

BARBARA SZATUR-JAWORSKA^a

SZANSE I UTRUDNIENIA DEINSTYTUCJONALIZACJI USŁUG SPOŁECZNYCH DLA OSÓB STARSZYCH MIESZKAJĄCYCH NA WSI – WNIOSKI Z BADAŃ JAKOŚCIOWYCH

OPPORTUNITIES AND BARRIERS TO THE DEINSTITUTIONALIZATION OF SOCIAL SERVICES FOR OLDER PEOPLE IN RURAL POLAND: FINDINGS FROM QUALITATIVE RESEARCH

This article aims to answer the question of the possibilities and limitations of the deinstitutionalization of social services for older people in rural Poland. The answer to this question is formulated on the basis of the analysis of data presented in two qualitative research reports. The first was conducted under the auspices of the Office of the Ombudsman and examined the availability of social services for older people in rural communities. The second was conducted at the Institute of Rural and Agricultural Development of the Polish Academy of Sciences and focused on the implementation of a social innovation in the form of a rural home hospice. The analysis is complemented by baseline data from quantitative research. The article presents the essence of the deinstitutionalization of social services for the older people and identifies the determinants of this process based on qualitative research. These determinants were divided into five categories: (i) the initial state of social infrastructure and social services; (ii) organizational resources and relationships; (iii) financial resources; (iv) human capital; and (v) spatial conditions. The analysis of the research results shows that the deinstitutionalization of social services for older people living in the Polish countryside faces more barriers than opportunities.

Keywords: older people; social services; deinstitutionalization; rural Poland

Celem artykułu jest odpowiedź na pytanie, jakie są szanse i ograniczenia deinstytucjonalizacji usług społecznych na rzecz osób starszych na polskiej wsi. Odpowiedź na to pytanie jest formułowana na podstawie analizy danych zastanych opublikowanych w dwóch raportach z badań jakościowych. Pierwszy jest efektem badań zrealizowanych pod auspicjami Biura Rzecznika Praw Obywatelskich. Dotyczyły one dostępności usług społecznych dla osób starszych w gminach wiejskich. Drugi powstał w Instytucie Rozwoju Wsi i Rolnictwa PAN, a jego przedmiotem było wdrażanie innowacji społecznej w postaci wiejskiego hospicjum domowego. Uzupełniając wykorzystano w tekście dane zastane z badań ilościowych. W artykule przedstawiono istotę deinstytucjonalizacji usług społecznych dla osób starszych. Scharakteryzowano też – wynikające z badań jakościowych – uwarunkowa-

^a University of Warsaw, Poland / Uniwersytet Warszawski, Polska
b.szatur-jaworska@uw.edu.pl, <https://orcid.org/0000-0003-3677-000X>

nia deinstytucjonalizacji usług dla seniorów na terenach wiejskich. Podzielono je na pięć kategorii: (1) wyjściowy stan infrastruktury społecznej i usług społecznych; (2) zasoby i relacje organizacyjne; (3) zasoby finansowe; (4) kapitał ludzki; (5) uwarunkowania przestrzenne. Z przeprowadzonej analizy wyników badań wynika, że przed deinstytucjonalizacją usług społecznych dla osób starszych mieszkających na polskiej wsi stoi więcej utrudnień niż szans.

Słowa kluczowe: osoby starsze; usługi społeczne; deinstytucjonalizacja; polska wieś

I. WPROWADZENIE

Deinstytucjonalizacja usług społecznych jest w polskiej polityce społecznej jednym z jej ważnych celów. Polega ona na „przechodzeniu od organizowania wsparcia opartego na rozwiązaniach zakładowych, w których kluczową rolę odgrywają placówki całodobowe długookresowego pobytu, do organizowania wsparcia w sposób środowiskowy, z wykorzystaniem infrastruktury usług społecznych i innych zasobów społeczności lokalnych” (Rymsza, 2023, s. 7). Proces ten powinien być realizowany z poszanowaniem prawa każdego człowieka do niezależnego życia i bycia włączonym do społeczności. W krajach Unii Europejskiej deinstytucjonalizacja jest najczęściej rozważana w stosunku do czterech kategorii społecznych: osób z niepełnosprawnościami, osób starszych, dzieci i osób z problemami zdrowia psychicznego (European Expert Group, 2009). W Polsce działania polegające na wspieraniu rozwoju usług społecznych świadczonych w ośrodkach dziennego pobytu i w miejscu zamieszkania podejmowane są od dawna – z niejednakowym natężeniem w stosunku do różnych zbiorowości. Jako wyraźnie deklarowany kierunek zmian w polityce społecznej, deinstytucjonalizacja pojawiła się najwcześniej w debatach i rozwiązaniach prawnych dotyczących opieki nad dziećmi i pieczy zastępczej (Raćław, 2023). Ważnym etapem procesu „przechodzenia od opieki instytucjonalnej do środowiskowej (i rodzinnej)” (Europejska Grupa Ekspertów, 2012; European Expert Group, 2019; Šiška i Beadle-Brown, 2020) było w naszym kraju uchwalenie przez rząd w 2022 r. dokumentu programowego „Strategia rozwoju usług społecznych, polityka publiczna do roku 2030 (z perspektywą do 2035 r.)”¹. W dokumencie tym podkreśla się, że deinstytucjonalizacja nie może polegać na bezwarunkowym zamykaniu zakładów opieki całodobowej. Ma natomiast obejmować następujące cztery kierunki działań:

- „priorytet usług społecznych realizowanych w społeczności lokalnej przed usługami stacjonarnymi,
- rozwój zindywidualizowanych usług społecznych świadczonych w społeczności lokalnej, w tym usług o charakterze profilaktycznym, które wpłyną na ograniczenie konieczności opieki instytucjonalnej,

¹ Uchwała nr 135 Rady Ministrów z 15 czerwca 2022 r. w sprawie przyjęcia polityki publicznej pod nazwą Strategia rozwoju usług społecznych, polityka publiczna do roku 2030 (z perspektywą do 2035 r.). M. P. 2022, poz. 767 (dalej jako: Strategia).

- wykorzystanie zasobów i potencjału instytucjonalnej opieki długoterminowej na poczet rozwoju nowych usług środowiskowych w społeczności lokalnej,
- rozwój różnych form mieszkalnictwa” (Strategia, s. 97).

Deinstytucjonalizacja nie jest więc procesem likwidacji instytucji, lecz polega na zmianie ich charakteru oraz na tworzeniu nowych instytucji funkcjonujących w środowiskach lokalnych, wykorzystujących materialne i społeczne zasoby tych środowisk. W uchwale rządu zdefiniowano ją jako „proces polegający na rozwoju usług społecznych świadczonych w społeczności lokalnej oraz na wypracowaniu i wdrożeniu rozwiązań, które umożliwią »niezależne życie« osobom starszym, osobom z niepełnosprawnościami, osobom w kryzysie psychicznym i innym osobom potrzebującym wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, a dzieciom życie pod opieką rodzinną lub pod opieką zbliżoną do rodzinnej” (Strategia, s. 96). Jak wynika z przytoczonego cytatu, procesowi deinstytucjonalizacji mają podlegać między innymi usługi społeczne na rzecz osób starszych, a miejscem ich świadczenia jest środowisko lokalne. W polskich warunkach za lokalny szczebel administracji publicznej uznawane są gmina i powiat.

Celem niniejszego artykułu jest odpowiedź na pytanie, jakie są szanse i ograniczenia deinstytucjonalizacji usług społecznych na rzecz osób starszych na polskiej wsi.

Zawarte w artykule wnioski zostały sformułowane na podstawie opublikowanych wyników dwóch projektów badawczych o charakterze jakościowym. Pierwszy z nich został zrealizowany przez zespół badawczy komisji ekspertów ds. osób starszych przy Rzeczniku Praw Obywatelskich i dotyczył dostępności usług społecznych dla osób starszych w gminach wiejskich (Szatur-Jaworska, 2024b). W dalszej części artykułu będzie nazywany skrótowo „badania Biura RPO”. Drugi projekt zrealizował zespół badawczy Instytutu Rozwoju Wsi i Rolnictwa PAN, a jego przedmiotem było wdrażanie innowacji społecznej w postaci wiejskiego hospicjum domowego (Michalska i in., 2024). Dalej będzie skrótowo nazywany „badania IRWiR”. Oba przedsięwzięcia były wieloletnimi badaniami terenowymi. Pierwsze objęło 12 gmin wiejskich z czterech regionów, drugie zaś – 10 gmin o różnym statusie administracyjnym (wiejskie, wiejsko-miejskie, miejskie) zlokalizowanych w dwóch regionach. Badania te nie dostarczają, rzecz jasna, danych reprezentatywnych statystycznie, ale dzięki ich pogłębionemu charakterowi oraz zróżnicowanemu profilowi gmin dają podstawę do formułowania wniosków dotyczących zjawisk i procesów ułatwiających i utrudniających deinstytucjonalizację usług społecznych w środowiskach wiejskich. Dodatkowo – dla ilustracji skali niektórych zjawisk – w artykule wykorzystane zostały wyniki badań ilościowych.

II. ISTOTA DEINSTYTUCJONALIZACJI USŁUG SPOŁECZNYCH DLA OSÓB STARSZYCH

W przypadku osób starszych nadrzędnymi dla deinstytucjonalizacji są dwie idee silnie zakorzenione w światowej myśli gerontologicznej: zdrowego starzenia

się (*healthy ageing*) oraz starzenia się u siebie (*ageing in place*). „Zdrowe starzenie się polega na tworzeniu środowisk i możliwości, które umożliwiają ludziom bycie i robienie tego, co ceniają przez całe życie. Każdy może doświadczyć zdrowego starzenia się. Bycie wolnym od choroby lub niedoleżności nie jest wymogiem zdrowego starzenia się, ponieważ wiele osób starszych ma jeden lub więcej problemów zdrowotnych, które, gdy są dobrze kontrolowane, mają niewielki wpływ na ich samopoczucie” (WHO, 2020). Koncepcja *ageing in place* oznacza dążenie do jak najdłuższego pozostawiania osób starszych poza instytucją opiekuńczą (w dotychczasowym własnym mieszkaniu lub w innym mieszkaniu dostosowanym do potrzeb osób starszych), także wówczas, gdy ich samodzielność ulega ograniczeniu. Ten cel można osiągnąć dzięki zapewnieniu odpowiednich i skoordynowanych usług w miejscu zamieszkania (*community-based care*) oraz dostosowywaniu środowiska życia osób starszych (nie tylko samych mieszkań) do ich zmieniających się potrzeb i nasilających się ograniczeń (WHO, 2015).

W celu określenia istoty przedmiotu dalszej analizy proponuję odpowiedzi na cztery pytania: Jakich osób starszych dotyczy deinstytucjonalizacja? Jakich dotyczy rozwiązań i usług? Jakie powinny być jej cele? Jakie zmiany są niezbędne, by można było zrealizować te cele?

Czy wszystkie osoby starsze są adresatami praktyk pomocowych (usług i rozwiązań organizacyjnych), które podlegają lub powinny podlegać procesowi deinstytucjonalizacji? Nie są to wszyscy seniorzy. W pierwszej kolejności są to te osoby, które mają trudności z wykonywaniem czynności życia codziennego, jak np. samodzielne poruszanie się, przygotowywanie posiłków, sprząatanie, robienie zakupów itd. Te trudności mogą wynikać z przewlekłych schorzeń somatycznych lub psychicznych², niepełnosprawności³ lub zespołów otępiennych. W starszym wieku trudności te mają zazwyczaj charakter trwały, choć np. dzięki rehabilitacji ich dotkliwość może się zmniejszać. W 2019 r. – według GUS – 41,1% mieszkańców wsi w wieku 65 lat i więcej deklarowało średnie lub poważne ograniczenia w wykonywaniu czynności związanych z prowadzeniem gospodarstwa domowego (GUS 2021, tabl. IV/26), a 21,1% tej populacji odczuwało średnie lub poważne ograniczenia w wykonywaniu czynności związanych z samoobsługą (GUS, 2021, tabl. IV/24)⁴. Ograniczenia te narastają wraz z wiekiem⁵. Usługi i rozwiązania organizacyjne adresowane do

² W 2019 r. zdecydowana większość osób starszych mieszkających na wsi odczuwała długotrwale problemy zdrowotne: 79,3% osób w wieku 60–69 lat, 90,5% osób w wieku 70–79 lat oraz 95,2% osób w wieku 80 lat i więcej. Podobny zasięg w analizowanej populacji miały choroby przewlekłe (GUS, 2021, tabl. IV/8, IV/13).

³ Na wsi w 2019 r. odsetek osób niesprawnych, według kryterium statystycznego (uwzględniającego zarówno niepełnosprawność prawną, jak i biologiczną), był następujący w trzech zbiorowościach seniorów: 60–69 lat – 23,6%, 70–79 lat – 33,3%, 80 lat i więcej – 51,5% (GUS, 2021, tabl. VII/11).

⁴ W 2019 r. na wsi mieszkało 2371,1 tys. osób w wieku 65 lat i więcej. Osób starszych z ograniczeniami w zakresie prowadzenia gospodarstwa domowego było więc ok. 927 tys., a z ograniczeniami w samoobsłudze – ok. 480 tys. (obliczenia własne na podstawie GUS, 2020, tabl. VI).

⁵ Np. w grupie wieku 80 lat i więcej ograniczenia w prowadzeniu gospodarstwa domowego odczuwało aż 68,1% osób (GUS 2021, tabl. IV/26), a ograniczenia w samoobsłudze – 36,8% (GUS, 2021, tabl. IV/24).

takich osób stanowią odpowiedź na występujące już potrzeby, są działaniami reaktywnymi. Jeśli jednak weźmie się pod uwagę działania prewencyjne (profilaktyczne), czyli takie, które mają ograniczyć potrzebę opieki ze strony instytucji czy osób trzecich, wówczas krąg osób starszych, których dotyczy deinstytucjonalizacja, rozszerza się. Znajdują się w nim dodatkowo osoby zdolne do samodzielnego funkcjonowania w życiu codziennym, ale zagrożone utratą sprawności i samodzielności, np. na skutek rosnącej skłonności do upadków, zmniejszenia siły mięśni, zaostrzenia choroby przewlekłej.

Opisane powyżej dwie subpopulacje mogą być adresatami nieco innych usług społecznych i różnych praktycznych rozwiązań. W przypadku osób, które już doświadczają ograniczenia samodzielności, do katalogu tych usług należą, m.in.: pomoc w utrzymaniu higieny osobistej, pomoc w sprzątaniu i zakupach, ochrona przed odleżynami, podawanie leków, pomoc w chodzeniu po domu i w wyjściu z mieszkania, wsparcie psychologiczne, pomoc w utrzymywaniu kontaktów społecznych. Usługi świadczone tym osobom określane są najczęściej jako: opiekuńcze, opiekuńcze specjalistyczne, medyczno-pielęgnacyjne, pomoc w prowadzeniu gospodarstwa domowego czy asystencja osobista. Jeśli jednak uwzględnimy dodatkowo drugą wyżej scharakteryzowaną zbiorowość osób starszych, to katalog usług ważnych z punktu widzenia deinstytucjonalizacji ulega rozszerzeniu np. o pomoc w wykonywaniu cięższych prac domowych (np. mycie okien, noszenie węgla lub drewna do ogrzewania mieszkania, prace w ogródku wymagające większego wysiłku fizycznego), doradztwo w sprawie dostosowania wyposażenia mieszkań do potrzeb i możliwości osób starzejących się⁶, treningi podtrzymujące sprawność fizyczną i umysłową. Chodzi zatem o działania, które mają zapobiegać występowaniu nowych potrzeb w zakresie opieki – najpierw domowej, w miejscu zamieszkania, a potem w instytucjach. Nie mniej ważne od usług są inne działania wspierające samodzielność osób starszych, jak np. znoszenie barier architektonicznych w budynkach, projektowanie przestrzeni publicznej przyjaznej osobom starszym (zgodnie z zasadami projektowania uniwersalnego), dostępna komunikacja publiczna.

Deinstytucjonalizacja usług społecznych dla osób starszych powinna dążyć do realizacji kilku celów, które mają różny poziom ogólności (Szatur-Jaworska, 2024a). Poniżej zostały przedstawione w porządku od bardziej do mniej ogólnych.

- Deinstytucjonalizacja usług społecznych dla osób starszych ma służyć lepszej ochronie ich podstawowych praw, takich jak: prawo do godności, prawo do decydowania o własnym życiu, w tym o wyborze miejsca zamieszkania, prawo do opieki i ochrony zdrowia, prawo do prywatności, prawo do uczestnictwa w życiu społecznym (Age Platform, 2010).

- Wdrażanie idei deinstytucjonalizacji służyć powinno zmianie dyskursu o jakości wsparcia dla osób starszych ze skoncentrowanego na rozwijaniu infrastruktury społecznej (liczba, standard i dostępność domów opieki różnego

⁶ Ciekawym przykładem narzędzia pozwalającego określić potrzeby osób starszych w zakresie dostosowania mieszkania jest kwestionariusz „Worksheet: Home Safety Checklist”, opublikowany przez amerykański National Institute on Aging (2023).

typu) na skoncentrowany na człowieku – między innymi dzięki planowaniu usług społecznych wychodzącemu od potrzeb człowieka⁷. Chodzi zatem o to, by rozwijać infrastrukturę społeczną i usługi społeczne, zwracając uwagę na ich dopasowanie do potrzeb i oczekiwań osób starszych.

– Celem deinstytucjonalizacji jest wydłużanie okresu samodzielności w starszym wieku i zwiększanie aktywności osób starszych. Aktywność ta służy podtrzymywaniu dobrej kondycji fizycznej, psychicznej i intelektualnej. Jest zarazem warunkiem włączania osób starszych do sieci wsparcia innych osób wymagających pomocy. Przyczynia się więc także do wzmacniania wewnątrzrodzinnej i międzypokoleniowej solidarności oraz poprawy miejsca osób starszych w społecznościach lokalnych.

– Starzenie się u siebie sprzyja lepszemu adaptacji osób starszych do zmian w ich życiu, przy zachowaniu podmiotowości i kontroli nad własnym życiem.

– Celem deinstytucjonalizacji powinno być trafniejsze adresowanie oferty pomocowej, lepsze dostosowanie usług społecznych do zmieniających się potrzeb osób starszych oraz bardziej efektywne wykorzystywanie środków publicznych.

Jakie zmiany są niezbędne, by można było zrealizować te cele? Po pierwsze, potrzebne są zmiany mające znaczenie dla kontekstu politycznego (np. poprawa pozycji samorządu lokalnego, zwiększenie zakresu jego faktycznej niezależności), gospodarczego (np. zwiększenie publicznych zasób finansowych przeznaczanych na usługi społeczne), infrastrukturalnego (lepsze przystosowanie środowiska życia osób starszych do ich potrzeb) i społecznego (np. zmiana postaw społeczeństwa wobec osób starszych i starości), w jakim przebiega deinstytucjonalizacja. Po drugie, deinstytucjonalizacja usług społecznych dla osób starszych wymaga licznych zmian organizacyjno-programowych (Szatur-Jaworska, 2024a). Polegać one powinny na:

– zwiększaniu skali i różnorodności usług dostarczanych do mieszkań osób starszych – chodzi zarówno o usługi pielęgnacyjno-medyczne, podstawowe usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze, jak i inne dostępne bez konieczności opuszczania mieszkania (np. mobilne biblioteki, dowóz posiłków);

– tworzeniu środowiskowych ośrodków dziennego pobytu, które powinny mieć możliwość przyjmowania różnorodnych rozwiązań organizacyjnych – zależnie od potrzeb mieszkańców i możliwości lokalnych podmiotów organizujących wsparcie;

– przekształcaniu placówek całodobowego pobytu w ośrodki z mniejszą liczbą mieszkańców, stwarzające atmosferę i warunki zbliżone do domowych, przy jednoczesnym „otwieraniu drzwi” dla osób, które potrzebują krótkotermiowego pobytu w takich instytucjach;

– rozwijaniu nowej kultury organizacyjnej w stacjonarnych instytucjach świadczących usługi opiekuńcze – zrywającej z przypisywaną tym placówkom kulturą instytucji totalnych (m.in. poprzez większą otwartość tych placówek

⁷ Ten model projektowania usług określany jest jako *human-centered design* i może być stosowany między innymi do usług społecznych (Rosinsky i in., 2022).

dla ich mieszkańców oraz dla osób i instytucji z otoczenia społecznego – z lokalnych środowisk, większą elastyczność i indywidualizację ich oferty);

- tworzeniu środowiskowych placówek oferujących mieszkańcom danego terenu usługi w swoich siedzibach (np. klubów, centrów poradnictwa, centrów aktywności mieszkańców itd.);

- wspieraniu rodzin i innych nieformalnych opiekunów sprawujących opiekę nad seniorami (np. opieka wytechnieniowa, szkolenia, grupy samopomocowe opiekunów, profesjonalne wsparcie psychologiczne);

- kadrowym wzmocnieniu zawodów pomocowych, w tym tych, których przedstawiciele pracują głównie z osobami starszymi w środowiskach lokalnych;

- prewencyjnym rozwijaniu usług służących ograniczaniu ryzyka powstania potrzeby intensywnego wsparcia w czynnościach życia codziennego u osób starszych (np. promocja zdrowia, edukacja, usługi opiekuńcze i rehabilitacyjne służące odzyskiwaniu sprawności, pomoc w cięższych pracach domowych niosących ryzyko przeciążeń, kontuzji, upadków);

- powoływaniu wielozadaniowych lokalnych podmiotów koordynujących usługi społeczne dla konkretnych odbiorców, a zarazem prowadzących działalność informacyjno-poradniczą dla osób starszych i ich rodzin, szkolących osoby realizujące usługi społeczne, realizujących w środowisku lokalnym inicjatywy służące integracji osób starszych z ich społecznym otoczeniem itd. (Szatur-Jaworska i Błędowski, 2016);

- znoszeniu barier transportowych utrudniających dotarcie osób starszych do instytucji świadczących usługi i dotarcie przedstawicieli tych instytucji do miejsca zamieszkania usługobiorców;

- doskonaleniu narzędzi i procedur diagnozy potrzeb osób starszych w środowiskach lokalnych, potencjału opiekuńczego rodzin i wspólnot sąsiedzkich, potencjału lokalnych instytucji polityki społecznej (wszystkich sektorów).

III. DEINSTYTUCJONALIZACJA USŁUG SPOŁECZNYCH DLA OSÓB STARSZYCH NA WSI – WNIOSKI Z BADAŃ JAKOŚCIOWYCH

Obszary wiejskie w naszym kraju są bardzo zróżnicowane⁸. Występują między nimi liczne różnice gospodarcze (w tym: typ gospodarki rolnej, charakter rynku pracy, proporcje między ludnością aktywną zawodowo a bierną zawodowo, profil pozarolniczej działalności gospodarczej), demograficzne (w tym: skala i kierunki zmian salda liczby ludności, struktura wieku ludności, skala i kierunki procesów migracyjnych) i społeczno-kulturowe (w tym: dominujące formy życia rodzinnego, podziały społeczne w społecznościach lokalnych,

⁸ Bardzo dobrze to zróżnicowanie pokazują wyniki czterech etapów projektu badawczego Monitoring Rozwoju Obszarów Wiejskich (MROW) realizowanego przez Instytutu Rozwoju Wsi i Rolnictwa Polskiej Akademii Nauk oraz Fundację Europejski Fundusz Rozwoju Wsi Polskiej (Stanny i in., 2023).

poziom i formy aktywności obywatelskiej). Z jednej strony kontinuum mamy więc wsie, w których dominują małe rodzinne gospodarstwa rolne, z drugiej zaś – takie, gdzie wiodącą rolę odgrywają gospodarstwa wielkoobszarowe. Są wsie podlegające intensywnemu procesowi dezagraryzacji⁹, jak i takie, w których ten proces jest mniej zaawansowany. Są gminy wiejskie doświadczające depopulacji i takie, w których rośnie liczba ludności. Są wsie bardzo stare demograficznie i wsie z relatywnie wysokim odsetkiem ludności w wieku produkcyjnym i przedprodukcyjnym. Są wsie z dużym udziałem rodzin wielopokoleniowych i takie, w których samotne zamieszkiwanie osób starszych staje się zjawiskiem coraz częstszym i narastającym. Inne jest oblicze wsi wokółaglomeracyjnych (tzw. wianuszkowych), a inne wsi zlokalizowanych na peryferiach województw lub na tzw. ścianie wschodniej. Nie można zatem mówić o przeciętnej polskiej wsi, choć – jak wynika z wykorzystanych w tym artykule wyników badań – pomimo wspomnianych różnic da się zaobserwować podobne zasoby oraz wspólne wyzwania i problemy, które mają znaczenie dla szans deinstytucjonalizacji usług społecznych na obszarach wiejskich. Niektóre z wyzwań są wspólne dla miast i wsi, ale niektóre dotyczą przede wszystkim obszarów wiejskich. Zostaną niżej podzielone na pięć kategorii.

1. Wyjściowy stan infrastruktury społecznej i usług społecznych

Z obu przywoływanych tutaj badań jakościowych wynika, że objęte nimi gminy dysponowały podstawowym zestawem instytucji zaliczanych do infrastruktury społecznej. Wszędzie (z wyjątkiem jednej gminy korzystającej z infrastruktury pobliskiego miasta powiatowego) był przynajmniej jeden ośrodek zdrowia, działał gminny ośrodek pomocy społecznej (w dwóch gminach przekształcony w centrum usług społecznych). W gminach istniały biblioteki gminne i ośrodki kultury. Ponadstandardowe instytucje, z których korzystali starsi mieszkańcy mniejszości badanych gmin, to: ośrodki dziennego pobytu (dienne domy pomocy lub domy Senior+), centrum opiekuńczo-mieszkalne i kluby seniora. Przy czym nasycenie badanych gmin ośrodkami dziennego pobytu było bardzo różne – od całkowitego ich braku do aż trzech na terenie jednej gminy¹⁰. Tylko w jednej gminie (badania IRWiR) działała wypożyczalnia sprzętu rehabilitacyjnego i wykorzystywanego w pielęgnacji chorych. W niektórych badanych jednostkach terytorialnych istniały placówki całodobowego pobytu (domy pomocy społecznej lub prywatne domy opieki) – wszystkie o ponadgminnym charakterze. Brakowało natomiast rodzinnych domów pomocy (tworzonych

⁹ Rosner i Stanny (2018) definiują dezagraryzację jako „proces, w którym rolnictwo traci na znaczeniu w rozważaniach dotyczących struktur gospodarczych i społecznych” (s. 282). Ma ona zarówno wymiar gospodarczy (np. spadek udziału rolnictwa w efektach gospodarowania, w strukturze miejsc pracy), jak i społeczny (np. spadek udziału rolników indywidualnych w strukturze społecznej).

¹⁰ W Polsce w latach 2015–2023 powstało (lub zostało przekształcone z innej placówki) 1179 ośrodków dziennego wsparcia (Chaczko i in., 2024, s. 279). Jest to znaczny przyrost, ale mając na uwadze fakt, że w Polsce istnieje blisko 2,5 tys. gmin, ta liczba oznacza, że przeciętnie taki ośrodek powstał zaledwie w co drugiej gminie.

na podstawie umowy z gminą), które dla osób o ograniczonej samodzielności stanowią swoiste ogniwo pośrednie między własnym mieszkaniem a domem pomocy społecznej czy inną większą placówką całodobowego pobytu. Dodać należy, iż uczestniczący w badaniach Biura RPO starsi mieszkańcy gmin sygnalizowali, że nie we wszystkich wsiach istnieją świetlice wiejskie, w których mogliby się spotykać i wspólnie spędzać czas.

Jak wykazały badania Biura RPO, stan techniczny, dostępność architektoniczna i liczba obiektów infrastruktury społecznej były bardzo różne. W badanych gminach można było spotkać zarówno nowoczesne budynki zapewniające pełną dostępność osobom o szczególnych potrzebach, jak i budynki zapewniające ową dostępność w bardzo ograniczonym zakresie – więcej było w nich barier architektonicznych niż udogodnień. Generalnie więcej było obiektów o ograniczonej dostępności.

Bardzo zróżnicowany był przedmiotowy zakres realizowanych usług społecznych. Z badań Biura RPO wynika, że w gminach najczęściej były realizowane usługi służące aktywizacji osób starszych – integracyjne, edukacyjne, rekreacyjne, kulturalne. Były to, przykładowo, spotkania z okazji różnorodnych świąt, wykłady popularnonaukowe, wycieczki. Były one zatem adresowane do sprawniejszych i z reguły młodszych senierek i seniorów. Usługi te były świadczone okazjonalnie lub w formie cyklicznej. Przy czym, korzystały z nich przede wszystkim kobiety.

We wszystkich badanych gminach dostępne były usługi opiekuńcze oferowane przez pomoc społeczną, choć trudno ocenić, w jakim zakresie zaspokajały one faktycznie występujące potrzeby. Szczególnie w bardzo starych demograficznie gminach ich zakres podmiotowy wydawał się bardzo skromny w relacji do potencjalnych potrzeb mieszkańców. W dodatku ośrodki pomocy społecznej zgłaszały trudności z realizacją specjalistycznych usług opiekuńczych. Natomiast, dzięki programowi rządowemu, część gmin oferowała opiekę wytchnieniową.

Z wywiadów z osobami starszymi i gminnymi decydentami (badania Biura RPO) wynika, że najczęściej zgłaszany był brak lub niewystarczająca dostępność takich usług społecznych, jak: konsultacje lekarzy specjalistów, rehabilitacja ruchowa i fizjoterapia oraz usługi świadczone w ośrodkach dziennego wsparcia dla osób starszych.

Pojawiały się też pojedyncze opinie, iż na wsi potrzebne są następujące usługi adresowane do starszych mieszkańców:

- pomoc – w formule wolontariatu – w tymczasowej opiece nad zwierzętami domowymi (np. w okresie pobytu osób starszych w szpitalu, podczas choroby wymagającej pozostania w mieszkaniu);
- profilaktyka chorób, w tym otyłości;
- wsparcie dla osób z problemem alkoholowym i ich rodzin (alkoholizm jest przecież także problemem osób starszych, szczególnie mężczyzn);
- wsparcie psychologiczne samotnych seniorów w postaci regularnych wizyt w ich domach, „żeby porozmawiać”.

Ponadto w gminach nie były realizowane usługi pomagające osobom starszym w radzeniu sobie z praktycznymi problemami życia codziennego, takie

jak np. drobne naprawy domowe (pomoc „złotej rączki”). Przez badanych dostrzegany był zatem brak takich form wsparcia, które można by zakwalifikować jako profilaktyczne – zapobieganie problemom psychicznym i somatycznym u osób starszych. Formą prewencji jest też pomoc w drobnych naprawach pozwalających na utrzymanie dobrego stanu technicznego zajmowanych przez seniorów mieszkań.

W związku z celem badania IRWiR i metodą doboru próby badawczej we wszystkich uczestniczących w tym projekcie gminach działały hospicja domowe. Natomiast w gminach uczestniczących w badaniach Biura RPO nigdzie nie prowadzono opieki hospicyjnej.

Badania Biura RPO wykazały ponadto, że samorządy gminne sporadycznie angażują się w promocję zdrowia w środowisku seniorów i seniorów. W połączeniu z deficytem usług rehabilitacyjnych świadczy to o niewielkim zakresie podejmowanych na wsi prewencyjnych działań w obszarze ochrony zdrowia, które powinny służyć ograniczaniu ryzyka niesamodzielności u osób starszych.

2. Zasoby i relacje organizacyjne

Zasoby organizacyjne, które mogłyby służyć wsparciu osób starszych są ulokowane na wsi przede wszystkim w sektorze publicznym (instytucje samorządowe), ale występują także w sektorze pozarządowym (głównie Koła Gospodyń Wiejskich, lokalne i regionalne stowarzyszenia), rynkowym (przede wszystkim są to niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej) i nieformalnym (pomoc sąsiedzka). Choć w gminach badanych w projekcie Biura RPO wykazywano istnienie licznych podmiotów trzeciego sektora, to w praktyce jego rola w usługach na rzecz osób starszych była widoczna niemal wyłącznie w działaniach aktywizujących. Brakowało pozarządowych podmiotów gotowych do systematycznego świadczenia usług na rzecz mniej sprawnych i mniej samodzielnych seniorów. W dziedzinie usług opiekuńczych nie odnotowano też przykładów wolontariatu.

Oba przywoływane w tym artykule projekty badawcze pokazały, że na terenach wiejskich brakuje mechanizmów koordynacji działań na rzecz osób starszych. Komponent kapitału społecznego (Martin-Caron, 2013; Theiss, 2007), jakim są normy współdziałania różnych grup oraz współpraca międzyinstytucjonalna, jest w przypadku lokalnej polityki senioralnej stosunkowo słaby. Oferta usług społecznych dla tych osób – nawet gdy jest względnie bogata – ma z reguły rozproszony charakter. Układa się ona w trzy, niezależne od siebie, „niewidzące się nawzajem” nurty: medyczny (instytucje ochrony zdrowia), opiekuńczy (instytucje pomocy społecznej) i aktywizująco-kulturalny (gminne instytucje kultury, Koła Gospodyń Wiejskich). Szansą na scalenie tych trzech nurtów jest powołanie w gminie Centrum Usług Społecznych (Rymsza i Karwacki, 2023). Chociaż można mieć wątpliwości co do faktycznych możliwości sprawczych tego podmiotu w zakresie koordynacji działań instytucji pomocy społecznej i ochrony zdrowia. Jak wynika z badań IRWiR, na przeszkodzie stoją tu odmienne porządki prawne regulujące funkcjonowanie tych dwóch

polityk publicznych, deficyt finansowy i kadrowy w obu tych dziedzinach oraz brak gotowości kadr medycznych do otwierania się na potrzeby środowisk lokalnych. Te same badania pokazały ponadto, jak ważne we współpracy międzyinstytucjonalnej jest zadbanie o to, by podmioty świadczące ten sam lub bardzo zbliżony rodzaj usług na tym samym terenie nie konkurowały ze sobą pod względem wysokości wynagrodzenia dla pracowników (nie „podkupywały” osób wykonujących deficytowe zawody). Ważne też jest, by nie była dublowana praca osób wykonujących zawody pomocowe, a zatrudnionych w różnych lokalnych instytucjach.

Z badań Biura RPO wynika, że brakuje współpracy między funkcjonującymi na terenach wiejskich placówkami całodobowej opieki (domami pomocy społecznej, prywatnymi lub należącymi do podmiotów trzeciego sektora domami opieki) a środowiskiem lokalnym. Instytucje te są swoistymi enklawami, o których działalności władze lokalne mają bardzo skromną wiedzę i które nie wychodzą z inicjatywami współpracy w stosunku do mieszkańców gmin i gminnych instytucji. Jedynym dostrzeżonym w tych badaniach przykładem współpracy była działalność całodobowej placówki prowadzonej przez jedną z ogólnopolskich organizacji. Kierowała nią mieszkanka gminy, która kilku osobom samotnie mieszkającym w swoich domach dowoziła ciepłe posiłki. Inną formą współpracy było umożliwienie kilku osobom, mającym trudności z ogrzaniem swoich domów, zamieszkania w placówce w okresie zimowym. Były to inicjatywy mocno spersonalizowane – konkretna osoba pomagała konkretnym, znanym sobie seniorom. Generalnie jednak w badanych gminach potencjał placówek stacjonarnych nie był wykorzystywany z pożytkiem dla starszych mieszkańców tych obszarów. Można domniemywać, że wynika to z ponadgminnego (domy pomocy społecznej prowadzone przez powiaty), a nawet pozagminnego (prywatne domy opieki) charakteru tych instytucji, obaw przed wpuszczaniem na teren nieznanymi obcych osób czy trudności z rozliczaniem kosztów między wydatkami na potrzeby stałych mieszkańców i wydatkami na potrzeby osób z lokalnego środowiska. Podkreślić przy tym należy, że w przypadku domów pomocy społecznej istnieje przepis umożliwiający im świadczenie usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób w nim niezamieszkujących oraz usługi wsparcia krótkoterminowego w formie pobytu całodobowego lub w formie dziennej (art. 55 i 55a ustawy o pomocy społecznej)¹¹. Nie ma zatem przeszkód prawnych, by domy pomocy społecznej otwierały się na środowisko lokalne.

Tylko w jednej gminie spośród uczestniczących w badaniach Biura RPO stwierdzono udział mieszkańców (w tym osób starszych) w planowaniu usług społecznych. Ten wyjątek dotyczył opracowania planu zagospodarowania przestrzeni publicznej z uwzględnieniem potrzeb różnych pokoleń. Tymczasem deinstytucjonalizacja usług społecznych ma służyć temu, by były one jak najlepiej dostosowane do potrzeb mieszkańców. Osiągnąć to można przede wszystkim dzięki przeprowadzeniu trafnej diagnozy potrzeb oraz dzięki włą-

¹¹ Ustawa z 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, Dz. U. 2004, Nr 64, poz. 593 ze zm.

czaniu mieszkańców w proces projektowania konkretnych usług mających te potrzeby zaspokoić. W praktyce te warunki są spełniane bardzo rzadko.

O tym, czy dana usługa jest w gminie świadczona, w jakim zakresie i w jakiej formie, decydują – jak się wydaje – zupełnie inne czynniki. Po pierwsze – co oczywiste – decydujące są możliwości finansowe (środki własne), lokalowe i kadrowe gminy. Po drugie, bardzo duże znaczenie mają dostępne gminom strumienie zewnętrznego finansowania w postaci programów rządowych (np. Senior+, Opieka+, Korpus Wsparcia Seniorów) lub projektów finansowanych z innych środków publicznych lub niepublicznych. Wymagania zawarte w tych programach często bardzo dokładnie określają, jak ma wyglądać usługa, dla kogo jest przeznaczona i przez kogo może być finansowana. Po trzecie, nie bez znaczenia jest naśladownictwo. Dzięki sieci kontaktów działacze samorządowi i pracownicy instytucji gminnych poznają osiągnięcia innych gmin (w kraju, ale też za granicą) i w efekcie proponują takie same lub podobne usługi u siebie. Raz są to rozwiązania trafione, a innym razem okazuje się, że nie sprawdzają się w innych lokalnych warunkach. Wdrażanie dobrych praktyk wymaga bowiem specjalnych kompetencji merytorycznych (potrzebnych do ustalenia, czy warto coś robić) i metodycznych (wiedza i umiejętności, jak to robić). A te kompetencje nie są powszechne. Po czwarte, oferta usług jest także efektem instytucjonalnej rutyny połączonej z przeświadczeniem władarzy gmin lub pracowników gminnych instytucji (w tym przede wszystkim ośrodków pomocy społecznej), że w małej wiejskiej gminie wszyscy wszystkich znają i dlatego – bez dodatkowych badań – wiadomo, jakie są potrzeby mieszkańców.

3. Zasoby finansowe

Gminy uczestniczące w obu omawianych w tym artykule projektach badawczych charakteryzowała bardzo różna sytuacja finansowa. Zarówno jeśli chodzi o pozostające w ich dyspozycji środki własne, jak i środki przekazywane na zadania zlecone lub realizację programów rządowych (np. Senior+, Opieka+, Opieka wytchnieniowa). Różne też były możliwości gmin w zakresie pozyskiwania pieniędzy z innych publicznych lub niepublicznych źródeł. Niezależnie od sytuacji finansowej gminy bardzo rozważnie podchodziły do wydawania pieniędzy na usługi społeczne. Szczególnie gdy miały być one świadczone w ramach instytucji, którym trzeba zapewnić lokal, wyposażenie i pokryć wynagrodzenia profesjonalnej kadry. Badania Biura RPO pokazały, że gminom wiejskim brakuje środków na tworzenie i utrzymanie dziennych ośrodków wsparcia dla osób starszych. To powstrzymuje gminnych władarzy przed angażowaniem się w takie przedsięwzięcia. Należy podkreślić, że gminy mogły otrzymać dofinansowanie z programów rządowych na utworzenie takiego ośrodka. Jednak kontynuacja działalności była uważana za zadanie przerastające możliwości finansowe samorządu lokalnego. Tym bardziej że większość samorządów nie może liczyć na odpłatność pobieraną od osób objętych wsparciem. Pokazuje to przykład gminy, w której zlikwidowano dom dziennego pobytu, gdyż jego prowadzenie okazało się zbyt kosztowne, a beneficjenci nie chcieli ponosić opłat (badania Biura RPO). Z opinii osób uczestni-

czących w tych badaniach wynika, że niska gotowość do ponoszenia opłat za usługi społeczne z jednej strony jest efektem niskich dochodów osób starszych, a z drugiej – ich przekonania, że po wielu latach ciężkiej pracy powinni mieć dostęp do nieodpłatnego wsparcia ze strony gminy lub państwa¹².

Oba omawiane projekty badawcze dowiodły, że przeszkodą w rozwoju infrastruktury społecznej, która mogłaby stanowić zaplecze deinstytucjonalizacji, jest na terenach wiejskich nie tylko niedobór środków finansowych, lecz także brak ciągłości zewnętrznego finansowania przy niedostatecznych środkach własnych. Finansowanie działalności „od projektu do projektu”, „od grantu do grantu” powoduje brak ekonomicznej stabilności i stanowi barierę dla strategicznego planowania rozwoju usług społecznych na terenie gminy. Wsparcie społeczne w formie usług świadczonych w środowisku lokalnym wymaga zatem odejścia od dofinansowywania projektów na rzecz trwałych strumieni finansowania zadań samorządu.

4. Kapitał ludzki

Kapitał ludzki jest pojęciem o rodowodzie ekonomicznym. Nie wnikając w wielość jego definicji, przyjmuję za OECD (2024), że jest to „zasób wiedzy, umiejętności i innych cech osobistych ucieleśnionych w ludziach, które pomagają im być produktywnymi” (OECD, 2024, akapit 1). W analizie dotyczącej usług społecznych kapitał ludzki proponuję określić jako potencjał kompetencji i umiejętności osób świadczących usługi społeczne i organizujących je. W przypadku usług społecznych dla seniorów osoby te można podzielić na cztery kategorie: (1) opiekunów nieformalnych, (2) opiekunów formalnych, (3) realizatorów usług innych niż opiekuńcze, (4) organizatorów usług społecznych. Opiekunowie nieformalni – to członkowie rodziny, znajomi, sąsiedzi oraz pracujące w szarej strefie osoby obce, które świadczą usługi opiekuńcze. Opiekunowie formalni – to przedstawiciele różnych zawodów opiekuńczych, takich jak m.in. opiekunka środowiskowa, opiekun w domu pomocy społecznej, asystent osoby starszej. Realizatorzy usług innych niż opiekuńcze – to m.in. pielęgniarka środowiskowa, lekarz, animator kultury, terapeuta zajęciowy, pracownik socjalny, psycholog, fizjoterapeuta. Rolę organizatorów usług społecznych pełnią zarówno osoby kierujące różnymi instytucjami oferującymi takie usługi, jak i pracownicy tych instytucji, tacy jak np. organizator usług społecznych w centrum usług społecznych czy pracownik socjalny stosujący w swojej pracy metodę *case management*.

Najważniejszymi opiekunami nieformalnymi osób starszych są członkowie ich rodzin. Jak pokazały badania PolSenior 2, starsi mieszkańcy wsi mają re-

¹² Takie oczekiwania odnotowano też w badaniach sondażowych zrealizowanych w ramach projektu „Ogólnopolska diagnoza w zakresie deinstytucjonalizacji usług społecznych na terenie 16 województw Polski”. Wynika z nich, że – zdaniem seniorów mieszkających w różnych środowiskach – usługi społeczne świadczone w placówce dziennej lub w domu powinny być bezpłatne dla wszystkich osób starszych (40% respondentów) bądź dla osób samotnych lub mających niskie dochody (40% respondentów). Zwolennikami pełnej odpłatności było tylko 11% badanych (Chaczko i in., 2024, s. 285).

latywnie więcej dzieci niż mieszkańcy miast, w tym córek będących dla seniorów bardzo ważnym źródłem opieki i pomocy. Co więcej, na wsi osoby starsze istotnie częściej niż mieszkańcy miast (zwłaszcza dużych) mieszkają z dorosłymi dziećmi i ich rodzinami, tworząc wielopokoleniowe gospodarstwa domowe (Szatur-Jaworska, 2021). Rodzinny kapitał opiekuńczy na wsi jest więc większy. Jakościowe badania Biura RPO potwierdzają, że to rodzina w pierwszej kolejności opiekuje się osobami starszymi i jest to nie tylko opieka międzypokoleniowa, ale także osoby starsze opiekują się swoimi małżonkami lub młodszy starsi opiekują się swoimi sędziwymi rodzicami. Jednocześnie wskazywano na dramatyczne skutki braku rodziny mieszkającej wspólnie lub w niedalekiej odległości. Ten problem jest szczególnie dotkliwy w wyludniających się wsiach, z których wyjeżdżają młodszy, a pozostają starszy. Okazuje się jednak, że osamotnienie i brak stałej opieki dotyczyć może także osób mieszkających z rodzinami. W przypadku gdy ich członkowie pracują lub uczą się poza miejscem zamieszkania i codziennie dojeżdżają do pracy lub do szkoły, pozostawiając seniorów w pustych domach. Skutkuje to nie tylko poczuciem osamotnienia u osób starszych, lecz także brakiem stałego dostępu do pomocy.

Omawiane badania potwierdzają, że członkowie rodzin opiekujący się osobami starszymi potrzebują wsparcia, ale często wstydzą się o nie prosić lokalne instytucje pomocy społecznej. Pomoc społeczna jest bowiem nadal postrzegana stygmatyzująco – jako instytucja dla osób ubogich, nieradzących sobie w życiu lub dotkniętych zjawiskami patologii społecznej. Choć w niektórych gminach organizowana jest opieka wytchnieniowa, to wydaje się, że wsparcie nieformalnych opiekunów nie jest wystarczające.

Omawiane badania jakościowe wykazały także, że na wsiach osoby starsze mogą liczyć na pomoc sąsiedzką (nieodpłatną lub odpłatną). Przy czym jest to przede wszystkim spontaniczna pomoc okazjonalna. Zazwyczaj polega na zrobieniu zakupów, zawiezieniu osoby starszej prywatnym samochodem do pobliskiej miejscowości, by mogła załatwić tam swoje sprawy, oraz na wspólnych przejazdach kilku osób prywatnym samochodem na imprezy organizowane w najbliższej okolicy. Podczas badań zebrano zaskakująco mało informacji o stałym sąsiedzkim wsparciu w formie usług opiekuńczych lub pomocy w gospodarstwie domowym. W wypowiedziach rozmówców pojawiały się różne wyjaśnienia tego stanu rzeczy, jak np. niechęć osób starszych do przyjmowania sąsiedzkiej pomocy wywołana wstydem lub niepokojem, że naruszy to ich prywatność, obawy potencjalnych opiekunów, że musieliby być do dyspozycji sąsiada w każdej chwili, zadawnione sąsiedzkie konflikty.

Badane gminy wiejskie odczuwały deficyt pracowników w ochronie zdrowia i w pomocy społecznej. Jak już była mowa, w ochronie zdrowia brakuje przede wszystkim lekarzy specjalistów i fizjoterapeutów gotowych przyjmować pacjentów w gabinetach czy przychodniach zlokalizowanych na wsi. W pomocy społecznej wskazywano na niedobór pracowników socjalnych w ośrodkach pomocy społecznej, wykwalifikowanych opiekunów świadczących usługi w domach osób starszych, pracowników spełniających wymagania kwalifikacyjne do kierowania lokalnymi instytucjami świadczącymi usługi opiekuńcze w formie dziennej lub czasowego całodobowego pobytu. Przyczyny deficytu kadro-

wego zidentyfikowane w ochronie zdrowia to: niedobory kadrowe w całym systemie (widoczne także w miastach), niska atrakcyjność pracy na wsi związana z koniecznością dojazdów na duże odległości, nie zawsze zadowalające wyposażenie gabinetów lub sal do ćwiczeń rehabilitacyjnych, siła nabywcza starszych mieszkańców wsi ograniczająca ich gotowość do ponoszenia kosztów usług na zasadach komercyjnych, mała skala lokalnego rynku ograniczająca popyt na usługi medyczne i fizjoterapeutyczne. W przypadku pomocy społecznej badania wykazały, że świadczenie usług opiekuńczych postrzegane jest jako zajęcie słabo płatne, niewdzięczne i uciążliwe. W warunkach wiejskich tę uciążliwość zwiększa konieczność dojazdów na duże odległości własnym samochodem, gdyż instytucja zatrudniająca nie zapewnia swoim pracownikom środków transportu. Omawiane projekty badawcze wykazały też – zarówno w przypadku zawodów opiekuńczych, jak i medycznych – że praca w terenie jest dużo mniej atrakcyjna niż w placówce (stacjonarnej lub dziennego pobytu). Ponadto w przypadku pomocy społecznej barierą okazały się wysokie wymagania kwalifikacyjne – wynikające z ustaw lub zasad rządowych programów realizowanych w gminach – których spełnienie na terenach wiejskich doświadczających odpływu aktywnej zawodowo ludności jest bardzo trudne. Braków kadrowych nie można uzupełnić wolontariuszami, gdyż – jak była mowa – wolontariat pomocowo-opiekuńczy jest na wsiach bardzo słabo rozwinięty.

5. Uwarunkowania przestrzenne

Możliwości zorganizowania na terenach wiejskich usług społecznych dla osób starszych są bardzo wyraźnie określone przez ukształtowanie przestrzeni (obszar równinny albo górzysty bądź pagórkowaty; zintegrowany przestrzennie albo podzielony przeszkodami naturalnymi, jak np. rzeka, lub infrastrukturalnymi, jak np. drogi szybkiego ruchu lub autostrady) i charakter sieci osadniczej (wsie o zwartej zabudowie, skupione przy drogach albo wsie o rozproszonej zabudowie z licznymi gospodarstwami położonymi z dala od drogi i od sąsiadów). Ważne też jest, czy gminne instytucje świadczące usługi społeczne są skupione w jednej miejscowości (najczęściej będącej siedzibą władz gminy), czy znajdują się w różnych wsiach.

Te uwarunkowania przestrzenne w powiązaniu ze stanem zbiorowego transportu publicznego decydują o tym, jaka jest skala wykluczenia transportowego mieszkańców gmin. Problem ten jest szczególnie dotkliwy dla osób starszych, czego dowodzą badania Biura RPO. Wynika on ze słabości transportu publicznego oraz z charakterystycznych dla starszego pokolenia mieszkańców wsi ograniczeń w korzystaniu z prywatnych samochodów. Indywidualna motoryzacja rozwija się na wsi od dawna, ale w pokoleniu seniorów (szczególnie osób będących w tzw. czwartym wieku) to mężczyźni są tymi, którzy uzyskiwali prawo jazdy i – w miarę potrzeb – wozili żony. Wiele wiejskich wdów w starszym wieku nie ma zatem prawa jazdy i nawet gdyby mogły dysponować samochodem, to i tak nie mogłyby z niego samodzielnie korzystać. Innym czynnikiem zwiększającym ryzyko wykluczenia transportowego osób starszych (nie tylko na wsi) jest pogorszenie stanu zdrowia, zaburzenia

funkcjonowania zmysłów, niepełnosprawność, które uniemożliwiają bezpieczne prowadzenie samochodu.

Specyfika przestrzenna terenów wiejskich powoduje ponadto, że osoby świadczące usługi w miejscu zamieszkania mają często poważne trudności z dotarciem do osób, którym takie usługi mają być świadczone: na przykład w miastach warunkiem zatrudnienia opiekunki środowiskowej nie jest posiadanie prawa jazdy lub własnego samochodu, a na wsiach są to powszechne oczekiwania. Na wsi dojazdy komunikacją publiczną (o ile ona istnieje w gminie) są bardzo uciążliwe i czasochłonne, co zniechęca osoby świadczące usługi. Tym bardziej że czas dojazdu nie jest uwzględniany w wynagrodzeniu za pracę.

Odpowiedzią na bariery przestrzenne, z którymi borykają się mieszkańcy wsi, są do pewnego stopnia usługi obwoźne. Jak pokazują badania Biura RPO, są one chwalone przez mieszkańców wsi. Obecnie najczęściej spotykany jest obwoźny handel, ale odnotowywane są też inne przykłady, jak mammobusy (mobilne punkty badań mammograficznych), mobilny okulista czy bibliobusy (mobilne biblioteki).

Bariery przestrzenne mogą być też pokonywane dzięki usługom zdalnym. Część badanych gmin ma np. doświadczenia z teleopieką (opaski monitorujące rozdawane w ramach programu Korpus Wsparcia Seniorów). Są to doświadczenia zarówno pozytywne, jak i niezbyt dobre. Największymi problemami okazały się: niewystarczający zasięg stabilnego Internetu na terenie gminy oraz obawy seniorów, że opaski mogą szkodzić ich zdrowiu, niosą ryzyko nadużyć ze strony osób mających dostęp do monitoringu, ograniczają ich prywatność. Nie bez znaczenia jest też uogólniony brak zaufania do nowych technologii informacyjnych. Jak się okazuje, najbardziej przekonują osoby starsze do teleopieki sytuacje, gdy ktoś znajomy uzyskał pomoc dzięki temu systemowi.

IV. WNIOSKI

Deinstytucjonalizacja usług społecznych dla osób starszych dotyczy w przeważającej części instytucji pomocy społecznej i współpracujących z nimi podmiotów. Warto zatem zaznaczyć, że bardzo niewielka część osób w wieku poprodukcyjnym jest klientami pomocy społecznej. W 2023 r. beneficjentami środowiskowej pomocy społecznej było 2,5% populacji w tym wieku (219,7 tys.), z tego około 1/3 stanowiły osoby nieosiągające progu dochodowego (GUS, 2024a, s. 2). Zatem osoby starsze pozostające w swoich domach korzystają głównie z usług pomocy społecznej, do których dostęp nie jest uzależniony od niskich dochodów. Analiza danych dotyczących liczby osób starszych korzystających z systemu pomocy społecznej (GUS, 2024a, 2024b) i liczby osób starszych doświadczających średnich lub poważnych ograniczeń w samoobsłudze (GUS, 2021) pozwala oszacować, że pomocą społeczną objętych jest między

1/4 a 1/3 osób odczuwających te ograniczenia¹³. A to oznacza, że procesowi deinstytucjonalizacji musi towarzyszyć – w miastach i na wsi – zwiększenie podaży usług wspierających codzienne funkcjonowanie osób starszych. O zbyt niskiej podaży tych usług świadczy też fakt, że – według szacunków – kilkanaście procent gmin w ogóle nie oferuje swoim mieszkańcom usług opiekuńczych (Chaczko i in., 2024).

Omawiane w artykule badania jakościowe wskazują, że niektóre gminy wiejskie dysponują potencjałem urządzeń społecznych i usług społecznych, który bardzo szybko może być wykorzystany w procesie deinstytucjonalizacji. Nie jest to jednak sytuacja powszechna. Wśród badanych gmin takim potencjałem dysponowała mniejszość. „Uśrodkowanie” usług społecznych wymaga zatem znacznych nakładów na nowe inwestycje z zakresu infrastruktury społecznej i na rozwój zakresu usług społecznych. Gminy wiejskie nie będą w stanie samodzielnie pokrywać tych wydatków. Potrzebują wsparcia ze środków zewnętrznych. Przy czym wsparcie to musi przyjmować formę stałych strumieni finansowania, by zapewnić stabilność funkcjonowania istniejących już instytucji oraz możliwość planowania rozwoju usług społecznych.

Barierą deinstytucjonalizacji usług społecznych dla osób starszych jest także brak kadr. Występuje on zarówno w miastach, jak i na terenach wiejskich, ale na wsi ma dodatkowe przyczyny. Chodzi nie tylko o niską atrakcyjność zawodów pomocowych, a szczególnie tych, które wiążą się ze świadczeniem usług codziennego wsparcia. Na wsi pojawiają się dodatkowe – omówione w artykule – czynniki zniechęcające do podejmowania pracy w środowiskach lokalnych.

Wieś nadal dysponuje nieco większym niż w miastach potencjałem wspólnot sąsiedzkich¹⁴. Jednak ten potencjał maleje na skutek wyludniania się i starzenia się części wsi albo – wręcz przeciwnie – na skutek pojawiania się na wsiach nowych mieszkańców, z którymi zasiedziały na wsi osoby starsze nie utrzymują bliskich kontaktów. Ponadto, jak wykazały badania jakościowe, wsparcie ze strony sąsiadów ma przede wszystkim charakter okazjonalny. Nie można zatem przyjąć założenia, że deinstytucjonalizacja usług społecznych na wsi może być oparta na pomocy sąsiedzkiej. Są potrzebne instytucje i osoby pomagające zawodowo.

Na terenach wiejskich potrzebne jest wykorzystanie w procesie świadczenia usług form mobilnych. Zgromadzone doświadczenia wskazują, że są one zazwyczaj dobrze oceniane przez mieszkańców wsi oddalonych od lokalnych sklepów i lokalnej infrastruktury społecznej. Co więcej, np. w badaniach Biura RPO same osoby starsze postulowały rozwój różnych usług medycznych w for-

¹³ Popularnym narzędziem do oceny samodzielności w wykonywaniu czynności życia codziennego są dwie skale: ADL (*activities of daily living*) i IADL (*instrumental activities of daily living*). Według 6. rundy międzynarodowego badania SHARE w Polsce ponad połowa osób w wieku 65 lat i więcej, które odczuwały (wg ADL lub IADL) ograniczenia w wykonywaniu codziennych czynności, nie otrzymywała pomocy – zarówno ze strony opiekunów nieformalnych (w tym rodzinnych), jak i formalnych (Szatur-Jaworska i Błędowski, 2023).

¹⁴ W Polsce w 2019 r. dostępność uzyskania praktycznej pomocy od sąsiadów w razie potrzeby oceniano w kategoriach „bardzo łatwo” lub „łatwo” 60,9% dorosłych mieszkańców wsi i 51,4% dorosłych mieszkańców miast (GUS, 2021, tab. V/15).

mie mobilnej. Z tych samych badań wynika też – wspomniana wcześniej – pilna potrzeba wyposażenia instytucji świadczących usługi w domach osób starszych w samochody osobowe ułatwiające dotarcie opiekunów i umożliwiające zorganizowanie indywidualnego przewozu seniorów na badania czy do ośrodków wsparcia. Przełamywanie bariery transportowej utrudniającej dojazd do osób starszych i dotarcie tych osób do instytucji świadczących usługi jest warunkiem niezbędnym, by zrealizować cele deinstytucjonalizacji.

Z omawianych w artykule badań jakościowych wynika także, że gminom wiejskim potrzebne są bardziej elastyczne przepisy prawne regulujące świadczenie usług społecznych. Mała skala środowisk lokalnych, rozproszenie przestrzenne, trudności z pozyskaniem wykwalifikowanej kadry, trudności finansowe, ograniczone możliwości adaptacji starych lub budowania nowych obiektów użyteczności publicznej powodują, że niektóre przepisy ograniczają możliwości samorządów gminnych w zakresie rozwijania usług społecznych.

Jak była mowa, deinstytucjonalizacja powinna opierać się na dobrej diagnozie potrzeb i możliwości poszczególnych osób i rodzin oraz lokalnych zasobów. Badania prowadzone na wsi dowodzą, że takiej pogłębionej i profesjonalnej diagnozy brakuje. Dlatego niezbędne jest przeanalizowanie z jakich źródeł i jakimi metodami mogą czerpać dane do takiej diagnozy małe gminy wiejskie, których nie stać ani na zamawianie badań na zewnątrz, ani na zatrudnianie własnych specjalistów od diagnozowania społecznego. Efektem takiej analizy powinny być przewodniki metodyczne ułatwiające prowadzenie badań tego typu przy jak najmniejszych nakładach.

Deinstytucjonalizacja usług społecznych dla osób starszych wymaga koordynacji tych usług. Z badań jakościowych wynika, że choć na wsiach jest relatywnie niewiele podmiotów świadczących usługi i zazwyczaj zatrudnione w nich osoby znają się osobiście, to zbudowanie sieci współpracy między nimi nie jest łatwe. Po pierwsze, bardzo trudno o współpracę instytucji ochrony zdrowia z pozostałymi lokalnymi podmiotami. Po drugie, tam, gdzie współpraca się odbywa, opiera się ona na osobistym kapitale społecznym osób zatrudnionych w tych instytucjach. Jeśli w tej współpracy można w ogóle mówić o próbach nieformalnej koordynacji, to przyjmuje ona postać uzgodnień w sprawie bieżących działań. A to za mało, gdyż koordynacja powinna zawierać w sobie m.in. rozpoznawanie potrzeb i zasobów, planowanie, partycypacyjne projektowanie, scalanie i rozdzielanie zasobów, zarządzanie informacją, wypracowywanie praktyk stałej, a nie tylko okazjonalnej współpracy. Potrzebna jest zatem formalizacja koordynacji. W gminach, w których powołano centra usług społecznych (CUS), to zadanie powinno być powierzone tym instytucjom. Przy czym – w przypadku usług dla seniorów – kluczowa jest ich zdolność do koordynacji działań także z zakresu ochrony zdrowia – szczególnie diagnostyki, terapii, rehabilitacji, czyli pracy lekarzy, pielęgniarek, fizjoterapeutów. W innych gminach (nieprowadzących CUS) potrzebni są koordynatorzy usług społecznych (adresowanych do różnych grup docelowych, w tym osób starszych). Moim zdaniem powinny to być osoby bezpośrednio podlegające wójtowi, niełączące swojej funkcji z pracą w jakiejś gminnej instytucji. Dzięki temu nie byłyby one zależne od szefa takiej instytucji i miałyby możliwość horyzontalnego,

a nie „silosowego” spojrzenia z zewnątrz na działalność gminnych podmiotów polityki społecznej.

Z przeprowadzonej analizy wyników badań wynika, że na polskiej wsi przed procesami deinstytucjonalizacji usług społecznych istnieje więcej barier niż możliwości wynikających z zastanego potencjału wdrożeniowego.

Author contributions / Indywidualny wkład autora (CRediT): Barbara Szatur-Jaworska – 100% (Conceptualization / Konceptualizacja; Investigation / Przeprowadzenie badań; Writing – original draft / Pisanie – pierwszy szkic; Writing – review & editing / Pisanie – recenzja i edycja).

Conflict of interest / Konflikt interesów: The author declares no conflict of interest. / Autorka nie zgłosiła konfliktu interesów.

Funding / Finansowanie: The author declares no institutional funding. / Autorka oświadczyła, że nie korzystała z finansowania instytucjonalnego.

The use of AI tools / Wykorzystanie narzędzi AI: The author declares no use of AI tools. / Autorka oświadczyła, że nie korzystała z narzędzi AI.

Data availability / Dostępność danych: Not applicable. / Nie dotyczy.

References / Bibliografia

- Age Platform. (2010). *EU Charter of the rights and responsibilities of older people in need of long-term care and assistance – DAPHNE Eustacea*. <https://age-platform.eu/publications/eu-charter-rights-and-responsibilities-older-people-need-long-term-care-and-assistance>
- Chaczko, K., Pikula, N., Zbyrad, T., i Ziębińska, B. (2024). Deinstytucjonalizacja wsparcia seniorów. W: M. Grewiński, J. Lizut i P. Rabiej (red.), *Ogólnopolska diagnoza w zakresie deinstytucjonalizacji usług społecznych na terenie 16 województw Polski*. Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej Toruń; Uczelnia Korczaka; Dom Wydawniczy Elipsa.
- European Expert Group. (2019). *Checklist to ensure EU-funded measures contribute to independent living by developing and ensuring access to family-based and community-based services*. European Expert Group on the Transition from Institutional to Community-based Care with Hope and Homes for Children. <https://www.socialserviceworkforce.org/resources/checklist-ensure-eu-funded-measures-contribute-independent-living-developing-and-ensuring>
- Europejska Grupa Ekspertów. (2012). *Ogólnoeuropejskie wytyczne dotyczące przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności*. Europejska Grupa Ekspertów ds. Przejścia od Opieki Instytucjonalnej do Opieki Świadczonej na Poziomie Lokalnych Społeczności. <https://www.funduszeuropejskie.gov.pl/media/17881/12.pdf>
- GUS. (2020). *Rocznik Demograficzny 2020*. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/roczniki-statystyczne/roczniki-statystyczne/rocznik-demograficzny-2020,3,14.html>
- GUS. (2021). *Stan zdrowia ludności Polski w 2019 r.* <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/stan-zdrowia-ludnosci-polski-w-2019-r-,6,7.html>
- GUS. (2024a). *Beneficjenci środowiskowej pomocy społecznej w 2023 r.* <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/warunki-zycia/ubostwo-pomoc-spoeczna/beneficjenci-srodowiskowej-pomocy-spoecznej-w-2023-roku,6,12.html>
- GUS. (2024b). *Zakłady stacjonarne pomocy społecznej w 2023 r.* <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/warunki-zycia/ubostwo-pomoc-spoeczna/zaklady-stacjonarne-pomocy-spoecznej-w-2023-roku,18,8.html>
- Martin-Caron, L. (2013). *Recension des écrits sur le capital social et sa mesure*. Université Laval.
- Michalska, S., Zwęglińska-Galecka, D., i Halamska, M. (2024). *Dać to, czego naprawdę potrzeba. Raport z badań*. Instytut Rozwoju Wsi i Rolnictwa PAN.
- National Institute on Aging. (2023). *Worksheet: Home safety checklist*. Pobrane 29 października 2024, z: https://www.nia.nih.gov/sites/default/files/2023-04/worksheet-home-safety-checklist_1.pdf

- OECD. (2024). *Human capital and educational policies*. <https://www.oecd.org/en/topics/human-capital-and-educational-policies.html>
- Raclaw, M. (2023). Od instytucjonalnych do rodzinnych form pieczy zastępczej. Ryzyko uproszczeń. W: M. Rymsza (red.), *W stronę środowiskowych usług społecznych. Deinstytucjonalizacja praktyk pomocowych w Polsce i Europie* (s. 33–52). Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego.
- Rosinsky, K., Murray, D. W., Nagle, K., Boyd, S., Shaw, S., Supplee, L., i Putnam, M. (2022, July). A Review of Human-Centered Design in Human Services. *OPRE Report 2022-78*.
- Rosner, A., i Stanny, M. (2018). Rozważania o pojęciu i procesie dezagrarnizacji polskiej wsi. *Więś i Rolnictwo*, 2(179), 281–292. <https://doi.org/10.53098/wir022018/14>
- Rymsza, M. (2023). Polityka deinstytucjonalizacji profesjonalnych praktyk pomocowych w perspektywie socjologicznej. W: M. Rymsza (red.), *W stronę środowiskowych usług społecznych. Deinstytucjonalizacja praktyk pomocowych w Polsce i Europie* (s. 7–30). Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego.
- Rymsza, M., i Karwacki, A. (2023). Analiza działalności usługowej okrzepłych centrów usług społecznych. W: M. Rymsza i M. Karwacki (red.), *Centra usług społecznych. Potencjał intencjonalnie wywołanej zmiany w lokalnej polityce społecznej w Polsce. Raport* (s. 79–129). Kancelaria Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej.
- Siśka, J., i Beadle-Brown, J. (2020). *Transition from institutional care to community-based services in 27 EU Member States: Final report. Research report for the European Expert Group on Transition from Institutional to Community-based Care*. Pobrane 15 marca 2021, z: <https://deinstitutionalisationdotcom.files.wordpress.com/2020/05/eeg-di-report-2020-1.pdf>
- Stanny, M., Rosner, A., i Komorowski, L. (2023). *Monitoring rozwoju obszarów wiejskich. Etap 4. Dekada przemian społeczno-gospodarczych (wersja pełna)*. Instytut Rozwoju Wsi i Rolnictwa PAN; Fundacja Europejski Fundusz Rozwoju Wsi Polskiej.
- Szatur-Jaworska, B. (2021). Sytuacja rodzinna i więzi rodzinne. W: P. Błędowski, T. Grodzicki, M. Mossakowska i T. Zdrojewski (red.), *PolSenior2. Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem* (s. 865–885). Gdański Uniwersytet Medyczny.
- Szatur-Jaworska, B. (2024a). Proces deinstytucjonalizacji usług społecznych a polityka senioralna w Polsce. W: M. Grewiński (red.), *Deinstytucjonalizacja usług społecznych – stan i perspektywy rozwoju* (s. 162–179). Uczelnia Korczaka; Dom Wydawniczy Elipsa.
- Szatur-Jaworska, B. (red.). (2024b). *Dostępność usług społecznych dla osób starszych mieszkających w gminach wiejskich*. Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich.
- Szatur-Jaworska, B., i Błędowski, P. (red.). (2016). *System wsparcia osób starszych w miejscu zamieszkania. Przegląd sytuacji. Propozycja modelu*. Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich.
- Szatur-Jaworska, B., i Błędowski, P. (2023). Między rodziną a instytucją – wnioski z badania PolSenior2 dla polityki senioralnej w Polsce. *Studia z Polityki Publicznej*, 10(1), 83–101. <https://doi.org/10.33119/KSzPP/2023.1.4>
- Theiss, M. (2007). *Krewni – znajomi – obywatele. Kapitał społeczny a lokalna polityka społeczna*. Wydawnictwo Adam Marszałek.
- WHO. (2015). *World Report on ageing and health*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565042>
- WHO. (2020, 26 października). Healthy ageing and functional ability. <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/healthy-ageing-and-functional-ability>