

Joanna Małgorzata Krawczyk<sup>1</sup>, Tomasz Szukalski<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Instytut Kultury Fizycznej i Zdrowia, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Koszalinie

<sup>2</sup> Persomedia Sp. z o.o. Grzybowo

## Bezpieczeństwo osób starszych w niepublicznym domu seniora

### Streszczenie

Poczucie bezpieczeństwa osób starszych jest jednym z najważniejszych czynników wpływających na ich dobrostan fizyczny i psychiczny. Obawa o zdrowie i życie, oraz zapewnienie godnej opieki dla osób starszych staje się wyzwaniem dla wielu krajów Europy. Przed takimi wyzwaniami staje również Polska. Światowa organizacja zdrowia przewiduje, że w 2050 roku będzie 2 miliardy ludzi w wieku starszym. W związku z tym istnieje problem opieki geriatrycznej, jak i godnego starzenia się organizmu — AGING. W udzieleniu pomocy i opieki osobie starszej zaangażowane są coraz częściej niepubliczne Domy Seniora, które starają się spełniać wymogi dotyczące bezpieczeństwa osób starszych przebywających w tego typu placówkach.

**Słowa kluczowe:** bezpieczeństwo, poczucie bezpieczeństwa, opieka medyczna.

### Wstęp

W Polsce postępuje zahamowanie rozwoju demograficznego oraz duże zmiany w strukturze wieku jej mieszkańców. Starzenie się społeczeństwa polskiego jest między innymi rezultatem zjawiska, jakim jest wydłużanie się trwania życia i jest pogłębiany niskim poziomem urodzeń. Zgodnie z przesłankami sporządzonymi przez Główny Urząd Statystyczny prognozy demograficznej, obejmującej okres do 2050 r., w przyjętych prognozach zauważalne będzie znaczne zmniejszenie liczby dzieci (w wieku 0–14 lat) i osób dorosłych (w wieku 15–59), zaś wzrośnie liczba i udział osób w wieku co najmniej 60 lat. Stan liczbowy tego grona zwiększy się w skali kraju o 5,4 mln w 2050 r., ale znaczący wzrost liczby osób starszych wystąpi już w pierwszych latach prognozy, bowiem populację ludzi starszych będą napędzały wysoce liczne roczniki wyżu urodzeń z lat 50. i 60. ub. wieku. Ważną rolę w eskalacji liczby osób w wieku co najmniej 60 lat odegra też wydłużanie się dalszego trwania życia. Zgodnie z założeniami urodzony w 2050 r. mężczyzna będzie miał przed sobą średnio 81,1 lat życia, a więc o 9 lat więcej niż w 2013 r., natomiast przeciętne trwanie życia kobiet wyniesie 87,5, czyli o 6,4 lat dłużej niż obecnie. Zatem dalsze trwanie życia osób, które w 2050 r. będą w wieku 60 lat lub starszym znacznie się wydłuży. Do 2030 r. regularnie będzie wzrastała liczba osób w wieku 70–79 lat, a procent najmłodszej subpopulacji (60–69 lat) będzie malał. Do 2025 będziemy obserwować niewielki spadek odsetki najstarszej grupy wieku, tj. 80 lat i więcej (z 17,9% w 2013 r. do 16,1%). Do około roku 2040, będzie następował szybki i wyraźny wzrost udziału

tej subpopulacji, związany z wchodzeniem w wiek późnej starości bardzo licznych roczników urodzonych pomiędzy końcem drugiej wojny światowej, a początkiem lat sześćdziesiątych. W latach 2025–2040 odsetek osób w wieku 80 lat i więcej w zbiorowości osób starszych (60 lat i więcej) wzrośnie z 16,1 do 27,5%. Ostatnia dekada prognozy przyniesie niewielki spadek wielkości tego wskaźnika — do poziomu 25,8% w 2050 r. W perspektywie następnych dziesiątków lat wciąż wzrastać będzie liczba osób starszych. Nie wszystkie osoby będą się starzeć w zdrowiu. Podkreślenia wymaga fakt, że obecnie w przypadku osób w wieku sędziwym (80 lat i więcej) ponad 2/3 to osoby owdowiałe. Są to przede wszystkim kobiety (85% osób owdowiałych w tym wieku), w głównej mierze mieszkające i żyjące samotnie oraz wymagające wsparcia. Zatem, należy liczyć się z poważnym narastaniem problemu samodzielnej egzystencji przez rosnącą liczebnie zbiorowość osób w wieku starszym, wymagających pomocy — opieki, leczenia i rehabilitacji (Główny Urząd Statystyczny; *Informacja Ministra Zdrowia na temat wpływu zmian demograficznych i starzenia się społeczeństwa na organizację systemu ochrony zdrowia i Narodowy Program Zdrowia*, 2016). W związku z powyższym zauważalna jest potrzeba tworzenia domów opieki przeznaczonych dla osób starszych. Obecnie na terenie Polski zauważalny jest wzrost ilości niepublicznych domów seniora.

### **Choroby wieku podeszłego**

W latach 2007–2011 w Polsce przeprowadzony został wielofunkcyjny projekt doświadczalny poświęcony aspektom medycznemu, psychologicznemu, socjologicznemu i ekonomicznemu starzenia się ludzi w Polsce. Poświęcono go ludziom w podeszłym wieku. Projekt koordynował Międzynarodowy Instytut Biologii Molekularnej i Komórkowej w Warszawie. Na podstawie analizy badań stwierdzono, że z wiekiem wzrasta odsetek osób niepełnosprawnych w zakresie podstawowych, jak i złożonych czynności życia codziennego. Około 750 tys. osób w Polsce wymaga pomocy w zakresie złożonych czynności życia codziennego. Osoby starsze mają często nadciśnienie tętnicze występowało ono u 78% kobiet i 72% mężczyzn, cukrzycę zdiagnozowano u 22% populacji, a większość osób cierpiała na więcej niż jedno schorzenie (Mossakowska, 2013, s. 49–52). Najbardziej nierozpoznawanym schorzeniem u osób w wieku 65 lat i więcej jest przewlekła choroba nerek — do 28%, a w wieku powyżej 90 lat występuje nawet u 72% osób starszych.

Jak wynika z badań projektu badawczego Pol Senior, co czwarty badany w wieku 65 lat i więcej zgłaszał upadki, które były wynikiem z zaburzeń poznawczych, depresji oraz utraty sprawności fizycznej. Nieprawidłowe funkcje poznawcze spostrzeżono u ok. 12% osób po 65. roku życia. Obecność zaburzeń depresyjnych mieściła się w granicach 30% osób w wieku 65 lat i więcej do 35% w grupie 80 lat i więcej. Maksymalnym zagrożeniem dla osób starszych są choroby mózgu, przede wszystkim choroby neurodegeneracyjne oraz naczyniowe. Udar mózgu jest główną przyczyną niesprawności i trzecią przyczyną zgonów. W Polsce każdego roku udaru doznaje ok. 70 tys. osób. Na otępienie cierpi zaś 400 tys. osób. Najczęściej jest to choroba Alzheimera, którą w Polsce ma obecnie 250 tys. osób (według prognoz liczba ta wzrośnie w 2020 r. do 1 mln) (Opala i Ryglewicz, 2013, s. 60–64).

Na podstawie badań przeprowadzonych pod koniec XX w. w Polsce przez Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu argumentowano, że ponad 75% ludności w wieku powyżej 70. roku życia ma problemy powiązane ze słuchem (Skarżyński i Kochanek, 2013, s. 65–67). Ponad połowa przypadków zachorowalności na nowotwory dotyczy osób powyżej 65. roku życia. Liczba osób będzie się z czasem powiększać i stanowić według przewidywań za 20 lat, 20% populacji (Krzemieniecki, 2013, s. 70–72). Do częstych schorzeń układu kostno-stawowego należy choroba zwyrodnieniowa stawów i osteoporoza. Kalkuluje się, że ok. 10% populacji powyżej 60. roku życia cierpi na te schorzenia powodując problemy związane z wchodzeniem i schodzeniem po schodach, wykonywaniem cięższych prac, a także może się przyczyniać do niepełnosprawności osób starszych i uzależnienia ich od pomocy innych (Maciążek-Chyra i Wiland, 2013, s. 79–83).

Choroby serca i naczyń są przyczyną połowy wszystkich zgonów w Polsce, u osób powyżej 65. roku życia aż 54%. W 2020 r. liczba zgonów może przekroczyć 200 tys. rocznie. Około 3 mln Polaków cierpi na chorobę wieńcową. Liczba ta według ekspertów ma się zwiększyć do 4,7 mln w 2030 r. Chorzy na nadciśnienie tętnicze stanowili w 2011 r. 10,5 mln, a w 2030 szacuje się, że będzie ich ponad 14 mln (Zdrojewski, 2013, s. 73–78). Choroby obturacyjne płuc, astma, zakażenia układu oddechowego i rak płuc to najczęściej spotykane choroby u osób starszych. Przewlekła obturacyjna choroba płuc stanie się trzecią przyczyną zgonów w 2020 r. Na astmę cierpi od 6,5 do 17% starszej populacji, a jest nierozpoznania umieralność u osób powyżej 65 lat zwiększa się sześciokrotnie. Rak płuc jest najczęściej występującym nowotworem na świecie i najczęstszą przyczyną zgonów z powodu nowotworów wśród mężczyzn i drugą, co do częstości, w przypadku kobiet. Co druga osoba cierpiąca na nowotwór w wieku powyżej 65 lat zostaje zdiagnozowana z rakiem płuc (Śliwiński, 2013, s. 85–89).

Standardem w polskiej opiece zdrowotnej nad pacjentem geriatrycznym jest leczenie pojedynczych chorób przez wielu specjalistów przy braku wymiany informacji między nimi. Zamiast stawiania pacjentowi diagnozy całościowej kieruje się go na szereg badań dodatkowych oraz przepisuje wiele leków. Według danych Centrali NFZ z 2010 r. osoby powyżej 65. roku życia są najczęściej leczone przez: internistów, chirurgów, kardiologów, okulistów, ortopedów, neurologów oraz urologów. Lekarz geriatra znajduje się dopiero na 20. miejscu wśród specjalizacji lekarskich, do których kierowana jest osoba starsza (Jaroń, 2015, s. 72–73). Wyżej wymienione kryteria zachorowalności osób starszych sugerują potrzebę zaangażowania coraz więcej liczby lekarzy specjalistów geriatryi.

## **Potrzeby opiekuńcze osób starszych**

Konsekwencją starzenia się społeczeństwa polskiego jest wzrost liczby osób o ograniczonej samodzielności. Według przeprowadzonych badań wśród 5 486 osób w wieku od 55–65 lat i więcej analizie poddano odpowiedzi na pytania dotyczące samooceny zdrowia i samodzielności respondentów. Z analizy badań wynika, że zapotrzebowanie poddanych ankiecie jest skorelowane z wiekiem. Podobnie jak w innych krajach UE, większość osób wymaga pomocy około 80. roku życia. Zwiększa

się również odsetek kobiet i mężczyzn w poszczególnych grupach wiekowych. Z danych wynika, że około 55% kobiet i 38% mężczyzn wymaga pomocy. Wśród osób pomiędzy 85. a 89. rokiem życia wsparcia wymaga 68% kobiet i 52% mężczyzn. Podobna korelacja zachodzi w grupie osób w wieku powyżej 90 lat. Z powodu ograniczonej samodzielności pomocy wymaga 82% kobiet i 72% mężczyzn. Kobiety częściej i zdecydowanie potrzebują pomocy niż mężczyźni. Jeżeli po uwagę weźmiemy częstość udzielanej pomocy, to relatywnie rzadziej potrzebują jej kobiety niż mężczyźni. Innym czynnikiem różnicującym zapotrzebowanie na pomoc jest poziom wykształcenia osób starszych. W przypadku osób z wykształceniem podstawowym, 42,2% osób zdecydowanie lub raczej potrzebuje pomocy. Takiej samej odpowiedzi udzieliło tylko 19,5% osób z wykształceniem wyższym. Stosunkowo niewielki odsetek seniorów zdecydowanie potrzebuje pomocy raz w tygodniu, a nawet rzadziej. Pomoc ta dotyczyła czynności wymagających większego wysiłku, na przykład pomocy w sprzątaniu mieszkania, przynoszenia opału oraz robienia zakupów. Z badań Pol Senior wynika, że opieka nad osobami starszymi spoczywa na barkach rodziny: 93,5% respondentów wykazało członków rodziny jako osoby, które im pomagają; 9,3% badanych seniorów wskazało opiekunów nieformalnych, jakimi są sąsiedzi; 4,0% respondentów wskazało opiekunów z placówek opieki społecznej. Z pomocy osób zamieszkującej razem z nimi skorzystało 2,1% badanych. Z pomocy osoby zamieszkującej oddzielnie korzysta 1,9% ankietowanych. Z przeprowadzonej analizy wynika, że osoby starze zamieszkujące samotnie częściej korzystały z pomocy osób niespokrewnionych lub osób z ośrodków pomocy społecznej. Najczęstszą pomoc seniorzy otrzymują jednak ze strony rodziny. Badanie wskazuje na potrzebę zapewniania opieki długoterminowej osobom starszym. Odsetek osób korzystających z opieki rodziny jest największy na wsi. Trudno jest natomiast uzyskać wsparcie na wsi i w miastach ze strony sąsiadów i przyjaciół. Utrudniony dostęp do świadczeń opiekuńczych i pielęgnacyjnych jest wynikiem niedostatecznego rozwoju usług realizowanych przez placówki pomocy społecznej i placówkach opiekuńczych jak i niewystraczająco rozbudowana sieć wsparcia dla seniorów (Błędowski, Mosakowska red., 2012, s. 449–464).

### **Rozkwit domów spokojnej starości w Polsce**

Na terenie kraju działa obecnie ponad 200 legalnych prywatnych całodobowych domów spokojnej starości. Jak podaje Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej mają one do dyspozycji ponad 14 tys. miejsc. Razem w prywatnych samorządowych domach opieki przebywa ok. 80 tys. osób.

Na Mazowszu jest obecnie 88 prywatnych domów dla osób starszych. Przewiduje się, że w latach 2015–2020 polski system prywatnej opieki zdrowotnej będzie rósł w tempie około 7% średniorocznie. Bardzo szybko będą rozwijały się prywatne ubezpieczenia zdrowotne — wynika z najnowszego raportu firmy badawczej PMR (*Polski rynek prywatnej opieki zdrowotnej w latach 2015–2020 będzie rósł w tempie około 7% średniorocznie*). Polskie społeczeństwo ma coraz mniej obiekcji z powodu oddawania bliskich do takich domów. Prywatny system ubezpieczeń zdrowotnych może wpłynąć na wzrost ilości osób chcących korzystać z opieki senioralnej. Osoby przebywające za granicą są skłonne do opłacania w Polsce za opiekę nad swoimi

rodzicami. W Wielkopolsce działa obecnie ponad 20 prywatnych domów opieki, w Małopolsce i na Pomorzu po blisko 50, a na Podlasiu prywatnych domów seniora jest zaledwie kilka. Poradę w wyborze odpowiedniego domu opieki oferuje Centrum Doradztwa Fundacji (pobrane z: <http://fundacja.domyopieki.pl/>). Pomaga ono bezpłatnie wyszukiwać placówki dopasowane do potrzeb pacjenta. Dużo prywatnych domów seniora powstaje w regionach uzdrowiskowych. Na terenie województwa dolnośląskiego 25 placówek jest zlokalizowanych w Kłodzku, Świeradowie-Zdroju, Karpaczu i Polanicy. Domy seniora w zakresie swoich działań profilują się na terapię charakterystyczne dla poszczególnych uzdrowisk, lecząc jednocześnie choroby serca i układu oddechowego, co jest charakterystyczne dla Kudowy Zdroju i Szklarskiej Poręby.

Według wojewody pomorskiego lista powstałych domów seniora nad Bałtykiem jest najdłuższa. Powstały tam 62 placówki m.in. w okolicy Ustki, do której przyjeżdżają seniorzy również z zagranicy. Amerykanie analizują obecnie eksperymentalne projekty, które dotyczyły różnych form opieki senioralnej. Najbardziej sprawdzają się domy spokojnej starości z kameralną atmosferą. Badania dowiodły, że w grupach liczących mniej niż 20 osób występuje mniej lęków i depresji, łatwiej zawiązują się przyjaźnie, podopieczni mają lepsze relacje z personelem. Atmosfera w placówce poprawia się, gdy pielęgniarki zamiast w pokoju za szklm, swoją papierkową robotę wykonują przy stole w salonie dostępnym dla wszystkich mieszkańców domu. Wielu seniorów mimo samotności marzy o pokoju jednoosobowym, najlepiej zamykanym od wewnątrz. Poczucie utraty prywatności jest jedną z największych traum seniorów. Kolejnym ważnym aspektem starszego człowieka jest to, aby jak najdłużej być sprawnym fizycznie, co pozwala na dłuższą samodzielność. Filozofia większości domów opieki sprowadza się wciąż jednak głównie do daleko idącej medykalizacji opieki nad seniorem oraz zagwarantowania mu bezpieczeństwa. Mieszkańcami domów spokojnej starości są najczęściej osoby w podeszłym wieku z chorobami somatycznymi oraz z zaburzeniami narządu ruchu, na przykład po udarach, wylewach oraz zabiegach, potrzebujące fachowej fizjoterapii. Osoby te wymagają stałej, całodobowej opieki medycznej i pielęgniarskiej. W Polsce rodzina szuka domu opieki z reguły dopiero wtedy, gdy fizycznie i psychicznie sama nie jest w stanie dalej zajmować się swoim bliskim.

Popularnością w Polsce cieszą się też rodzinne domy opieki. Są to kameralne placówki prowadzone na przykład przez małżeństwa wykwalifikowanych opiekunów, fundacje, jak np. Dom Seniora „Rodzinne Gniazdo” w Wesołej pod Warszawą z ośrodkiem fizjoterapii i kinezyterapii.

Większą część sektora domów opieki stanowią 20-, 30-osobowe placówki, których właściciele z reguły mieszkają na miejscu albo w pobliżu, z dojeżdżającym do pacjentów lekarzem. Te miejsca są z założenia są dla osób bardziej samodzielnych.

Ciężko chorzy wymagają warunków zbliżonych do szpitalnych. Są to placówki sprofilowane na opiekę nad najbardziej wymagającymi pacjentami. Przykładem jest Centrum Opieki i Rehabilitacji „Leśna Polana” położone w bezpośrednim sąsiedztwie szpitala specjalistycznego w Gryficach specjalizuje się w rehabilitacji i opiece nad pacjentami z chorobami neurologicznymi, dotkniętymi demencją, z chorobą Alzheimera. Prywatny Ośrodek Opiekuńczo-Rehabilitacyjny „Jodłowa Dolina” w Międzyzlesiu na



Dolnym Śląsku ma 43 miejsca dla seniorów i pacjentów z alzheimerem. W Wólce Ostrożeńskiej w powiecie garwolińskim spółka MEDI-system prowadzi 73-lóżkowy oddział rehabilitacji oraz ośrodek opiekuńczo-leczniczy z 90 łózkami dla pacjentów z chorobami otępiennymi, m.in. chorobą Alzheimera. Oprócz profesjonalnej opieki medycznej oferuje indywidualne i grupowe zajęcia terapeutyczne oraz dogoterapię. W Polsce żyje ok. 350 tys. chorych na Alzheimera. Według Karwowskiej i Pochrząst-Motyczyńskiej (2015), które powołują się na Raport Rzecznika Praw Obywatelskich z 2014 r., brakuje państwowych i prywatnych domów opieki dla tych pacjentów.

Przeciętnie koszt pobytu w prywatnym domu opieki to około 3 tys. zł miesięcznie i więcej. Przybywa również luksusowych domów spokojnej starości. Podczas odbywającego się na początku października II Kongresu Gospodarki Senioralnej eksperci podkreślali, że właśnie ten sektor domów spokojnej starości będzie się mocno rozwijać. W Polsce realizowane są rozwiązania, które sprawdziły się już w domach dla seniorów na Zachodzie. W Józefinie jedno skrzydło budynku przeznaczono dla ludzi z demencją. Ci pensjonariusze często mają potrzebę, by do kogoś jechać, dlatego w parku wykonano przystanek autobusowy z ławką, by mogli tam posiedzieć.

Istnieją też domy seniora bez godzinowych ograniczeń odwiedzin i gdzie nie ma ściśle obowiązującego grafiku dnia. Dzięki temu rozwiązaniu pensjonariusze mają więcej swobody. Coraz częściej inwestorzy zwracają uwagę na architekturę. Budują parterowe, podzielone na mniejsze skrzydła domy.

Seniorom bardzo pomaga, jeśli prócz zajęć grupowych mają inne zadania. Istnieją domy, w których pensjonariusze mogą trzymać zwierzęta albo w których są koty czy psy personelu. Możliwość bycia ze zwierzęciem poprawia kondycję psychiczną tych osób. Pozytywne rezultaty przynosi też zachęcanie pensjonariuszy do opieki nad kwiatami doniczkowymi. Badania amerykańskich psychologów wykazały, że dzięki narzuconemu obowiązkowi i związanej z nią odpowiedzialności seniorzy są żywsi i żyli dłużej (za: Karwowska i Pochrząst-Motyczyńska, 2015).

## **Prawa seniora**

Starsze osoby nie zdają sobie sprawy z tego, że niewłaściwe ich traktowanie jest naruszeniem ich praw człowieka (Europejska Konwencja Praw Człowieka). Często słyszy się o nadużyciach względem osób starszych w publicznych i niepublicznych domach opieki społecznej lub dokonywanych przez ich opiekunów w ich własnych domach, o lekarzach odmawiających osobom starszym kuracji medycznych jedynie ze względu na ich wiek. Europejska Konwencja Praw Człowieka została przyjęta w 1950 roku a następnie była zmieniana i uzupełniana dodatkowymi protokołami. Państwa podpisujące Konwencję obligują się do zapewnienia każdemu człowiekowi praw i wolności w niej określonych. Główne prawa to: prawo do życia, prawo do godnego traktowania; zakaz tortur oraz poniżającego lub niehumanitarnego traktowania albo karanie, zakaz niewolnictwa i pracy przymusowej, prawo do wolności i bezpieczeństwa osobistego, prawo do rzetelnego procesu sądowego, zakaz karanie bez podstawy prawnej, poszanowanie życia prywatnego i rodzinnego, wolność myśli, sumienia i wyznania, wolność słowa, wolność zgromadzania się i stowarzyszania, prawo do zawarcia małżeństwa, prawo do skutecznego środka odwoławczego, zakaz dyskryminacji przy

korzystaniu z praw i wolności. Domy opieki społecznej, jak i domy seniora związane są ściśle z zapewnieniem opieki medycznej i pielęgnacyjnej. Jest to jedno z bardzo często łamanych praw. Prawo do ochrony zdrowia jest prawem gwarantowanym konstytucyjnie. Konstytucja RP nakłada na władze publiczne szczególnie obowiązek zapewnienia opieki zdrowotnej, m.in. osobom niepełnosprawnym oraz osobom w podeszłym wieku. W szczególności władze publiczne nie mogą odmówić kuracji medycznych tylko z powodu wieku. To samo prawo obliguje osoby zarządzające niepublicznymi placówkami opiekuńczymi do przestrzegania zasad wynikających Konstytucji RP.

Zakłada ona zasadę równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, i to niezależnie od sytuacji materialnej. W zakresie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej osobom starszym w szczególności przysługuje prawo dostępu do opieki ambulatoryjnej, w tym opieki w domu, jak również do badań diagnostycznych do leczenia szpitalnego, do rehabilitacji. Podmioty wykonujące działalność leczniczą muszą wypełniać wymagania ustawowe dotyczące w szczególności warunków ogólnoprzestrzennych, sanitarnych oraz instalacyjnych. Prawo pacjenta gwarantuje natychmiastowe uzyskanie świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie zdrowia i życia. W sytuacji ograniczonej możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń zdrowotnych osobie starszej przysługuje jej prawo do jasnej, bezstronnej i uwarunkowanej na kryteriach medycznych procedury ustalającej hierarchię dostępu świadczeń medycznych.

Europejska Konwencja Praw Człowieka oraz Konstytucja RP mówią, że nikt nie może być poddany torturom lub niehumanitarnemu, bądź poniżającemu traktowaniu. Prawo do godnego traktowania jest prawem bezwarunkowym, nie może zaistnieć żadna sytuacja i okoliczność, które naruszają lub ograniczają to prawo. Zarazem w domach rodzinnych, jak i instytucjach, których misją jest niesienie pomocy, zdarzają się sytuacje, gdzie ludzie starsi doświadczają niehumanitarnego lub poniżającego traktowania. Do najczęściej spotykanych sytuacji należą: niewłaściwa opieka nad osobami starszymi, nieodpowiednie podawanie leków, zbyt lub niewłaściwe stosowanie środków przymusu bezpośredniego. Środki przymusu bezpośredniego wobec osoby starszej z zaburzeniami psychicznymi to: przetrzymanie, przymusowe zastosowanie leków, unieruchomienie, izolacja.

Bezzasadne bądź niewłaściwe stosowanie środków przymusu bezpośredniego jest naruszeniem praw człowieka, niehumanitarnym i poniżającym traktowaniem (Rzecznik Praw Obywatelskich, 2012, s. 36–43). Każdemu człowiekowi przysługuje prawo do poszanowania życia rodzinnego. Prawo do poszanowania życia rodzinnego mieści w sobie ewentualność wspólnego mieszkania z rodziną, a jeśli to niemożliwe to warunkuje utrzymywanie z nią regularnych kontaktów. Obowiązek alimentacyjny to następne prawo, do jakiego mają seniorzy. Na członkach rodziny ciąży obowiązek udzielania wzajemnej pomocy i wsparcia, w tym zapewnienia środków utrzymania na przykład: wyżywienia, odzieży, opieki lekarskiej, w miarę potrzeby także środków wychowania (m.in. środków rozwoju duchowego, intelektualnego, rozwijania zainteresowań kulturalnych). Jeżeli ktoś z seniorów żyje w niedostatku, może wystąpić o alimenty od własnych dzieci. Osobom starszym przysługuje również prawo do

poszanowanie życia prywatnego, i obejmuje takie kwestie, jak: zdolność do życia osobistego według własnego wyboru, zdolność do budowania relacji z innymi według własnej woli, fizyczne i psychiczne dobre samopoczucie, posiadanie dostępu do opieki medycznej (Rzecznik Praw Obywatelskich, 2012, s. 49). Zgodnie z Konstytucją RP każdy człowiek ma prawo do decydowania o swoim życiu osobistym, więc do podejmowania każdej decyzji dotyczącej miejsca zamieszkania, pracy, sposobu leczenia, życia rodzinnego, sposobu wydatkowania pieniędzy. Osoby starsze mają takie samo prawo do decydowania o swoim życiu, jak inni. Ograniczenie lub pozbawienie człowieka zdolności do czynności prawnych wiąże się z jego samodzielnością, prawa do samostanowienia oraz wolności. Niektórzy z członków rodziny lub opiekunów posługiwali się tą kwestią, by pozbawić ludzi ich praw i decydować za nich. Toteż ubezwłasnowolnienie winno być używane wysoce ostrożnie i tylko w rzadkich okolicznościach, w których wszelkie inne środki pomocy zostały już wykorzystane.

### **Spoleczne i bytowe zagrożenia bezpieczeństwa osób starszych**

Jednym z wielu zagrożeń osób starszych jest pojęcie przemocy. Może być ono różnie definiowane, w zależności od kontekstu, w jakim ma zostać użyte. W gerontologii przemoc oznacza wszystkie formy krzywdzenia osoby w podeszłym wieku. Przemoc wobec ludzi starych podzielić możemy na nadużycie i przemoc stosowaną wobec seniorów są: przemoc fizyczną, psychiczną, finansową, seksualną, symboliczną oraz zaniedbania. Przemoc wobec osób jest coraz większym problemem społecznym na całym świecie. Wiele starszych osób często staje się ofiarą wykorzystywania we własnym domu, w domach przyjaciół i krewnych, a nawet w zakładach odpowiedzialnych za opiekę nad nimi. Osoby starsze ze względu na fizyczne predyspozycje oraz psychiczne ograniczenia są mniej zdolne do przeciwstawienia się aktom przemocy — często nie potrafią się bronić, wykazując postawę bierną i podporządkowaną. Wiele seniorów na całym świecie przynajmniej raz padła ofiarą nadużycia — najczęściej sprawcą była osoba z najbliższego otoczenia, bezpośrednio odpowiedzialna za opiekę nad osobą starszą.

Według raportów w samych Stanach Zjednoczonych więcej niż pół miliona osób starszych staje się ofiarą nadużyć. Według amerykańskiego biura ds. przemocy i nadużyć kolejnych kilka milionów przypadków nigdy nie zostaje zgłoszona. Phillips i in. (2013) opisują, że problem znęcania się i przemocy nad osobami starszymi w amerykańskich placówkach opieki długoterminowej jest powszechny. Analiza badań, że przypadków maltretowania i przemocy fizycznej było niewiele, jednak analiza sprawozdań narracyjnych z zaledwie 7% zakładów wykazała 598 zarzutów o złe traktowanie, z czego aż 372 (62,2%) było uzasadnionych i dotyczyło najczęściej przemocy słownej oraz psychicznej (Kijak i Szrota, 2015, s. 77).

Interesującą analizę dotyczącą przemocy, na jaką narażeni są ludzie starzy w różnego typu ośrodkach i instytucjach, których przebadano łącznie 125, przedstawili Kramkowska, Szafranek, Żuk (2012). Z wniosków wynika, że do ośrodków zgłaszają się najczęściej kobiety, ofiary przemocy, przede wszystkim domowej (aż 96,7% sprawców to współmałżonkowie). Przemoc fizyczna to najczęstsza forma przemocy, natomiast częstą formą udzielanej pomocy jest interwencja kryzysowa i wsparcie



psychospołeczne (więcej w: *Praca Socjalna 2012*, 5). Istnieje bardzo duże zagrożenie przemocą w ośrodkach wsparcia dziennego i instytucjach opieki długoterminowej. Wykazali to w swoich badaniach Muehlbauer i Crane (2006, s. 43–48). Stwierdzili oni, że problem przemocy i zaniedbywanie wobec ludzi w podeszłym wieku powinien być tematem do polemiki dla personelu pielęgniarско-lekarskiego i pedagogiczno-psychologicznego oraz być istotnym zagadnieniem debaty na szczeblu państwowym. Strasser i in. (2013, s. 309–315) w swoich badaniach wykazują, że wysoce wystawione na akty przemocy są osoby najstarsze powyżej 70. roku życia.

Osoby starsze niepełnosprawne intelektualnie doświadczają różnych form przemocy trzykrotnie częściej niż inni starsi ludzie, wykazali to Cooper (2008) i Dunlop (2001). Pośród najważniejszych czynników ryzyka należy: wiek, wykształcenie, sprawność fizyczną i intelektualną, jakość relacji społecznych, a także wcześniejsze doświadczanie przemocy. Najczęstsze formy wykorzystywania to przemoc fizyczną oraz wyzysk finansowy. Fakty z badań wskazują, że przemoc wobec osób starszych jest nierzadkim problemem w krajach rozwiniętych i rozwijających się. Schiamberg i in. (2012) przeprowadzili badania na temat częstości występowania i czynników ryzyka przemocy fizycznej wśród starszych osób przebywających w domach opieki społecznej w stanie Michigan. Około 24,3% badanych stwierdziło, iż doświadczyło, co najmniej jednego incydentu przemocy fizycznej ze strony personelu domu opieki. Do aktów przemocy dochodziło głównie w odniesieniu do podopiecznych o słabej kondycji fizycznej, najczęściej poruszających się niesamodzielnie, mających poważne ograniczenia komunikacyjne, potrzebujących pomocy w codziennych czynnościach i czynnościach fizjologicznych (Kijak i Szrota, 2015, s. 78–79).

Na terenie Polski w ostatnich 20 latach zjawisko przemocy wobec człowieka starszego przybrało na sile zarówno w domach pomocy społecznej, jak i w środowisku domowym. Coraz więcej osób starszych pozostaje w ostatnich latach swojego życia w obliczu konieczności przyjmowania wsparcia i opieki ze strony członków rodziny, a prawie połowa osób powyżej 65. roku życia potrzebuje pomocy w przynajmniej jednej czynności związanej z prowadzeniem gospodarstwa domowego. Według sondażowych danych CBOS (2005) około 24% starszych kobiet doświadczyło przemocy słownej ze strony męża lub partnera, a blisko 22% starszych mężczyzn doznawało upokorzenia i szykan ze strony swoich partnerek. Przemocy fizycznej w postaci popychania, szarpania lub bicia doświadczyło 8% kobiet i 2% mężczyzn. Badania przeprowadzone przez Halicką (1996) pokazały, że najczęstszym zaniedbaniem ze strony rodziny okazał się brak opieki, izolowanie od spraw rodziny, a często też zaniedbanie emocjonalne. Zauważono korelację między wiekiem osoby podlegającej opiece i procesem zaniedbania: im starsze osoby, tym poczucie zaniedbania wzrastało. Halicka dowiodła, że 6% seniorów doświadcza przemocy, a wskaźnik narażenia na przemoc jest wyższy dla kobiet niż dla mężczyzn. Najczęściej znieważane były osoby starsze, wyzywane, ośmieszane lub lekceważone. Tylko 0,4% badanych doświadczało przemocy fizycznej, takiej jak kopanie czy duszenie. Najrzadziej zgłaszano wymuszenia seksualne.

Przemoc wobec osób starszych przybiera różne formy. Jedną z nich są zachowania powodujące cierpienia psychiczne, stres i strach, np.: ośmieszanie, groźby, molestowanie

lub upokorzenie, czy ubezwłasnowolnienie w możliwości samodzielnego wyboru, jak i decyzjach. Malwersacje finansowe, stanowią następną formę przemocy wobec osób starszych. Najczęściej spotykane jest nielegalne lub niewłaściwe korzystanie z pieniędzy nieruchomości lub innych środków, np. nieuprawnione pobranie pieniędzy lub mienia, nadużywanie pełnomocnictwa, nieuprawnione dysponowanie mieniem. Przemoc fizyczna, zadawanie bólu, urazów lub użycia siły, np. bicie, popychanie, nieostrożne obchodzenie się stanowi następną drastyczną formę przemocy. Częstym typem zaniedbania wobec starszych podopiecznych jest zaniedbywanie ich potrzeb fizycznych, emocjonalnych i społecznych w postaci nieodpowiedniego jedzenia, braku odpowiedniej i czystej odzieży, baraku schronienia, odizolowania społecznego oraz braku opieki medycznej i lekarskiej. Wśród form przemocy wyróżnia się przemoc seksualną, pod postacią prowokowania zachowań seksualnych wbrew woli i chęci osoby starszej, a także ośmieszanie i ekshibicjonizm osoby starszej oraz upublicznianie jej wizerunku (Halicka, 1996, s. 83–84). Na przemoc są również narażone osoby starsze z niepełnosprawnością intelektualną. Bardzo często narażone są one na przemoc fizyczną, zadawanie bólu (bicie, popychanie, nieostrożne obchodzenie się), niezaspokojenie potrzeb fizycznych, emocjonalnych i społecznych (nieodpowiednie jedzenie, odzież, schronienie, odizolowanie) oraz przemoc seksualną.

W Polsce coraz częściej spotyka się przemoc ze strony instytucji, która dotyczy osób starszych i niepełnosprawnych. J. Nawrocka, E. Nawrocka i Kamińska (2013) opisują w swoich badaniach przemoc stosowaną w sklepach, salonach sprzedaży, kawiarniach, restauracjach, nie pomijając instytucji opiekuńczych. Nieprzychylna do osób starszych widać również wśród pracodawców, którzy z dużym oporem podejmują się zatrudnienia osób starszych. Najważniejsze przejawy dyskryminacji wobec osób starszych w aspekcie ich zatrudnienia to zmuszanie osób starszych do przejścia na emeryturę. Bardzo rzadkie zatrudnianie osób starszych oraz zmuszanie osób w podeszłym wieku do podjęcia niskopłatnej, a często i tymczasowej pracy. Pracodawcy uniemożliwiają osobom starszym korzystanie ze szkoleń zawodowych, w których bez ograniczeń uczestniczą młodszy pracownicy. Brak szacunku, prześladowanie i poniżanie przez młodszych kolegów z pracy. Przymusowe zwalnianie starszych pracowników w chwili osiągnięcia przez nich wieku emerytalnego. Tego typu praktyki są niedozwolone — łamią art. 32 ust. Konstytucji RP zakazujący dyskryminacji w życiu politycznym, społecznym i gospodarczym „z jakiegokolwiek przyczyny”, a oznacza to że zakaz ten dotyczy również dyskryminacji z powodu wieku.

W instytucjach opieki długoterminowej działalność oparta jest na traktowaniu innych z wyższością. Często personel medyczny ma bardzo złe relacje z podopiecznymi, dyskryminując osoby starsze w opiece zdrowotnej. Lekarze często zgłaszają złość, niecierpliwość i frustracje podczas kontaktu ze starszym pacjentem. Personel medyczny traktuje osoby starsze jako pacjentów trudnych. Odmawia się leczenia osób starszych, uzasadniając to ich zaawansowanym wiekiem. W sposób niezrozumiały przekazuje się informacje o zapisywanych lekach i zalecanych badaniach. Problemem jest również zapisywanie zaleceń lekarskich zbyt małą, nieczytelną czcionką, czy uniemożliwianie dostępu osobom starszym do określonych usług lub udzielanie niejasnych informacji o oferowanych świadczeniach medycznych. Często umieszcza się seniorów na

oddziałach i w klinikach oferujących niewystarczające, niespecjalistyczne świadczenia zdrowotne. Bariery architektoniczne w wielu instytucjach opiekuńczych i świadczących usługi lecznicze są niejednokrotnie przeszkodą dla osoby starszej i niepełnosprawnej.

Zauważalne są również formy dyskryminacji osób starszych na polu ubezpieczeń społecznych i dostępu do dóbr kultury. Oferta handlowa jest niedostosowana do potrzeb i możliwości osób starszych. Zauważalna w mediach transmisja negatywnych postaw i stereotypów na temat starości. Brak możliwości skorzystania z niektórych usług finansowych ze względu na zaawansowany wiek klienta i obawę przed niewywiązaniem się ze spłat, na przykład w kwestii kredytów. Nieubezpieczanie osób starszych na czas podróży i w innych sytuacjach ze względu na wiek. Pobieranie wyższych składek ubezpieczenia zdrowotnego, podyktowane przekonaniem o częstych problemach zdrowotnych osób starszych, a także odmawianie przyznania niektórych zasiłków uzasadniane wiekiem. Bardzo częste nachodzenie seniorów w ich własnych domach, przez handlowców i akwizytorów wyludzając często duże kwoty pieniędzy.

Osoby starsze są bardzo często ofiarą przestępstw. Przestępcy podają się za pracowników administracji, ZUS-u, PCK, opieki społecznej, funkcjonariusza Policji, a nawet za członka rodziny, opierając się na bezradności i samotności osób starszych. Sprawcy przestępstw bazują na zaufaniu tych ludzi. Oszuści pukają do drzwi pod różnymi pretekstami, np. z prośbą o wodę czy coś do jedzenia, oferując sprzedaż artykułów przemysłowych, bądź też podając się za listonosza, pracownika ZUS-u, siostrę PCK, hydraulika lub przedstawiciela fundacji czy stowarzyszenia, pogotowia ratunkowego. Po wejściu do domu, wykorzystują chwilową nieuwagę osoby starszej, dokonując kradzieży. Czyn polegający na wyludzeniu pieniędzy przez osoby podające się za członków rodziny lub bliskich znajomych, pod pretekstem pilnej życiowej potrzeby, jest jednym z najczęściej popełnianych przestępstw. Podejrzani telefonują, podając się za wnuka lub siostrzeńca, zniekształcając głos w telefonie. Proszą o wsparcie na zakup jakiejś rzeczy w bardzo atrakcyjnej cenie, od razu informując „babcię” lub „dziadka”, że nie będą mogli sami odebrać pieniędzy i że wyślą po nie kolegę. Inna metoda działania polega na tym, że sprawcy pukają do mieszkań, prosząc o coś do jedzenia lub picia i informując, że zmarł im ojciec, a matka przebywa w szpitalu. Osoby starsze przygotowują posiłek, a w tym czasie złodzieje okradają mieszkanie. Oszuści podają się też za pracowników opieki społecznej, urzędu skarbowego czy ZUS-u, mówiąc, że ich wizyta związana jest z przydziałem większej emerytury lub renty czy zwrotem podatku dochodowego. Aby uzyskać te świadczenia osoba starsza powinna wnieść opłatę manipulacyjną. Sprawca w tym czasie analizuje, gdzie osoba starsza przechowuje pieniądze. W tym czasie złodziej prosi o podanie, np. szklanki wody, a pod nieobecność domownika kradnie oszczędności lub cenne przedmioty znajdujące się w mieszkaniu. Sprawcy oszustw mogą także podszywać się pod funkcjonariuszy Policji lub straży miejskiej, informując, że ktoś z rodziny popełnił przestępstwo lub wykroczenie. Pragnienie udzielenia wsparcia bliskim wpływa na to, że osoby starsze płacą za tę „wymyśloną usługę” znaczne sumy pieniędzy (Nawrocka, 2013).

Wśród zagrożeń ze strony placówek opiekuńczych należy narażenie pensjonariuszy na utratę życia. Taki przypadek zanotowano w październiku 2016 r. w Domu Pomocy w Zgierzu, gdzie do szpitala przewieziono 13 osób potrzebujących pilnie hospitalizacji.

Pięcioro osób zmarło. Przyczyny śmierci tych osób dopatruje w nieprawidłowościach w sposobie sprawowania nad nim opieki. Wszczęte zostało śledztwo w sprawie nieumyślnego spowodowania śmierci. Kluczowe znaczenie w sprawie będzie miało ustalenie, czy zgony pięciu osób mogą pozostawać w związku z warunkami bytowymi w placówce. Jaki jest stan zdrowia pozostałych podopiecznych, czy dochodziło do nieprawidłowości w sposobie sprawowania opieki nad nimi, w jakim okresie i na czym one polegały. Sprawdzenia wymaga także, jakie były zasady funkcjonowania placówki i czy przy jej prowadzeniu wypełnione były wszelkie wymogi formalne (Kosmatka i Witkowska, 2016).

W placówce według opinii inspektorów i śledczych panowały bardzo złe warunki bytowe. Pensjonariusze chodzili głodni, a temperatura w pokojach nie przekraczała 10 stopni Celsjusza. Poważne zastrzeżenia budził zdrowia osób przebywających w domu opieki, ale także stan sanitarny ośrodka. Z dokumentów okazało się, że dom zarejestrowany był jako noclegownia, a funkcjonował jako dom pomocy społecznej. Po tym incydencie minister Elżbieta Rafalska zaapelowała o zgłaszanie przypadków nielegalnie działających domów opieki wydziałom polityki społecznej urzędów wojewódzkich bądź powiatowym centrum pomocy rodzinie. W całym kraju takich placówek może być ponad 100 (PAP/JS, 2016).

### **Działalność gospodarcza w zakresie prowadzenia placówki całodobowej dla osób starszych**

Każdy dom seniora musi dysponować zezwoleniem wojewody właściwego ze względu na położenie domu i musi być wpisany do rejestru, który corocznie ogłaszany jest w wojewódzkim dzienniku urzędowym. Ażeby zyskać zezwolenie, dom seniora musi spełniać standard usług. W zakresie wydawania zezwolenia na prowadzenie domu obowiązuje właściwość miejscowa, sprowadzająca się do konieczności ubiegania się o wydanie zezwolenia do wojewody właściwego ze względu na umiejscowienia domu pomocy społecznej. Podmiot chcący prowadzić taką działalność składa wniosek o wydanie zezwolenia i przedkłada go służbom wojewody wraz dokumentami niezbędnymi do jego wydania zgodnie z rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej.

Wniosek powinien zawierać podstawowe informacje o podmiocie ubiegającym się o zezwolenie (nazwę lub dane osobowe w przypadku ubiegania się o zezwolenie osoby fizycznej, siedzibę i adres, dane z ewidencji podatkowej, informacje o wpisie w rejestrze przedsiębiorców albo w Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej), a także informacje o samym obiekcie: jego usytuowaniu, wielkości, dla kogo będzie przeznaczony, jakiego rodzaju personel przewidziany jest do pracy z mieszkańcami, jaki zakres usług będzie świadczony przez poszczególne jego grupy. Do wniosku dołącza się kopię dokumentu potwierdzającego tytuł prawny do nieruchomości, na której jest usytuowany dom, stosowne dokumenty potwierdzające spełnianie wymagań wynikających z prawa budowlanego, przepisów przeciwpożarowych, sanitarnych, a także projekt regulaminu organizacyjnego. Dokumenty powinny jednocześnie zawierać informacje o źródłach finansowania, a także o niezaleganiu z płatnościami do urzędu skarbowego i ZUS-u. Powinny znaleźć się również dane kierownika: czy

osoba ta jest do tego zdolna ze względu na stan zdrowia i czy nie była karana za przestępstwo popełnione umyślnie. Oświadczenia, podmiot lub osoba fizyczna składa pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań. Składający oświadczenie jest obowiązany do zawarcia w nim klauzuli następującej treści: „jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia”. Klauzula ta reprezentuje pouczenie organu o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań. Po złożeniu dokumentów i ewentualnym ich uzupełnieniu na życzenie wojewody następuje wizytacja, w którym usytuowany jest dom seniora. Wizytacji dokonują inspektorzy socjalni, którzy naocznie potwierdzają informacje zawarte w dokumentach. W następstwie pomyślnie przeprowadzonej wizytacji wojewoda wydaje zezwolenie na prowadzenie domu pomocy społecznej na czas nieokreślony, równocześnie wpisując dom do prowadzonego przez siebie rejestru. Uzyskanie zgody na prowadzenie wydawane jest na czas nieokreślony, ale każdy dom podlega nadzorowi i kontroli ze strony służb wojewody i w określonych sytuacjach może takie zezwolenie utracić, co jest równoznaczne z procedurą likwidacji domu. Procedura rejestracji ma na celu nie tylko respektowanie wymogów zawartych w ustawie, ale poprzez upowszechnianie tej informacji ma dotrzeć do odbiorcy, potencjalnego mieszkańca, że dom, w którym będzie mieszkał, spełnia wszystkie wymagania i świadczone usługi świadczy na porównywalnym poziomie, jak w innych tego typu placówkach. Decydując się na uruchomienie placówki bez wymaganych zezwoleń, osoba prowadząca naraża się na dotkliwe kary finansowe, a nawet ewentualność jej zlikwidowania, gdy obiekt i sposób sprawowanej opieki nie spełniają wymaganego ustawowo standardu (Grabusińska, 2013).

### **Potrzeba stworzenia Domu Seniora JASO**

Przychodzi czas, w którym rodzina staje się odpowiedzialna za opiekę bliskiej osoby starszej zarówno chorej, jak i niedomagającej. Zdarza się, że opieka ze strony rodziny jest niemożliwa lub osoba wymagająca opieki jest samotna. Warunki mieszkalne są często dostosowane do potrzeb małej rodziny i dla osoby brak jest miejsca. Członkowie rodziny chodzą do pracy i zazwyczaj nie mają wystarczająco dużo czasu dla odpowiedniej opieki nad osobą starszą. Oprócz związanych z chorobą upośledzenia fizycznego i psychicznego, nagła opieka nad osobą starszą może oznaczać ogromne załamanie psychiczne osoby chorej, jak i rodziny. Strach przed nieznanym powoduje psychiczną izolację chorego. Alternatywę do pozostania osoby chorej w domu, zapewniając jej opiekę przez kochającą rodzinę, niejednokrotnie stanowi zatrudnienie medycznego opiekuna domowego. Innym rozwiązaniem może być umieszczenie osoby starszej w domu pomocy społecznej lub w prywatnym domu seniora.

Wszystkie prawa człowieka chronione przez Europejską Konwencję Praw Człowieka, Konstytucję RP oraz ustawy są ważne dla osób starszych przebywających wśród rodziny, jak i w domu seniora. Najważniejsze z nich to prawo do zabezpieczenia społecznego, prawo do opieki zdrowotnej, prawo zakazujące tortur i niehumanitarnego lub poniżającego traktowania, prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego, domu i korespondencji (Rzecznik Praw Obywatelskich, 2012). Dom pomocy społecznej powinien zapewnić nam usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające



i edukacyjne w zakresie i formach wynikających z indywidualnych potrzeb osób w nim przebywających.

Prywatny Dom Seniora JASO chce zapewnić każdemu podopiecznemu prawo do wolności, intymności, godności i poczucia bezpieczeństwa oraz dbać o jego sprawność fizyczną i psychiczną. Podopiecznym gwarantuje miejsce zamieszkania, wyżywienie, odzież i obuwie, utrzymanie czystości, pomoc w podstawowych czynnościach życiowych, pielęgnację, pomoc w załatwianiu spraw osobistych, udział w terapii zajęciowej, podnoszenie sprawności i aktywizację, zaspokojenie potrzeb religijnych i kulturalnych, możliwość nawiązywania, utrzymywania i rozwijania kontaktu z rodziną i społecznością lokalną, bezpieczne przechowywanie środków pieniężnych i przedmiotów wartościowych należących do podopiecznych, podejmowanie działań zmierzających do usamodzielnienia się podopiecznych w czynnościach dnia codziennego, w miarę ich możliwości. Wieloletnie doświadczenie zawodowe właściciela zdobyte w Niemczech związane z osobami chorymi wymagającymi stałej opieki medycznej i pielęgnacyjnej wpłynęło na stworzenie prywatnego Domu Seniora JASO. Filozofię domu seniora stanowi rozpoznanie indywidualnych potrzeb pacjentów i spełnienie ich w codziennej opiece nad pensjonariuszami. Jest to przesłanie wzmocnione przez świadomość, że człowiek jest priorytetem i stanowi podstawę nośną osób pracujących w domu seniora. Zrozumienie, bezpieczeństwo i profesjonalna opieka są głównym elementem skutecznej opieki w domu seniora. „Nikt nie wymaga, aby zdobyć jego godności i nikt nie traci jej przez chorobę, wiek lub niepełnosprawność” to motto, które przyświecało realizacji marzenia, jakim było powstanie Domu Seniora JASO.

Kryterium niezbędnym dla funkcjonowania domu seniora jest spełnienie wymogów podyktowanych ogólnie obowiązującymi przepisami regulującymi bezpieczeństwo przeciwpożarowe, bezpieczeństwo sanitarne oraz prawo budowlane. Dom Seniora JASO zapewnia osobom mieszkającym społecznej ochronę godności osobistej, poczucie intymności, niezależność dostosowaną do ich poziomu sprawności, możliwość rozwoju osobowości, możliwość dokonywania wyborów, bezpieczeństwo i swobodne kontakty ze środowiskiem. Dom zgodnie ze standardami jest dostępny zarówno dla kobiet, jak i mężczyzn. Posiada 19 2-osobowych pokoi o wielkości 20 m<sup>2</sup> wraz z łazienkami z ciepłą wodą i toaletą z pełnym wyposażeniem. Pokoje posiadają łóżka, szafę z wydzieloną częścią dla każdego z mieszkańców i możliwością zamknięcia ich na klucz, szafki nocne, stół i krzesła, odpowiednią ilość wyprowadzeń elektrycznych w pokoju, pozwalającą na swobodne korzystanie z energii elektrycznej. Każdy pokój wyposażony jest w instalację przywołującą personel pielęgniarstwa. Sześć pokoi przeznaczonych jest dla osób leżących, wymagających szczególnej opieki pielęgniarstwa-medycznej. Pensjonariusze będą posiadać klucze do swoich pokoi, gwarantując mieszkańcom prawo do zamykania go na klucz. Pomieszczenia domu uwolnione są od przykrych zapachów i utrzymany w nich jest ład i czystość. Lokalizacja domu zapewnia swobodną komunikację z najbliższym miastem, jak i osiedlem zezwalając na wspólnotę mieszkańców z rodziną i środowiskiem lokalnym, jednocześnie zapewniając prywatności mieszkańców zarówno wewnątrz, jak i na zewnątrz domu. W najbliższym otoczeniu domu znajduje się ogród, do którego można przejść z patio. Walory architektury domu oraz jego najbliższego otoczenia umożliwiają swobodne

poruszanie się osób niepełnosprawnych z powodu braku barier architektonicznych. W budynku zainstalowana jest winda oraz odpowiedniego przystosowana klatka schodowa. Zwiększa to swobodę przemieszczania się osób z deficytami ruchowymi. Obiekt wyposażony jest w centralne ogrzewanie z możliwością regulowania temperatury poszczególnych pomieszczeniach. Aby wewnątrz domu stwarzało mieszkańcom poczucie bezpieczeństwa, spokoju i minimalizowało psychiczne konsekwencje przebywania w stosunkowo dużym skupisku, zadbano o odpowiedni wystrój wnętrz, o dostęp do odpowiedniej ilości światła dziennego. Każdy pokój wyposażony jest w instalację przywołującą personel pielęgniarstwa. W Domu Seniora JASO dostosowano jadalnię wielkością do liczb mieszkańców. Obiekt posiada gabinet lekarsko-pielęgniarstwa oraz pokój dzienny do wspólnego przebywania przeznaczony do aktywizacji rekreacji oraz zajęć terapeutycznych. Obiekt posiada pomieszczenie przeznaczone na potrzeby personelu.

### **Finansowanie pobytu osoby starszej w Domu Seniora JASO**

W Polsce istnieją domy pomocy społecznej (DPS). Są to instytucje dla osób, które z powodu wieku, niepełnosprawności lub choroby potrzebują całodobowej opieki. Przewagę stanowią placówki zakładane prowadzone przez gminy oraz powiaty. Przepisy prawne dopuszczają jednak możliwość działania niepublicznych placówek pomocy społecznej w tym Domów opieki nad seniorami. Zgodnie z nimi DPS mogą być tworzone przez kościoły i związki wyznaniowe, organizacje społeczne, fundacje i stowarzyszenia, inne osoby prawne oraz osoby fizyczne. Takie niepubliczne placówki mogą działać na dwóch zasadach, otóż na zlecenie samorządu lub w formie działalności gospodarczej. Na zasadzie działalności gospodarczej funkcjonuje niepubliczny Dom Seniora JASO.

Koszt pobytu pensjonariusza uzależniony jest od długości zawarcia umowy, zamówionych świadczeń oraz od stopnia niepełnosprawności pacjenta. Uwzględnia się pobyt długoterminowy, za który uznaje się pobyt od 1 miesiąca liczonego jako 30 dni oraz pobyty krótkoterminowe do 1 miesiąca. W ośrodku funkcjonuje podział na grupy I, II, III wynikające z kart oceny sprawności pacjenta według skali Barthel (*rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej*).

Jest to międzynarodowa skala powszechnie stosowana w ocenie sprawności chorego, a co za tym idzie — jego zapotrzebowania na opiekę. Na 100-punktową skalę Barthel składa się 10 czynności dnia codziennego, takich jak np. spożywanie posiłków, poruszanie się, ubieranie, rozbieranie, higiena osobista, korzystanie z toalety czy kontrolowanie czynności fizjologicznych. Dzięki tej ocenie można zdiagnozować, jakie czynności i w jakim stopniu chory może wykonać samodzielnie, z czyjąś pomocą lub w ogóle. Są trzy przedziały oceny: uzyskanie od 0 do 20 pkt oznacza całkowitą niesamodzielność, od 20 do 80 pkt oznacza, że w jakimś stopniu pacjent potrzebuje pomocy innych, a ocena w granicy 80 do 100 pkt oznacza, że przy niewielkiej pomocy chory może funkcjonować samodzielnie. Uzyskanie 40 pkt lub mniej powoduje zakwalifikowanie chorego do opieki długoterminowej, oznacza to bowiem, że wymaga

on stałej opieki (*rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r.*). Grupa I określa pacjenta sprawnego, niewymagający pomocy przy czynnościach dnia codziennego. Grupa II to pacjenci wymagający pomocy personelu przy czynnościach dnia codziennego. Grupę III stanowią pacjenci leżący, niemobilni, funkcjonujący wyłącznie z pomocą personelu.

Pobyt w Domu Seniora JASO finansowany jest przez mieszkańców bądź rodzinę osoby zamieszkującej. Dom nie jest związany umową z Miejskim Ośrodkiem Pomocy Społecznej, kwestia dofinansowań do pobytu z budżetu publicznego pozostaje kwestią indywidualnych rozmów oraz działań rodziny z odpowiednimi jednostkami pomocy.

### **Poczucie bezpieczeństwa pensjonariusza w aspekcie psychologicznym**

W aspekcie psychologicznym bezpieczeństwo może być scharakteryzowane jako stan, który jest doświadczany przez osobę starszą przebywającą w domu seniora. Na stan ten wpłynąć mogą czynniki zewnętrzne, takie jak warunki społeczno-ekonomiczne, które obiektywnie mierzalne oraz czynniki wewnętrzne, czyli subiektywna ocena jednostki. Oba kryteria wzajemnie się przeplatają (Janus, 2015, s. 38).

Potrzebę pacjenta można traktować z psychologicznego punktu widzenia jako podstawową i zarazem wrodzoną dyspozycję do działania. Potrzebę pensjonariusz może odczuwać jako brak czegoś, co może wywołać napięcie motywacyjne, które dana osoba może chcieć zniwelować dążąc do zaspokojenia odczuwanego braku. Według klasyfikacji Abrahama Masłowa (1990, s. 76) można wykazać 5 poziomów potrzeb mających swoją hierarchię, czyli od najniższych do wyższych potrzeb:

- potrzeby fizjologiczne, związane z naturalną istotą życia człowieka, który aby przetrwać, musi mieć zaspokojoną potrzebę głodu, pragnienia, snu, seksu oraz inne potrzeby niezbędne do istnienia;
- potrzeby bezpieczeństwa, związane z koniecznością zapewnienia człowiekowi poczucia, że nic mu nie zagraża;
- potrzeby przynależności, powiązane ze społeczną naturą człowieka oraz chęcią nawiązywania relacji międzyludzkich;
- potrzeby uznania i szacunku, które mają odzwierciedlenie w zapotrzebowaniu aprobatę innych;
- potrzeby samorealizacji, związane z poczuciem pełnego wykorzystanie posiadanych zasobów w środowisku, w którym jednostka funkcjonuje.

Zgodnie z powyższym bezpieczeństwo powinno być traktowane jako podstawowa potrzeba osoby od momentu urodzenia do momentu zakończenia życia, czyli przez cały byt jednostki (Bańka, 2002).

Z bezpieczeństwem jednostki związany jest stan poczucia, który ma charakter subiektywny, podmiotowy i emocjonalny uwarunkowany czynnikami wewnętrznymi i zewnętrznymi. Stan ten pojawia się w momencie doświadczania i oceny sytuacji. Odczuwanie bezpieczeństwa ma określony schemat, na który składają się sposoby doświadczania dostępne autorefleksji, możliwe zauważalne przez innych sposoby zachowania oraz podświadome stany wewnętrzne dostrzegalne za pomocą dedukcji (Erikson, 1997). Strukturę bezpieczeństwa stanowią również nieświadome stany wewnętrzne, na przykład poczucie poinformowania związane ze świadomością

pensionariusza o swojej aktualnej sytuacji. Ważne jest też poczucie pewności i stabilizacji, czyli odbieranie otaczającej rzeczywistości jako przewidywalnej i względnie stałej. Przycumowanie w środowisku społecznym to następny ważny moment, w którym dana osoba daje wsparcie innym osobom i stanowi źródło zaufania. Ostatnim ważnym elementem jest poczucie sprawstwa, czyli zaufanie do samego siebie, tudzież dysponowanie zasobami zapewniającymi poczucie bezpieczeństwa.

Wszystkie wyżej wymienione aspekty psychologiczne bezpieczeństwa człowieka nabierają innego wymiaru w momencie utraty zdrowia i zagrożenia życia człowieka. Choroba, niepełnosprawność, etap starości wiążą się z osobistym doświadczeniem, które wpływa na zmianę widzenia świata, samego siebie i swoje pomysły. Choroba przerywa normalny rytm życia, doprowadza do dysharmonii. Niejednokrotnie taka osoba trafia do domu pomocy lub domu seniora.

Proces adaptacji w domu dla osób starszych jest na ogół procesem trudnym. Fundamentalną przeszkodę stanowi wiek. Im człowiek starszy, im więcej przeżył w przyjaznym mu otoczeniu, im lepiej się w nim czuł, tym gorzej będzie przebiegał proces adaptacyjny. Kolejny czynnik to doświadczenia życiowe. Inna trudność przystosowawcza wiąże się z przyczyną zamieszkania w domu seniora. Jeżeli decyzja została podjęta samodzielnie, świadomie, dobrowolnie, po przeanalizowaniu swojej aktualnej sytuacji zdrowotnej, materialnej, społecznej to jest wysoce prawdopodobne, że u takiej osoby proces adaptacyjny przebiegnie pomyślnie dla niej i nowego środowiska. Bardzo często decyzję o zamieszkaniu w domach seniora nie są podejmowane dobrowolnie, zaś presja rodziny może przybierać różne formy. Stary człowiek, by ocalić własne uczucie wartości, jest w stanie ufać, iż decyzja przez niego podjęta nie została udawana. Usprawiedliwia w ten sposób swoją rodzinę przed sobą, personelem domu seniora, współmieszkańcami. Bywa też tak, że rodzina stwarza osobie starszej jakie warunki do życia, sugerując mu, że jedynym bezpiecznym dla niego miejscem jest dom pomocy lub dom seniora. Osoba stara może też znaleźć się w domu pomocy wbrew własnej woli, nieświadoma podstępów użytego wobec niej. Znakomitą okazją do takiego działania rodziny jest choroba starego człowieka, na skutek której znajduje się on w szpitalu. Rodzina wykorzystuje ten czas dla likwidacji mieszkania, stawiając powracającego do zdrowia w sytuacji bez wyjścia. Można także po pobycie starego człowieka w szpitalu, „w trosce” o niego, po załatwieniu wszystkich formalności, umieścić go w „sanatorium”, które po pewnym czasie okaże się domem pomocy. Takie przypadki zdarzają się niemal w każdym domu pomocy (Piotrowska, 1996). Niestety mają one czasem także swój tragiczny finał, bądź w postaci próby samobójczej, bądź popełnionego samobójstwa. Osoby takie czują się bowiem oszukane, zawiedzione, zupełnie odrzucone przez najbliższych (Piotrowska-Breger, 2006).

Starego człowieka można umieścić w domu pomocy drogą sądową. Nie tak rzadko zdarzają się przypadki ubezwłasnowolnienia starego członka rodziny celem zdobycia jego majątku. Jeżeli osoba starsza zajdzie się w domu, podlegając tam opiece, najtrudniejszym problemem jest konieczność uczenia się wspólnego życia z obcą osobą lub osobami, na dobór których nie ma się właściwie żadnego wpływu. Ważną rolę na przebieg procesu adaptacyjnego mają kontakty z rodziną i przyjaciółmi. Istotną rolę dla procesu w tym procesie odgrywa pierwszy kontakt starego człowieka z personelem,

pierwszy dzień z nim spędzony. Chodzi o troskę, ciepło, gotowość do udzielania rad, szeroko rozumianej pomocy, rozładowywanie napięcia. Do tego jednak potrzebne jest doświadczenie zawodowe, duże zaangażowanie, kultura osobista, empatia.

### **Opieka socjalna, pielęgnacyjna i lekarska**

Wymagania dotyczące personelu medycznego zostały przygotowane w oparciu o przepisy określone w aktach prawnych wydanych na podstawie art. 31 *ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (Dz.U. z 2017 r., poz. 1938 z późn. zm.), w szczególności: 1) *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej* (Dz.U. z 2018 r., poz. 465); 2) *rozporządzenia 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 2015 r., poz. 1658); 3) *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej* (Dz.U. z 2016 r., poz. 357); 4) *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień* (Dz.U. poz. 1386 z późn. zm.) oraz *ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich* (Dz.U. z 2016 r., poz. 1496 z późn. zm.). Wymienione poniżej warunki realizacji świadczeń opieki zdrowotnej mają na celu konieczność zapewnienia wysokiej jakości świadczeń opieki zdrowotnej oraz właściwego zabezpieczenia tych świadczeń.

Osoby zatrudnione w Domu Seniora JASO posiadają odpowiednie kwalifikacje i charakteryzują się szczególną wrażliwością na problemy mieszkańców. Każdy pracownik domu postrzega i traktuje osobę przebywającą w domu przede wszystkim jako mieszkańca, a nie tylko jako pacjenta chorego. Liczba personelu jest dostosowana do potrzeb mieszkańców zgodnie ze wskaźnikami zatrudnienia w zespołach opiekuńczo terapeutycznych. W obiekcie zatrudniony jest personel w zależności od potrzeb mieszkańców specjalistów z różnych dziedzin. W domu seniora jasno określone są zasady współdziałania poszczególnych specjalistów. Kierownictwo standaryzuje cykliczność spotkań personelu, na których dyskutowane są i rozwiązywane problemy związane z pracą domu. Dokonywana jest również bieżąca analiza pracy przez personel pod kątem przestrzegania praw mieszkańca i wypełniania obowiązków wobec niego oraz poddawania analizie efektów swojej pracy w celu wypracowania jak najlepszych metod wspierania mieszkańców. Zgodnie ze standardami przez całą dobę zapewniona jest na terenie domu wystarczająca liczba pracowników do sprawowania opieki. Pensjonariuszy kwalifikuje i przyjmuje lekarz. Pierwsze odwiedziny lekarza u pacjenta po przyjęciu odbywają się w ciągu 24 godzin od dnia przybycia. Lekarz kontroluje przebieg usług opiekuńczych sprawowanych przez personel pielęgnacyjny. Przyjmuje na bieżąco informacje od pielęgniarek w stanach budzących wątpliwości zdrowotne obserwowane przez personel całodobowy i podejmuje decyzje lekarskie do realizacji na Domu Seniora JASO. Lekarz do dyspozycji rodzin jest raz w tygodniu w godzinach popołudniowych, natomiast obchód wszystkich pacjentów następuje 2 razy w miesiącu. W stanach zagrożenia życia do ośrodka wzywane jest pogotowie ratunkowe. Od lekarza pogotowia zależy decyzja, czy pacjent pozostaje w ośrodku, czy zostaje



przewieziony do szpitala. W takich sytuacjach rodzina powiadamiana jest o tym fakcie po zakończeniu wizyty pogotowia ratunkowego. W przypadku konieczności użycia transportu medycznego, celem przewiezienia pacjenta do ośrodka, usługa realizowana jest przez wyspecjalizowaną firmę zewnętrzną i podlega dodatkowym opłatom wg cennika. Seniorom są zapewnione świadczenia rehabilitacyjne w ośrodku sanatoryjnym w Kołobrzegu. Zakres czynności poszczególnych pracowników zgodnie ze zmieniającymi się warunkami w domu seniora ulega zmianie. Związane jest to z zapewnieniem mieszkańcom jak najlepszych warunków. W celu realizacji zadań wytypowany jest pracownik pierwszego kontaktu, który ma pod swoją opieką nie więcej niż kilku mieszkańców. Współpracuje on z personelem specjalistycznym i tworzy indywidualne plany wsparcia oraz dba o właściwą realizację tych planów. Pracownik ten zobowiązany jest do indywidualnych spotkań z mieszkańcami, omawiania z nimi bieżące problemy. Na podstawie tych spotkań tworzy i uaktualnia wraz ze specjalistycznym personelem indywidualne plany opieki. Pensjonariusze przychodząc do domu seniora posiadają własną odzież i obuwie, ale w miarę upływu czasu pojawia się konieczność sukcesywnego uzupełniania „wynoszonej” odzieży czy obuwia lub zakupu w chwili zamieszkania, stąd w normach standardowych pojawił się zapis o konieczności zapewnienia mieszkańcowi ze strony domu odzieży i obuwia, dostosowanego do pory roku. Dom seniora zapewnia zakup podstawowych środków higienicznych takich jak mydło, pasta do zębów, dezodorant czy krem do golenia. Zapewnia czystości, a więc pranie i sprzątanie, które dostosowane jest do indywidualnych potrzeb mieszkańców. Dom seniora zobowiązuje się do zapewnienia opieki sprowadzającej się do pomocy w czynnościach dnia codziennego, dostęp do terapii zajęciowej, pracę socjalną, różnego rodzaju formy aktywizacji, a także organizuje święta i zdarzenia okolicznościowe. Organizując życie w domu, kierownictwo zapewnia możliwość praktykowania mieszkańcom własnej religii. Zasady przyjęcia i pobytu w domu seniora określa regulamin Domu Seniora JASO.

### **Charakterystyka podejścia personelu**

Ważne znaczenie dla funkcjonowania Domu Seniora JASO ma sposób jego postrzegania przez głównych beneficjentów, czyli pacjentów. Właściwa introjekcja ich potrzeb oraz priorytetów umożliwi odpowiednią trawestację nie tylko organizacji samego domu, ale także systemu udzielania świadczeń. Pacjenci identyfikują trzy główne postacie w procesie leczniczym. Pierwszą i najważniejszą jest lekarz, który prowadzi pacjenta. Wspomagającą rolę odgrywają pielęgniarki, które przez bliższy i częstszy kontakt z pacjentem powinny się charakteryzować specjalnymi zdolnościami nawiązywania kontaktów interpersonalnych. Ich stosunek do pacjentów determinuje niejednokrotnie poziom satysfakcji z leczenia zwłaszcza szpitalnego.

Cechą lekarza pracującego w Domu Seniora jest empatia, rozumiana jako zdolność i wola rozumienia uczuć, myśli, przeżyć, reakcji i całej życiowej sytuacji chorego człowieka. Warunkuje ona skuteczność porady lekarskiej, gdyż umożliwia współdziałanie pacjenta z lekarzem, ułatwiając i przyspieszając leczenie. Przyjmowani pensjonariusze oczekują, by lekarz interesował się ich sytuacją życiową. Istotną cechą jest umiejętność uważnego słuchania pacjenta oraz kompetencje i umiejętności

medyczne. Rozległa wiedza plus wieloletnie doświadczenie wzbudzają zaufanie pacjentów. Pielęgniarki w Domu Seniora wykonują funkcje pomocnicze wobec pacjentów. Sprawując nad nimi bezpośrednią opiekę medyczną, wypełniają zalecenia lekarza co do ordynowania leków czy sposobu terapii. Bliższy kontakt z cierpiącymi pozwala im zyskać pełniejsze wiadomości na temat oczekiwań i preferencji chorych. Posiadając taką wiedzę, potrafią prędzej dopasować cykl terapeutyczny do oczekiwań pacjenta. Pielęgniarki w czasie pobytu pacjenta w Domu Seniora pełnią nad nim bezpośrednią opiekę od momentu przyjęcia. Wykonując zlecenia lekarza, pozostają w stałym kontakcie z chorymi. Ich zadaniem jest wprowadzenie pacjenta w nowe środowisko, przystosowanie go do nowej sytuacji, pomoc w opanowaniu lęków i stresu związanego z pobytem w Domu Seniora. Zatrudnione pielęgniarki odznaczają się empatią oraz zdolnościami nawiązywania więzi interpersonalnych. Serdeczność, życzliwość w stosunku do chorego oraz umiejętność nawiązania bezpośredniego kontaktu mają szczególnie znaczenie w podejściu do pensjonariusza. Indywidualne podejście do każdego pacjenta sprzyja stworzeniu atmosfery zaufania i poczucia bezpieczeństwa chorych i ich rodzin, pozytywnie wpływając na okres pobytu. Pielęgniarki współpracują z pacjentami na rzecz poprawy ich sytuacji zdrowotnej, ale również informują na bieżąco o stanie pacjenta podczas pobytu w Domu Seniora JASO (Cieślik, 2002).

## Wnioski

Prywatne domy spokojnej starości podlegają ustawicznym przeobrażeniom. W tego typu placówkach całodobowego wsparcia jest jeszcze wiele do zrobienia, aby z satysfakcją można było odnieść się do całego procesu związanego z przebywaniem pensjonariuszy. Przeszkodą do przezwyciężenia są mechanizmy finansowe, rutyna osób świadczących usługi, które w sposób istotny przeszkadzają pozytywnym zmianom. Skutkuje to dużą rotacją personelu i odpływem do innych sektorów dobrze przygotowanej kadry poszukującej bardziej satysfakcjonującego w wymiarze finansowym zatrudnienia. Życie wymusza podejmowanie decyzji o zamieszkaniu w domu spokojnej starości. Dane dowodzą, że rośnie liczba osób starszych, które w okresie braku samodzielności stają się pensjonariuszami domów seniora. Priorytet jakości, powinien być wskazówką dla właścicieli niepublicznych domów spokojnej starości, aby opracować takie standardy, by każdy chciał zamieszkać w domu pomocy seniora, a w przypadku zamieszkania nie czuł rozczarowania finansowego i bytowego. Należy zatem zadbać o powstanie odpowiedniej liczby domów spokojnej starości harmonijny do potrzeb starszego pokolenia. Ważnym wydaje się być stworzenie najlepszego modelu takiej placówki. Obecne cywilizacja, jest o wiele bardziej świadoma swoich praw. Społeczeństwo coraz wyższe oczekiwania względem siebie i otoczenia w momencie bycia osobą wymagającą wsparcia. W ostatnich latach nastąpił silny rozwój prywatnego sektora opieki nad osobami starszymi. Należy pamiętać o tym, że osoby żyjące w domu seniora winny cieszyć się wysoką jakością życia i winny żyć w miejscu, w którym będą się czuły jak u siebie, jak w domu, w miejscu, które respektuje ich godność osobistą i szanuje prywatność. Powinny mieć możliwość nawiązywania przyjaźni i znajomości, uczestnictwa w życiu społeczności domu i społeczności lokalnej. Pensjonariusze winni

być zaangażowani w zajęcia wzbogacające życie. Osoby zamieszkujące w domu seniora powinny doświadczać uczucie bezpieczeństwa, toteż nie mogą być poddawane jakimś formom wykorzystywania, zaniedbania, zastraszania czy nękania. Pensjonariusze powinni mieć wiarę i gwarancję, że ich świadomość bezpieczeństwa i równowagi nie zostanie zachwiana. Nie powinni oni doświadczać dyskryminacji. Powinni oni być wspierani, by mogli wieść życie zgodne z własnym wyborem. Indywidualny plan podejścia do pensjonariusza, powinien być gwarancją tego, że określona usługa świadczona osobie, jest odbiciem jej potrzeb i celów życiowych. Prywatny Dom Seniora JASO staje przed możliwością indywidualnego podejścia do jego mieszkańców, realizując jednocześnie wszystkie potrzeby bytowe. Mając na celu jak najwyższy poziom jakości może stać się kameralnym miejscem pobytu osób starszych w ich trudnym etapie życia.

## Bibliografia

- Bańka, A. (2002). *Spoleczna psychologia środowiskowa*. Warszawa.
- Błędowski, P., Mosakowska, M. (red.). (2012). *Potrzeby opiekuńcze osób starszych. Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*. Poznań: Termedia.
- Cieślik, P. (2002). Personel medyczny w oczach pacjentów. *Śłużba Zdrowia*, 5–8.
- Cooper, C., Selwood, A., Livingston, G. (2008). The prevalence of elder abuse and neglect: a systematic review. *Age Ageing*, 37(2).
- Dunlop, B.D., Rothman, M.B., Condon, K.M., (2001). Elder abuse: risk factors and use of case data to improve policy and practice, *J Elder Abuse Negl*, 12 (3).
- Erikson, E.H. (1997). *Dzieciństwo i społeczeństwo*. Poznań.
- Grabusińska, Z. (2013). *Domy pomocy społecznej w Polsce*. Warszawa: Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich.
- Halicka, M. (1996). Człowiek stary jako ofiara nadużyć. *Gerontologia Polska*, 4.
- Janus, E. (2015). Podejście Person Centered Practice jako istotny czynnik wpływający na poczucie bezpieczeństwa pacjenta. W: E. Flatow-Kaleta, A. Zduniak (red.), *Bezpieczeństwo zdrowotne — ujęcie interdyscyplinarne. Podmioty, środowiska i obszary wyzwań oraz zagrożeń zdrowotnych*, t. 2 (s. 37–46). Poznań: Wyższa Szkoła Bezpieczeństwa w Poznaniu.
- Jaroń, A. (2015). *Ocena jakości usług publicznych*. Warszawa. Pobrane z: [http://ksap.gov.pl/ksap/sites/default/files/publikacje/ocena\\_jakosci\\_uslug\\_publicznych.pdf](http://ksap.gov.pl/ksap/sites/default/files/publikacje/ocena_jakosci_uslug_publicznych.pdf).
- Karwowska, A., Pochrząst-Motyczyńska, A. (2015). *Domy spokojnej starości. Ceny, oferta, jak wybrać najlepszy*. Pobrane z: <http://wyborcza.pl/TylkoZdrowie/1,137474,19052987,prywatne-domy-opieki-co-oferuja-i-ile-to-kosztuje.html?disableRedirects=true>.
- Kijak, R.J., Szrota, Z. (2015). *Starość między diagnozą a działaniem*. Pobrane z: <http://trzcianka.cdnpiła.kylos.pl/wp-content/uploads/2015/11/Starosc-miedzy-diagnoza-a-dzialaniem.pdf>.
- Kosmatka, J., Witkowska, M. (2016). *Horror w domu pomocy w Zgierzu. Jeden pacjent nie żyje*. Pobrane z: <http://www.dzienniklodzki.pl/na-sygnale/a/horror-w-domu-pomocy-w-zgierzu-jeden-pacjent-nie-zyje,10729741/>.
- Kramkowska, E., Szafranek, A., Żuk, C. (2012). Przemoc wobec starszych kobiet — sondaż w instytucjach. *Praca Socjalna*, 5.
- Krzemieniecki, K. (2013). Onkologia wieku podeszłego. W: *Zdrowe starzenie się: Biała Księga*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Maciążek-Chyra, B., Wiland, P. (2013). Osoby starsze a choroby układu mięśniowo-szkieletowego. W: *Zdrowe starzenie się: Biała Księga*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.

- Maslow, A. (1990). *Motywacja i osobowość*. Warszawa.
- Muehlbauer, M., Crane, P.A. (2006). Elder abuse and neglect, *J PsychosocNursMent Health Serv.*, 44 (11).
- Mossakowska, M. (2013). Problemy zdrowotne osób w wieku podeszłym — wnioski z projektu PolSenior. W: *Zdrowe starzenie się: Biała Księga*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Nawrocka, J., Nawrocka, E., Kamińska, J. (2013). Młodzi, starsi, starzy — miłość i satysfakcja z życia. W: J. Nawrocka (red.). *Spoleczne doświadczenie starości. Stereotypy, postawy, wybory*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Nawrocka, J. (2013). *Stereotypy, postawy, wybory*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls. Pobrane z: <http://wprowadzaj.policja.waw.pl/wp/porady/285,Bezpieczenstwo-osob-starszych.html>.
- Opala, G., Ryglewicz, D. (2013). Zapobieganie chorobom mózgu i chorobom neurodegeneracyjnym, w tym chorobie Alzheimera. W: *Zdrowe starzenie się: Biała Księga*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- PAP/JS. (2016). *Rafalska: W kraju jest problem nielegalnych domów opieki*. Pobrane z: <http://www.wnp.pl/parlamentarny/spoleczenstwo/rafalska-w-kraju-jest-problem-nielegalnych-domow-opieki,15777.html>.
- Phillips, L.R., i in. (2013). Elder mistreatment in U.S. residential care facilities: The scope of the problem. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 25 (1).
- Piotrowska, K. (1996). *Sercem pisane*. Kielce: WZOS.
- Piotrowska-Breger, K. (2006). *Stary człowiek w domu pomocy społecznej, psychologiczne konsekwencje*. Pobrane z: <http://www.dps.pl/domy/index.php?rob=radar&dzial=12&art=396>.
- Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej. Dz.U. z 2012 r. poz. 734.
- 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 2015 r. poz. 1658.
- Schiemberg, L.B., i in. (2012). Social-relational risk factors for predicting elder physical abuse: an ecological bi-focal model. *Int J Aging Hum Dev*, 75 (1).
- Skarżyński, H., Kochanek, K. (2013). Wymiar społeczny zaburzeń komunikacyjnych w wieku podeszłym — profilaktyka i rekomendacje. W: *Zdrowe starzenie się: Biała Księga*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Strasser, S.M., Smith, M., Cao, Y. (2013). Screening for elder mistreatment among older adults seeking legal assistance services. *West J Emerg Med.*, 14 (4).
- Śliwiński, P. (2013). Choroby układu oddechowego w wieku podeszłym — profilaktyka pierwszorzędowa i drugorzędowa, rekomendacje. W: *Zdrowe starzenie się: Biała Księga*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Zdrojewski, T. (2013). Choroby układu krążenia i ich prewencja u osób w wieku starszym. W: *Zdrowe starzenie się: Biała Księga*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Europejska Konwencja Praw Człowieka i Podstawowych Wolności wraz z protokołami dodatkowymi. Pobrane z: <https://bip.ms.gov.pl/pl/prawa-czlowieka/europejski-trybunal-praw-czlowieka/tekst-europejskiej-konwencji-praw-czlowieka-i-podstawowych-wolnosci-wraz-z-protokolami-dodatkowymi/>.
- Rzecznik Praw Obywatelskich. (2012). Prawa człowieka. Poradnik dla osób starszych. *Biuletyn RPO — Materiały nr 72*. Pobrane z: [https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/BIULETYN\\_RPO\\_Materiały\\_nr\\_72\\_Prawa\\_czlowieka\\_poradnik\\_dla\\_osob\\_starszych.pdf](https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/BIULETYN_RPO_Materiały_nr_72_Prawa_czlowieka_poradnik_dla_osob_starszych.pdf).

## Safety of elderly in non-public house senior

### Abstract

The sense of security of the elderly is one of the most important factors influencing their physical and mental well-being. Concern about health and life, and to provide decent care for the elderly is a challenge for many European countries. Prior to these challenges is also Poland. The World Health Organization predicts that by 2050 there will be 2 billion people in old age. Therefore, there is the problem of geriatric care and quality aging of the organism — AGING. In granting assistance and care for an elderly person they are involved in more and more non-public houses, who are trying to meet the safety requirements of older people living in these types of institutions.

**Keywords:** security, a sense of security, medical care.



