby wyższe niż w Polsce, co oznacza, że liczba osób, którym pozostało 15 lat życia, na 100 mieszkańców jest o ponad 4 osoby wyższa niż w Polsce. OADR15 jest o ponad 6 osób wyższe niż w Polsce, co oznacza, że liczba osób, którym pozostało 15 lat życia, na 100 pozostałych osób dorosłych (tzn. osób w wieku 20+ z wyłączeniem osób, którym zostało 15 lat życia) jest w Łodzi o ponad 6 osób wyższa niż w Polsce.

Wyniki uzyskane w rozdziale drugim można streścić w następujących punktach.

1. Województwo łódzkie charakteryzuje się rekordowym (najwyższym w Polsce) obciążeniem osobami w wieku niepoprodukcyjnym, w tym osobami w wieku senioralnym. Na 380 powiatów w Polsce powiat miasta Łódź jest na drugim miejscu pod względem udziału osób w wieku nieprodukcyjnym na 100 osób w wieku produkcyjnym i na trzecim miejscu pod względem udziału osób w wieku poprodukcyjnym (pierwsze miejsce zajmuje m. Sopot – por. Tabela 7.7.1. w załączniku)¹²⁸.
2. W związku z dużymi rozbieżnościami pomiędzy woj. łódzkim a Polską co do obciążenia demograficznego, **ogólnopolskie wskaźniki nie powinny być stosowane do szacunków osób niesamodzielnych na potrzeby regionalnej i lokalnej polityki społecznej.**
3. **Policzone w rozdziale siódmym różnorodne wskaźniki demograficzne zgodnie pokazują rosnące obciążenie osobami starszymi, szczególnie od roku 2010.** Prognozy ludności wskazują, że należy spodziewać się kontynuacji tego trendu, choć jest on charakterystyczny dla całej Polski. Jeśli chodzi o woj. łódzkie, to **wskaźniki z rozdziałów 7.1.-7.6 są generalnie zgodne co do pierwszej pozycji powiatu miasta Łódź pod względem udziału osób starszych i ostatniej pozycji powiatu bełchatowskiego (który charakteryzuje się stosunkowo najmłodszą populacją).**
4. Zgodnie z sugestiami z pracy Spijker [2015, s. 9], wobec wydłużającego się trwania życia i spadającej śmiertelności, wiek chronologiczny nie jest najlepszym miernikiem starzejącego się społeczeństwa, a pierwszeństwo zdobywają współczynniki oparte o dalsze trwanie życia (tzn. oparte o RLE – por. p. 7.4.). Policzone dla powiatów woj. łódzkiego współczynniki oparte o wiek chronologiczny (liczone w rozdziałach 7.1.-7.3) w zestawieniu ze współczynnikami wykorzystującymi dalsze trwanie życia (liczone w rozdziałach 7.5.-7.6) zdają się potwierdzać tę tezę. Otóż korelacje pomiędzy wybranymi współczynnikami opartymi o wiek chronologiczny a współczynnikami opartymi o dalsze trwanie życia są dość niskie. Dla przykładu: korelacja indeksu starości (IS) a POADR5 wynosi 0,40 i jest nieistotna statystycznie dla 5% poziomu istotności (por. ostatni wiersz w Tabeli 13). Oznacza to, że **nie ma istotnego (statystycznie) powiązania pomiędzy wartościami indeksu starości w powiatach woj. łódzkiego a odsetkiem osób, którym pozostało 5 lat życia lub mniej.** Jednocześnie można stwierdzić dużą zgodność (korelacja rzędu 0,99) obu wskaźników policzonych na podstawie dalszego trwania życia, tzn. Prop.RLE oraz POADR.

¹²⁸ Chociaż należy zauważyć, że wysoki udział osób w wieku poprodukcyjnym charakteryzuje wszystkie miasta na prawach powiatu: wśród 66 takich miast 50 z nich znajduje się w pierwszym kwartylu powiatów o najwyższym udziale osób starszych (stosunkowo młodą populacją charakteryzują się małe miasta, tj. Suwałki, Łomża, Biała Podlaska – por. Tabela 7.7.1. w załączniku).

Tabela 13. Korelacje pomiędzy wartościami poszczególnych charakterystyk demograficznych dla 24 powiatów województwa łódzkiego

Nazwa współczynnika (nr podrozdziału)	IS	OADR	TDR	Prop.RLE15	Prop.RLE10	Prop.RLE5	POADR15	POADR10	POADR5
IS (2.1.)	1,00								
OADR (2.2.)	0,87	1,00							
TDR (2.3.)	0,67	0,86	1,00						
Prop.RLE15 (2.5.)	0,79	0,96	0,81	1,00					
Prop.RLE10 (2.5.)	0,55	0,79	0,63	0,88	1,00				
Prop.RLE5 (2.5.)	0,50	0,69	0,55	0,78	0,88	1,00			
POADR15 (2.6.)	0,68	0,92	0,81	0,99	0,90	0,80	1,00		
POADR10 (2.6.)	0,43	0,72	0,60	0,83	0,99	0,88	0,87	1,00	
POADR5 (2.6.)	0,40	0,63	0,52	0,73	0,87	0,99	0,77	0,87	1,00

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych z rozdziałów 2.1.-2.6.

Tabela 14. Wartości współczynników obciążenia demograficznego (policzonych w rozdziale 7) w roku 2016

Obszar	IS	OADR	TDR	Prop.RLE15	Prop.RLE10	Prop. RLE5	POADR 15	POADR 10	POADR 5
POLSKA	117,7	25,8	61,7	11,1	5,4	0,7	16,0	7,2	0,9
WOJ. ŁÓDZKIE	138,7	29,1	64,7	13,2	6,2	1,0	19,4	8,2	1,3
bełchatowski	102,0	19,7	54,8	9,9	4,4	0,8	14,1	5,9	1,0
kutnowski	150,8	29,0	62,7	13,5	6,1	1,2	19,7	8,0	1,4
łaski	127,5	26,9	61,3	12,4	6,0	1,1	18,1	8,0	1,4
łęczycki	133,6	29,5	63,4	13,9	6,6	1,2	20,8	8,9	1,5
łowicki	124,8	28,1	64,2	13,2	6,2	1,2	19,8	8,4	1,5
łódzki wschodni	111,6	24,6	61,5	11,4	4,9	0,9	16,8	6,5	1,2
opoczyński	104,7	25,5	62,8	12,5	6,4	1,1	19,0	8,9	1,5
pabianicki	146,6	30,1	65,3	13,8	6,3	1,2	20,2	8,3	1,4
pajęczański	121,5	27,0	61,2	12,9	6,6	1,1	19,1	9,0	1,4
piotrkowski	103,0	25,6	63,2	12,5	6,3	1,2	19,0	8,7	1,5
poddębicki	130,8	28,5	62,6	13,3	6,6	1,1	19,6	8,9	1,3
radomszczański	130,4	28,4	63,0	13,7	6,8	1,2	20,5	9,2	1,5
rawski	113,8	26,1	62,6	12,2	5,6	1,0	18,3	7,6	1,3
sieradzki	117,5	26,6	61,5	12,3	6,0	1,1	18,1	8,2	1,3
skierniewicki	107,6	27,3	64,5	13,1	6,8	1,5	20,0	9,4	1,9
tomaszowski	126,5	28,5	66,0	13,5	6,8	1,2	20,3	9,3	1,6
wieluński	116,1	26,7	62,7	12,3	6,3	1,2	18,2	8,6	1,5
wieruszowski	104,5	24,3	60,3	11,2	5,3	0,9	16,5	7,3	1,2
zduńskowolski	119,4	26,4	62,2	11,9	5,8	1,0	17,4	7,8	1,3
zgierski	132,2	28,3	64,3	12,8	5,6	1,0	18,7	7,4	1,3
brzeziński	123,0	26,8	63,1	12,6	5,6	1,1	18,6	7,5	1,3

Obszar	IS	OADR	TDR	Prop.RLE15	Prop.RLE10	Prop. RLE5	POADR 15	POADR 10	POADR 5
m. Łódź	189,4	34,5	69,7	15,3	7,8	1,6	22,3	10,2	1,9
m. Piotrków Tryb.	136,0	29,0	67,4	13,4	6,2	1,0	19,9	8,3	1,2
m. Skierniewice	123,0	25,9	64,6	11,7	4,8	0,8	17,1	6,4	1,0

Źródło: obliczenia z podrozdziałów 7.1.-7.6.

Tabela 15. Pozycje wartości współczynników obciążenia demograficznego (policzonych w rozdziale 7) w roku 2016

Powiaty woj. łódzkiego	IS	OADR	TDR	Prop.RLE15	Prop.RLE10	Prop. RLE5	POADR 15	POADR 10	POADR 5
bełchatowski	24	24	24	24	24	23	24	24	23
kutnowski	2	4	14	5	14	5	9	16	10
łaski	9	13	21	16	16	13	18	15	13
łęczycki	5	3	9	2	7	4	2	8	4
łowicki	11	10	8	9	12	7	8	11	7
łódzki wschodni	19	22	19	22	22	21	22	22	20
opoczyński	21	21	13	14	8	12	12	6	9
pabianicki	3	2	4	3	9	9	5	12	12
pajęczański	14	12	22	11	5	11	11	5	11
piotrkowski	23	20	10	15	11	8	13	9	5
poddębicki	7	6	16	8	6	14	10	7	16
radomszczański	8	8	12	4	3	6	3	4	6
rawski	18	18	16	19	18	19	16	18	19
sieradzki	16	16	19	17	15	15	19	14	14
skierniewicki	20	11	6	10	4	2	6	2	1
tomaszowski	10	7	3	6	2	3	4	3	3
wieluński	17	15	14	18	10	10	17	10	8
wieruszowski	22	23	23	23	21	22	23	21	22
zduńskowolski	15	17	18	20	17	18	20	17	18
zgierski	6	9	7	12	19	17	14	20	17
brzeziński	12	14	11	13	20	16	15	19	15
m. Łódź	1	1	1	1	1	1	1	1	2
m. Piotrków Tryb.	4	5	2	7	13	20	7	13	21
m. Skierniewice	13	19	5	21	23	24	21	23	24

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych z Tabeli 6.

Tabela 16. Różnica (w pp.) pomiędzy wartością współczynników z Tabel 11 i 12 dla powiatów województwa łódzkiego i Polski

Powiaty woj. łódzkiego	IS	OADR	TDR	Prop.RLE15	Prop.RLE10	Prop. RLE5	POADR 15	POADR 10	POADR 5
bełchatowski	-15,8	-6,1	-6,9	-1,2	-1,0	0,1	-1,9	-1,4	0,2
kutnowski	33,0	3,2	1,0	2,5	0,7	0,5	3,6	0,7	0,6
łaski	9,8	1,1	-0,4	1,4	0,6	0,4	2,1	0,8	0,5
łęczycki	15,9	3,7	1,7	2,9	1,2	0,5	4,8	1,6	0,7
łowicki	7,1	2,3	2,5	2,2	0,8	0,5	3,8	1,1	0,6
łódzki wschodni	-6,1	-1,2	-0,2	0,4	-0,6	0,3	0,7	-0,7	0,3
opoczyński	-13,0	-0,3	1,1	1,5	1,0	0,4	3,0	1,7	0,6
pabianicki	28,9	4,3	3,6	2,7	0,9	0,5	4,2	1,1	0,6
pajęczański	3,8	1,2	-0,5	1,8	1,2	0,5	3,1	1,8	0,6
piotrkowski	-14,7	-0,2	1,5	1,4	0,9	0,5	2,9	1,5	0,6
poddębicki	13,1	2,7	0,9	2,2	1,2	0,4	3,6	1,6	0,5
radomszczański	12,7	2,6	1,3	2,7	1,4	0,5	4,4	1,9	0,6
rawski	-4,0	0,3	0,9	1,2	0,2	0,3	2,2	0,4	0,4
sieradzki	-0,2	0,8	-0,2	1,2	0,6	0,4	2,1	0,9	0,5
skierniewicki	-10,1	1,5	2,8	2,0	1,4	0,8	4,0	2,2	1,0
tomaszowski	8,8	2,7	4,3	2,4	1,4	0,6	4,2	2,0	0,7
wieluński	-1,6	0,9	1,0	1,2	0,9	0,5	2,2	1,3	0,6
wieruszowski	-13,2	-1,5	-1,4	0,1	-0,1	0,2	0,4	0,0	0,3
zduńskowolski	1,7	0,6	0,5	0,8	0,4	0,3	1,4	0,5	0,4
zgierski	14,5	2,5	2,6	1,7	0,2	0,3	2,7	0,2	0,4
brzeziński	5,3	1,0	1,4	1,5	0,2	0,4	2,5	0,2	0,5
m. Łódź	71,7	8,7	8,0	4,3	2,4	0,9	6,3	3,0	1,0
m. Piotrków Tryb.	18,3	3,2	5,7	2,3	0,8	0,3	3,8	1,0	0,3
m. Skierniewice	5,3	0,1	2,9	0,6	-0,6	0,1	1,1	-0,9	0,1

Źródło: obliczenia własne z podrozdziałów 7.1.-7.6.

8. SZACUNKI LICZBY OSÓB NIESAMODZIELNYCH

8.1. Niesamodzielnosc wg Narodowego Spisu Powszechnego 2011

Stosunkowo najpełniejsze badanie rozmiarów niesamodzielnosci przeprowadzono w Polsce w 2011 r. przy okazji Narodowego Spisu Powszechnego. W ramach badania reprezentacyjnego dotyczacego ludności oraz niepełnosprawności (moduł 6) monitorowano zarówno niepełnosprawność, jak i ograniczenia w wykonywaniu zwykłych czynności bez wzgledu na formalne orzeczenie o niepełnosprawności. Pytanie, na które odpowiadali respondenci, brzmiało¹²⁹:

Czy z powodu problemow zdrowotnych (kalectwa lub choroby przewlekłej) ma Pan(i) ograniczoną zdolność wykonywania zwykłych czynności (nauka w szkole, praca zawodowa, prowadzenie gospodarstwa domowego, samoobsługa) trwającą 6 miesięcy lub dluzej?

1. *tak, całkowicie ograniczoną,*
2. *tak, poważnie ograniczoną,*
3. *tak, umiarkowanie ograniczoną,*
4. *nie, nie mam żadnych ograniczeń,*
5. *nie chce odpowiadać na to pytanie.*

Udostępniane publicznie wyniki NSP 2011 (por. BDL, Narodowe Spisy Powszechne, NSP 2011 – Ludność, Osoby niepełnosprawne wg płci, ekonomicznych grup wieku i kategorii niepełnosprawności) dostarczają jedynie wiedzy o skali niepełnosprawności (co nie jest równoznaczne z niesamodzielnoscia – por. p. 8.1.1.) według ekonomicznych grup wieku (wiek przedprodukcyjny, produkcyjny, poprodukcyjny) i nie pozwalają na wnioskowanie o skali niesamodzielnosci w woj. łódzkim z wymaganym stopniem szczegolowosci. Na użytek niniejszego badania wykorzystano jednakże dane przesłane przez Departament Badań Demograficznych i Rynku Pracy GUS, które charakteryzowały się takim stopniem szczegolowosci, że pozwalały wnioskować zarówno o odsetkach osób niesamodzielnosci z różnym stopniem ograniczenia sprawności, jak i wg kategorii wiekowych oraz wg powiatów woj. łódzkiego. Szacunki takie znajdują się w podrozdziale 8.1.2, który poprzedzamy wyjaśnieniami dotyczacymi różnic pomiędzy osobami niepełnosprawnymi a niesamodzielnymi.

8.1.1. Niesamodzielnosc a niepełnosprawność w statystykach GUS

Skala i struktura niepełnosprawności są przedmiotem badań GUS od 1978 r. Problem niepełnosprawności był podejmowany zarówno w ramach kolejnych powszechnych spisów ludności, jak też innych badań o charakterze ankietowym. Ostatnie pełne badanie liczby i struktury osób niepełnosprawnych przeprowadzono w ramach Narodowego Spisu Powszechnego w 2011 r. (por. *Stan zdrowia ludności w 2014 r.*, GUS, 2016, s. 109).

W polskiej statystyce stosowane są różne definicje dotyczace osób niepełnosprawnych. Zaczniemy od tej, która wynika z przepisów prawa i dotyczy prawnej podstawy kwalifikacji do grupy osób niepełnosprawnych¹³⁰. Według tej definicji, **za osobę niepełnosprawną uważa się osobę, która posiadała odpowiednie orzeczenie wydane przez organ do tego uprawniony lub osobę,**

¹²⁹ Wszystkie pytania z modułu 6. są dostępne w kwestionariuszach (<https://stat.gov.pl/spisy-powszechne/nsp2011-/kwestionariusze-nsp2011-/>).

¹³⁰ W ramach obowiązujących uregulowań prawnych obecnie funkcjonują dwa systemy orzecznictwa (regulowane odrębnymi ustawami): dla celów rentowych – orzecznictwo rentowe prowadzone przez ZUS oraz dla celów pozarentowych – orzecznictwo prowadzone przez powiatowe/wojewódzkie zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności. Na mocy prawa, posiadanie aktualnego orzeczenia wydanego przez te organy kwalifikuje daną osobę do grupy niepełnosprawnych *prawnie* i daje podstawę do ubiegania się i korzystania ze specjalnej pomocy, ulatwień czy przywilejów, jakie przysługują tej zbiorowosci (np. renta z tytułu niezdolności do pracy, zasiłek pielęgnacyjny, turnusy rehabilitacyjne, zniżka na przejazdy, bezpłatne miejsca parkingowe).

która takiego orzeczenia nie posiadała, lecz odczuwała ograniczenie sprawności w wykonywaniu czynności podstawowych dla swojego wieku (praca, nauka, zabawa, samoobsługa). Zbiorowość osób niepełnosprawnych wg powyższej definicji można podzielić na następujące grupy:

1. osoby niepełnosprawne prawnie i biologicznie, tj. takie osoby, które posiadały aktualne orzeczenie i jednocześnie deklarowały całkowicie, poważnie lub umiarkowanie ograniczoną zdolność do wykonywania czynności podstawowych;
2. osoby niepełnosprawne wyłącznie biologicznie, tj. takie, które nie posiadały orzeczenia, ale odczuwały całkowicie, poważnie lub umiarkowanie ograniczoną zdolność do wykonywania czynności podstawowych dla ich wieku;
3. osoby niepełnosprawne wyłącznie prawnie, tj. osoby, które posiadały aktualne orzeczenie, natomiast nie deklarowały jakichkolwiek ograniczeń w wykonywaniu czynności podstawowych dla ich wieku;
4. osoby niepełnosprawne prawnie, tj. takie, które posiadały odpowiednie, aktualne orzeczenie wydane przez organ do tego uprawniony (niezależnie od tego, czy wydane do celów rentowych, czy pozarentowych).

Pełną zbiorowość osób niepełnosprawnych tworzą zatem: (1) niepełnosprawni prawnie i biologicznie, (2) niepełnosprawni wyłącznie biologicznie oraz (3) niepełnosprawni wyłącznie prawnie. Według ostatniego spisu powszechnego, w którym zbierane były obszerne dane o osobach niepełnosprawnych (NSP 2011), takich osób było w woj. łódzkim odpowiednio: $181\ 077 + 117\ 706 + 34\ 977 = 333\ 760$, co stanowiło 13,2% populacji woj. łódzkiego (12,4% mężczyzn i 13,8% kobiet). W Polsce odsetek osób niepełnosprawnych wyniósł wg tego samego spisu 12,2% (był o 1 pp. niższy niż w woj. łódzkim). Odsetek osób niepełnosprawnych był w roku 2011 niższy w porównaniu do poprzedniego spisu powszechnego z roku 2002: wg NSP 2002 odsetek osób niepełnosprawnych w Polsce wynosił 13,8% (był o 1,6 pp. wyższy niż w 2011), w woj. łódzkim wynosił 13,6% (i był o 0,4 pp. wyższy niż w 2011). Porównania pomiędzy spisami sugerują, że spada odsetek osób niepełnosprawnych, lecz bardziej szczegółowe dane pokazują, że dotyczy to wyłącznie populacji osób z niepełnosprawnością prawną, a nie biologiczną, do której respondenci byli zaliczani na podstawie subiektywnej deklaracji osoby, że ma ograniczoną zdolność wykonywania określonych czynności – por. Tabela 17.

Tabela 17. Liczba i odsetek osób niepełnosprawnych wg typu wg NSP 2002 i NSP 2011 r.

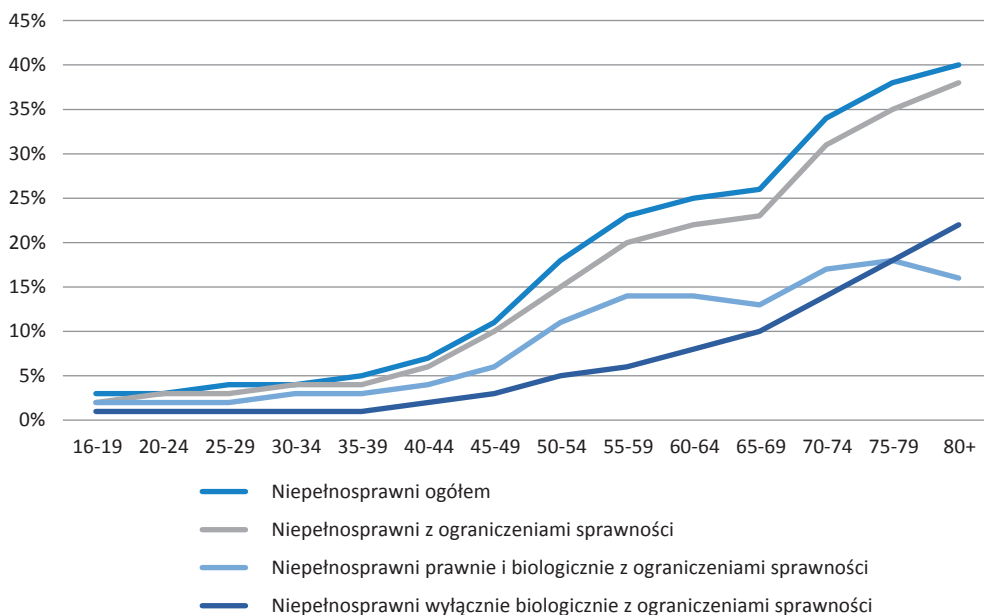
Spis	Obszar	W osobach			W odsetkach (w stosunku do całości populacji)		
		niepełnosprawni ogółem	niepełnosprawni prawnie i biologicznie	niepełnosprawni biologicznie	niepełnosprawni ogółem	niepełnosprawni prawnie i biologicznie	niepełnosprawni biologicznie
NSP 2002	Polska	5 272 505	4 326 359	946 146	13,8%	11,3%	2,5%
	łódzkie	354 535	268 882	85 653	13,6%	10,3%	3,3%
NSP 2011	Polska	4 697 047	3 131 456	1 565 591	12,2%	8,1%	4,1%
	łódzkie	333 760	216 054	117 706	13,2%	8,5%	4,6%

Źródło: dane BDL (Narodowe Spisy Powszechne, NSP 2002-Ludność, NSP 2011-Ludność).

Jeśli popatrzymy na udziały osób niepełnosprawnych w woj. łódzkim w poszczególnych grupach wiekowych, to pierwszą konstatacją jest, że odsetki te rosną wraz z wiekiem: wśród młodzieży nie przekraczają one 5%, wśród najstarszych roczników sięgają 40%. Widać jednocześnie, że udziały niepełnosprawnych zależą od kategorii tego zjawiska. Jeżeli ograniczymy nasze wnioskowanie do osób z ograniczeniami sprawności (szara linia na poniższym wykresie),

to ich odsetek jest mniejszy niż ogółu osób niepełnosprawnych, co oznacza, że wśród osób niepełnosprawnych jest część osób bez ograniczeń sprawności (na 13,2% osób niepełnosprawnych w woj. łódzkim tylko 11,8% odczuwało ograniczenie sprawności). Dodatkowo można zauważyć, że pewne załamanie rosnącego trendu w odsetku niepełnosprawnych obserwujemy dla przedziału wiekowego 65-69, czyli czasu, po którym osoby przechodzą na emeryturę. Takiego załamania nie obserwuje się w przypadku niepełnosprawnych wyłącznie biologicznie, których odsetek rośnie monotonicznie wraz z wiekiem.

Wykres 6. Odsetki niepełnosprawnych wg typu i kategorii wiekowej w województwie łódzkim



Źródło: NSP 2011, Tabela 11 dla części 6 dot. osób niepełnosprawnych.

8.1.2. Osoby niesamodzielne wg NSP 2011

Z poprzedniego podrozdziału wynika, że szacunki osób niepełnosprawnych nie pokrywają się z szacunkami osób z ograniczeniami sprawności (potencjalnie niesamodzielnych). Do dalszych badań prowadzących do określenia stopnia niesamodzielnosci i liczby osób niesamodzielnych w woj. łódzkim wykorzystano następujące grupy badanych, które wykazywały całkowite, poważne lub umiarkowane ograniczenie sprawności:

1. osoby niepełnosprawne wyłącznie biologicznie, tj. takie, które nie posiadały orzeczenia, ale odczuwały całkowicie, poważnie lub umiarkowanie ograniczoną zdolność do wykonywania czynności podstawowych dla ich wieku;
2. osoby niepełnosprawne prawnie i biologicznie, tj. takie osoby, które posiadały aktualne orzeczenie i jednocześnie deklarowały całkowicie, poważnie lub umiarkowanie ograniczoną zdolność do wykonywania czynności podstawowych.

Tak zdefiniowane osoby nazywać będziemy niesamodzielnymi (z całkowitym, poważnym lub umiarkowanym ograniczeniem sprawności). A zatem za osobę niesamodzielną w stopniu całkowitym, poważnym lub umiarkowanym uważa się osobę, która posiadała odpowiednie orzeczenie wydane przez organ do tego uprawniony lub osobę, która takiego orzeczenia nie

posiadała, lecz odczuwała ograniczenie sprawności w wykonywaniu czynności podstawowych dla swojego wieku (praca, nauka, zabawa, samoobsługa) w stopniu odpowiednio całkowitym, poważnym, umiarkowanym¹³¹.

Poniżej wyznaczono tak zdefiniowaną liczbę osób niesamodzielnych w powiatach woj. łódzkiego¹³². Przypomnijmy, że szacunki polegają na wynikach Narodowego Spisu Ludności 2011, które dostarczone zostały przez Departament Badań Demograficznych i Rynku Pracy specjalnie na użytek niniejszego badania¹³³. Dostarczone przez GUS dane charakteryzują się takim stopniem szczegółowości, że pozwalają wnioskować zarówno o odsetkach osób niesamodzielnych z różnym stopniem ograniczenia sprawności, jak i wg kategorii wiekowych oraz przede wszystkim wg powiatów.

Z danych NSP 2011 wynika, że w woj. łódzkim odsetek osób niesamodzielnych (co wg wyżej przytoczonej definicji oznacza osoby z ograniczeniami sprawności bez względu na posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności) wyniósł 11,8%, na co składa się 7,6% osób umiarkowanie niesamodzielnych, 2,9% z poważnymi niesprawnościami oraz 1,3% osób z całkowitym ograniczeniem sprawności. **Odsetek osób niesamodzielnych ogółem (tzn. osób z ograniczeniami sprawności) jest wyższy w woj. łódzkim (11,8%) niż w Polsce (10,9%)¹³⁴**. Wynika to głównie z wyższego niż w Polsce odsetka osób z umiarkowanym ograniczeniem sprawności (7,6% vs 6,6%) oraz (choć w znacznie mniejszym stopniu) z poważnym ograniczeniem sprawności (2,9 vs 2,8%)¹³⁵. Tymczasem odsetek osób z całkowitym ograniczeniem sprawności jest w woj. łódzkim niższy niż w Polsce (1,3% vs 1,5%). Rozkład tych osób w grupach wiekowych pokazuje Rysunek 4. Wykres pierwszy na poniższym rysunku pokazuje, że **za wyższy odsetek osób niesamodzielnych w woj. łódzkim odpowiadają głównie osoby w wieku 25-54 lata (których odsetek jest wyższy niż w Polsce o 11-15%). W starszych rocznikach, w szczególności 65+, udział**

¹³¹ Ta definicja dotyczy szacunków przeprowadzanych na podstawie NSP 2011.

¹³² Oprócz tych szacunków w opracowaniu wyznaczano również liczbę osób niesamodzielnych w oparciu o skale ADL oraz IADL (por. p. 8.2.).

¹³³ Wiele dyskusji prowadzonych było w zespole autorów niniejszego badania na temat tego, czy do szacunków osób niesamodzielnych nie wykorzystać nowszych wyników z publikacji pt. „Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r.”. Zamieszczone tam szacunki osób niesamodzielnych pokazują, że w zależności od przyjętego kryterium niepełnosprawności biologicznej, populacja osób niepełnosprawnych w Polsce liczyła w 2014 r. od 4,9 mln osób (kryterium statystyczne) do 7,7 mln (metodologia Eurostatu) osób. Ostatecznie przeciwko wykorzystaniu tablic z badania „Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r.” (tablice W28-W30 wg kryterium statystycznego oraz W25-W27 wg kryterium UE) przemawiały następujące argumenty: (1) brak wydzielenia osób o danym stopniu niesprawności z osób niepełnosprawnych (wg kryterium statystycznego najbardziej zbieżnego do metodologii NSP); (2) znacznie ograniczone wnioskowanie o grupach wiekowych (ich podział nie przystawał do podziału przyjętego w niniejszym badaniu, w szczególności grupy najstarsze zostały podzielone jedynie na 50-69 lat oraz 70+ i przede wszystkim (3) brak dezagregacji wewnątrzwojewódzkich (co jest niezgodne z celem niniejszego badania, tzn. oszacowania liczby osób niesamodzielnych na obszarach wewnątrz województwa łódzkiego). Badanie „Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r.” wykorzystano jako benchmark dla danych z NSP 2011. Na przykład wynikało z niego, że wg kryterium UE województwo łódzkie jest na 3. miejscu pod względem osób z ograniczeniami sprawności (z odsetkiem niesamodzielnych rzędu aż 22,9%), w tym na 1. miejscu pod względem odsetka osób z poważnymi ograniczeniami (8,4%). Według kryterium statystycznego łódzkie było w 2014 r. na 2. miejscu pod względem liczby osób niepełnosprawnych z odsetkiem takich osób rzędu 15,7% (wyższy odsetek rzędu 17,1% ma województwo lubuskie). Więcej na ten temat znajduje się w podrozdziale 8.4.

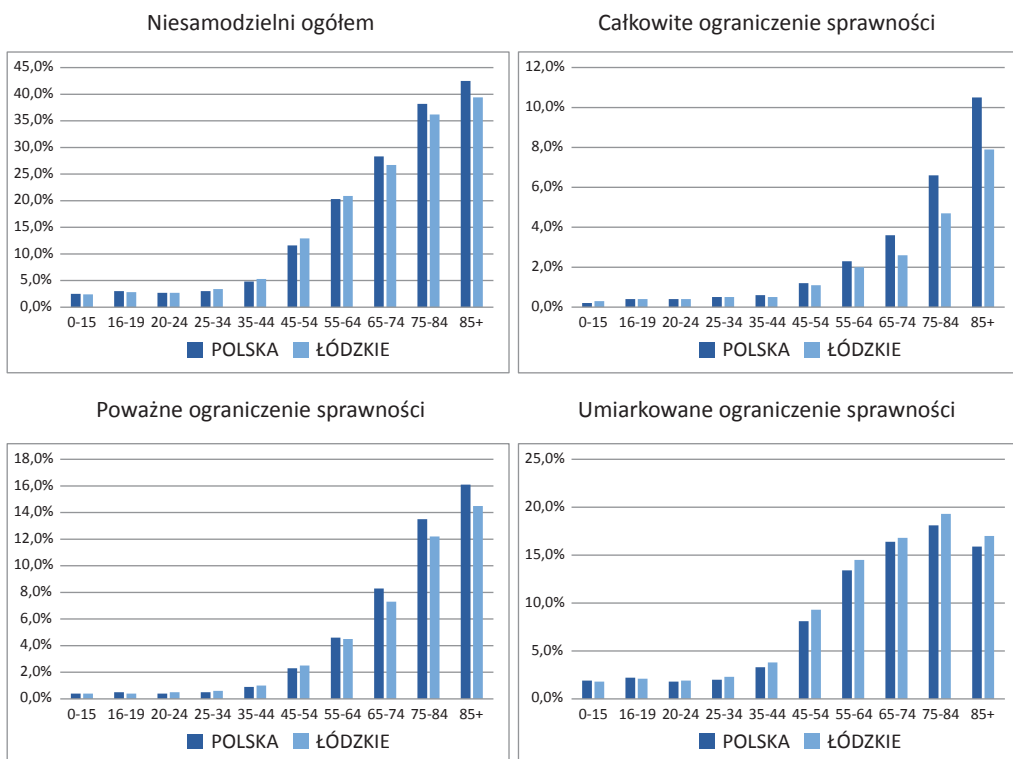
¹³⁴ Jeszcze wyższą różnicę w odsetku osób niesamodzielnych w woj. łódzkim (22,9% dla województwa vs 20,3% dla Polski) potwierdza badanie „Stan zdrowia ludności Polski 2014 r.”

¹³⁵ Tymczasem wyniki badania „Stan zdrowia ludności Polski 2014 r.” przynoszą zgoła odwrotny wynik, bowiem pokazują, że 3. pozycja woj. łódzkiego pod względem odsetka osób z ograniczeniami sprawności jest spowodowana przede wszystkim wysokim odsetkiem osób poważnie ograniczonych i dopiero w drugiej kolejności ograniczeniami umiarkowanymi.

osób niesamodzielnych w woj. łódzkim jest nawet mniejszy niż w Polsce (o 5-7%). W przypadku osób całkowicie niesamodzielnych, których jest o prawie 13% mniej w woj. łódzkim niż w Polsce (por. wykres drugi na Rysunku 1), odpowiedzialne za ten wynik są również starsze roczniki (wśród osób w wieku 65+ odsetek osób z całkowitą niesprawnością jest o 25-28% niższy w woj. łódzkim niż w Polsce). Tymczasem wśród umiarkowanie niesamodzielnych, których wyższy udział w woj. łódzkim jest główną przyczyną wyższego odsetka osób niesamodzielnych ogółem, za wynik ten odpowiadają głównie roczniki 25-54, a w mniejszym stopniu roczniki 65+.

Reasumując, w woj. łódzkim wyższy odsetek osób z niesprawnościami jest spowodowany głównie wyższym odsetkiem osób z niesprawnościami umiarkowanymi, za co odpowiadają głównie osoby w wieku 25-54 lata¹³⁶.

Rysunek 4. Udział osób niesamodzielnych (z ograniczeniami sprawności) w populacji województwa łódzkiego i Polski w podziale na grupy wiekowe



Źródło: opracowanie własne na podstawie „Ludność i gospodarstwa domowe w województwie łódzkim. Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2011”, GUS, 2014, tabl. 11.

¹³⁶ Brak jest tak szczegółowych danych dla pozostałych województw, ale ograniczając się do niepełnosprawności biologicznej, na podstawie ogólnie dostępnych danych z NSP 2011, można powiedzieć, że woj. łódzkie jest na 3. miejscu pod względem odsetka osób z niepełnosprawnością biologiczną, w tym na 2. dla niesprawności umiarkowanej. Za wynik ten odpowiadają głównie osoby w wieku produkcyjnym.

Z bardziej szczegółowych danych wynika, że największy odsetek osób niesamodzielnych występuje w powiatach: zduńskowolskim (15,2%), Łodzi (14,3%), powiecie kutnowskim (13,0%), w Skierniewicach i Piotrkowie Trybunalskim (12,9%), oraz w powiecie tomaszowskim (12,4%)¹³⁷. Do najmniej zagrożonych niesamodzielną należą powiaty: pajęczański, opoczyński, łęczycki, bełchatowski, łowicki, skierniewicki, zgierski, w których odsetek osób niesamodzielnych kształtuje się od 7,4% do 9,8% – por. Tabela 18¹³⁸. Poza powiatem zgierskim i bełchatowskim są to powiaty w przeważającej części wiejskie.

Tabela 18. Odsetek osób niesamodzielnych (z ograniczeniami sprawności) w populacji Polski, województwa łódzkiego i jego powiatów w 2016 r.

Obszar	Odsetek osób niesamodzielnych wg typu			
	ogółem	całkowicie	poważnie	umiarkowanie
POLSKA	10,9%	1,5%	2,8%	6,6%
WOJ. ŁÓDZKIE	11,8%	1,3%	2,9%	7,6%
zduńskowolski	15,2%	1,4%	3,3%	10,4%
m. Łódź	14,3%	1,5%	3,5%	9,2%
kutnowski	13,0%	1,5%	3,1%	8,4%
m. Piotrków Trybunalski	12,9%	1,1%	2,9%	8,9%
m. Skierniewice	12,9%	1,2%	2,8%	8,9%
tomaszowski	12,4%	1,1%	2,9%	8,3%
pabianicki	11,6%	1,0%	2,8%	7,8%
wieluński	11,6%	1,5%	2,8%	7,3%
poddębicki	11,4%	1,6%	3,3%	6,5%
rawski	10,9%	1,3%	2,5%	7,1%
piotrkowski	10,8%	1,2%	2,9%	6,8%
łaski	10,4%	1,5%	3,0%	6,0%
wieruszowski	10,3%	1,1%	2,8%	6,4%
radomszczański	10,2%	1,3%	2,5%	6,4%
sieradzki	10,2%	1,5%	2,8%	5,9%
brzeziński	9,9%	1,3%	2,6%	6,0%
łódzki wschodni	9,9%	1,1%	2,4%	6,3%
zgierski	9,8%	1,1%	2,6%	6,1%
skierniewicki	9,6%	1,3%	2,5%	5,8%
bełchatowski	9,5%	0,9%	2,2%	6,3%
łowicki	9,5%	1,0%	2,3%	6,3%
łęczycki	9,0%	1,2%	2,2%	5,6%
opoczyński	8,8%	0,9%	2,0%	6,0%
pajęczański	7,4%	0,8%	1,9%	4,7%

Źródło: obliczenia własne na podstawie szczegółowych wyników Narodowego Spisu Ludności 2011, dostarczonych przez Departament Badań Demograficznych i Rynku Pracy.

¹³⁷ Wszystkie wymienione powiaty charakteryzują się przewagą ludności miejskiej.

¹³⁸ Dokładne tablice z odsetkami osób niesamodzielnych wg typu i wieku znajdują się w załączniku (Tabele 8.1.2.1.-8.1.2.4), poniżej prezentujemy jedynie odsetek osób wg typu niesamodzielnosci oraz liczbę wszystkich osób niesamodzielnych (podział tej liczby na poszczególne typy niesamodzielnosci znajduje się w załączniku, w Tabelach 8.1.2.5.-8.1.2.7).

Obszar	ogółem	0-15	16-19	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85+
łaski	10,4	2,1	2,3	1,7	3,1	5,0	11,1	19,5	24,5	34,7	39,6
wieruszowski	10,3	2,1	2,5	2,6	3,1	5,4	11,6	19,7	27,0	35,1	39,9
radomszczański	10,2	2,2	1,9	2,5	3,8	5,1	10,7	19,0	23,1	30,2	39,1
sieradzki	10,2	1,5	2,4	3,0	3,2	3,9	11,9	20,1	25,0	35,1	30,7
brzeziński	9,9	1,9	3,0	2,3	3,2	4,3	11,5	19,8	23,0	29,8	26,8
łódzki wschodni	9,9	2,3	3,2	2,5	2,9	4,9	10,7	19,7	23,9	31,5	32,5
zgierski	9,8	2,1	2,4	2,1	2,9	4,4	11,3	17,6	22,1	30,4	35,4
skierniewicki	9,6	1,3	1,8	2,6	3,0	4,3	10,9	18,3	22,7	29,6	37,2
bełchatowski	9,5	2,5	2,9	2,8	3,5	4,4	11,0	18,0	26,3	36,9	32,8
łowicki	9,5	2,1	1,9	2,5	2,7	3,3	10,5	18,1	23,3	28,8	32,5
łęczycki	9,0	1,7	2,0	2,1	2,4	5,8	11,3	16,3	18,8	23,7	25,5

Źródło: obliczenia własne na podstawie szczegółowych wyników Narodowego Spisu Ludności 2011, dostarczonych przez Departament Badań Demograficznych i Rynku Pracy.

Tabela 20. Liczba osób niesamodzielną ogółem w 2016 r. (w osobach)

Obszar	ogółem	0-15	16-19	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85+
WOJ. ŁÓDZKIE	293080	9060	2652	3882	12474	19993	39511	78491	70026	50124	21426
m. Łódź	99462	2437	607	836	3570	6346	12242	25815	24407	18444	8892
zgierski	16173	528	153	192	660	1154	2393	4291	3899	2647	1103
tomaszowski	14654	620	158	250	733	1107	1979	3868	3558	2217	967
pabianicki	13783	508	127	148	620	897	1787	3451	3412	2517	985
kutnowski	12793	400	172	208	506	879	1812	3646	3103	2037	836
sieradzki	12135	279	127	247	580	671	1840	3305	2853	2182	713
radomszczański	11699	383	93	188	613	857	1579	3121	2661	1989	897
bełchatowski	10679	472	133	199	654	757	1500	3317	2416	1497	512
zduńskowolski	10200	413	111	160	490	764	1378	2723	2495	1702	613
piotrkowski	9875	367	119	186	549	899	1549	2416	2107	1397	710
m. Piotrków Tryb.	9604	390	106	137	433	708	1327	2625	2437	1537	467
wieluński	8992	269	72	157	373	566	1125	2388	2165	1625	735
łowicki	7567	260	67	121	316	370	1046	2093	1810	1283	550
łódzki wschodni	6991	271	89	102	286	554	1007	2004	1621	980	400
opoczyński	6819	258	88	105	340	490	949	1770	1590	1144	481
m. Skierniewice	6243	172	66	109	204	361	860	1873	1780	987	367
rawski	5336	133	58	56	198	418	761	1573	1241	881	314
łaski	5254	157	47	54	232	380	707	1434	1236	910	380
poddębicki	4733	183	62	82	204	343	618	1273	1118	830	217
łęczycki	4565	131	42	70	180	412	739	1205	953	744	292
wieruszowski	4335	151	46	78	192	345	631	1134	1035	689	279
pajęczański	3827	126	36	90	188	304	494	981	908	639	253
skierniewicki	3681	84	30	68	176	226	516	922	748	638	363
brzeziński	3063	93	38	43	145	207	459	886	702	473	159

Źródło: obliczenia własne na podstawie szczegółowych wyników Narodowego Spisu Ludności 2011, dostarczonych przez Departament Badań Demograficznych i Rynku Pracy.

Na koniec policzono również udział poszczególnych rodzajów ograniczenia sprawności w liczbie osób niesamodzielných ogółem – por. Tabela 21. We wszystkich powiatach największy udział wśród osób niesamodzielných stanowią osoby z niesprawnością umiarkowaną (57-69%), następnie poważną (21-29%) i na końcu całkowitą (8-15%). Z poniższej tabeli wynika również, że powiaty: skierniewicki, sieradzki, łaski charakteryzują się najwyższym udziałem osób niesamodzielných całkowicie i jednocześnie stosunkowo niewielkim udziałem niesamodzielných umiarkowanie.

Tabela 21. Udział osób niesamodzielných wg stopnia ograniczenia sprawności w ogóle osób niesamodzielných

Obszar	udział danego typu niesamodzielnności			pozycja udziału danego typu niesprawności		
	całkowicie	poważnie	umiarkowanie	całkowicie	poważnie	umiarkowanie
Polska	13,5%	25,8%	60,6%			
woj. łódzkie	11,0%	24,7%	64,4%			
sieradzki	14,8%	27,5%	57,7%	1	3	22
łaski	13,9%	29,2%	57,0%	2	1	24
skierniewicki	13,9%	25,5%	60,5%	2	8	21
poddębicki	13,6%	29,2%	57,2%	4	1	23
łęczycki	13,4%	24,1%	62,6%	5	13	18
wieluński	13,1%	23,9%	63,0%	6	15	14
brzeziński	13,0%	26,2%	60,6%	7	7	20
radomszczański	12,7%	24,3%	62,9%	8	12	15
rawski	11,7%	23,3%	65,0%	9	19	9
łódzki wschodni	11,5%	24,6%	63,9%	10	11	13
kutnowski	11,3%	23,9%	64,9%	11	15	10
zgierski	10,9%	26,4%	62,8%	12	5	16
piotrkowski	10,8%	26,4%	62,8%	13	5	16
m. Łódź	10,8%	24,8%	64,4%	13	10	11
wieruszowski	10,6%	27,2%	62,3%	15	4	19
pajęczański	10,4%	25,4%	64,2%	16	9	12
łowicki	10,1%	23,6%	66,3%	17	17	8
opoczyński	10,0%	22,1%	67,9%	18	22	4
bełchatowski	9,9%	23,3%	66,8%	19	19	7
zduńskowolski	9,5%	21,9%	68,6%	20	23	3
m. Skierniewice	9,3%	21,5%	69,1%	21	24	1
tomaszowski	9,1%	23,6%	67,3%	22	17	6
m. Piotrków Tryb.	8,6%	22,3%	69,1%	23	21	1
pabianicki	8,3%	24,1%	67,6%	24	13	5

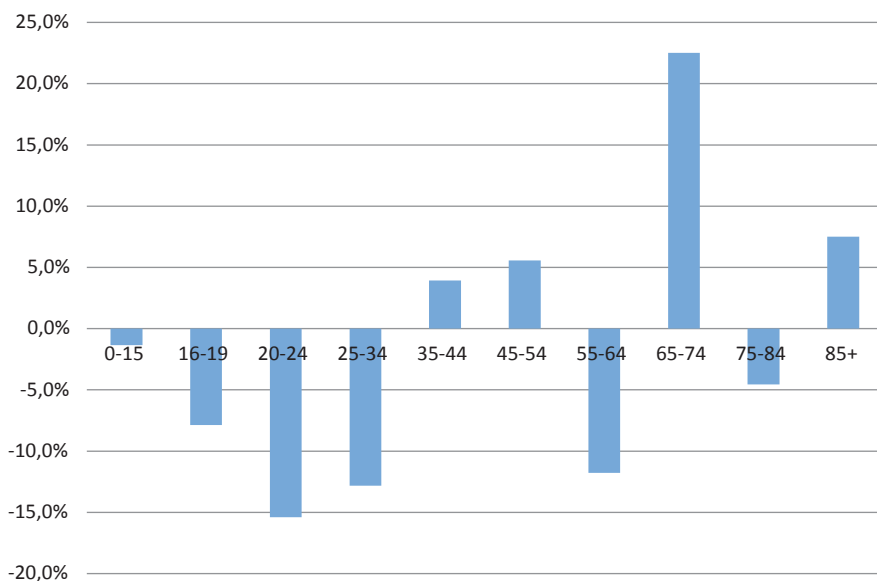
Źródło: obliczenia własne na podstawie szczegółowych wyników Narodowego Spisu Ludności 2011, dostarczonych przez Departament Badań Demograficznych i Rynku Pracy.

8.1.3. Prognozy liczby i odsetka osób niesamodzielných wg NSP

Na podstawie wskaźników obliczonych w powyższych tabelach można dokonać również prognoz szacunków liczby osób niesamodzielných na następne lata. Z Tabeli 22 wynika, że w skali całego województwa prognozowany jest spadek liczby osób niesamodzielných o 1,5%.

Wykres 7. pokazuje jednakże, że zmiany te nie są równo rozłożone w poszczególnych grupach wiekowych. O ile w rocznikach 16-34 spodziewane są spadki liczby osób niesamodzielnych, to w grupie seniorów – głównie wzrosty. W grupie osób w wieku 65-74 nie ma ani jednego powiatu, w którym prognozowane są spadki liczby osób niesamodzielnych. Największe wzrosty zaś są prognozowane w powiecie bełchatowskim (który w rankingach z rozdziału drugiego był wyróżniany jako jeden z „najmłodszych” powiatów), gdzie liczba osób niesamodzielnych w wieku 65-74 wzrośnie aż o 38,4% (w tym znacznie bardziej w grupie 70-74 lata niż 65-69). Na 2. miejscu pod względem skali wzrostów osób niesamodzielnych w tej grupie wiekowej jest miasto Skierniewice, gdzie liczba takich osób wzrośnie o 28%. W najstarszym roczniku: 85+ tylko w powiecie skierniewickim spodziewany jest (niewielki) spadek liczby osób niesamodzielnych, poza tym we wszystkich pozostałych powiatach – wzrosty (największe w Skierniewicach – o 20%).

Wykres 7. Zmiany (w %) w liczbie osób niesamodzielnych w latach 2016-2020 w województwie łódzkim w różnych grupach wiekowych



Źródło: na podstawie danych z pierwszego wiersza Tabeli 16.

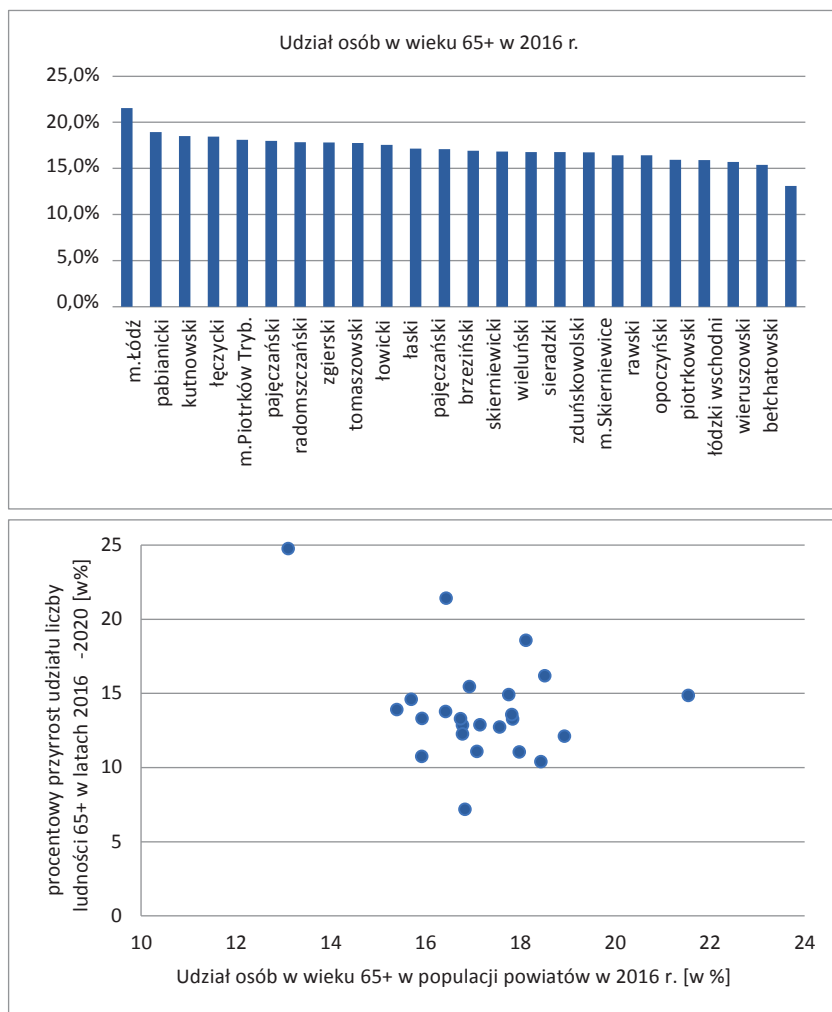
Tabela 22. Przyrost (w %) liczby osób niesamodzielnych w roku 2020 w stosunku do roku 2016 w poszczególnych powiatach województwa łódzkiego

Obszar	ogółem	0-15	16-19	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85+
WOJ. ŁÓDZKIE	-1,5	-1,3	-7,9	-15,4	-12,8	3,9	5,6	-11,8	22,5	-4,6	7,5
łódzki wschodni	2,1	1,8	1,6	-12,4	-9,2	5,2	9,5	-6,8	25,7	4,6	1,0
zgierski	0,5	-0,5	-2,7	-12,0	-10,8	2,4	11,0	-10,1	22,2	-0,6	9,7
piotrkowski	0,3	-0,6	-9,4	-12,0	-6,1	3,7	9,0	-6,5	22,2	-5,6	5,9
brzeziński	0,1	-0,7	-10,0	-13,8	-8,7	3,0	7,4	-9,5	23,8	0,9	12,0
wieruszowski	0,0	-2,6	-5,5	-14,6	-7,0	3,9	6,5	-5,9	22,8	-2,2	10,7
bełchatowski	-0,4	2,1	-12,0	-17,6	-15,6	12,2	-1,4	-9,2	38,4	-0,6	5,3
łaski	-0,5	-1,1	-9,2	-18,5	-9,4	5,3	5,8	-7,1	20,6	-3,4	11,3
pabianicki	-0,5	1,4	-8,6	-14,7	-13,8	4,5	8,8	-10,9	19,6	-3,0	9,6
skierniewicki	-0,5	1,5	-6,3	-17,5	-7,5	7,4	1,5	-3,6	20,6	-11,0	-1,5
rawski	-1,0	0,6	-11,0	-14,9	-9,7	4,0	1,8	-7,3	24,3	-7,5	11,7
zduńskowolski	-1,0	-1,1	-7,8	-12,3	-12,4	3,9	4,9	-8,1	20,6	-5,3	14,0
m. Skierniewice	-1,0	-0,9	-2,8	-15,1	-16,0	6,0	3,5	-14,1	28,4	2,4	20,5
poddębicki	-1,1	-0,1	-8,8	-21,4	-6,8	1,2	4,6	-6,0	18,7	-5,5	9,9
wieluński	-1,1	-0,9	-14,4	-10,1	-9,6	2,1	3,6	-6,4	24,1	-8,7	6,6
sieradzki	-1,3	-1,5	-13,9	-16,5	-7,8	2,4	1,4	-3,8	19,4	-3,4	5,9
łowicki	-1,5	-0,2	-14,0	-12,8	-11,1	5,1	1,3	-8,6	21,2	-5,6	8,3
opoczyński	-1,6	-2,5	-13,9	-12,6	-9,4	4,6	1,4	-6,3	23,5	-8,0	11,8
pajęczański	-1,6	-2,4	-14,6	-13,5	-7,9	1,6	3,8	-5,7	20,9	-10,6	10,9
tomaszowski	-1,7	-4,6	-7,1	-12,4	-11,6	1,2	9,0	-12,4	25,3	-9,4	13,2
radomszczański	-2,0	-4,7	-10,2	-16,7	-7,6	-1,0	5,4	-8,3	20,3	-4,6	8,9
m. Piotrków Tryb.	-2,0	-3,4	-5,5	-10,1	-16,5	1,6	7,9	-16,7	23,3	0,5	19,9
łęczycki	-2,5	-1,9	-13,6	-18,8	-10,3	4,1	-0,1	-6,3	18,2	-9,9	8,8
kutnowski	-2,6	-2,8	-12,8	-19,3	-11,9	2,3	-1,6	-8,9	22,4	-2,2	7,6
m. Łódź	-2,9	-1,9	-2,6	-18,2	-18,7	4,7	7,4	-19,0	21,7	-5,2	4,4

Źródło: obliczenia własne na podstawie szczegółowych wyników Narodowego Spisu Ludności 2011, dostarczonych przez Departament Badań Demograficznych i Rynku Pracy, oraz wyników projektu pt. Prognozy ludności gmin województwa łódzkiego.

Z Tabeli 22 można odczytać, że Skierniewice, powiat bełchatowski oraz łódzki wschodni są w najgorszej sytuacji pod względem prognozowanego wzrostu liczby niesamodzielnych seniorów. Wszystkie te trzy lokalizacje charakteryzowały się w 2016 r. stosunkowo niskim udziałem osób starszych w ogólnej populacji. Ogólnie występuje ujemna (i istotna statystycznie) zależność pomiędzy obciążeniem demograficznym powiatów województwa łódzkiego w roku 2016 a zmianą tego stanu w perspektywie roku 2020 (a w konsekwencji zmianą liczby osób niesamodzielnych w tych rocznikach). **Oznacza to, że powiaty o stosunkowo młodej populacji zanotują w roku 2016 wyższe przyrosty osób w wieku senioralnym (w tym osób niesamodzielnych).** Zwizualizowano to na poniższym wykresie, gdzie po lewej stronie uporządkowano powiaty wg udziału osób w wieku 65+ w ogólnej populacji w roku 2016. Jak wynika z powyższej tabeli, powiaty, które charakteryzowały się stosunkowo niskim udziałem takich osób (jak bełchatowski), zanotują też przeciętnie najwyższe wzrosty tego rodzaju osób. Najbardziej syntetycznie opisuje tę sytuację dolny wykres 18, którego pokazuje, że wyższemu/niższemu początkowemu udziałowi osób 65+ towarzyszy (w powiatach województwa łódzkiego) przeciętnie niższy/wyższy przyrost osób w tym wieku.

Wykres 8. Zależność pomiędzy początkowym (w 2016 r.) a prognozowanym (w 2020 r.) udziałem osób w wieku 65+ w powiatach województwa łódzkiego



Źródło: na podstawie danych z BDL (Ludność, Prognozy ludności) oraz obliczeń własnych.

8.2. Niesamodzielnność ze względu na wiek – skale ADL i IADL

Z poprzedniego rozdziału wynika niezbicie, że odsetek osób niesamodzielných rośnie wraz z wiekiem badanych i jest najwyższy w wieku senioralnym. Istnieje zatem potrzeba, aby przyjrzeć się bliżej takim osobom. Poniżej wykorzystano dwa badania dotyczące oceny skali niesamodzielnności seniorów w Polsce i województwie łódzkim:

1. *Polsenior. Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce* [Poznań, 2012], które uchodzi za największe jak dotąd badanie osób starszych przeprowadzone w XXI wieku w Polsce;
2. *Potrzeby osób w wieku 60+ z terenu województwa łódzkiego*, udostępnione na potrzeby niniejszych analiz przez Regionalne Centrum Pomocy Społecznej (badanie przeprowadzone w 2017 r. na próbie 1100 osób z województwa łódzkiego).

W obu tych badaniach do oceny niesamodzielnosci ze wzgledu na wiek uzywano m.in. dwuch skal¹³⁹:

1. Skala oceny podstawowych czynnosci zyciowych – skala Katza (ADL – *activities of daily living*), gdzie niska punktacja (≤ 2) swiadczy o niezdolnosci do samodzielnego funkcjonowania;
2. Skala oceny zlozonych czynnosci zycia codziennego – skala Lawtona (IADL – *instrumental activities of daily living*), ktora ocenia zdolnosc podstawowego funkcjonowania we wspolczesnym otoczeniu i pozwala na przyblizone zobiektywizowanie potrzeb w zakresie pomocy/opieki.

Skala ADL (Katz) polega na ocenie samodzielnosci w wykonywaniu 6 czynnosci zyciowych: mycie sie, ubieranie i rozbieranie, korzystanie z toalety, poruszanie sie, jedzenie, kontrolowanie potrzeb fizjologicznych. Przyjmuje sie, ze osoby uzyskujace wynik 5-6 (tzn. ktore wykazaly, ze posiadaja samodzielnosc w wykonywaniu co najmniej 5 powyzzszych czynnosci) sa samodzielne, osoby z wynikiem 3-4 – umiarkowanie niesamodzielne, osoby z wynikiem ≤ 2 – niesamodzielne.

Skala IADL (Lawtona) sluzzy do oceny zlozonych czynnosci dnia codziennego, takich jak: korzystanie z telefonu, z komunikacji publicznej, zakupy, przygotowywanie posilkow, prace domowe, pranie, przyjmowanie lekow i gospodarowanie pieniedzmi. Oceny w tej skali polegaja na przyznaniu 3 punktow, jezeli osoba wykonuje dana czynnosc calkowicie samodzielnie, 2 punktow, jezeli robi to z niewielka pomocaa, i 1 punktu, jezeli nie wykonuje danej czynnosci. W skali tej mozliwe wyniki to 8-24 punkty, ktore autorzy badania Polsenior [Poznan 2012, s. 83] skategoryzowali wg nastepujacego rozkladu: 24 pkt – osoby samodzielne, 19-23 pkt – czesciowo niesamodzielne, 8-18 pkt znaczna niesamodzielnosć (niesprawnosć)¹⁴⁰.

Ponizej opisano wyniki otrzymane dla Polski i wojewodztwa lodzkiego wg tych dwuch skal, na podstawie ktorych wnioskowano o mozliwosci stosowania wynikow ogolnopolskich na wojewodzkiem poziomie oraz ktore przede wszystkim posluzily do wyznaczenia liczby osob niesamodzielnych.

8.2.1. Skala ADL

W Tabeli 23 znajduja sie wyniki badania ogolnopolskiego i lodzkiego, w ktorych wykorzystano skale ADL. Jak wynika z ponizszej tabeli, ponad 90% osob w wieku 65+ wykonywalo podstawowe czynnosci bez potrzeby korzystania z pomocy. Zarowno w Polsce, jak i w wojewodztwie **najwieksze problemy sprawialo samodzielne mycie**. W Polsce nieco wyzzszy odsetek kobiet niz mzczyzn ma problemy z poszczegolnymi czynnosciami (rznice te sa istotne statystycznie w przypadku mycia, korzystania z toalety, jedzenia, lecz w ogolnym wyniku plec nie rznicuje istotnie niesprawnosci). W celu stwierdzenia uzytecznosci ogolnopolskich wskaznikow ADL do celow szacowania skali niesamodzielnosci na potrzeby lokalnej polityki spolecznej, zastosowano test rownosci proporcji dla ogolnej prby osob w wieku 65+ dla Polski i wojewodztwa lodzkiego. W zadnym przypadku na poziomie istotnosci 0,05 nie uzyskano istotnych rznic. Na tej podstawie mozna stwierdzic, ze **w skali oceny calzej populacji 65+ odsetek osob samodzielnie wykonujacych poszczegolne czynnosci wyrznione w skali Katza w Polsce i wojewodztwie lodzkim jest podobny**.

¹³⁹ O skalach tych pisano juz w podrozdziale 4.2.

¹⁴⁰ Wydaje sie jednoczesnie, ze taki podzial jest nazbyt restrykcyjny, tzn. przeszacowuje liczbe osob niesamodzielnych – o czym szerzej piszemy w p. 8.2.2.

Tabela 23. Odsetek osób samodzielnie wykonujących czynności życia codziennego wg skali Katza (ADL) w grupie badanych w wieku 65+ w Polsce i województwie łódzkim

N	Polska			województwo łódzkie		
	4913	2378	2535	863	523	340
Czynności	ogółem	kobiety	mężczyźni	ogółem	kobiety	mężczyźni
Mycie	90,7	89,0	92,3	90,0	89,9	90,3
Ubieranie	93,9	93,5	94,3	93,3	93,7	92,6
Korzystanie z toalety	95,0	93,9	96,1	96,1	95,8	96,5
Poruszanie się	96,2	95,5	96,9	95,7	95,8	95,6
Kontrolowanie potrzeb fizjologicznych	96,1	95,8	96,4	96,3	95,8	97,1
Jedzenie	96,4	95,5	97,2	97,5	97,3	97,6

Źródło: Polsenior [2012, s. 84], Potrzeby osób w wieku 60+ z terenu województwa łódzkiego [obliczenia własne na podstawie dostarczonej przez Zamawiającego bazy danych SPSS].

Wiadomo, że niesamodzielność rośnie wraz z wiekiem. Dlatego zasadniczą część naszego badania stanowią porównania skali Katza w grupach wiekowych. Przedstawiono je w poniższych tabelach, gdzie zamieszczono wyniki oceny podstawowych czynności życia codziennego wg skali ADL w grupie badanych w podziale na grupy wiekowe. Tabela 24 pokazuje średnią uzyskanych wyników, Tabela 25 – odsetek osób wg trzech grup niesamodzielności. O ile nie ma istotnych różnic w poziomie niesamodzielności osób w wieku 65+ ogółem¹⁴¹, to różnice występują w przypadku grupy wiekowej 70-74 oraz 85+. W obu tych grupach wiekowych średnia punktacja skali ADL jest niższa dla województwa łódzkiego niż dla Polski, co oznacza, że mieszkańcy województwa łódzkiego w grupie wiekowej 70-74 oraz 85+ charakteryzują się mniejszą samodzielnością w wykonywaniu czynności życia codziennego niż w Polsce.

Tabela 24. Średnia ocena podstawowych czynności życia codziennego ADL w podziale na grupy wiekowe wraz z testem oceniającym istotność statystyczną różnic w wynikach województwa łódzkiego w stosunku do Polski¹⁴²

Wiek	Polska			województwo łódzkie			wartość p testu równości średnich (jednos.)	wartość p testu równości średnich (dwustr.)
	N	Średnia punktacja ADL	Odchylenie standardowe	N	Średnia punktacja ADL	Odchylenie standardowe		
60-64				237	5,93	0,47		
65-69	772	5,99	1,00	303	5,89	0,61	0,023	0,046
70-74	911	5,95	0,46	176	5,79	0,95	0,015	0,030
75-79	836	5,88	0,64	141	5,79	0,83	0,111	0,222
80-84	783	5,73	0,95	108	5,69	1,01	0,349	0,698
85+	1611	5,27	1,59	115	4,87	1,82	0,011	0,022

Źródło: Polsenior [2012, s. 85], Potrzeby osób w wieku 60+ z terenu województwa łódzkiego [obliczenia własne na podstawie dostarczonej przez Zamawiającego bazy danych SPSS].

¹⁴¹ Średnia wartość skali ADL dla Polski wynosi 5,68, zaś dla woj. łódzkiego 5,69 (wartość p=0,800 nie pozwala odrzucić hipotezy o równości tych dwóch średnich).

¹⁴² Wartości p poniżej 0,05 świadczą o występowaniu różnic w średniej punktacji samodzielności (wg ADL) w Polsce i województwie łódzkim.

Tabela 25. Odsetek osób samodzielnych (6-5 pkt), umiarkowanie niesamodzielnych (4-3 pkt) i niesamodzielnych (<= 2pkt) w podziale na grupy wiekowe wraz z różnicą (w pp.) pomiędzy wynikiem dla Polski i województwa łódzkiego

Wiek	Polska				województwo łódzkie				Różnica: Polska-Łódzkie		
	N	6-5 pkt	4-3 pkt	<=2 pkt	N	6-5 pkt	4-3 pkt	<=2 pkt	6-5 pkt	4-3 pkt	<=2 pkt
60-64					237	98,7%	0,4%	0,8%			
65-69	766	99,9%	0,0%	0,1%	303	97,0%	2,0%	1,0%	-2,9	2,0	0,9
70-74	906	98,9%	0,5%	0,5%	196	95,4%	1,0%	3,6%	-3,5	0,5	3,1
75-79	825	97,2%	1,7%	1,1%	141	95,0%	2,8%	2,1%	-2,2	1,1	1,0
80-84	777	94,1%	2,9%	2,9%	108	93,5%	1,9%	4,6%	-0,6	-1,0	1,7
85+	1589	84,0%	6,1%	9,9%	115	79,1%	8,7%	12,2%	-4,9	2,6	2,3

Źródło: Polsenior [2012, s. 85], Potrzeby osób w wieku 60+ z terenu województwa łódzkiego [obliczenia własne na podstawie dostarczonej przez Zamawiającego bazy danych SPSS].

Wynik o niższej sprawności mieszkańców województwa łódzkiego niż w Polsce potwierdzają dane dotyczące średniej punktacji ADL (Tabela 24), jak dane dotyczące odsetka osób w danym wieku (Tabela 25). Z tej ostatniej tabeli można odczytać, że różnice dotyczą w szczególności najstarszego rocznika (85+), dla którego udział osób samodzielnych (ADL5-6) w województwie łódzkim jest o 4,9 pp. niższy niż średnio w Polsce, zaś udział osób umiarkowanie i całkowicie niesamodzielnych jest odpowiednio o 2,6 i 2,3 pp. większy. **Wyniki z powyższej tabeli pokazują, że do szacunków osób niesamodzielnych wg skali ADL w poszczególnych grupach wiekowych należy stosować wskaźniki ADL specyficzne dla województwa łódzkiego, a wskaźniki ogólnopolskie należy korygować tak, aby uwzględnić fakt wyższej niesamodzielnosci mieszkańców województwa łódzkiego.**

W następnej kolejności badano różnice oraz wpływ płci i miejsca zamieszkania na szacunki liczby osób niesamodzielnych. O ile płeć wyeliminowano jako czynnik istotnie różnicujący szacunki liczby niesamodzielnych w woj. łódzkim, to istotnym czynnikiem jest wielkość miejscowości – por. Tabela 26. W woj. łódzkim, jak i w Polsce występuje istotnie wyższy odsetek osób całkowicie niesamodzielnych na wsiach niż w innych lokalizacjach. Tymczasem w dużych miastach (powyżej 500 tys. osób, co w woj. łódzkim dotyczy wyłącznie Łodzi) odsetek osób całkowicie niesamodzielnych jest mniejszy niż średnio w Polsce i województwie. Wyniki są natomiast rozbieżne dla miast poniżej 500 tys.: w Polsce w tych lokalizacjach odsetek całkowicie niesamodzielnych jest zbliżony do średniej, w woj. łódzkim zdecydowanie mniejszy.

Tabela 26. Odsetek osób samodzielnych (6-5 pkt), umiarkowanie niesamodzielnych (4-3 pkt) i niesamodzielnych (<=2 pkt) w podziale na wielkość miejscowości

Wielkość jednostki	Polska				województwo łódzkie			
	N	6-5 pkt	4-3 pkt	<=2 pkt	N	6-5 pkt	4-3 pkt	<=2 pkt
wieś	1926	92,4%	2,9%	4,7%	317	92,4%	1,9%	5,7%
miasto poniżej 500 tys.	2100	93,4%	2,8%	3,9%	251	96,0%	2,0%	2,0%
miasto pow. 500 tys.	834	94,0%	2,9%	3,1%	295	92,5%	4,4%	3,1%
razem	4860	93,1%	2,9%	4,0%	863	93,5%	2,8%	3,7%

Źródło: obliczenia własne na podstawie Polsenior [2012, s. 85], Potrzeby osób w wieku 60+ z terenu województwa łódzkiego [obliczenia własne na podstawie dostarczonej RCPS].

8.2.2.1. Założenia dla szacunków liczby osób niesamodzielnych wg skali ADL

Wobec powyższych wyników, w szacunkach liczby osób niesamodzielnych zastosowano wskaźniki korekty w zależności od tego, jaki procent danego obszaru stanowił obszar miejski, a jaki wiejski. Aby nie dzielić miast na różne klasy wielkości¹⁴³, wyróżniono trzy wskaźniki korekty: dla wsi, miast oraz Łodzi – por. Tabela 27.

Tabela 27. Wskaźnik pokazujący, o ile % szacunek skali ADL dla danego typu obszaru jest większy (+) lub mniejszy (-) od wskaźnika dla całego województwa

Wielkość jednostki	6-5 pkt	4-3 pkt	<=2 pkt
wieś	-1,2%	-31,9%	53,1%
miasta bez Łodzi	2,7%	-28,4%	-46,3%
Łódź	-1,0%	58,5%	-17,7%

Źródło: obliczenia własne na podstawie Tabeli 26.

Na podstawie wskaźników dla woj. łódzkiego obliczono wskaźniki korekty specyficzne dla poszczególnych powiatów. Dla grupy niesamodzielnych łącznie (ADL<=2) odsetek tych osób w danej grupie wiekowej wynikający z Tabeli 25 powiększono maksymalnie o 1,531 (o 53,1%) dla powiatów wiejskich (tj. powiat skierniewicki) lub o odpowiednią proporcję 1,531 (zgodnie z trzecią kolumną Tabeli 28) w zależności od tego, jaki procent w danym powiecie zajmowały obszary wiejskie. W przypadku powiatów miejskich szacunek liczby osób niesamodzielnych w danym wieku wynikający z Tabeli 25 zmniejszono maksymalnie o współczynnik 0,537 (inaczej mówiąc, zmniejszono o 46,3%) w przypadku Skierniewic i Piotrkowa Trybunalskiego lub o odpowiednią część 0,537 w zależności od tego, jaki procent zajmowały obszary miejskie (zgodnie z trzecią kolumną Tabeli 28). Dla Łodzi odsetek osób niesamodzielnych łącznie zmniejszono o 17,7%, zgodnie z danymi z Tabeli 27 (ostatnia komórka).

Podobnie postąpiono z korektą odsetka osób niesamodzielnych umiarkowanie (ADL 3-4), zaś wszystkie specyficzne wskaźniki korekty w zależności od udziału obszarów wiejskich/miejskich pokazuje poniższa tabela.

Tabela 28. Wskaźniki korekty odsetka osób niesamodzielnych użyty w szacunkach niesamodzielnych wg ADL w powiatach województwa łódzkiego

Powiat	% obszarów miejskich	wsp. korekty dla ADL<=2	wsp. korekty dla ADL 3-4
m. Piotrków Trybunalski	100%	0,537	0,716
m. Skierniewice	100%	0,537	0,716
m. Łódź	100%	0,823	1,585
pabianicki	75%	0,784	0,706
zgierski	74%	0,792	0,706
zduńskowolski	70%	0,832	0,704
kutnowski	62%	0,911	0,701
tomaszowski	59%	0,946	0,700

¹⁴³ Zarówno w badaniu ogólnopolskim, jak i łódzkim w ramach miast poniżej 500 tys. wyróżniano jeszcze dwie klasy miast o granicy 50 tys. mieszkańców w badaniu ogólnopolskim oraz o granicy 40 tys. mieszkańców w badaniu dla województwa łódzkiego. Zrezygnowano jednak z tego podziału z dwóch powodów. Po pierwsze w powiatach osobno wydzielono jedynie obszary miejskie (bez względu na wielkość miejscowości), a zatem korekta dla miast nastąpiła bez względu na ich wielkość. Lecz ważniejszym czynnikiem był stosunkowo duży błąd doboru próby dla miast powyżej 40 tys. osób, który raportowali autorzy *Badania potrzeb osób w wieku 60+*.

Powiat	% obszarów miejskich	wsp. korekty dla ADL<=2	wsp. korekty dla ADL 3-4
bełchatowski	57%	0,962	0,701
radomszczański	49%	1,045	0,697
sieradzki	45%	1,080	0,696
rawski	42%	1,110	0,696
brzeziński	40%	1,130	0,695
łaski	39%	1,144	0,693
łowicki	39%	1,148	0,694
łódzki wschodni	36%	1,169	0,693
opoczyński	33%	1,206	0,692
wieluński	33%	1,208	0,691
łęczycki	30%	1,232	0,691
poddębicki	26%	1,268	0,690
pajęczański	25%	1,279	0,689
wieruszowski	22%	1,312	0,688
piotrkowski	9%	1,437	0,684
skierniewicki	0%	1,531	0,681

Źródło: oszacowania własne na podstawie danych BDL (w zakresie % obszarów miejskich) oraz bazy danych z *Potrzeby osób w wieku 60+ z terenu województwa łódzkiego*.

Ostatecznie do szacunków liczby osób niesamodzielnych przy wykorzystaniu danych o osobach niesamodzielnych w woj. łódzkim określonych na podstawie skali ADL wykorzystano szacunki odsetka niesamodzielnych w poszczególnych grupach wiekowych, które zagregowano do przedziałów zmienności dostępnych dla *Prognoz ludności gmin województwa łódzkiego do roku 2020*, tzn. 65-74, 75-84, 85+. Prognozy dla powiatów woj. łódzkiego uwzględniały odpowiednią korektę ze względu na rodzaj powiatu (wg współczynników korekty z Tabeli 28). Korekty te spowodowały, że liczba ludności o całkowitym stopniu niesamodzielnosci (ADL<=2) jest nieco mniejsza, niż by to wynikało z odsetka niesamodzielnych w wieku 65+ w województwie łódzkim (3,4% całej zbadanej populacji wobec 3,7%, które wynika wprost z badania *Potrzeby osób w wieku 60+ z terenu województwa*), natomiast znacznie precyzyjniejsze są dzięki temu szacunki dla powiatów. W drugiej kolejności wyliczono liczbę osób niesamodzielnych dla ADL 3-4, dokonując podobnych korekt, które spowodowały, że odsetek tego rodzaju osób wyniósł w 2017 r. 2,7% (i był podobny do odsetka osób niesamodzielnych w wieku 65+ wynikającego wprost z badania pn. *Potrzeby osób w wieku 60+ z terenu województwa łódzkiego*, który wyniósł 2,8%).

8.2.2.2. Szacunki osób niesamodzielnych wg skali ADL

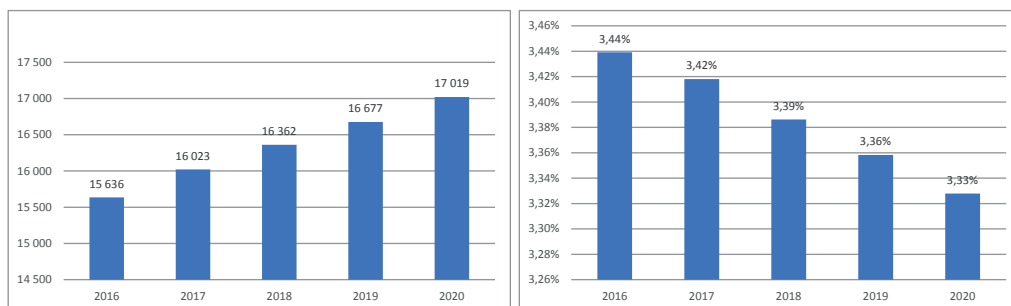
Szacunki dla całego województwa liczby osób niesamodzielnych przy zastosowaniu założeń wymienionych w p. 8.2.2.1. pokazują poniższe wykresy. Z wykresów tych wynika, że liczba osób niesamodzielnych (wg skali ADL) rośnie systematycznie w latach 2017-2020¹⁴⁴. W latach 2017-2020 *liczba* osób niesamodzielnych (całkowicie i umiarkowanie) wzrosła z 28 575 do 30 348, czyli o 6,2%. Tymczasem *odsetek* tych osób zmalał nieznacznie z 6,1% do 5,8%. Wynika to z faktu, że w całym woj. łódzkim w latach 2017-2020 prognozowane są największe przyrosty liczby osób w wieku 65-74 lata (aż o 16%), a więc wieku, w którym odsetek osób niesamodzielnych jest jeszcze bardzo niski. Dochodzi zatem do sytuacji, w której za całkowity przyrost

¹⁴⁴ Należy wyraźnie podkreślić, że dla danych ukazanych na wykresach uczyniono założenie, że odsetek osób niesamodzielnych jest specyficzny dla poszczególnych powiatów, lecz stały w całym okresie badania.

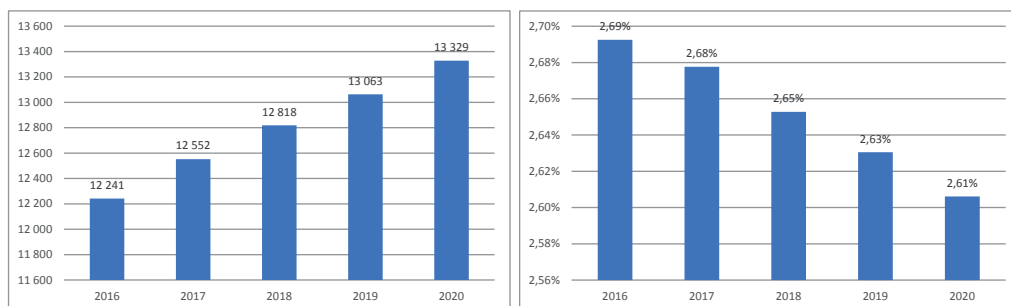
liczby osób w wieku senioralnym (65+) odpowiedzialne są głównie roczniki najmłodsze – stąd spadek *udziału* osób niesamodzielnych w latach 2017-2020. Rozkład powiatowy liczby i udziału osób niesamodzielnych pokazuje Tabela 29. Wynika z niej, że największy udział osób niesamodzielnych jest w powiecie skierniewickim i łódzi. O ile jednak w Łodzi wynika to z dużej liczby umiarkowanie niesamodzielnych, to w powiecie skierniewickim udział wszystkich typów niesamodzielnosci jest duży. W Tabeli 8.2.2.2 z załącznika wynika dodatkowo, że największy przyrost liczby osób niesamodzielnych jest prognozowany w Skierniewicach, powiecie bełchatowskim i Piotrkowie Trybunalskim.

Rysunek 5. Szacunki liczby (lewy panel) i odsetka (prawy panel) osób niesamodzielnych w wieku 65+ w województwie łódzkim w latach 2003-2020

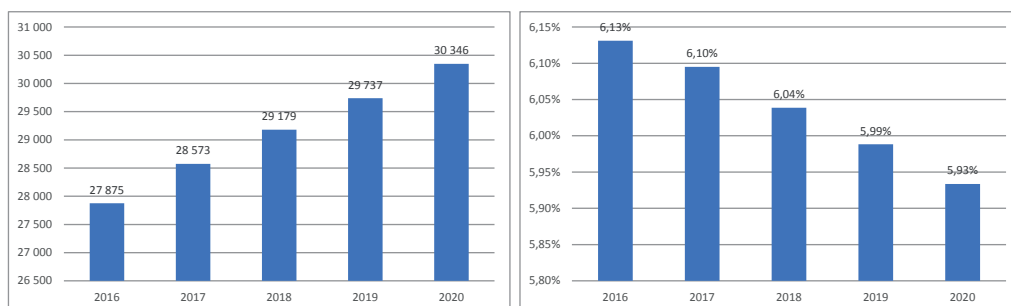
Liczba (lewy panel) i odsetek (prawy panel) osób poważnie i całkowicie niesamodzielnych (ADL<=2)



Liczba (lewy panel) oraz odsetek (prawy panel) osób umiarkowanie niesamodzielnych (ADL 3-4)



Liczba (lewy panel) oraz odsetek (prawy panel) osób niesamodzielnych ogółem (ADL <=4)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania Potrzeby osób w wieku 60+ z terenu województwa łódzkiego oraz obliczeń własnych.

Tabela 29. Udział i liczba osób niesamodzielných (ADL <=4) w wieku 65+ w populacji osób 65+

Powiat	liczba osób niesamodzielných			odsetek osób niesamodzielných			pozycja odsetka		
	ogółem	umiarkowanie	poważnie i całkowicie	ogółem	umiarkowanie	poważnie i całkowicie	ogółem	umiarkowanie	poważnie i całkowicie
łódzki wschodni	676	209	467	5,8%	1,8%	4,0%	12	20	10
pabianicki	1079	436	643	4,6%	1,9%	2,8%	21	9	21
zgierski	1383	556	827	4,5%	1,8%	2,7%	22	18	22
brzeziński	316	100	216	5,8%	1,8%	4,0%	13	17	12
bełchatowski	778	277	502	5,0%	1,8%	3,2%	19	23	17
opoczyński	789	238	552	6,3%	1,9%	4,4%	9	7	8
piotrkowski	1055	278	777	7,0%	1,9%	5,2%	3	10	2
radomszczański	1161	388	773	5,5%	1,8%	3,7%	16	14	15
tomaszowski	1144	409	735	5,3%	1,9%	3,4%	17	8	16
m. Piotrków Tryb.	500	251	249	3,5%	1,8%	1,8%	23	22	23
łaski	516	162	355	5,8%	1,8%	4,0%	11	19	11
pajęczański	605	174	431	6,7%	1,9%	4,7%	4	3	3
poddębicki	479	139	340	6,3%	1,8%	4,5%	7	16	6
sieradzki	1163	380	783	5,7%	1,9%	3,8%	15	11	14
wieluński	840	252	588	6,3%	1,9%	4,4%	6	4	7
wieruszowski	423	120	303	6,3%	1,8%	4,5%	8	21	4
zduńskowolski	547	213	334	4,7%	1,8%	2,9%	20	15	20
kutnowski	951	349	602	5,1%	1,9%	3,2%	18	12	18
łęczycki	608	180	428	6,4%	1,9%	4,5%	5	6	5
łowicki	864	270	594	6,1%	1,9%	4,2%	10	5	9
rawski	479	154	326	5,8%	1,9%	3,9%	14	13	13
skierniewicki	519	129	390	8,0%	2,0%	6,0%	1	2	1
m. Skierniewice	289	146	144	3,5%	1,7%	1,7%	24	24	24
m. Łódź	11409	6743	4666	7,4%	4,4%	3,0%	2	1	19
suma	28575	12552	16023	6,1%	2,7%	3,4%			

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania Potrzeby osób w wieku 60+ z terenu województwa łódzkiego oraz obliczeń własnych.

8.2.2. Skala IADL

Skala IADL identyfikuje samodzielność w wykonywaniu złożonych czynności dnia codziennego (korzystanie z telefonu, z komunikacji publicznej, zakupy, przygotowywanie posiłków, prace domowe, pranie, przyjmowanie leków i gospodarowanie pieniędzmi). Jak już pisaliśmy na początku rozdziału 8.2., oceny w tej skali polegają na przyznaniu 3 punktów, jeżeli osoba wykonuje daną czynność całkowicie samodzielnie, 2 punktów, jeśli robi to z niewielką pomocą, i 1 punktu, jeśli nie wykonuje danej czynności. W skali tej możliwe wyniki to 8-24 punkty, które autorzy badania Polsenior [Poznań 2012, s. 83] skategoryzowali wg następującego rozkładu:

- 24 pkt – osoby w pełni sprawne (całkowicie samodzielne),
- 19-23 pkt – osoby o częściowo upośledzonej sprawności (umiarkowanie niesamodzielne),

- 8-18 pkt – osoby o znacznie upośledzonej sprawności (całkowicie i poważnie niesamodzielne).

Taki podział wydaje się bardzo restrykcyjny, bowiem do osób samodzielnych zalicza wyłącznie osoby, które we *wszystkich* 8 pytaniach wskazały, że wykonują czynności dnia codziennego bez pomocy. Tak restrykcyjne warunki mogą powodować przeszacowanie liczby osób niesamodzielnych, niemniej stosujemy podział zaproponowany powyżej w celu zapewnienia porównywalności z badaniem ogólnopolskim, natomiast w rozdziale 8.2.2.3. szacujemy liczbę osób niesamodzielnych wg „złagodzonych” reżimów niesamodzielności.

Z pierwszej z poniższych tabel wynika, że stosunkowo najlepiej mieszkańcy Polski, jak i woj. łódzkiego radzą sobie z gospodarowaniem pieniędzmi, w drugiej kolejności z przyjmowaniem leków, następnie z przygotowywaniem posiłków, korzystaniem z telefonu, praniem, pracami domowymi, zakupami i dopiero na końcu z korzystaniem z komunikacji miejskiej. We wszystkich tych czynnościach odsetek tych, którzy nie wymagają pomocy w ich wykonywaniu, **jest wyższy w woj. łódzkim**. Jeśli chodzi o różnice pomiędzy kobietami i mężczyznami w wykonywaniu złożonych czynności, to mężczyźni (zarówno w Polsce, jak i w województwie łódzkim) lepiej sobie radzą z korzystaniem z komunikacji oraz z zakupami, natomiast kobiety z praniem (w Polsce i woj. łódzkim), a w woj. łódzkim dodatkowo z przyjmowaniem leków i gospodarowaniem pieniędzmi.

Tabela 30. Wykonywanie złożonych czynności życia codziennego wg skali Lawtona (IADL) w grupie badanych w wieku 65+ w Polsce i województwie łódzkim

N	Polska			województwo łódzkie		
	4863			863		
Czynności	bez pomocy	z pomocą	nie wykonuje	bez pomocy	z pomocą	nie wykonuje
korzystanie z telefonu	70,3%	9,5%	20,2%	76,7%	11,8%	11,5%
korzystanie z komunikacji miejskiej, taksówek	57,3%	12,3%	30,4%	69,8%	16,2%	14,0%
zakupy	58,6%	6,3%	35,1%	75,0%	9,0%	16,0%
przygotowanie posiłków	75,7%	9,1%	15,2%	80,9%	9,7%	9,4%
prace domowe	62,9%	13,0%	24,1%	72,3%	15,5%	12,2%
pranie	68,3%	9,5%	22,2%	75,6%	11,2%	13,2%
przyjmowanie leków	77,7%	8,7%	13,6%	84,4%	8,8%	6,8%
gospodarowanie pieniędzmi	80,7%	5,4%	13,9%	84,4%	8,5%	7,2%

Źródło: *PolSenior [2012, s. 86], Potrzeby osób w wieku 60+ z terenu województwa łódzkiego*[obliczenia własne na podstawie danych dostarczonych przez RCPS].

W kontekście całkowitej punktacji w teście IADL i podziału na grupy wiekowe – wraz z wiekiem rośnie odsetek osób, które nie mogą wykonać samodzielnie złożonych czynności życia codziennego, o czym świadczą dane z Tabeli 31. Odczytujemy z niej, że w grupie najstarszych seniorów (85+) odsetek osób niewykonywających czynności monitorowanych w skali IADL wynosi 59,1% w Polsce oraz 60,0% w woj. łódzkim.

Tabela 31. Odsetek osób samodzielnych (24 pkt), umiarkowanie niesamodzielnych (23-19 pkt) i niesamodzielnych (<= 18 pkt) w podziale na grupy wiekowe wraz z różnicą (w pp.) pomiędzy wynikiem dla Polski i województwa łódzkiego – skala IADL

Wiek	Polska				województwo łódzkie				Różnica: Polska/łódzkie		
	N	24 pkt	23-19 pkt	<=18 pkt	N	24 pkt	23-19 pkt	<=18 pkt	24 pkt	23-19 pkt	<=18 pkt
60-64					237	75,5%	16,9%	7,6%			
65-69	766	79,4%	14,7%	5,9%	303	75,2%	16,8%	7,9%	4,15	-2,13	-2,02
70-74	906	71,7%	20,8%	7,5%	196	63,3%	27,6%	9,2%	8,43	-6,75	-1,68
75-79	825	58,3%	23,9%	17,8%	141	56,7%	24,8%	18,4%	1,56	-0,92	-0,64
80-84	777	41,6%	27,2%	31,3%	108	38,0%	33,3%	28,7%	3,64	-6,13	2,60
85+	1589	16,9%	23,9%	59,1%	115	22,6%	17,4%	60,0%	-5,70	6,56	-0,86

Źródło: Polsenior [2012, s. 87], Potrzeby osób w wieku 60+ z terenu województwa łódzkiego [obliczenia własne na podstawie danych dostarczonych przez RCPS].

Tabela 32. Odsetek osób samodzielnych (24 pkt), umiarkowanie niesamodzielnych (18-23 pkt) i niesamodzielnych (0-17 pkt) w podziale na rodzaj miejscowości – skala IADL

Wielkość jednostki	Polska				województwo łódzkie			
	N	24 pkt	23-19 pkt	<=18 pkt	N	24 pkt	23-19 pkt	<=18 pkt
wieś	1926	40,0%	25,3%	35,7%	317	47,6%	29,0%	23,3%
miasto pon. 500 tys.	2100	51,8%	21,0%	27,2%	251	61,8%	21,5%	16,7%
miasto pow. 500 tys.	834	59,0%	19,1%	21,9%	295	65,4%	16,9%	17,6%
razem	4860	47,9%	22,4%	29,7%	863	57,8%	22,7%	19,5%

Źródło: obliczenia własne na podstawie Polsenior [2012, s. 88], Potrzeby osób w wieku 60+ z terenu województwa łódzkiego [obliczenia własne na podstawie danych dostarczonych przez RCPS].

Z Tabeli 32 wynika z kolei, że w woj. łódzkim, podobnie do Polski, występuje wyższy odsetek osób niesamodzielnych¹⁴⁵ na wsiach niż w innych lokalizacjach. Tymczasem w miastach (obu typów) odsetek takich osób jest mniejszy niż średnio w Polsce i województwie (choć dla województwa różnica jest mniejsza). Różnice pomiędzy wartościami ogółem a dla poszczególnych lokalizacji w woj. łódzkim pokazuje poniższa tabela.

Tabela 33. Wskaźnik pokazujący, o ile % szacunek dla danego typu obszaru jest większy (+) lub mniejszy (-) od wskaźnika dla całego województwa

Wielkość jednostki	24 pkt	23-19 pkt	<=18 pkt
wieś	-17,6%	27,8%	20,0%
miasta bez Łodzi	6,8%	-5,2%	-14,0%
Łódź	13,2%	-25,3%	-9,4%

Źródło: obliczenia własne na podstawie Tabeli 20.

¹⁴⁵ A mówiąc precyzyjnie, osób niewykonywujących samodzielnie złożonych czynności życia codziennego.

8.2.3.1. Założenia dla szacunków liczby osób niesamodzielnych wg skali IADL

Wobec stwierdzonych różnic dotyczących odsetka osób niesamodzielnych zamieszkujących miasta i wsie (choć mniejszych niż w przypadku skali ADL), w szacunkach liczby osób niesamodzielnych wg skali IADL zastosowano wskaźniki korekty w zależności od tego, jaki procent danego obszaru stanowił obszar miejski, a jaki wiejski – por. druga kolumna Tabeli 34. Następnie na podstawie wskaźników dla województwa obliczono wskaźniki korekty specyficzne dla poszczególnych powiatów. Dla grupy niesamodzielnych całkowicie i poważnie (IADL≤18) odsetek tych osób w danej grupie wiekowej wynikający z Tabeli 31 powiększono o maksymalnie 20,0% dla powiatów wiejskich (tj. powiat skierniewicki) lub o odpowiednią proporcję 20,0% w zależności od tego, jaki procent w danym powiecie zajmowały obszary wiejskie (wg proporcji z trzeciej kolumny Tabeli 34). W przypadku powiatów miejskich szacunek liczby osób niesamodzielnych w danym wieku wynikający z Tabeli 31 zmniejszono maksymalnie o 14,0% (w przypadku Skierniewic i Piotrkowa Trybunalskiego) lub o odpowiednią część 14,0% w zależności od tego, jaki procent zajmowały obszary miejskie (wg proporcji z trzeciej kolumny Tabeli 34). Dla Łodzi odsetek osób niesamodzielnych wg skali IADL zmniejszono dla grupy IADL≤18 o 9,4%, zgodnie z danymi z Tabeli 34. Wszystkie tak obliczone wskaźniki korekty pokazuje trzecia i czwarta kolumna poniższej tabeli.

Tabela 34. Wskaźniki korekty odsetka osób niesamodzielnych użyte w szacunkach niesamodzielnych wg IADL w powiatach województwa łódzkiego

Powiat	% obszarów miejskich	wsp.korekty dla IADL≤18	wsp.korekty dla IADL 19-23
m. Piotrków Trybunalski	100%	0,860	0,948
m. Skierniewice	100%	0,860	0,948
m. Łódź	100%	0,906	0,747
pabianicki	75%	0,945	1,045
zgierski	74%	0,947	1,046
zduńskowolski	70%	0,961	1,059
kutnowski	62%	0,988	1,085
tomaszowski	59%	1,000	1,100
bełchatowski	57%	1,005	1,085
radomszczański	49%	1,034	1,125
sieradzki	45%	1,046	1,135
rawski	42%	1,056	1,138
brzeziński	40%	1,063	1,144
łaski	39%	1,068	1,162
łowicki	39%	1,069	1,158
łódzki wschodni	36%	1,076	1,167
opoczyński	33%	1,089	1,169
wieluński	33%	1,089	1,180
łęczycki	30%	1,098	1,185
poddębicki	26%	1,110	1,194
pajęczański	25%	1,114	1,196
wieruszowski	22%	1,125	1,211
piotrkowski	9%	1,168	1,247
skierniewicki	0%	1,200	1,278

Źródło: oszacowania własne na podstawie danych BDL (w zakresie % obszarów miejskich) oraz bazy danych z Potrzeby osób w wieku 60+ z terenu województwa łódzkiego.

Ostatecznie do szacunków osób niesamodzielnych przy wykorzystaniu danych o osobach niesamodzielnych w woj. łódzkim na podstawie skali IADL wykorzystano szacunki odsetka niesamodzielnych w poszczególnych grupach wiekowych, które zagregowano do przedziałów zmienności dostępnych dla *Prognoz ludności gmin województwa łódzkiego do roku 2020*, tzn. 65-74, 75-84, 85+. Prognozy dla powiatów woj. łódzkiego uwzględniły odpowiednią korektę ze względu na udział obszarów miejskich/wiejskich. Korekty te spowodowały, że liczba ludności o stopniu niesamodzielności określonym jako IADL ≤ 18 jest nieco mniejsza, niż wynikałoby to z odsetka niesamodzielnych w wieku 65+ w woj. łódzkim (18,5% całej zbadanej populacji w 2017 r. wobec 19,5%, które wynika wprost z *Badania potrzeb ludności 60+*) – natomiast znacznie precyzyjniejsze są dzięki temu szacunki dla powiatów. W drugiej kolejności wyliczono liczbę osób niesamodzielnych dla IADL 19-23, dokonując podobnych korekt, które jednak nie wpłynęły istotnie na inne oszacowania odsetka tego rodzaju osób dla województwa (wg obu szacunków udział osób z IADL 19-23 w ludności woj. łódzkiego w wieku 65+ wynosił w 2017 r. 22,7% (w istocie różnice dotyczą dopiero drugiego miejsca po przecinku).

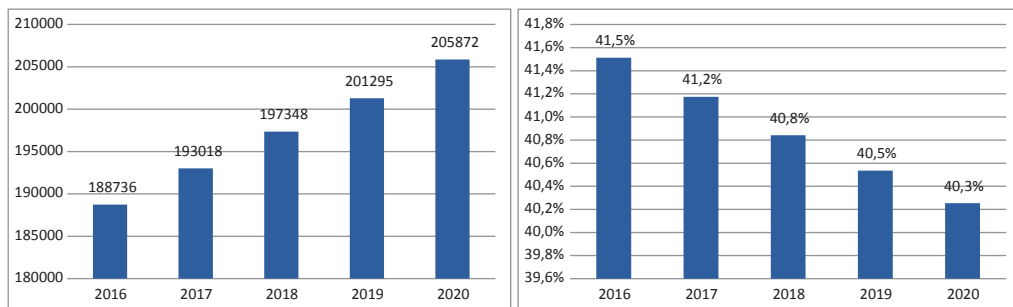
8.2.3.2. Szacunki osób niesamodzielnych wg skali IADL

Szacunki dla całego województwa liczby osób niesamodzielnych przy zastosowaniu założeń wymienionych w p. 8.2.2.1. pokazują poniższe wykresy. Z wykresów tych wynika, że liczba osób niesamodzielnych (wg skali IADL) rośnie systematycznie w całym ukazanym na wykresach okresie¹⁴⁶. W latach 2017-2020 liczba osób niesamodzielnych wzrosła z 193 tys. do 206 tys. osób, czyli o 6,7%. Tymczasem odsetek tych osób maleje, począwszy od roku 2010. Wynika to z faktu, że w całym woj. łódzkim w latach 2010-2020 prognozowane są największe przyrosty liczby osób w wieku 65-74 lata (o 66,6%), a więc w wieku, w którym odsetek osób niesamodzielnych jest jeszcze bardzo niski. W tym samym czasie liczba osób w wieku 75-84 (wieku, w którym jest stosunkowo największy odsetek osób z umiarkowaną niesamodzielnością do wykonywania złożonych czynności) – spada. Nałożenie na siebie tych dwóch trendów powoduje, że za przyrost osób w wieku senioralnym (65+) odpowiedzialne są głównie roczniki najmłodsze – stąd spadek udziału osób niesamodzielnych w latach 2010-2020. Rozkład powiatowy liczby, udziału i zmiany liczby osób niesamodzielnych pokazuje poniższa Tabela 35. Wynika z niej, że **najwyższy udział osób niesamodzielnych (tzn. z IADL ≤ 23) jest w powiecie skierniewickim (54,1%), piotrkowskim (50,9%) i pajęczańskim (49,3%), najniższy we wszystkich miastach na prawach powiatu: Łodzi (34,3%), Piotrkowie Trybunalskim (36,4%) i Skierniewicach (36,1%).**

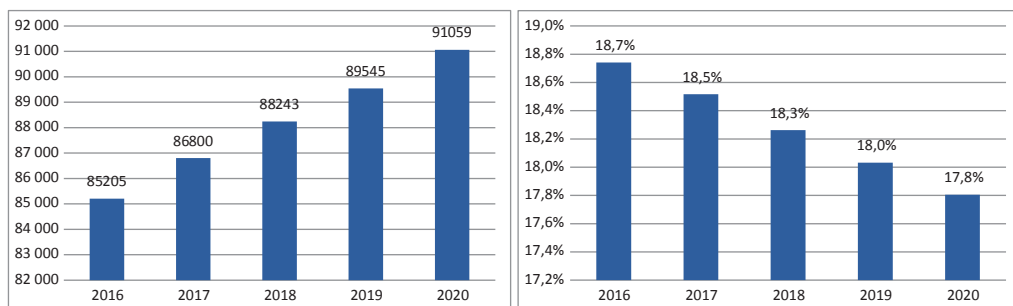
¹⁴⁶ Należy podkreślić, że dla danych ukazanych na wykresach uczyniono założenie, że odsetek osób niesamodzielnych jest specyficzny dla poszczególnych powiatów, lecz stały w całym okresie badania (inaczej mówiąc, dla wszystkich okresów, w tym dla okresu prognozy, założono, że odsetki osób niesamodzielnych są takie, jakie wynikają z badania osób w wieku 60+). Celem badania było bieżące oszacowanie liczby osób niesamodzielnych w województwie łódzkim, dlatego wszystkie dodatkowe lata, poza rokiem 2017, stanowią tylko tło dla tego głównego wyniku.

Rysunek 6. Szacunki liczby (lewy panel) i odsetka (prawy panel) osób niesamodzielnych w wieku 65+ w województwie łódzkim w latach 2003-2020

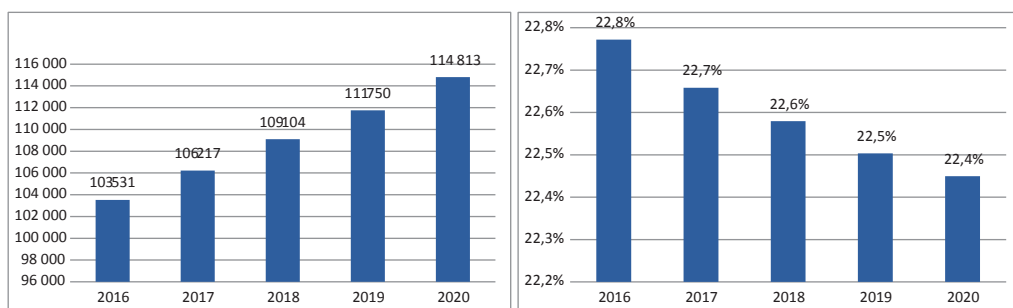
Liczba (lewy panel) i odsetek (prawy panel) osób niesamodzielnych w wykonywaniu złożonych czynności (IADL <=23)



Liczba (lewy panel) i odsetek (prawy panel) osób całkowicie i poważnie niesamodzielnych w wykonywaniu złożonych czynności (IADL <=18)



Liczba (lewy panel) oraz odsetek (prawy panel) osób umiarkowanie niesamodzielnych w wykonywaniu złożonych czynności (IADL 19-23)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Potrzeby osób w wieku 60+ z terenu województwa łódzkiego oraz obliczeń własnych.

Tabela 35. Liczba, udział i pozycja udziału osób niesamodzielnych (w wieku 65+) wg skali IADL w populacji powiatów województwa łódzkiego w 2017 r.

Powiat	liczba osób niesamodzielnych			odsetek osób niesamodzielnych			pozycja odsetka		
	ogółem	umiarkowanie	poważnie i całkowicie	ogółem	umiarkowanie	poważnie i całkowicie	ogółem	umiarkowanie	poważnie i całkowicie
m. Łódź	53010	26148	26861	34,3%	17,4%	16,9%	24	21	24
zgierski	12452	7257	5195	40,9%	17,1%	23,8%	21	22	21
pabianicki	9646	5559	4087	41,4%	17,5%	23,9%	20	18	20
tomaszowski	9527	5441	4086	43,9%	18,8%	25,1%	16	16	16
radomszczański	9469	5415	4053	45,1%	19,3%	25,8%	15	14	15
sieradzki	9322	5311	4011	45,6%	19,6%	26,0%	14	11	13
kutnowski	8113	4665	3448	43,1%	18,3%	24,8%	17	17	17
piotrkowski	7622	4274	3347	50,9%	22,4%	28,6%	2	2	2
łowicki	6701	3776	2926	47,0%	20,5%	26,5%	9	8	9
bełchatowski	6551	3827	2725	42,0%	17,5%	24,5%	18	18	18
wieluński	6359	3566	2792	47,9%	21,0%	26,9%	7	5	7
opoczyński	6039	3388	2651	47,9%	21,0%	26,9%	7	5	7
łódzki wschodni	5316	3074	2242	45,7%	19,3%	26,4%	11	14	11
m. Piotrków	5145	3051	2094	36,4%	14,8%	21,6%	22	23	22
zduńskowolski	4826	2797	2029	41,6%	17,5%	24,1%	19	18	19
łęczycki	4631	2600	2031	48,5%	21,3%	27,2%	4	4	6
pajęczański	4470	2482	1987	49,3%	21,9%	27,4%	3	3	5
łaski	4096	2354	1742	46,1%	19,6%	26,5%	10	11	9
rawski	3796	2159	1637	45,7%	19,7%	26,0%	11	10	13
poddębicki	3670	2085	1585	48,3%	20,9%	27,5%	5	7	4
skierniewicki	3525	1905	1620	54,1%	24,9%	29,2%	1	1	1
wieruszowski	3228	1857	1370	48,0%	20,4%	27,6%	6	9	3
m. Skierniewice	3010	1800	1210	36,1%	14,5%	21,6%	23	24	22
brzeziński	2494	1425	1069	45,7%	19,6%	26,1%	11	11	12
suma	193018	106217	86800	41,2%	22,7%	18,5%			

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Potrzeby osób w wieku 60+ z terenu województwa łódzkiego oraz obliczeń własnych.

8.2.3.3. Szacunki osób niesamodzielnych wg zmodyfikowanej skali IADL

Jak pisaliśmy na początku podrozdziału 8.2.2.1, przyjęty w badaniu Polsenior [2012, s. 83] podział niesamodzielności wg skali IADL wydaje się bardzo restrykcyjny, bowiem do osób samodzielnych zalicza *wyłącznie* osoby, które we *wszystkich* 8 pytaniach wskazały, że wykonują czynności dnia codziennego całkowicie bez pomocy, zaś do osób o znacznie upośledzonej sprawności (niesamodzielnych w znacznym stopniu) zalicza osoby, które uzyskały punktację 8-18 pkt, a więc m.in. takie, które we wszystkich, oprócz jednego, pytania wskazały, że wymagają tylko niewielkiej pomocy w wykonywaniu złożonych czynności. Dlatego w niniejszym badaniu dokonano mniej restrykcyjnego podziału, zaliczając do osób niesamodzielnych/samodzielnych

odpowiednio takie osoby, które nie wykonują/wykonują bez pomocy większość czynności dnia codziennego. Według nowego zmodyfikowanego IADL:

1. osoby samodzielne (wykonujące większość złożonych czynności bez pomocy) to osoby, które uzyskały punktację IADL z zakresu 21-24 punkty;
2. osoby umiarkowanie niesamodzielne (wykonujące większość złożonych czynności z pomocą) to osoby, które uzyskały punktację IADL z zakresu 16-20 punktów;
3. osoby całkowicie i poważnie niesamodzielne (niewykonujące większości złożonych czynności bez pomocy) to osoby z punktacją IADL 8-15 punktów.

Odsetki typów niesamodzielnosci w grupie osób 65+ według zmodyfikowanej skali IADL w woj. łódzkim są następujące (odsetki uwzględniają korekty powiatowe):

Ad 1) 75,5% osób samodzielnych wg zmodyfikowanego kryterium IADL wobec 58,5% wg standardowego kryterium IADL;

Ad 2) 11,4% osób niesamodzielnym umiarkowanie wg zmodyfikowanego kryterium (wobec 18,7% osób niesamodzielnym umiarkowanie wg standardowego kryterium IADL);

Ad 3) 13,1% osób poważnie niesamodzielnym wg zmodyfikowanego kryterium (wobec 22,8% takich osób wg standardowego IADL).

Według zmodyfikowanego kryterium IADL w woj. łódzkim jest o 78 tys. osób niesamodzielnym mniej niż wg standardowego kryterium (w tym niesamodzielnym umiarkowanie jest o 53 tys. mniej, a niesamodzielnym całkowicie i poważnie o 25 tys. mniej). Szacunki niesamodzielnosci wg zmodyfikowanego kryterium w poszczególnych powiatach pokazuje poniższa Tabela 36¹⁴⁷.

Tabela 36. Liczba, udział i pozycja udziału osób niesamodzielnym (w wieku 65+) wg zmodyfikowanej skali IADL w populacji powiatów województwa łódzkiego w 2017 r.

Powiat	liczba osób niesamodzielnym			odsetek osób niesamodzielnym			pozycja odsetka		
	ogółem	umiarkowanie	poważnie i całkowicie	ogółem	umiarkowanie	poważnie i całkowicie	ogółem	umiarkowanie	poważnie i całkowicie
skierniewicki	2168	1005	1163	33,3%	15,4%	17,9%	1	1	1
piotrkowski	4543	2169	2375	30,4%	14,5%	15,9%	2	2	2
pajęczański	2692	1276	1416	29,7%	14,1%	15,6%	3	3	3
łęczycki	2770	1329	1441	29,0%	13,9%	15,1%	4	4	4
wieluński	3804	1815	1989	28,7%	13,7%	15,0%	5	7	5
opoczyński	3607	1728	1880	28,6%	13,7%	14,9%	6	6	6
poddębicki	2169	1050	1119	28,6%	13,8%	14,7%	7	5	7
wieruszowski	1882	916	966	28,0%	13,6%	14,4%	9	8	9
łowicki	3995	1917	2078	28,0%	13,4%	14,6%	8	9	8
łaski	2400	1169	1231	27,0%	13,2%	13,9%	10	10	12
rawski	2240	1082	1158	27,0%	13,0%	14,0%	11	11	10
brzeziński	1465	709	756	26,9%	13,0%	13,9%	13	13	13
sieradzki	5504	2666	2838	26,9%	13,0%	13,9%	12	12	11

¹⁴⁷ Do szacunków tych przyjęto współczynniki korekty, jak dla standardowej skali IADL.

Powiat	liczba osób niesamodzielnich			odsetek osób niesamodzielnich			pozycja odsetka		
	ogółem	umiarkowanie	poważnie i całkowicie	ogółem	umiarkowanie	poważnie i całkowicie	ogółem	umiarkowanie	poważnie i całkowicie
łódzki wschodni	3089	1505	1584	26,6%	12,9%	13,6%	14	14	15
radomszczański	5578	2714	2864	26,6%	12,9%	13,6%	15	15	14
tomaszowski	5633	2732	2900	25,9%	12,6%	13,4%	16	16	16
kutnowski	4767	2329	2438	25,3%	12,4%	13,0%	17	17	17
pabianicki	5667	2776	2891	24,3%	11,9%	12,4%	18	19	18
zduńskowolski	2815	1383	1432	24,3%	11,9%	12,4%	19	18	20
bełchatowski	3763	1846	1917	24,1%	11,8%	12,3%	20	20	21
zgierski	7230	3568	3662	23,7%	11,7%	12,0%	21	21	22
m. Łódź	32407	13233	19174	21,0%	8,6%	12,4%	22	24	19
m.Piot. Tryb.	2936	1471	1465	20,8%	10,4%	10,4%	23	22	23
m.Skierniewice	1703	860	843	20,4%	10,3%	10,1%	24	23	24
suma	114827	53247	61579	24,5%	9,3%	13,1%			

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Potrzeby osób w wieku 60+ z terenu województwa łódzkiego oraz obliczeń własnych.

8.3. Niesamodzielnosc a zdrowie

Kluczowym narzędziem realizacji jednego z głównych celów Unii Europejskiej w dziedzinie statystyki zdrowia publicznego jest europejskie ankietyjne badanie zdrowia (European Health Interview Survey – EHIS)¹⁴⁸. Badanie realizowane jest cyklicznie, co 5 lat w krajach UE (por. *Zdrowie i zachowania zdrowotne mieszkańców Polski w świetle badania EHIS 2014*, GUS, 2015, s. 2). W Polsce badanie było wykonane dwukrotnie: w 2009 i 2014 r. Wyniki badania przeprowadzonego w 2014 r. zostały opublikowane przez GUS w 2016 r. w raporcie pt. *Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r.* [GUS, 2016]. Ze szczegółowych tabel załączonych do wyników badania wynika, że woj. łódzkie zajmuje następujące pozycje pod względem stanu zdrowia:

- 2. pozycja pod względem odsetka osób z długotrwałymi problemami zdrowotnymi;
- 1. pozycja pod względem odsetka osób z chorobami przewlekłymi (60,1% populacji województwa cierpi na choroby przewlekłe przy 53,7% w Polsce), z czego woj. łódzkie zajmuje pierwsze miejsca pod względem takich chorób przewlekłych, jak: astma, choroby płuc i oskrzeli, bóle głowy, drugie miejsce pod względem zawału serca, wysokiego ciśnienia i chorób wieńcowych, problemów z nerkami i pęcherzem¹⁴⁹;

¹⁴⁸ Za pomocą tego narzędzia dokonuje się szerokiego monitoringu zdrowia obejmującego takie elementy, jak: stan zdrowia, chorobowość, zdrowie psychiczne, wypadki i urazy, korzystanie z opieki zdrowotnej, profilaktyka zdrowotna oraz styl życia.

¹⁴⁹ Pierwsza pozycja woj. łódzkiego pod względem odsetka populacji chorującej na choroby przewlekłe dotyczy następujących roczników: 0-14 i 70+. Osoby w wieku 30-49 lat zajmują pozycję drugą. Jeśli chodzi o konkretne choroby przewlekłe, na które chorują wymienione roczniki, to roczniki 15-29 dotykają głównie choroby dróg oddechowych, bóle pleców, szyi i głowy, choroby nerek (w tym nietrzymanie moczu), natomiast rocznik 70+ cierpi przede wszystkim na alergie, a w drugiej kolejności na choroby dróg oddechowych, bóle pleców i problemy z nerkami.

- 2. pozycja pod względem odsetka osób z otyłością, za co odpowiadają przede wszystkim osoby w wieku 30-49 lat, a w drugiej kolejności osoby w wieku 40-69 lat;
- 9. i 7. pozycja pod względem odsetka osób palących oraz pijących alkohol.

W Polsce, w porównaniu z edycją badania z 2009 r., zwiększył się (z 65,7 do 67,4%) odsetek osób oceniających swoje zdrowie jako bardzo dobre i dobre. Oznacza to, że w większości województw nastąpiła poprawa, przynajmniej subiektywna, oceny zdrowia. Nie dotyczy to woj. łódzkiego, które w 2009 r. było dopiero na 14. miejscu pod względem oceny stanu zdrowia. Gorzej swoje zdrowie oceniali w 2009 r. tylko mieszkańcy woj. świętokrzyskiego i lubelskiego, lecz o ile tam nastąpiła poprawa wg edycji badania z 2014 r., to w woj. łódzkim – regres i to największy spośród wszystkich województw (spadek odsetka z 62,7 do 61,8%). Sytuacja ta sprawiła, że w 2014 r. woj. łódzkie zajmowało ostatnią – 16. lokatę pod względem odsetka osób, które oceniają swoje zdrowie jako dobre lub bardzo dobre (por. *Stan zdrowia...*, GUS, 2016, s. 60). Jedną z przyczyn tak złej sytuacji pod względem zdrowotnym jest fakt występowania chorób i dolegliwości przewlekłych.

Słaba kondycja zdrowotna mieszkańców woj. łódzkiego przekłada się na stosunkowo wysoką pozycję pod względem niesprawności. Jak można wyczytać w *Stanie zdrowia ludności Polski w 2014 r.* [GUS 2016, rozdział 7], w zależności od przyjętego kryterium niepełnosprawności (kryterium unijne vs statystyczne) populacja osób niesamodzielnich w Polsce liczyła w 2014 r. od 4,9 mln osób (kryterium statystyczne, które wydziela niesprawność prawną i biologiczną) do 7,7 mln (metodologia Eurostatu, w której respondent zgłasza subiektywne odczuwanie ograniczenia czynności¹⁵⁰) osób. Poniższe tabele pokazują odsetek osób wg stopnia i różnych definicji niesprawności. Można z nich wyczytać, że według kryteriów unijnych (por. Tabela 37) łódzkie zajmuje 3. pozycję pod względem odsetka osób niesamodzielnich (wyższy udział takich osób jest tylko w woj. lubuskim i świętokrzyskim), w tym 1. lokatę pod względem osób poważnie ograniczonych (udział osób z poważnymi ograniczeniami sprawności jest w woj. łódzkim wyższy o 14% niż w Polsce). Według kryterium statystycznego (Tabela 38) woj. łódzkie zajmuje 2. lokatę pod względem odsetka osób niesamodzielnich (na pierwszym miejscu jest woj. lubuskie), w tym pierwszą pod względem niesamodzielnich wyłącznie biologicznie (por. wyjaśnienia w podrozdziale 8.1.1.).

¹⁵⁰ Pytanie unijne brzmi: „Czy z powodu problemów zdrowotnych miał/a Pan/i ograniczoną zdolność wykonywania czynności, jakie ludzie zwykle wykonują, trwającą co najmniej 6 ostatnich miesięcy? Możliwe odpowiedzi to:

Tak, poważnie ograniczoną

Tak, ograniczoną, ale niezbyt poważnie

Nie, nie miałem/łam żadnych ograniczeń”.

Pytanie to odnosi się zatem do czynności, jakie ludzie zwykle wykonują, a nie do własnych działań badanej osoby. W pytaniu tym nie zamieszczono listy przykładowych czynności (jak w przypadku skali ADL lub IADL), jak również nie ma odniesienia do grupy wiekowej respondenta. Jest to bowiem pytanie dotyczące samooceny i nie nakłada ono żadnych ograniczeń kulturowych, wiekowych lub związanych z płcią z własnymi ambicjami badanych (por. *Stan zdrowia...*)

Tabela 37. Odsetek osób niesamodzielnych wg kryterium unijnego w 2014 r.

Województwo	razem	poważnie ograniczeni	ograniczeni, ale niezbyt poważnie	Nie mają ograniczeń
Ogółem Total	20,3	6,5	13,8	79,7
dolnośląskie	20,3	5,6	14,7	79,7
kujawsko-pomorskie	21,6	6,5	15,1	78,4
lubelskie	22,2	7,5	14,7	77,8
lubuskie	24,0	8,4	15,6	76,0
łódzkie	22,9	8,4	14,5	77,1
małopolskie	18,4	4,9	13,5	81,6
mazowieckie	20,2	5,7	14,5	79,8
opolskie	15,7	5,4	10,4	84,3
podkarpackie	18,3	6,3	12,0	81,7
podlaskie	19,4	6,2	13,2	80,6
pomorskie	22,8	7,7	15,0	77,2
śląskie	22,0	7,5	14,6	78,0
świętokrzyskie	23,1	6,9	16,2	76,9
warmińsko-mazurskie	20,7	7,6	13,1	79,3
wielkopolskie	15,1	4,6	10,5	84,9
zachodniopomorskie	19,5	7,9	11,6	80,5

Źródło: Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r. [GUS, 2016, tablica W/25].

Tabela 38. Odsetek osób niesamodzielnych wg kryterium statystycznego w 2014 r.

Województwo	razem	prawnie i biologicznie	tylko prawnie	tylko biologicznie	Sprawni
Ogółem Total	12,9	3,6	6,4	2,9	87,1
dolnośląskie	12,8	3,6	7,2	2,1	87,2
kujawsko-pomorskie	13,3	3,6	6,8	2,9	86,7
lubelskie	13,9	4,5	6,4	3,1	86,1
lubuskie	17,2	5,5	8,8	2,9	82,8
łódzkie	15,7	3,9	7,4	4,5	84,3
małopolskie	12,0	3,0	7,1	1,9	88,0
mazowieckie	10,1	2,5	4,4	3,1	89,9
opolskie	10,7	2,8	5,4	2,6	89,3
podkarpackie	12,0	4,0	5,7	2,3	88,0
podlaskie	12,6	3,3	6,4	2,9	87,4
pomorskie	14,3	3,8	6,6	3,9	85,7
śląskie	13,1	3,8	5,7	3,6	86,9
świętokrzyskie	13,7	3,9	6,8	2,9	86,3
warmińsko-mazurskie	14,7	4,4	7,1	3,2	85,3
wielkopolskie	11,9	3,1	7,3	1,4	88,1
zachodniopomorskie	15,1	4,4	7,2	3,6	84,9

Źródło: Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r. [GUS, 2016, tablica W/28].

W badaniu *Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r.* [GUS, 2016] znajdują się następujące przedziały wiekowe respondentów: 0-14, 15-29, 30-49, 50-69, 70+. Ponieważ celem niniejszego badania jest diagnoza osób w wieku 16+, pomijamy w poniższych interpretacjach pierwszą grupę (choć uwzględniono ją w tabelach). Dla powyższych grup wiekowych policzono i spozycjonowano ilorazy lokacyjne, które pokazują, o ile procent odsetek osób z danej grupy wiekowej jest większy (iloraz powyżej 1) lub mniejszy (iloraz poniżej 1) niż analogiczny odsetek w Polsce. Na przykład z Tabeli 38 wynika, że za najwyższy w woj. łódzkim (wśród wszystkich województw) odsetek osób niesamodzielnych z poważnymi ograniczeniami odpowiada grupa wiekowa 30-49 lat; odsetek osób z poważnymi ograniczeniami sprawności jest w tej grupie wiekowej o 41% wyższy w woj. łódzkim niż w Polsce (iloraz lokacyjny wynosi 1,41). Tymczasem udział osób w wieku 70+ z poważnymi ograniczeniami sprawności jest w woj. łódzkim już tylko o 14% wyższy niż w Polsce, co daje woj. łódzkiemu dopiero 5 pozycję. Tymczasem wg kryterium statystycznego (Tabela 39) woj. łódzkie zajmuje drugą pozycję pod względem odsetka osób niesamodzielnych (gorsza sytuacja jest tylko w woj. lubuskim). Wynika to z wysokiego odsetka osób niepełnosprawnych prawnie, głównie w wieku 70+ oraz z wysokiego odsetka osób niesamodzielnych wyłącznie biologicznie¹⁵¹, głównie w wieku 0-29 oraz 50-69 lat. Wysoką pozycję województwa pod względem odsetka osób niesamodzielnych biologicznie potwierdzają wyniki Narodowego Spisu Powszechnego z 2011 r., za co odpowiedzialne są przede wszystkim osoby w wieku produkcyjnym mobilnym, co mniej więcej pokrywa się z wiekiem 30-49. Z analizy danych w niniejszym rozdziale wyłania się następujący obraz niesprawności ze względu na stan zdrowia. **Zły stan zdrowia mieszkańców woj. łódzkiego jest w dużym stopniu odpowiedzialny za wysoki odsetek osób niesamodzielnych w województwie. O ile wiadomo, że ograniczenia sprawności rosną wraz z wiekiem, to w woj. łódzkim dotyczą one w większym stopniu niż w innych województwach osób w wieku produkcyjnym, które dodatkowo nie mają orzeczenia o niepełnosprawności. Ten wynik jest zgodny ze spostrzeżeniami z badania Kusideł, Striker [2018], gdzie pokazano, że w woj. łódzkim od lat występuje najwyższy współczynnik absencji. W cytowanym artykule pokazano, że najważniejszą determinantą absencji jest zły stan zdrowia. Policzone na użytek niniejszego badania współczynniki korelacji pokazały, że najsilniejsza korelacja pomiędzy współczynnikiem absencji w województwach a odsetkiem osób niesamodzielnych dotyczy niesprawności biologicznej. Oznacza to, że im wyższy w województwach odsetek niesamodzielnych wyłącznie biologicznie, tym wyższy współczynnik absencji. Niepełnosprawność biologiczna oznacza, że osoby, które wykazują ograniczenia sprawności, nie posiadają orzeczenia, które by to stwierdzało, i w związku z brakiem świadczeń – muszą podejmować pracę zarobkową. Będąc osobami o ograniczonej sprawności – chorymi – biorą częściej zwolnienia, co przekłada się na wysokie współczynniki absencji. W woj. łódzkim sytuacja jest szczególna. Rekordowy odsetek osób bez orzeczenia musi pracować, co obciąża system ubezpieczeń wypłatami zasiłków.**

¹⁵¹ Udział takich osób w całości niepełnosprawnych w województwie łódzkim kształtuje się na poziomie 28,5% (111 tys. osób /390 tys. osób), podczas gdy analogiczny odsetek w Polsce to 22,5% (1103,7 tys. osób/4905,1 tys. osób). Odsetek takich osób jest o 26% wyższy niż w Polsce.

Tabela 39. Ilorazy lokacyjne (i ich pozycja) dla odsetka osób niesamodzielnych wg kryterium UE

Wiek	Iloraz lokacyjny				Pozycja województwa łódzkiego			
	razem	poważnie ograniczeni	ograniczeni, ale niezbyt poważnie	Nie mają ograniczeń	razem	poważnie ograniczeni	ograniczeni, ale niezbyt poważnie	Nie mają ograniczeń
ogółem	1,13	1,29	1,05	0,97	3	1	8	14
0-14	1,35	1,07	1,48	0,98	5	6	3	12
15-29	0,84	1,44	0,63	1,01	10	4	12	7
30-49	1,16	1,41	1,08	0,98	3	1	4	14
50-69	1,04	1,24	0,97	0,98	9	4	10	8
70+	1,10	1,14	1,07	0,82	2	5	4	15

Źródło: obliczenia własne na podstawie Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r. [GUS, 2016, tablica W/28].

Tabela 40. Ilorazy lokacyjne (i ich pozycja) dla odsetka osób niesamodzielnych wg kryterium statystycznego

Wiek	Iloraz lokacyjny					Pozycja województwa łódzkiego wśród 16 województw				
	razem	prawnie i biologicznie	tylko prawnie	tylko biologicznie	Sprawni	razem	prawnie i biologicznie	tylko prawnie	tylko biologicznie	Sprawni
ogółem	1,22	1,08	1,16	1,55	0,97	2	6	2	1	15
0-14	1,27	0,20	1,41	2,80	0,99	4	14	5	2	9
15-29	1,35	0,89	1,33	2,50	0,99	4	9	6	2	11
30-49	1,19	1,50	1,00	1,31	0,99	4	2	9	4	12
50-69	1,07	0,94	0,95	1,67	0,98	6	9	12	2	11
70+	1,21	1,05	1,36	1,21	0,85	2	11	2	5	15

Źródło: obliczenia własne na podstawie Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r. [GUS, 2016, tablica W/25].

8.4. Podsumowanie szacunków liczby osób niesamodzielnych wg różnych kryteriów

W rozdziałach 8.1.-8.3. oszacowano liczbę osób niesamodzielnych w woj. łódzkim na podstawie różnych kryteriów:

1. wskaźników ograniczenia zdolności wykonywania zwykłych czynności dnia codziennego oszacowanych na podstawie wyników NSP 2011 (por. p. 8.1.) oraz EHIS (por. p. 8.3.) dla Polski i jej poszczególnych województw;
2. wskaźników samodzielnego wykonywania prostych czynności życiowych wg skali ADL na podstawie wyników badania ogólnopolskiego [Polsenior] oraz łódzkiego [Potrzeby osób w wieku 60+ z terenu województwa łódzkiego] – por. p. 8.2.1.;
3. wskaźników samodzielnego wykonywania złożonych czynności życiowych wg skali IADL na podstawie wyników badania ogólnopolskiego [Polsenior] oraz łódzkiego [Potrzeby osób w wieku 60+ z terenu województwa łódzkiego] – por. p. 8.2.2.

Powyższe grupy wskaźników, oprócz konstrukcji, różni również grupa respondentów (a w konsekwencji populacja generalna), na której przeprowadzone były badania. Wskaźniki ADL i IADL dotyczyły niesamodzielnosci wśród seniorów, podczas gdy badania z pierwszej grupy dotyczą całości populacji. Ponieważ celem niniejszego badania jest oszacowanie skali niesamodzielnosci populacji woj. łódzkiego w wieku 16+, zatem poniżej porównujemy wyniki uzyskane z poszczególnych badań osobno dla grupy seniorów i osobno dla całej populacji.

8.4.1. Zestawienie szacunków dla całej populacji województwa łódzkiego

Wskaźniki z pierwszej wymienionej powyżej grupy monitorują ograniczoną zdolność wykonywania zwykłych czynności bez definiowania tych czynności. Na ich podstawie można zdiagnozować:

1. Trzy poziomy ograniczeń wykonywania czynności: całkowitą, poważną i umiarkowaną (NSP 2011),
2. Dwa poziomy ograniczeń: poważne i niezbyt poważne (EHIS – kryterium europejskie),
3. Trzy rodzaje niesprawności: biologiczną, prawną, prawną i biologiczną (EHIS – kryterium statystyczne).

Zestawienie powyższych wskaźników dla Polski i woj. łódzkiego pokazuje poniższa tabela.

Tabela 41. Odsetek samodzielnych i niesamodzielnych wg typu w Polsce i województwie łódzkim wraz z różnicami i ich istotnością statystyczną

Kryterium	sprawni ogółem	niesamodzieln ogółem	umiarkowanie niesamodzieln	poważnie i całkowicie niesamodzieln
województwo łódzkie				
NSP 2011	88,2%	11,8%	7,6%	4,2%
kryterium UE 2014	77,1%	22,9%	14,5%	8,4%
kryterium statystyczne 2014	84,3%	15,7%		
Polska				
NSP 2011	89,1%	10,9%	6,6%	4,3%
kryterium UE 2014	79,7%	20,3%	13,8%	6,5%
kryterium statystyczne 2014	87,1%	12,9%		
Różnica – województwo/Polska (w pp.)				
NSP 2011	-0,9	0,9	1,0	-0,1
kryterium UE 2014	-2,6	2,6	0,7	1,9
kryterium statystyczne 2014	-2,8	2,8		

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników z p. 3.1.2. oraz p. 3.3.

Z powyższej tabeli wynika spójny wniosek, że **w woj. łódzkim występuje mniejszy niż w Polsce odsetek osób samodzielnych** (mniejszy od 0,9 do 2,8 pp.) i **w konsekwencji wyższy odsetek osób niesamodzielnych** (od 0,9 do 2,8 pp.). Nie ma pełnej zgodny pomiędzy źródłami danych, który rodzaj niesprawności jest odpowiedzialny za te różnice, bowiem wg badania NSP są to umiarkowanie niesamodzieln, a według badania europejskiego są to w głównej mierze niesamodzieln poważnie i całkowicie. Jeśli chodzi o kontrybucję poszczególnych roczników w liczbie niesamodzielnych ogółem, to **jak pokazują wszystkie przeprowadzone badania, udział osób niesamodzielnych rośnie wraz z wiekiem**, natomiast w przypadku woj. łódzkiego jest ona również znacząca w młodszych rocznikach, które szerzej można określić na 25-54 lata (wg NSP), a wężiej na 30-49 lat (kryterium UE).

8.4.2. Zestawienie szacunków dla seniorów województwa łódzkiego

Druga grupa wskaźników dotyczy oceny samodzielności w wykonywaniu konkretnych czynności życiowych: prostych (ADL) lub złożonych (IADL). Skala ADL (Katz) polega na ocenie samodzielności w wykonywaniu 6 czynności życiowych: mycie się, ubieranie i rozbieranie, korzystanie z toalety, poruszanie się, jedzenie, kontrolowanie potrzeb fizjologicznych. Przyjmuje się, że osoby uzyskujące wynik 5-6 (tzn. które wykazały, że posiadają samodzielność w wykonywaniu co najmniej 5 powyższych czynności) są samodzielne, osoby z wynikiem 3-4 – umiarkowanie niesamodzielne, osoby z wynikiem ≤ 2 niesamodzielne. Skala IADL (Lawtona) służy do oceny złożonych czynności dnia codziennego, takich jak: korzystanie z telefonu, z komunikacji publicznej, zakupy, przygotowywanie posiłków, prace domowe, pranie, przyjmowanie leków i gospodarowanie pieniędzmi. Oceny w tej skali polegają na przyznaniu 3 punktów, jeżeli osoba wykonuje daną czynność całkowicie samodzielnie, 2 punkty, jeśli robi to z niewielką pomocą i jeden punkt jeśli nie wykonuje danej czynności. W skali tej możliwe wyniki to 8-24 punkty, które autorzy badania Polsenior skategoryzowali wg rozkładu: 24 pkt – osoby samodzielne, 19-23 – częściowa niesprawność, 8-18 – znaczna niesprawność [Polsenior, 2013, s. 83]. Ponieważ podział ten wydaje się zbyt restrykcyjny, zaproponowaliśmy inną kategoryzację niesamodzielności wg skali IADL, a mianowicie za osoby samodzielne uznano te, które uzyskały punktację IADL z zakresu 21-24 punkty, osoby umiarkowanie niesamodzielne (wykonujące większość złożonych czynności z pomocą) to osoby, które uzyskały punktację IADL z zakresu 16-20 punktów, i w końcu osoby całkowicie i poważnie niesamodzielne (niewykonyujące większości złożonych czynności bez pomocy) to osoby z punktacją IADL 8-15 punktów.

Poniżej zestawiono podsumowanie odsetków niesamodzielnych seniorów (osób w wieku 65+) wg skali ADL, IADL, zmodyfikowane IADL oraz dodatkowo wg kryterium NSP wyliczonego dla osób w wieku 65+. Z Tabeli 42 wynika, że skala ADL bardzo „oszczędnie” orzeka o niesprawności, bowiem wg tej skali zaledwie 3,4% senioralnej populacji woj. łódzkiego należy uznać za osoby poważnie i całkowicie niesamodzielne, wobec 13,9% wg kryterium NSP oraz 18,5% wg kryterium IADL. Oszczędność z orzekania o niesprawności wg skali ADL wynika z jej konstrukcji, która dotyczy *podstawowych* czynności dnia codziennego. Osoby niewykonyujące większości takich czynności ($ADL \leq 4$) bezwzględnie powinny znaleźć się w grupie osób wymagających opieki. Jednocześnie należy zauważyć, że dobrym kompromisem pomiędzy „oszczędną” skalą ADL a „rozzutną” skalą IADL jest zmodyfikowana IADL, której szacunki są najbliższe uzyskanym w trakcie NSP 2011, lub posługiwanie się skalą zmodyfikowaną IADL, której szacunek pod względem całkowitej niesamodzielności jest podobny. Co ciekawe, wszystkie trzy poniższe skale pokazują zgodnie, że odsetek niesamodzielnych seniorów (65+) w woj. łódzkim jest mniejszy niż w Polsce. Różnice dotyczą przede wszystkim niesamodzielnych poważnie i całkowicie, których odsetek w woj. łódzkim jest istotnie niższy niż w Polsce. Potwierdza to wcześniejszy wniosek, że niesprawność w woj. łódzkim jest w mniejszym stopniu niż w Polsce związana z wiekiem (starzeniem się populacji), a znacznie częściej dotyczy osób w wieku produkcyjnym.

Tabela 42. Odsetek osób w wieku 65+ wg typu niesamodzielnosci

Kryterium	sprawni ogółem	niesamodzielnii ogółem	umiarkowanie niesamodzielnii	poważnie i całkowicie niesamodzielnii
województwo łódzkie				
NSP 2011	68,3%	31,7%	17,8%	13,9%
ADL	93,9%	6,1%	2,7%	3,4%
IADL	58,8%	41,2%	22,7%	18,5%
Zmodyfikowany IADL	75,5%	24,5%	11,4%	13,1%
Polska				
NSP 2011	66,5%	33,5%	17,0%	16,5%
ADL	93,1%	6,9%	2,9%	4,0%
IADL	47,9%	52,1%	22,4%	29,7%
Zmodyfikowany IADL	bd	bd	bd	bd
Różnica – województwo/Polska (w pp.)				
NSP 2011	1,8	-1,8	0,8	-2,6
ADL	1,0	-0,8	-0,2	-0,6
IADL	10,9	-10,9	0,3	-11,2
Zmodyfikowany IADL	bd	bd	bd	bd

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników z p. 3.2.1., 3.2.2., 3.1.2.

8.4.3. Szacunki liczby osób niesamodzielnymi w województwie łódzkim w grupach wiekowych 16+

Z analiz wykonanych w rozdziale 8 oraz w szczególności z zestawień w p. 8.4.1.-8.4.2. wynika, że jeśli chodzi o szacunki niesamodzielnosci dla całej populacji woj. łódzkiego, najlepiej jest oprzeć je o wyniki NSP2011¹⁵². Badanie to charakteryzuje się dostatecznym stopniem szczegółowości, aby wyznaczać prognozy powiatowe wraz z uwzględnieniem obszarów wiejskich i miejskich. Poniżej dokonano zestawienia niesamodzielnosci w poszczególnych grupach wiekowych, które zwizualizowano dodatkowo na poniższych wykresach. Z zestawień tych wynika, że w woj. łódzkim zamieszkuje wyższy odsetek osób niesamodzielnymi ogółem niż w Polsce (11,8 vs 10,9%). Jednakże niesamodzielnosc w woj. łódzkim, w mniejszym stopniu niż w Polsce, jest związana z wiekiem (starzeniem się populacji), a znacznie częściej dotyczy osób w wieku produkcyjnym (34-64 lata) i dotyczy w szczególności umiarkowanej niesamodzielnosci.

¹⁵² Jeśli zaś chodzi o populację w wieku 65+, badania ADL i IADL tworzą odpowiednio dolną i górną granicę niesamodzielnosci, natomiast wyniki NSP oraz zmodyfikowanej IADL plasują się pomiędzy tymi dwiema skalami (por. Tabela 42). Należy jednakże zauważyć, że nie są one do końca porównywalne, bowiem – jak już wcześniej wspomniano – w NSP monitorowano ograniczenia sprawności dnia codziennego (bez ich wyróżniania), w ADL ograniczenia prostych czynności życiowych, w IADL – złożonych.

Tabela 43. Odsetek osób niesamodzielných w województwie łódzkim wg grup wiekowych

udział osób niesamodzielných ogółem											
	ogółem	0-15	16-19	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85+
NSP	11,8%	2,5%	2,8%	2,7%	3,4%	5,3%	12,9%	21,0%	26,8%	36,2%	39,4%
w tym niesamodzielní całkowie i poważnie											
	ogółem	0-15	16-19	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85+
NSP	4,2%	0,7%	0,7%	0,8%	1,1%	1,5%	3,6%	6,5%	9,9%	16,9%	22,4%
w tym niesamodzielní umiarkowanie											
	ogółem	0-15	16-19	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85+
NSP	7,6%	1,8%	2,1%	1,9%	2,3%	3,8%	9,3%	14,5%	16,9%	19,3%	17,0%

Źródło: obliczenia z rozdziału 8.

Tabela 44. Odsetek osób niesamodzielných w Polsce wg grup wiekowych

udział osób niesamodzielných ogółem											
	ogółem	0-15	16-19	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85+
NSP	10,9%	2,5%	3,0%	2,7%	3,0%	4,8%	11,6%	20,3%	28,3%	38,2%	42,5%
w tym niesamodzielní całkowie i poważnie											
	ogółem	0-15	16-19	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85+
NSP	4,3%	0,7%	0,9%	0,9%	1,0%	1,5%	3,5%	6,9%	11,9%	20,1%	26,6%
w tym niesamodzielní umiarkowanie											
	ogółem	0-15	16-19	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85+
NSP	6,6%	1,9%	2,2%	1,8%	2,0%	3,3%	8,1%	13,4%	16,4%	18,1%	15,9%

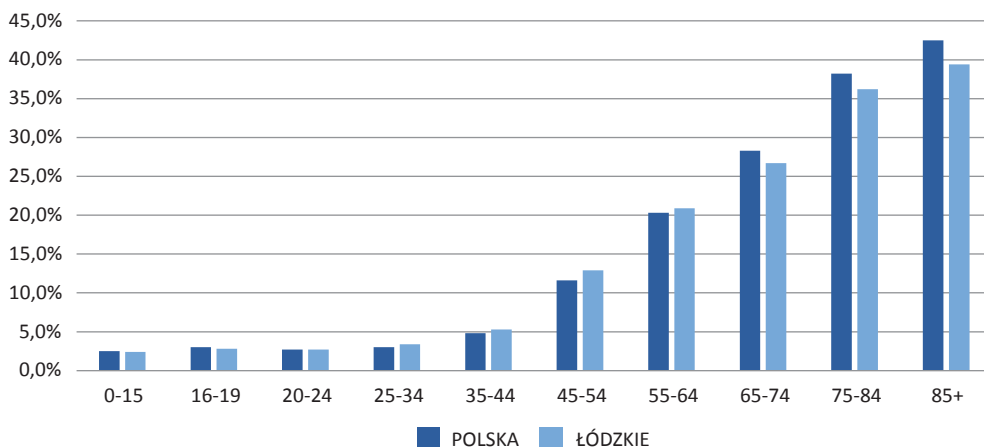
Źródło: obliczenia własne oraz wyniki z badania Polsenior 2011.

Tabela 45. Różnice w odsetku osób niesamodzielných w województwie łódzkim i Polsce w pp.

udział osób niesamodzielných ogółem											
	ogółem	0-15	16-19	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85+
NSP	0,9	0,0	-0,2	0,0	0,4	0,5	1,3	0,7	-1,5	-2,0	-3,1
w tym niesamodzielní całkowie i poważnie											
	ogółem	0-15	16-19	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85+
NSP	-0,1	0,0	-0,2	-0,1	0,1	0,0	0,1	-0,4	-2,0	-3,2	-4,2
w tym niesamodzielní umiarkowanie											
	ogółem	0-15	16-19	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85+
NSP	1,0	-0,1	-0,1	0,1	0,3	0,5	1,2	1,1	0,5	1,2	1,1

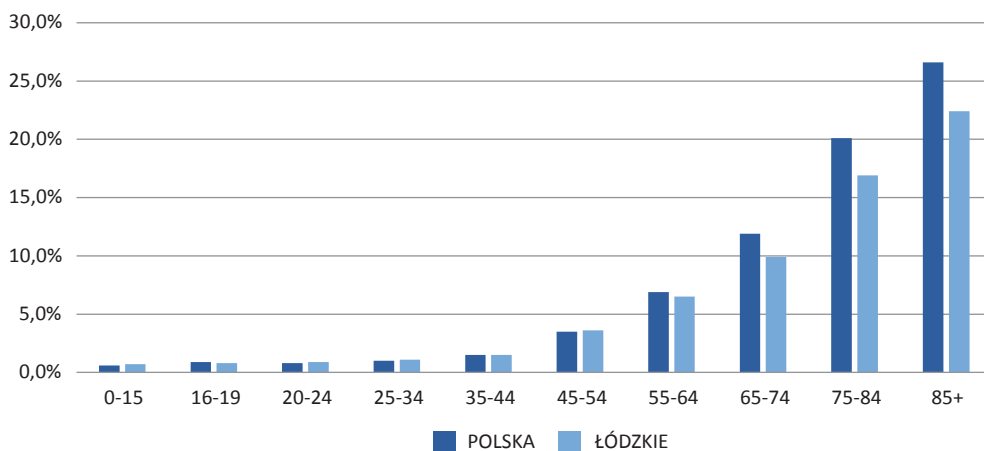
Źródło: obliczenia własne na podstawie Tabel 43 i 44.

Wykres 9. Odsetek osób niesamodzielnych ogółem w różnych grupach wiekowych w województwie łódzkim i Polsce



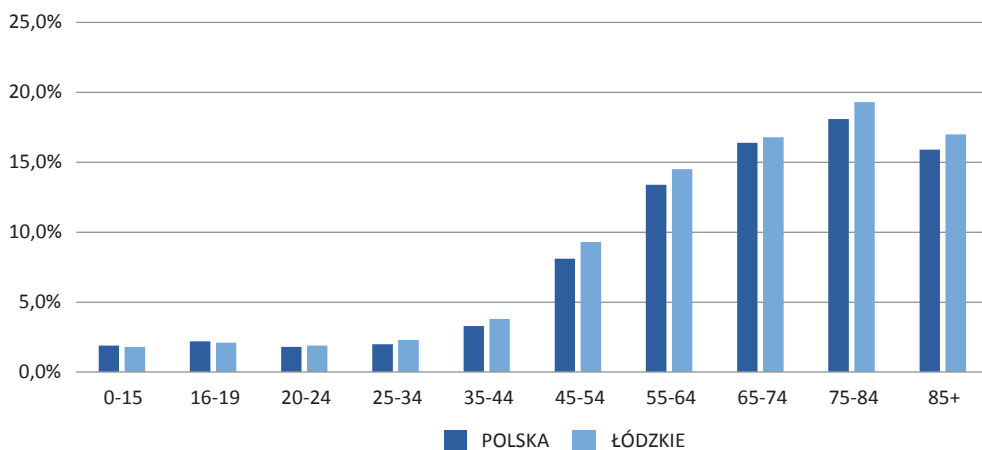
Źródło: opracowanie własne.

Wykres 10. Odsetek osób niesamodzielnych całkowicie i poważnie w różnych grupach wiekowych w województwie łódzkim i Polsce



Źródło: opracowanie własne.

Wykres 11. Odsetek osób niesamodzielnymi umiarkowanie w różnych grupach wiekowych w województwie łódzkim i Polsce



Źródło: opracowanie własne.

9. PODSUMOWANIE I REKOMENDACJE Z BADAŃ ILOŚCIOWYCH

Jak wspomniano w powyższym rozdziale, część statystyczna badania, realizowana w rozdziałach 7-8, miała dwa cele:

1. oszacowanie skali niesamodzielności w powiatach woj. łódzkiego,
2. weryfikację trafności wybranych wskaźników niesamodzielności dla celów szacowania skali niesamodzielności na potrzeby regionalnej i lokalnej polityki społecznej.

W ramach realizacji celu pierwszego, przed oszacowaniem liczby osób niesamodzielnych przeprowadzono szerokie badanie różnego rodzaju wskaźników obciążenia demograficznego (co wynika z faktu, że niesamodzielność rośnie wraz z wiekiem). Z tej części badania, realizowanej w rozdziale 8, wynikały następujące główne wnioski.

1. Województwo łódzkie charakteryzuje się rekordowym (najwyższym w Polsce) obciążeniem osobami w wieku nieprodukcyjnym, w tym osobami w wieku senioralnym. Ponieważ wskaźniki obciążenia demograficznego odbiegają od wartości ogólnopolskich, **do szacunków osób niesamodzielnych na potrzeby regionalnej i lokalnej polityki społecznej powinny być stosowane wskaźniki specyficzne dla poszczególnych powiatów, a nie wskaźniki ogólnopolskie.**
2. **Wobec wydłużającego się trwania życia i spadającej śmiertelności społeczeństw, wiek chronologiczny nie jest najlepszym miernikiem starzejącego się społeczeństwa, a pierwszeństwo w szacunkach niesamodzielności ze względu na wiek powinny mieć współczynniki oparte o dalsze trwanie życia** (tzn. oparte o RLE – por. p. 7.4.-7.6.). Ich wadą jest fakt, że nie są one notowane w publicznym dostępie (należy je specjalnie szacować), natomiast znacznie lepiej niż klasyczne wskaźniki obciążenia demograficznego nadają się do szacowania niesamodzielności w kontekście starzejącego się społeczeństwa.

Jeśli chodzi o realizację celu pierwszego, to szacunki niesamodzielności w woj. łódzkim należy oprzeć o dwa źródła danych:

1. w ramach szacowania niesamodzielności w całości populacji – wyniki NSP,
2. w ramach szacowania niesamodzielności wśród seniorów (65+) – skalę ADL.

Ad 1) O ile w woj. łódzkim zamieszkuje wyższy odsetek osób niesamodzielnych ogółem niż w Polsce (11,8 vs 10,9%), to odsetek niesamodzielnych seniorów (65+) w woj. łódzkim jest mniejszy niż w Polsce – por. Wykres 9. **Niesamodzielność w woj. łódzkim, w mniejszym stopniu niż w Polsce, jest związana z wiekiem (starzeniem się populacji), a znacznie częściej dotyczy osób w wieku produkcyjnym (35-64 lata) i dotyczy w szczególności umiarkowanej niesamodzielności**¹⁵³.

Ad 2) Skala ADL bardzo „oszczędnie” orzeka o niesprawności, niemniej na jej podstawie można określić absolutne minimum osób niesamodzielnych zamieszkujących dane terytorium. **Na podstawie tej skali można było stwierdzić, że w woj. łódzkim 6,1% osób w wieku 65+ jest niesamodzielnych**¹⁵⁴.

¹⁵³ W powiązaniu z wnioskiem o rekordowym współczynniku absencji w województwie łódzkim może to sugerować, że przynajmniej część osób niesamodzielnych jest w dalszym ciągu aktywna zawodowo – a ponieważ nie jest w stanie wykonywać pracy, bierze zwolnienia. Osoby te powinny mieć orzeczoną niepełnosprawność. Powstaje pytanie, dlaczego tak nie jest?

¹⁵⁴ Na drugim krańcu orzekania o niesamodzielności jest skala IADL, która z dużym „rozmachem” szacuje niesamodzielność – wg tej skali w woj. łódzkim zamieszkuje 41,2% (wobec 52,1% w Polsce) osób niesamodzielnych w wieku 65+. Rozsądnym kompromisem pomiędzy tymi dwiema skalami są albo szacunki NSP, albo zmodyfikowana skala IADL, według których w woj. łódzkim zamieszkuje 24,5-31,7% osób niesamodzielnych w wieku 65+.

Tabela 46. Rekomendacje dotyczące problemu niesamodzielnosci w województwie łódzkim w świetle przeprowadzonych badań ilościowych

Rekomendacja	Uzasadnienie
<p>1. Nie należy stosować ogólnopolskich wskaźników obciążenia demograficznego na potrzeby regionalnej i lokalnej polityki</p>	<p>Obciążenie demograficzne poszczególnych powiatów jest bardzo różne – od powiatu m. Sopot, gdzie w 2016 r. na 100 osób w wieku produkcyjnym przypadały prawie 52 osoby w wieku poprodukcyjnym, aż do powiatu opolskiego, w którym ten sam współczynnik jest prawie o połowę mniejszy. Jest to pierwszy argument przeciwko stosowaniu zagregowanych, ogólnopolskich wskaźników demograficznych. Drugi argument dotyczy specyfiki woj. łódzkiego, dla którego wskaźniki obciążenia seniorami są rekordowe w skali Polski, z tego powodu stosowanie wskaźników ogólnopolskich zaniżałoby skalę niesamodzielnosci w woj. łódzkim.</p>
<p>2. Lepszymi miarami starzejącego się społeczeństwa są wskaźniki oparte o dalsze trwanie życia niż wskaźniki oparte o odsetki osób w określonym wieku</p>	<p>Wobec wydłużającego się trwania życia i spadającej śmiertelności, wiek chronologiczny nie jest najlepszym miernikiem starzejącego się społeczeństwa, a pierwszeństwo zdobywają współczynniki oparte o dalsze trwanie życia. Potwierdziły to badania z rozdziału 7.7. pokazujące niewielką zbieżność pozycji powiatów pod względem klasycznych (tzn. opartych o wiek chronologiczny) mierników obciążenia demograficznego, a mierników opartych o dalsze trwanie życia.</p>
<p>3. Szacunki liczby osób niesamodzielnosci powinny być oparte o wskaźniki specyficzne dla powiatów i poszczególnych roczników</p>	<p>Badania pokazały, że skala niesamodzielnosci w woj. łódzkim odbiega od ogólnopolskiej – w młodszych rocznikach jest wyższa niż w Polsce, w starszych – niższa. Dodatkowo odsetek osób niesamodzielnosci jest związany z miejscem zamieszkania – na wsiach jest wyższy niż w miastach.</p>
<p>4. Należy pogłębić badania w celu stwierdzenia, czy rekordowe współczynniki absencji nie są powiązane z „niechęcią” do orzekania o niepełnosprawności wśród osób w wieku produkcyjnym</p>	<p>Za wysoki (wyższy niż w Polsce) odsetek osób niesamodzielnosci w woj. łódzkim jest odpowiedzialny m.in. zły stan zdrowia mieszkańców województwa. O ile wiadomo, że ograniczenia sprawności rosną wraz z wiekiem, to w woj. łódzkim dotyczą one w większym stopniu niż w innych województwach osób w wieku produkcyjnym, które dodatkowo nie mają orzeczenia o niepełnosprawności. W woj. łódzkim od lat występuje najwyższy współczynnik absencji. Policzone, że główną determinantą wysokiego współczynnika absencji jest wysoki odsetek niesamodzielnosci wyłącznie biologicznie. Niepełnosprawność biologiczna oznacza, że osoby, które wykazują ograniczenia sprawności, nie posiadają orzeczenia o niepełnosprawności i z powodu braku przyznanych świadczeń z tego tytułu są zmuszane pracować. Ograniczenia sprawności – choroby – powodują wysoką absencję takich pracowników. W woj. łódzkim sytuacja jest szczególna, czego dowodzi utrzymujący się od lat współczynnik absencji. Rekordowy odsetek osób bez orzeczenia musi pracować, co obciąża system ubezpieczeń wypłatami zasiłków.</p>

Źródło: opracowanie własne.

BIBLIOGRAFIA

- AAL – *Active and Assisted Living Programme*, <http://www.aal-europe.eu/>, [dostęp: 18.12.2017].
- Bielawska-Batorowicz E., Dudek B. (red.), *Teoria zachowania zasobów Stevana E. Hobfolla*, Wyd. UŁ. Łódź 2012.
- Biggs A., *Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory: Update on the State of the Art and Science*, *Nursing Science Quarterly*, Vol. 21, Issue: 3, 2008, pp. 200-206.
- Bodys-Cupak I., Czaja E., Dzikowska M., *Modele opieki pielęgniarskiej nad chorym dorosłym*, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.
- Czapiński J., Góra M., *Świadomość emerytalna Polaków. Raport z badania ilościowego*, CBOS, Warszawa 2016.
- Elks M.A., *Valuing the person or valuing the role? Critique of Social Role Valorization theory*, „*Mental Retardation*”, 32(4)/1994, 265271.
- EUROSTAT, 2016 – *Population Projection EUROPOP2013*, <http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tsdde511&plugin=1>, [dostęp: 20.09.2017].
- Davy L., *Philosophical Inclusive Design: Intellectual Disability and the Limits of Individual Autonomy in Moral and Political Theory*, *Hypatia*, 2014, <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/hypa.12119/full>, [dostęp: 17.12.2017].
- Gąciarz B., *Model społeczny niepełnosprawności jako podstawa zmian w polityce społecznej* [w:] B. Gąciarz, S. Rudnicki (red.), *Polscy niepełnosprawni. Od kompleksowej diagnozy do nowego modelu polityki społecznej*, Wydawnictwa Akademii Górniczo-Hutniczej im. Stanisława Staszica w Krakowie, Kraków 2014.
- Górajek-Jóźwik J. (red.), *Filozofia i teorie pielęgniarstwa*, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2007.
- Graby, S., Greenstein, A., *Relational autonomy and disability: beyond normative constructs and post-structuralist deconstructions*, [In:] R. Mallett, C. Ogden, and J. Slater (Eds.) *Precarious Positions: Theorising Normalcy and the Mundane*. Chester; University of Chester Press, 2016.
- Gruszczyński M., *Mikroekonometria*, Oficyna Wolters Kluwer b business, Warszawa 2012.
- ICF, *Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia*. Wersja polska 2009. WHO, Genewa, 2001 https://www.csioz.gov.pl/fileadmin/user_upload/Wytyczne/statystyka/icf_polish_version_56a8f7984213a.pdf, [dostęp: 2.12.2017].
- Jakość życia osób starszych w Polsce – na podstawie wyników badania spójności społecznej*, GUS, Warszawa 2017.
- Klimkiewicz A., *Společne konsekwencje podwyższenia wieku emerytalnego kobiet*, „*Annales. Etyka w życiu gospodarczym*” 2013, vol. 16, s. 259-269.
- Klimkiewicz A., „*Srebrna gospodarka*” w dokumentach strategicznych państwa [w:] J. Osiński, M. Pachocka (eds.), *Zmieniający się świat. Perspektywa demograficzna, społeczna i gospodarcza*, Oficyna Wydawnicza Szkoły Głównej Handlowej, Warszawa 2013.
- Klinger C., Knapp G.-A., Sauer B. (eds.), *Achsen der Ungleichheit. Zum Verhältnis von Klasse, Geschlecht und Ethnizität (Politik der Geschlechterverhältnisse)*, Frankfurt am Main: Campus 2007.
- Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych*, Nowy Jork, 13 grudnia 2006 r. (Dz.U. z 2012 r., poz. 1169).
- Kowalik G., *Praktyczne zastosowanie modelu pielęgnowania Dorothy Orem*, „*Studia Medyczne*” 26 (2).
- Krakowska-Bal A., *Wykorzystanie wybranych miar syntetycznych do budowy miary rozwoju infrastruktury technicznej*, „*Infrastruktura i ekologia terenów wiejskich 3/2005*”, PAN, Kraków 2005.

- Kurowski K., *Wolności i prawa człowieka i obywatela z perspektywy osób z niepełnosprawnościami*, Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa 2014.
- Kusideł E., Striker M., *Determinants of Employee Absence Differentiation*, „Acta Universitatis Lodziensis, Folia Oeconomica”, 1 (333), Łódź 2018, ss. 39-56.
- Ludność – dane o Łodzi 2016*, <http://lodz.stat.gov.pl/dane-o-województwie/stolica-województwa-1323/ludnosc-dane-o-lodzi-2016/>, [dostęp: 12.11.2017].
- Mackenzie, C., & Stoljar, N. (Eds.), *Relational autonomy: feminist perspectives on autonomy, agency, and the social self*. New York: Oxford University Press, 2000.
- Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2011. Raport z wyników*, GUS, Warszawa 2011.
- Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2011*, (NSP 2011), GUS, Warszawa 2012.
- Oczekiwana długość życia w zdrowiu w Polsce*, European Health & Life Expectancy Information System, EHEMU Raporty Krajowe, nr 5, styczeń 2012.
- Opinia Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego w sprawie komunikatu Komisji dla Rady, Parlamentu Europejskiego, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego i Komitetu Regionów — Modernizacja opieki społecznej w celu ukształtowania efektywnej, dostępnej i stabilnej opieki zdrowotnej i opieki długoterminowej: wsparcie strategii krajowych przy użyciu „otwartej metody koordynacji”*, COM(2004) 304, final (2005/C 120/25), <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/?uri=CELEX%3A52004AE1447>, [dostęp: 10.09.2017].
- Orem, D. (2001), *Nursing: Concepts of practice*, St. Louis, MO: Mosby 2012.
- Perkins M.M., Ball M.M., Whittington F.J., Hollingsworth C., *Relational Autonomy in Assisted Living: A Focus on Diverse Care Settings for Older Adults*, „Journal of Aging Studies”, Apr. 1, 26(2), 2012, pp. 214-225.
- Podgórska-Jachnik D., *Praca socjalna z osobami z niepełnosprawnością i ich rodzinami*. Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, Warszawa 2014.
- Podgórska-Jachnik D., *Studia nad niepełnosprawnością (Disability Studies) i ruch włączający w społeczeństwie jako konteksty edukacji włączającej*, „Problemy Edukacji, Rehabilitacji i Socjalizacji Osób Niepełnosprawnych”, t. 22, nr 1/2016.
- Podogrodzka M., *Przestrzenna konwergencja indeksu starości w Polsce*, „Acta Universitatis Lodziensis, Folia Oeconomica”, 4(324), 2016, ss. 51-65.
- Polsenior. Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, red. M. Mosakowska, A. Więcek, P. Błędowski [red.], Wyd. Termedia, Poznań 2012.
- Portret społeczno-demograficzny seniorów*, CBOS, Komunikat z badań, nr 160/2016, Warszawa, https://cbos.pl/SPISKOM.POL/2016/K_160_16.PDF, [dostęp: 19.09.2017].
- Potrzeby osób w wieku 60+ z terenu województwa łódzkiego*, wyniki badania (arkusz w Excelu) przeprowadzonego przez ARC Rynek i Opinia Sp. z o.o., na zlecenie RCPS, Łódź 2017.
- Prawa mieszkańców domów pomocy społecznej. Jak wspólnie zadbać o godne życie osób starszych, chorych i z niepełnosprawnościami?* Raport z działalności RPO Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur, Warszawa 2017, <https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/Prawa%20mieszka%C5%84c%C3%B3w%20dom%C3%B3w%20pomocy%20spo%C5%82ecznej%20%202016.pdf>, [dostęp: 20.12.2017].
- Prognoza ludności gmin na lata 2017-2030*, GUS, Warszawa 2017, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/prognoza-ludnosc/prognoza-ludnosc-gmin-na-lata-2017-2030-opracowanie-eksperymentalne,10,1.html>, [dostęp: 10.12.2017].
- Prognozy ludności gmin województwa łódzkiego do roku 2020*, PRIMUS, Łódź 2016 (wyniki badania udostępnione przez Zamawiającego).
- Prognoza ludności na lata 2014-2050*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2014, <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/prognoza-ludnosc/prognoza-ludnosc-na-lata-2014-2050-opracowana-2014-r,-1,5.html>, [dostęp: 12.10.2017].

- Projekt ustawy o pomocy osobom niesamodzielnym* - <https://www.senat.gov.pl/aktualnosci/art,5392,konferencja-pomoc-osobom-niesamodzielnym-prezentacja-projektu-ustawy.html>, [dostęp: 10.09.2017].
- Rabiee P., *Exploring the Relationships between Choice and Independence: Experiences of Disabled and Older People*, "The British Journal of Social Work", Volume 43, Issue 5, 2013, pp. 872–888; <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcs022>, [dostęp: 19.11.2017].
- Roper N., Logan W.W. & Tierney A.J., *The Roper-Logan-Tierney Model of Nursing: Based on Activities of Living*. Edinburgh: Elsevier Health Sciences, 2000.
- Rozporządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 sierpnia 2016 r. w sprawie rodzinnego wywiadu środowiskowego (Dziennik Ustaw z 2016 r., poz. 1406, z dnia 6 września 2016 r.).
- Spijker J., *Alternative indicators of Population Ageing: An Inventory*, Vienna Institute of Demography, Working Papers, 4/2015.
- Społeczne nierówności w zdrowiu w Polsce*, WHO, 2012, http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/raportspolnierownosci_20130529.pdf, [dostęp: 15.12.2017].
- Społeczny Raport Alternatywny z realizacji Konwencji o prawach osób z niepełnosprawnościami w Polsce*, pod red. merytoryczną J. Zadroźnego, Fundacja KSK (w ramach programu Obywatele dla Demokracji finansowanego z Funduszy EOG), Warszawa 2015, http://www.tyfloswiat.pl/files/KSK_raport_Awww.pdf, [dostęp: 23.09.2017].
- Stan obecny i przyszłość opieki długoterminowej w starzejącej się Polsce. Uwagi na potrzeby opracowania polityki dotyczącej opieki długoterminowej*. Bank Światowy, 2015-11-03, http://niesamodzielnym.pl/uploads/Bank%20%C5%9Awiatowy%20Opieka_dlugoterminowa.pdf, [dostęp: 17.10.2017].
- Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r.*, GUS, Warszawa 2016, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/stan-zdrowia-ludnosci-polski-w-2014-r,6,6.html>, [dostęp: 01.12.2017].
- Strelau J., *Psychologia. Podręcznik akademicki*, t. 1, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2003.
- Sytuacja demograficzna osób starszych i konsekwencje starzenia się ludności Polski w świetle prognozy na lata 2014-2050*, GUS, Warszawa 2014, <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: 15.11.2017].
- Szarfenberg R., *Marginalizacja i wykluczenie społeczne. Wykłady*, Wyd. UW, Warszawa 2006.
- Szczegółowy Opis Przeprowadzenia Badania pt. Osoby niesamodzielnne w województwie łódzkim*, Regionalne Obserwatorium Integracji Społecznej, Łódź 2017.
- Szweda-Lewandowska Z., *Niesamodzielnni A.D. 2035 – w poszukiwaniu sposobów i źródeł wsparcia*, „Acta Universitatis Lodzianis, Folia Oeconomica” 4(315), 2015.
- Trwanie życia w 2015 r.*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2016, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/trwanie-zycia/trwanie-zycia-w-2015-r,2,10.html>, [dostęp: 15.12.2017].
- Ucieklak-Jeż P., *Analiza stanu oczekiwanej długości życia bez niepełnosprawności w Polsce*, Prace Naukowe Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie, seria: Pragmata tes Oikonomias, 2011, z V; <http://bazekon.icm.edu.pl/bazekon/element/bwmeta1.element.ekon-element-000171253011>, [dostęp: 15.12.2017].
- Ustawa z dnia 6 grudnia 2006 r. o zasadach prowadzenia polityki rozwoju* (Dz.U. z 2006 r. nr 227 poz. 1658).
- Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej* (Dz.U. z 2004 r. nr 64 poz. 593).
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych*, (Dz.U. z 1997 r. nr 123 poz. 776).

- Wejner T., *Dysleksja w życiu dorosłym* (monografia w przygotowaniu), 2018.
- Wilmowska-Pruszyńska A., Bilski D., *Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania Niepełnosprawności i Zdrowia*, „Niepełnosprawność – Zagadnienia, Problemy, Rozwiązania”, Nr II (7), 2013, s. 5-20.
- World Population Ageing, Report 2015*, Department of Economic and Social Affairs Population Division, United Nations, New York, 2015, [online] http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015_Report.pdf, [dostęp: 10.09.2017]
- Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014-2020*, Minister Rozwoju i Finansów, Warszawa 2018, [online] <https://www.funduszeuropejskie.gov.pl/strony/o-funduszach/dokumenty/projekt-wytycznych-w-zakresie-realizacji-przedsiwziec-w-obszarze-wlaczania-spolecznego-i-zwalczania-ubostwa-z-wykorzystaniem-srodkow-efs-i-efrr-na-lata-2014-2020/>, [dostęp: 10.09.2017]
- Zdrowie i zachowania zdrowotne mieszkańców Polski w świetle badania EHIS 2014*, Notatka informacyjna, GUS, Warszawa 2015, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-zachowania-zdrowotne-mieszkancow-polski-w-swietle-badania-ehis-2014,10,1.html>, [dostęp: 18.12.2017].

SPIS TABEL, MAP, WYKRESÓW, RYSUNKÓW

Tabela 1. Operacjonalizacja celów szczegółowych jakościowej części badań w formie pytań badawczych.....	24
Tabela 2. Respondenci w przeprowadzonych wywiadach IDI.....	29
Tabela 3. Rekomendacje dotyczące problemu niesamodzielnosci w województwie łódzkim w świetle przeprowadzonych badań jakościowych (2017)	94
Tabela 4. Charakterystyka powiatów woj. łódzkiego pod względem indeksu starości (liczba osób w wieku 60+ na 100 osób w wieku 0-19).....	96
Tabela 5. Charakterystyka powiatów woj. łódzkiego pod względem OADR (liczba osób w wieku 65+ na 100 osób w wieku 20-64).....	99
Tabela 6. Charakterystyka powiatów woj. łódzkiego pod względem TDR (liczby osób w wieku nieprodukcyjnym na 100 osób w wieku produkcyjnym)	102
Tabela 7. RLE (oczekiwane trwanie życia) dla Polski i województw w 2016 r.	105
Tabela 8. RLE w podregionach województwa łódzkiego wraz z odchyleniem od wartości dla Polski (dane za 2016 r.).....	105
Tabela 9. Dalsze trwanie życia w 5-letnich grupach wiekowych w poszczególnych podregionach województwa łódzkiego oraz w Polsce	106
Tabela 10. RLE dla poszczególnych roczników 65+ dla województwa łódzkiego i jego podregionów	108
Tabela 11. Wartość i pozycja Prop.RLE _{xx} dla powiatów województwa łódzkiego w 2016 r.	110
Tabela 12. Wartość i pozycja POADR _{xx} dla powiatów województwa łódzkiego w 2016 r.	112
Tabela 13. Korelacje pomiędzy wartościami poszczególnych charakterystyk demograficznych dla 24 powiatów województwa łódzkiego	117
Tabela 14. Wartości współczynników obciążenia demograficznego (policzonych w rozdziale 7) w roku 2016	117
Tabela 15. Pozycje wartości współczynników obciążenia demograficznego (policzonych w rozdziale 7) w roku 2016	118
Tabela 16. Różnica (w pp.) pomiędzy wartością współczynników z tabel 11 i 12 dla powiatów województwa łódzkiego i Polski	119
Tabela 17. Liczba i odsetek osób niepełnosprawnych wg typu wg NSP 20020 i NSP 2011 r.	121
Tabela 18. Odsetek osób niesamodzielnich (z ograniczeniami sprawności) w populacji Polski, województwa łódzkiego i jego powiatów w 2016 r.....	125
Tabela 19. Udział osób niesamodzielnich ogółem w województwie łódzkim i w Polsce (w %)	126
Tabela 20. Liczba osób niesamodzielnich ogółem w 2016 r. (w osobach)	127
Tabela 21. Udział osób niesamodzielnich wg stopnia ograniczenia sprawności w ogóle osób niesamodzielnich.....	128
Tabela 22. Przyrost (w %) liczby osób niesamodzielnich w roku 2020 w stosunku do roku 2016 w poszczególnych powiatach województwa łódzkiego	130
Tabela 23. Odsetek osób samodzielnie wykonujących czynności życia codziennego wg skali Katza (ADL) w grupie badanych w wieku 65+ w Polsce i województwie łódzkim	133

Tabela 24. Średnia ocena podstawowych czynności życia codziennego ADL, w podziale na grupy wiekowe, wraz z testem oceniającym istotność statystyczną różnic w wynikach województwa łódzkiego w stosunku do Polski.....	133
Tabela 25. Odsetek osób samodzielnych (6-5 pkt), umiarkowanie niesamodzielnych (4-3 pkt) i niesamodzielnych (<= 2pkt) w podziale na grupy wiekowe wraz z różnicą (w pp.) pomiędzy wynikiem dla Polski i województwa łódzkiego	134
Tabela 26. Odsetek osób samodzielnych (6-5 pkt), umiarkowanie niesamodzielnych (4-3 pkt) i niesamodzielnych (<=2 pkt) w podziale na wielkość miejscowości.....	134
Tabela 27. Wskaźnik pokazujący, o ile % szacunek skali ADL dla danego typu obszaru jest większy (+) lub mniejszy (-) od wskaźnika dla całego województwa	135
Tabela 28. Wskaźniki korekty odsetka osób niesamodzielnych użyte w szacunkach niesamodzielnych wg ADL w powiatach województwa łódzkiego	135
Tabela 29. Udział i liczba osób niesamodzielnych (ADL <=4) w wieku 65+ w populacji osób 65+	138
Tabela 30. Wykonywanie złożonych czynności życia codziennego wg skali Lawtona (IADL) w grupie badanych w wieku 65+ w Polsce i województwie łódzkim	139
Tabela 31. Odsetek osób samodzielnych (24 pkt), umiarkowanie niesamodzielnych (23-19 pkt) i niesamodzielnych (<= 18 pkt) w podziale na grupy wiekowe wraz z różnicą (w pp.) pomiędzy wynikiem dla Polski i województwa łódzkiego – skala IADL	140
Tabela 32. Odsetek osób samodzielnych (24 pkt), umiarkowanie niesamodzielnych (18-23 pkt) i niesamodzielnych (0-17 pkt) w podziale na rodzaj miejscowości – skala IADL	140
Tabela 33. Wskaźnik pokazujący, o ile % szacunek dla danego typu obszaru jest większy (+) lub mniejszy (-) od wskaźnika dla całego województwa	140
Tabela 34. Wskaźniki korekty odsetka osób niesamodzielnych użyte w szacunkach niesamodzielnych wg IADL w powiatach województwa łódzkiego	141
Tabela 35. Liczba, udział i pozycja udziału osób niesamodzielnych (w wieku 65+) wg skali IADL w populacji powiatów województwa łódzkiego w 2017 r.....	144
Tabela 36. Liczba, udział i pozycja udziału osób niesamodzielnych (w wieku 65+) wg zmodyfikowanej skali IADL w populacji powiatów województwa łódzkiego w 2017 r.	145
Tabela 37. Odsetek osób niesamodzielnych wg kryterium unijnego w 2014 r.	148
Tabela 38. Odsetek osób niesamodzielnych wg kryterium statystycznego w 2014 r.	148
Tabela 39. Ilorazy lokacyjne (i ich pozycja) dla odsetka osób niesamodzielnych wg kryterium UE.....	150
Tabela 40. Ilorazy lokacyjne (i ich pozycja) dla odsetka osób niesamodzielnych wg kryterium statystycznego.....	150
Tabela 41. Odsetek samodzielnych i niesamodzielnych wg typu w Polsce i województwie łódzkim wraz z różnicami i ich istotnością statystyczną.....	151
Tabela 42. Odsetek osób w wieku 65+ wg typu niesamodzielności	153
Tabela 43. Odsetek osób niesamodzielnych w województwie łódzkim wg grup wiekowych.....	154
Tabela 44. Odsetek osób niesamodzielnych w Polsce wg grup wiekowych.....	154
Tabela 45. Różnice w odsetku osób niesamodzielnych w województwie łódzkim i Polsce w pp.....	154

Tabela 46. Rekomendacje dotyczące problemu niesamodzielności w województwie łódzkim w świetle przeprowadzonych badań ilościowych.....	158
Mapa 1. Indeks starości w powiatach województwa łódzkiego w 2016 r.....	97
Mapa 2. OADR w powiatach województwa łódzkiego w 2016 r.....	100
Mapa 3. TDR w powiatach województwa łódzkiego w 2016 r.....	103
Mapa 4. Prop. RLE15 w powiatach województwa łódzkiego w 2016 r.....	111
Mapa 5. POADR15 w powiatach województwa łódzkiego w 2016 r.....	113
Mapa 6. Udział osób w wieku poprodukcyjnym na 100 osób w wieku produkcyjnym w powiatach Polski w 2016 r.	114
Mapa 7. Współczynniki obciążenia osobami starszymi w powiatach województwa łódzkiego w 2016 r.....	115
Mapa 8. Odsetek (w %) osób niesamodzielnych (całkowicie, poważnie, umiarkowanie) w powiatach województwa łódzkiego w 2016 r.	126
Wykres 1. Indeks starości zdefiniowany jako liczba osób w wieku 60+ na 100 osób w wieku 0-19 lat	96
Wykres 2. OADR – stosunek osób w wieku 65+ na 100 osób w wieku 20-64.....	98
Wykres 3. Współczynnik całkowitego obciążenia demograficznego (TDR) zdefiniowany jako liczba osób w wieku nieprodukcyjnym na 100 osób w wieku produkcyjnym	101
Wykres 4. Oczekiwane dalsze trwanie życia dla poszczególnych roczników wieku w Polsce.....	104
Wykres 5. Przeciętne dalsze trwanie życia dla mieszkańców województwa łódzkiego w 2016 r.....	107
Wykres 6. Odsetki niepełnosprawnych wg typu i kategorii wiekowej w województwie łódzkim	122
Wykres 7. Zmiany (w %) w liczbie osób niesamodzielnych w latach 2016-2020 w województwie łódzkim w różnych grupach wiekowych	129
Wykres 8. Zależność pomiędzy początkowym (w 2016 r.) a prognozowanym (w 2020 r.) udziałem osób w wieku 65+ w powiatach województwa łódzkiego	131
Wykres 9. Odsetek osób niesamodzielnych ogółem w różnych grupach wiekowych w województwie łódzkim i Polsce	155
Wykres 10. Odsetek osób niesamodzielnych całkowicie i poważnie w różnych grupach wiekowych w województwie łódzkim i Polsce	155
Wykres 11. Odsetek osób niesamodzielnych umiarkowanie w różnych grupach wiekowych w województwie łódzkim i Polsce	156
Rysunek 1. Współwystępowanie czynników ryzyka obniżenia samodzielności*	8
Rysunek 2. Kluczowe elementy w teorii zachowania zasobów osobistych	

Stevana E. Hobfolla, użyteczne w działaniach na rzecz podtrzymania samodzielności	18
Rysunek 3. Model zasobów dostępnych form kapitału jednostki dla podtrzymania samodzielności/niezależności, inspirowany modelem autonomii relacyjnej w mieszkalnictwie wspieranym (AL – assisted living)	20
Rysunek 4. Udział osób niesamodzielnych (z ograniczeniami sprawności) w populacji województwa łódzkiego i Polski w podziale na grupy wiekowe	124
Rysunek 5. Szacunki liczby (lewy panel) i odsetka (prawy panel) osób niesamodzielnych w wieku 65+ w województwie łódzkim w latach 2003-2020	137
Rysunek 6. Szacunki liczby (lewy panel) i odsetka (prawy panel) osób niesamodzielnych w wieku 65+ w województwie łódzkim w latach 2003-2020	143