

Agnieszka Radziwinowiczówna, Anna Rosińska

9. Lokalna realizacja polityk senioralnych w obszarach partycypacji, integracji i opieki

9.1. Wprowadzenie

Rozdział 7 niniejszego tomu ukazał, jak sfera polityczna – rozumiana zarówno jako rywalizacja o władzę (*politics*), jak i „codzienne zarządzanie państwem” przez polityki publiczne (*policy*) – reaguje na zjawisko starzenia się populacji. W tym rozdziale natomiast zajmiemy się obszarem polityk publicznych i ich wdrażaniem na poziomie lokalnym. Regulacje prawne czy zalecenia ministerialne (zresztą wybiórcze), dotyczące starzenia się społeczeństwa, mają charakter ogólnopolski, tymczasem realna odpowiedź na to zjawisko udzielana jest na poziomie mezo – społeczności lokalnych. Ludzie starzeją się przecież lokalnie, w zamieszkiwanych wioskach, miastach czy dzielnicach lub osiedlach metropolii. Chociaż na skutek globalizacji i mobilności ludzkie życie może mieć charakter transnarodowy, to zawsze wykorzystujemy przede wszystkim zasoby dostępne lokalnie. Seniorzy korzystają, na przykład, z plenerowej siłowni w parku, spotykają się w kawiarni, oferującej zniżki posiadaczom miejskiej karty seniora, czy umawiają się na wizytę do lekarza w dzielnicowej przychodni. Starzenie populacji dotyka zatem miejscowej społeczności. To bowiem na jej poziomie ludzie starsi mogą tworzyć wspólnotę interesu (i na przykład formułują postulaty stworzenia uniwersytetu trzeciego wieku) oraz są konsumentami lokalnie oferowanych usług (np. prywatnych domów opieki). Niezbędna jest zatem analiza lokalnych wyzwań, związanych ze starzeniem, a także sposobu, w jaki lokalni aktorzy życia społecznego starają się im stawić czoła. Celem tego rozdziału jest **zatem** krótka prezentacja ogólnopolskich instrumentów, będących reakcją na zjawisko starzenia się populacji, oraz analiza sposobu, w jaki na tym najbardziej podstawowym, tj. dostępnym poziomie ta odpowiedź jest udzielana.

W literaturze przedmiotu wymienia się różnorodne wyzwania społeczne, wynikające z przyrostu proporcji osób starszych w społecznościach lokalnych. Po pierwsze, wskazuje się na problem niedostosowania infrastruktury miejskiej i mieszkaniowej (Bartoszek, Niezabitowska, Kucharczyk-Brus, Niezabitowski 2012), a także budynków użyteczności publicznej. Nie ulega bowiem wątpliwości, że w lokalnych społecznościach proporcja i liczba osób z ograniczoną sprawnością będzie wzrastać (Doblhammer, Ziegler, Martikainen, Nihtila, Apt 2008). Podkreśla się zatem konieczność likwidacji barier, takich jak krawężniki i schody prowadzące do budynków. Sygnalizuje się potrzebę instalacji wind, i to nie tylko w urzędach, ale też w blokach mieszkalnych. Po drugie, za niezbędne uważa się także dostosowanie do potrzeb osób starszych oferowanych lokalnie usług medycznych (por. Tobiasz-Adamczyk, Gałaś, Brzycki, Błędowski, Grodzicki 2012) przez zwiększenie liczby poradni lekarskich, oddziałów szpitalnych (zwłaszcza wewnętrznych), poprawę jakości i równomierne rozmieszczenie infrastruktury opieki długoterminowej (Błędowski 2012a), a także odpowiednie przygotowanie personelu pracującego z seniorami (Delbes 2008). Po trzecie, w literaturze zwraca się uwagę na ryzyko ubóstwa, dotyczące osób starszych – zwłaszcza kobiet (Błędowski 2012b; De Santis, Seghieri, Tanturri 2008; Pączkowska 2002). W lokalnych społecznościach potrzebne są więc rozwiązania (pomoc społeczna, wolontariat) niwelujące nierówności ekonomiczne – i wynikające z nich – nierówności społeczne.

Jak wynika z tego krótkiego przeglądu, starzenie często jest utożsamiane z wiążącymi się z nim problemami społecznymi oraz kosztownymi obowiązkami dla państwowych i miejscowych władz (np. przystosowanie budownictwa mieszkaniowego, przygotowanie opiekuńczej infrastruktury itd.). Jak zaznaczyliśmy już w rozdziale 5, przystępując do badania wyzwań, jakie pociąga za sobą starzenie się populacji, nie chcieliśmy postrzegać tego zjawiska jako zagrożenia, świadomi panik moralnych¹ narastających wokół tego zjawiska (Mucha, Krzyżowski 2011). Starzenie się populacji – podobnie jak wiele innych procesów społecznych – niesie bowiem ze sobą zarówno szanse, jak i trudności, z których poniżej zdajemy sprawę.

Ze względu na ograniczoną objętość tego rozdziału nasze rozważania zawężamy do trzech obszarów: aktywności obywatelskiej ludzi starszych, ich społeczno-kulturowej integracji oraz opieki nad nimi.

Pierwszy z wymienionych obszarów jest szczególnie ważny, ponieważ uzmysławia, że seniorzy są zagrożeni wykluczeniem i z tego powodu też podatni na różnego rodzaju zagrożenia i nadużycia (Rosochacka-Gmitrzak 2011). Nawet na tle niewysokiej aktywności obywatelskiej ogółu Polaków (Olech

1 Przez paniki moralne rozumiemy niepokoje społeczne, często pozbawione logicznych podstaw, do których szybkiego rozprzestrzeniania się przyczyniają się środki masowego przekazu (Cohen 1980).

2014) w zbiorowości ludzi starszych wskazuje się na szczególnie niski poziom kapitału społecznego (Kijak, Szarota 2013). Tymczasem, będąc grupą o podobnych cechach społeczno-ekonomicznych (emeryci, osoby często borykające się z problemami zdrowotnymi itd.), seniorzy mogą stanowić wspólnotę, negocjującą swoje interesy z lokalnymi i ponadregionalnymi władzami. Stworzenie możliwości reprezentacji politycznej osób starszych pozwoliłoby pewnie na ich upodmiotowienie w życiu publicznym. Ponadto zwiększenie udziału w populacji osób już nieaktywnych zawodowo może łączyć się z szansą wynikającą ze starzenia się społeczeństwa. Emeryci bowiem, jako dysponenci większej ilości wolnego czasu, potencjalnie są zdolni w większym stopniu zaangażować się w aktywność obywatelską oraz w wolontariat. W tym celu niezbędne jest jednak nie tylko stworzenie im takich szans, ale przede wszystkim promocja tego typu działań, ponieważ ludzie starsi – niezależnie od tego, czy starzeją się we własnym domu czy w domu opieki – często sami ograniczają swoją aktywność społeczną (Baldassar, Wilding, Boccagni, Merla 2017).

Drugim interesującym nas obszarem jest integracja osób starszych – zarówno wewnątrz- jak i międzygeneracyjna. Działania sprzyjające owej integracji mają na celu przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu, a także podniesienie spójności społecznej. Integracja seniorów jest szczególnie ważna, bo zbiorowość ta szczególnie jest narażona na samotność i wynikające z niej problemy zdrowotne, takie jak depresja (Broczek i in. 2012). Problem samotności dotyczy zwłaszcza kobiet, które dożywają starszego wieku niż ich mężowie. Organizacje integrujące seniorów będą zatem miały ważną funkcję terapeutyczną dla osób samotnych.

Trzeci obszar, który będzie jeszcze przedmiotem rozważań zawartych w [rozdziale 10](#), to opieka nad seniorami. To właśnie z nią jest związane *gros* ogólnopństwowych regulacji prawnych dotyczących seniorów. W obliczu mniejszej dzietności, zawodowej aktywności potencjalnych opiekunów rodzinnych oraz aksjologicznych przemian w rodzinach rozwiązania opiekuńcze oferowane lokalnie przez sektor publiczny, wolny rynek oraz trzeci sektor będą stawały się coraz istotniejsze (Błądowski 2012a).

Problem badawczy referowanej tu części analiz dotyczył lokalnych (wdrażanych na szczeblu gminy) sposobów realizacji ogólnopolskich polityk senioralnych. Przeprowadziłyśmy analizę dwóch studiów przypadku w dwóch polskich gminach: Kluczborku (woj. opolskie) i Końskich (woj. świętokrzyskie), w których w ostatnich latach szczególnie szybko zachodził proces starzenia się populacji. Wytypowane do badania miasta różniły się pod względem kulturowym, historycznym i geograficznym, towarzyszyło nam bowiem pytanie, czy lokalny kontekst może oddziaływać na sposoby realizacji ogólnokrajowych polityk. Miasta te różnią się nie tylko położeniem geograficznym (odpowiednio: zachód i wschód Polski), ale też kontekstem historycznym (przynależność do

tak zwanych Ziemi Zachodnich i postmigracyjny charakter Kluczborka *versus* zasiedloność mieszkańców Końskich) i ekonomicznym (długa tradycja emigracji do Niemiec w Kluczborku i robotniczy charakter oraz bolesne doświadczenie transformacji ustrojowej Końskich).

Zanim jednak przejdziemy do wyników naszych badań, pokrótce omówimy ogólnopolskie regulacje oraz zalecenia, dotyczące trzech interesujących nas obszarów (aktywności obywatelskiej, integracji oraz opieki). Następnie zwięźle zaprezentujemy metodę przeprowadzonego przez nas badania terenowego. W dalszej kolejności omówimy lokalne inicjatywy, będące odpowiedzią na problem starzenia się ludności. Na koniec zaś podsumowujemy różnice dostrzeżone we wskazanych dwóch gminach oraz podejmiemy próbę odpowiedzi na pytanie, jaki rozwój instytucji senioralnych w Polsce wydaje się pożądany i możliwy z perspektywy lokalnej.

9.2. Polskie rozwiązania z zakresu polityki senioralnej i ich lokalna implementacja

W systemie polityk publicznych, dotyczących osób starszych w Polsce, mamy do czynienia z pewnym paradoksem. W okresie PRL system ten pozostawał w tyle za innymi obszarami *welfare state* (Österle 2010)², charakterystyczna jednak dla niego była centralizacja, właściwa sposobowi organizacji zadań publicznych w PRL. Po 1989 r., z jednej strony zadania publiczne w tym obszarze zostały zdecentralizowane, tj. scedowane na poziom gminy lub powiatu (Piątek 2001). Gminom została przekazana odpowiedzialność za Ośrodki Pomocy Społecznej (OPS) i oferowane w ich ramach usługi opiekuńcze. Później na ten najniższy poziom władzy administracyjnej oddelegowano organizację rad seniorów, a także wsparcie organizacji pozarządowych działających w obszarze senioralnym oraz stworzenie Dziennych Domów Pomocy Społecznej (DDPS). Powiatom natomiast powierzono prowadzenie Powiatowych Centrów Pomocy Rodzinie. Organizacja Domów Pomocy Społecznej (DPS) może być powierzona zarówno gminie, jak i powiatowi.

Z drugiej jednak strony, podobnie jak całość zarządzania publicznego, również działania na rzecz osób starszych wpisują się w model zarządzania przez legislację (w ujęciu Howletta 2011), dla którego charakterystyczne jest sprawowanie władzy na zasadzie hierarchicznych zależności. Działania w obszarze polityki wobec osób starszych kształtowane są przez mechanizmy kontroli, które Andrzej Zybała opisał następująco:

2 Prawdopodobnie działania wobec osób starszych na większą skalę zostałyby wymuszone przez presję demograficzną ze strony starzejącego się pokolenia boju powojennego, pokolenie to jednak nie zdążyło się zestarzeć w czasie trwania Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej.

Władza publiczna (przedstawicielska) znajduje się na szczycie hierarchii i w związku z tym może „dyktować prawa”. W konsekwencji aktorzy zazwyczaj nie negocjują ze sobą projektów rozwiązań (*policy options*). To centralne organy państwa dokonują rozstrzygnięć [...] (Zybała 2013:41).

W związku z tym mamy do czynienia ze zuniformizowanymi warunkami działania samorządów lokalnych, co przybiera postać realizacji zapisów ustaw czy też programów centralnych pod rygiem mechanizmów kontrolnych w rodzaju rozliczeń przed Regionalnymi Izbami Obrachunkowymi. Nie oznacza to, że w tym systemie nie zdarzają się wyjątki, inspirowane innymi modelami zarządzania publicznego, np. podejściem bardziej sieciowym (*governance*), większość samorządów jednak realizuje zadania publiczne w omawianym obszarze w zbliżony sposób, głównie opierając się na zasobach własnych jednostek, a rzadko delegując te zadania innym aktorom (por. Kordasiewicz, Sadura 2017).

9.2.1. Aktywność obywatelska

Jak pisaliśmy w rozdziale 8, instytucją bezpośrednio powołaną do zapewnienia reprezentacji politycznej osobom starszym jako zbiorowości o zbliżonych interesach są rady seniorów. Ich istnienie reguluje art. 5c rozdziału 1 wprowadzony do znowelizowanej w 2013 r. *Ustawy o samorządzie gminnym* (Dz.U. 1990 nr 16, poz. 95). Czytamy w nim, iż: „[g]mina sprzyja solidarności międzypokoleniowej oraz tworzy warunki do pobudzania aktywności obywatelskiej osób starszych w społeczności lokalnej”. Do rady seniorów mogą należeć osoby starsze oraz – niezależnie od wieku – przedstawiciele organizacji działających na ich rzecz. Rady seniorów funkcjonowały w Polsce w niektórych gminach jeszcze zanim zostały zdefiniowane przez *Ustawę*. Od czasu wejścia w życie nowelizacji ich liczba jednak znacząco wzrosła z 46 (2013 r.) do 76 w 2015 r. (Starzyk 2015). Ich istnienie nie jest obowiązkowe, acz *Ustawa* zachęca gminy do ich powoływania.

9.2.2. Integracja społeczno-kulturowa

Ogólnopństwowe rozwiązania, dotyczące społeczno-kulturowej integracji osób starszych, opierają się przede wszystkim na ośrodkach wsparcia (głównie: Dienne Domy Pomocy Społecznej, Centra Aktywności Seniorów czy kluby Senior+), o których więcej piszemy w kolejnym podrozdziale. Ponadto, działania publiczne – zwłaszcza poprzez transfery przekazywane w ramach pomocy społecznej – niebezpośrednio służą społecznej integracji seniorów. Jak bowiem podkreślałyśmy we wprowadzeniu, część tej zbiorowości zagrożona jest wykluczeniem społecznym w związku z niskimi dochodami.

Większość projektów podejmowanych ~~w~~ na rzecz społeczno-kulturowej integracji osób starszych wywodzi się jednak z trzeciego sektora (Kijak, Szarota 2013). Trzeciosektorowe inicjatywy integrujące środowisko seniorskie mają czasem charakter ogólnopolski, jak na przykład Polski Związek Emerytów Rentistów i Inwalidów. Jak dowodzimy w podrozdziale 9.4., funkcję integracyjną pełnią też organizacje o innym oficjalnym profilu, na przykład pełniące funkcję edukacyjną, istniejące w Polsce od 1975 r., uniwersytety trzeciego wieku (UTW) (Gołdys, Krzyżanowska, Stec, Ostrowski 2012), grupy religijne, koła o charakterze kulturalno-oświatowym czy zespoły śpiewacze, taneczne lub plastyczne.

9.2.3. Opieka

Na wstępie pragniemy podkreślić, że w obszarze opieki starzenie się społeczeństwa wiąże się z szansą, nie tylko bowiem generuje potrzeby opiekuńcze, ale i zwiększa zasób potencjalnych opiekunów. Przypomnijmy (por. rozdział 1), że do procesu starzenia przyczynia się także – obok spadku płodności – wydłużanie życia. Żyjący dłużej dziadkowie mogą opiekować się wnukami, co pozwala budować międzygeneracyjną solidarność, o której pisaliśmy w rozdziale 5. Polski reżim opieki na niej bazuje, a model opieki świadczonej przez babcię i dziadków w naszym kraju jest uważany za pożądany i możliwy do zrealizowania z uwagi na wcześniejsze przechodzenie na emeryturę przez kobiety. Jak się przekonamy w podrozdziale 9.4., seniorzy świadczą opiekę także poza własnym gospodarstwem domowym, wchodząc w rolę wolontariuszy opiekujących się swoimi starszymi kolegami. Osoby starsze – emeryci – sezonowo migrują też za granicę, aby tam świadczyć opiekę. Polskie polityki publiczne jednak nie wykorzystują tego seniorskiego kapitału opiekuńczego. Choć wiele działań opiekuńczych realizowanych jest przez osoby starsze w gospodarstwach domowych – na przykład na rzecz małżonka lub rodzica w wieku sędziwym – kapitał ten nie jest wykorzystywany w bardziej sformalizowany sposób, z zaproponowaniem niezbędnej infrastruktury. Jak postaramy się wyjaśnić, udzielenie odpowiedniego przeszkolenia oraz ubezpieczenia daje niezbędną ochronę seniorom wolontariuszom i podnosi jakość pracy opiekuńczej.

Istniejące w Polsce regulacje dotyczą natomiast opieki nad osobami starszymi. Na opiekę długoterminową w systemie ochrony zdrowia składają się świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze oraz opieka paliatywna i hospicyjna. Świadczenia są dostępne dla osób, które w ocenie opartej na skali Barthel³

3 Skala Barthel, wymagana przez NFZ, służy do oceny stopnia samodzielności przy wykonywaniu 10 czynności (np. spożywanie posiłków, utrzymywanie higieny osobistej, poruszanie się, kontrolowanie zwieraczy i.in.). W każdym przypadku stopień samodzielności oceniany jest na skali 3-stopniowej (wartości: 0, 5, 10, gdzie 0 oznacza całkowity brak samodzielności, a 10 – pełną samodzielność) lub 4-stopniowej (dodatkowo wartość 15).

uzyskują 40 punktów lub mniej. W 2017 r. przykładowo finansowano świadczenia w zakresie opieki długoterminowej (w formie stacjonarnej i domowej), realizowane przez zakłady opiekuńczo-lecznicze (ZOL) i pielęgnacyjno-opiekuńcze, zakłady i usługi domowe, oferujące pomoc osobom wymagającym wspomagania oddychania respiratorem, pielęgniarzką opieką długoterminową, świadczenia z zakresu medycyny paliatywnej (pełny katalog, por. Dz.U. 2013 poz. 1480).

Z kolei wśród rozwiązań opiekuńczych świadczonych w ramach pomocy społecznej wymienić należy: usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze świadczone w miejscu zamieszkania, całodobowe usługi świadczone w rodzinnych domach pomocy, dzienne usługi świadczone w ośrodkach wsparcia, całodobowe usługi świadczone w domach pomocy społecznej, całodobowe usługi świadczone w placówkach zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku, prowadzonych w ramach działalności gospodarczej lub statutowej, świadczenia pieniężne związane z opieką (Dz.U. 2004 nr 64 poz. 593 art. 36, 67).

Rozmieszczenie infrastruktury opieki długoterminowej w Polsce jest nierównomiernie. W 2013 r. w 80 z 314 powiatów w Polsce nie było jakiegokolwiek DPS, a w kolejnych 80 funkcjonował tylko jeden typ (Grabusińska 2013). Pod koniec 2015 r. w Polsce istniało 227 DPS dla osób w podeszłym wieku, w których przebywało 5080 mieszkańców (Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej 2016). Jeśli w danym powiecie brak DPS dla osób starszych, zamieszkujący jego teren seniorzy wymagający opieki powinni mieć zapewnione miejsce w DPS danego typu położonym na terenie innego, możliwie najbliższego, powiatu (po spełnieniu tego kryterium typu kluczowa jest odległość od miejsca zamieszkania). Przenosiny do innej miejscowości wyrwywają jednak seniora z jego środowiska lokalnego, rozluźniają kontakty społeczne i rodzinne, co może niekorzystnie odbijać się na samopoczuciu i zdrowiu i tak już niesamodzielnej osoby.

Ogólnym trendem, który możemy obserwować w zakresie opieki długoterminowej w Polsce, jest wykorzystywanie przez państwo rodzinnego reżimu opieki, a nawet – pomimo postępującego starzenia populacji – wycofywania się z dotychczasowych rozwiązań publicznych o skromnym zasięgu. Przykładem tego mogą być zmiany w centralnych regulacjach dotyczących DPS. W 2004 r. w związku z nową *Ustawą o pomocy społecznej* (Dz.U. 2004 nr 64 poz. 593, art. 55) nastąpiła ogólnopolska zmiana finansowania opieki instytucjonalnej. Koszty pobytu pensjonariusza wcześniej były pokrywane z wojewódzkiej dotacji. Obecnie w pierwszej kolejności są one przerzucane na samego zainteresowanego do wysokości 70% jego emerytury (lub innego dochodu), następnie rodzina, o ile jej dochody przekraczają 300% kryterium dochodowego (1902 zł osoba samotnych, 1542 zł na osobę w rodzinach w 2017 r.).

Pobyt finansowany jest z gminnej subwencji jedynie wtedy, jeśli dochody w rodzinie są niższe, a środki własne mieszkańca – niewystarczające. Zmiana zasad finansowania przyczyniła się do spadku liczby pensjonariuszy DPS z 13 tys. do 10 tys. w latach 2003–2008, a w konsekwencji do zmniejszenia liczby DPS z 169 do 143 (Augustyn i in. 2010). Wysokie dla seniora i jego rodziny koszty pobytu w DPS przyczyniają się ponadto do przetrzymywania osób starszych w ZOL z powodu korzystniejszego dla pacjentów schematu finansowania (por. podrozdział 9.4.).

Innym rozwiązaniem opiekuńczym, zapisanym w ustawie o pomocy społecznej, są rodzinne domy pomocy. Mogą je prowadzić osoby fizyczne lub organizacje pożytku publicznego, świadcząc opiekę dla trzech–ośmiu mieszkańców (Dz.U. 2004 nr 64 poz. 593, art. 52). Jest to jednak rzadko spotykane w Polsce rozwiązanie: wedle dostępnych danych w 2013 r. istniało zaledwie 29 rodzinnych domów pomocy przeznaczonych dla seniorów i osób niepełnosprawnych (Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej 2014), a w dwóch badanych przez nas gminach brak takich placówek.

Rozwiązaniem, które wychodzi naprzeciw potrzebie odciążenia rodzinnych opiekunów oraz pozostawienia seniora w jego środowisku lokalnym są DDPS, mające status ośrodków wsparcia, których istnienie reguluje *Ustawa o pomocy społecznej*. W 2016 r. w Polsce istniało 226 DDPS, z których korzystało 19 278 osób (Szatur-Jaworska 2016). Jak jednak dowodzimy w podrozdziale 9.4., ramy, w jakich one funkcjonują, nie zawsze pozwalają na pomoc osobom mniej samodzielny. Tymczasem DDPS powinny realizować szereg zadań służących utrzymaniu aktywności społecznej osób w nich zgromadzonych i przeciwdziałać ich wykluczeniu. Powinny gwarantować:

[M]iejsce do bezpiecznego, godnego spędzania czasu, – 1 lub 2 posiłki (w tym dwudaniowy obiad) na miejscu, na wynos lub w formie dowozu do miejsca zamieszkania osobom obłożnie chorym, – dostęp do prasy, książek, elektronicznych środków przekazu, organizowanie spotkań rekreacyjnych i towarzyskich, ~~– pomoc w utrzymaniu i wzmacnianiu aktywności~~ i samodzielności życiowej, – pomoc psychologiczną, poradnictwo prawne, niezbędne wsparcie, – pomoc w załatwianiu spraw życia codziennego, w razie potrzeby kontakt z lekarzem (Rysz-Kowalczyk 2012: 78–79).

W Polsce na poziomie lokalnym, zwłaszcza w dużych miastach, oferuje się seniorom także inne rozwiązania, mające status ośrodków wsparcia. Ich rozmieszczenie nie jest jednak równomierne, a powołanie ich leży w gestii lokalnych władz administracyjnych. Rozwiązania te nie stanowią jednak alternatywy dla DDPS, ale mogą stanowić ich uzupełnienie. Na przykład warszawskie władze proponują osobom starszym wielofunkcyjne centra usług socjalnych. Seniorzy mogą w nich spędzić czas i zjeść obiad oraz skorzystać

z usług rehabilitacyjnych i wspierających, są to bowiem placówki skierowane do osób o ograniczonej sprawności (Szatur-Jaworska 2016).

Centra Aktywności Seniorów (CAS) to inny typ ośrodka wsparcia dla osób starszych, który również stanowi inicjatywę gminną, wprowadzaną zwłaszcza w dużych miastach. W CAS, które koncentrują się na społeczno-obywatelskiej aktywizacji seniorów, komponent opiekuńczy wydaje się mniej znaczący, chociaż w niektórych centrach oferowane są usługi rehabilitacyjne. CAS są zarządzane przez gminy, jak w przypadku Poznania czy Gdyni, lub ich prowadzenie delegowane jest przez gminy organizacjom pozarządowym, jak w Krakowie czy Częstochowie (Schimanek 2015).

Powołany w 2015 r. program wieloletni Senior-WIGOR na lata 2015–2020 podkreślał natomiast potrzebę stworzenia ośrodków wsparcia, w których na pomoc mogłyby liczyć także mniej sprawne osoby. Dzielne Domy Senior-WIGOR powinny m.in. służyć podstawowej opiece i gwarantować zajęcia służące podtrzymaniu sprawności ruchowej. Program umożliwiał pozyskanie finansowania z Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej na tworzenie Dzielnych Domów Senior-WIGOR. Ponadto przewidywał jednorazowe wsparcie w wysokości do 250 tys. PLN, które mogło być przeznaczone na prace remontowe i zakup sprzętu dla nowo powstających domów lub dla już istniejących, ale spełniających wyznaczone standardy (Uchwała RM nr 34 z dnia 17 marca 2015 r.). Od 2016 r. program Senior-WIGOR jest kontynuowany pod nazwą program wieloletni Senior+ na lata 2015–2020 (Uchwała RM nr 157 z dnia 20 grudnia 2016 r.). Program Senior+ zakłada możliwość wsparcia utworzenia Dzielnego Domu Senior+ do 300 tys. oraz Klubu Senior+ (w przypadku klubów ograniczono wymogi lokalowe i zrezygnowano z funkcji rehabilitacyjnych) do 150 tys. PLN. Pomimo zwiększenia indywidualnych dotacji na Dzielne Domy Senior+, ogólnopolski budżet przeznaczony na ten cel w 2017 r. został zmniejszony do 30 mln PLN (w stosunku do 40 mln w 2016), co oznacza powrót do wyjściowego poziomu finansowania z 2015 r.

Podsumowując, polskie regulacje dają możliwość „rozszerzania oferty instytucji pomocy społecznej” (Szatur-Jaworska 2016: 91). Jako rzadko spotykane lokalne przykłady dywersyfikacji tej oferty można wymienić rodzinne domy pomocy czy wielofunkcyjne centra usług socjalnych dla osób starszych. Mimo lokalnych odstępstw wydaje się jednak, że w Polsce dominuje jeden wzorzec zarządzania politykami senioralnymi, stanowiący egzemplifikację ogólnopolskiego wzorca zarządzania publicznego (Zybała 2013). Charakteryzuje się on uniformizacją oraz niskimi nakładami. O ile niewysokie nakłady nie wymagają wyjaśnienia, to uniformizacja polega na panowaniu jednego sposobu myślenia o organizacji polityk senioralnych. Dwa miasta, w których przeprowadziliśmy badania (por. następny podrozdział), stanowią przykład tego dominującego wzorca. Rozwiązania wprowadzane w Końskich i Kluczborku nie

są jednak identyczne. Badania, których wyniki opublikowano w książce pod redakcją Marioli Raclaw (2011), również wskazały na lokalne warianty organizacji systemu opieki, polegające na bardziej systematycznych *versus* doraźnie podejmowanych działaniach czy większym lub mniejszym znaczeniu inicjatyw oddolnych. Potrzebna jest typologia lokalnej realizacji opieki nad osobami starszymi w obrębie obowiązującego w państwie jednego modelu⁴. W niniejszym rozdziale, na podstawie danych empirycznych, podejmujemy próbę zaproponowania takiej typologii.

9.3. Metody zastosowane w badaniu terenowym

Poszukując odpowiedzi na pytanie o wyzwania społeczne związane ze starzeniem się społeczeństwa, zrealizowałyśmy badania monograficzne w dwóch gminach. W obydwu odbyłyśmy trzy pobyty badawcze w 2014 i 2015 r.⁵ W niniejszym rozdziale wykorzystujemy materiał zebrany za pomocą pogłębionych wywiadów z lokalnymi ekspertami oraz dzięki obserwacjom działalności prowadzonej w instytucjach skierowanych do seniorów. W wywiadach wzięli udział przede wszystkim przedstawiciele władz miasta, działacze organizacji społecznych, pracownicy instytucji skierowanych do seniorów (po 11 instytucji w obu miejscowościach). Zrealizowałyśmy w sumie 24 wywiady, wszystkie zostały nagrane za zgodą rozmówców, spisane i poddane wspomaganą komputerowo analizie jakościowej.

Do badania wytypowałyśmy dwie miejscowości: Kluczbork w województwie opolskim oraz Końskie w województwie świętokrzyskim. Wyboru dokonaliśmy spośród miast powiatowych o wielkości populacji 10–40 tys. To szczeblowi powiatowemu przypisana jest odpowiedzialność za stacjonarne formy opieki (np. niektóre DPS), a miasto jako gmina odpowiada za opiekę świadczoną w domach (usługi opiekuńcze świadczone przez OPS). Mała wielkość miasta miała zresztą umożliwić jego wszechstronną analizę pod kątem omawianej tematyki. Ponadto ze zbioru 191 polskich miast spełniających ten warunek dokonaliśmy wyboru Kluczborka i Końskich na podstawie dwóch kryteriów.

4 W badaniu ESOPO (Mingione, Oberti 2003) podjęto próbę typologizacji lokalnych realizacji polityk publicznych w zakresie pomocy społecznej według dwóch wymiarów: poziomu niezależności jednostki od rodziny i poziomu wsparcia instytucjonalnego. Autorzy badania nie stawiali sobie jednak za cel analizy lokalnej implementacji ogólnokrajowego modelu opieki.

5 W realizacji referowanej tu części badań terenowych, oprócz autorek niniejszego rozdziału, uczestniczyła Marta Kielkowska. Podczas jednego pobytu badawczego towarzyszyli nam uczestnicy seminarium „*Sandwich generation*. Problem pełnienia funkcji opiekuńczych nad osobami niesamodzielnymi w migrującym i starzejącym się społeczeństwie” zorganizowanego w Instytucie Socjologii Uniwersytetu Warszawskiego, w składzie: Paweł Bagiński, Maciej Biernacki, Małgorzata Brożek, Adrianna Drozdowska, Marta Kozieł, Justyna Maciejewska, Mirosława Maćko, Kamil Matuszczyk, Patryk Mikulski, Karolina Pieniak, Adam Ramus, Karolina Rydwańska, Aleksandra Siwek, Piotr Starzyński, Michał Wende.

Pierwsze kryterium miało charakter ściśle demograficzny. Wybrane zostały miasta, w których procesy demograficzne postępują bardzo szybko. Niemniej nie tyle sama struktura wieku była tu decydująca, ile tempo zmian (starzenia się) tej struktury wyrażone za pomocą współczynników dynamiki obciążenia demograficznego ludnością w starszym wieku, wyznaczonych na podstawie danych z Narodowych Spisów Powszechnych z lat 2002 i 2011 (OADR 2011/2002). W Kluczborku odnotowaliśmy jedną z najwyższych dynamik wzrostu obciążenia osobami starymi – z 18% (2002) do 21% (2011). Według stanu ludności miasta z 2014 r., kiedy przystąpiliśmy do realizacji badań terenowych, OADR wzrósł jeszcze bardziej i wyniósł 26%. W przypadku Końskich natomiast osoby powyżej 60. roku życia stanowią 27,6%, a 3,6% ma powyżej 80 lat. Według stanu ludności z roku 2014 OADR wzrósł do 28,9%. Dla porównania OADR dla populacji Polski wynosił 21,4% w 2014 r.

Drugim kryterium wyboru miasta była intensywność dokonujących się z niego migracji zagranicznych. Znaczenie migracji w naszym badaniu terenowym wyjaśniamy w kolejnym rozdziale. W Polsce brak wiarygodnych danych na temat skali emigracji, dlatego przystępując do wyboru miejscowości, kierowaaliśmy się wiedzą ekspercką współpracowników w Ośrodku Badań nad Migracjami UW. Zdecydowaliśmy się na wybór miast charakteryzujących się dużą skalą emigracji, z których jedno ma długą tradycję w tym zakresie (Kluczbork), a w drugim przeważają migracje poakcesyjne (Końskie). Zależało nam także na tym, aby wybrane miejscowości różniły się kontekstem społeczno-kulturowym, a ze wstępnego rozpoznania wynikało, że chociaż Kluczbork i Końskie charakteryzują się podobną dynamiką starzenia, to ich lokalny kontekst społeczny jest znacznie odmienny.

Końskie w Polsce znane są z tamtejszego przemysłu odlewniczego. Zmiany po 1989 r. przyniosły prywatyzację koneckiego przemysłu, która łączyła się z likwidacją części przedsiębiorstw i redukcją etatów (Grotomirski 2009). Doświadczenie transformacji systemowej było dla Końskich bolesne: od pracowników z dłuższym doświadczeniem zawodowym oczekiwano przechodzenia na świadczenia przedemerytalne lub – jeśli było to możliwe – emeryturę. Ci, którzy pracowali w szkodliwych warunkach, mieli prawo do odejścia po 25 latach pracy; nieraz z rynku pracy wycofywali się zatem czterdziestokilkuletni konieczanie. Jak wskazuje się w literaturze (Krzyżowski 2011), wcześniejsza emerytura może łączyć się z relatywnie wczesnym społecznym doświadczeniem starości i związanych z nią ról, na przykład z opieką nad wnukami czy z typowo seniorskimi zajęciami (popularne w Końskich ogródki działkowe). Wcześniejsze przejście na emeryturę (lub utrzymywanie się z zasiłków do osiągnięcia odpowiedniego wieku) jest istotnym czynnikiem kształtującym warunki bytowe osób starszych, zwłaszcza ich trudniejszą sytuację w Końskich. Niewielki odsetek pracujących po 60. roku życia, i to głównie w formie samozatrudnienia,

wskazuje na aktualnie nikłe możliwości kontynuowania aktywności zawodowej i dorabiania do emerytury przez młodszych seniorów.

Ważna różnica dzieląca Końskie i Kluczbork to większa zamożność mieszkańców tej drugiej gminy. Jak wynika z przeprowadzonego w naszym badaniu sondażu losowo wybranych gospodarstw domowych (o którym więcej w rozdziale 10), dochody mieszkańców Kluczborka są wyższe niż w gospodarstwach koneckich (Jaźwińska, Kiełkowska, Kloc-Nowak, Kordasiewicz, Radziwinowiczówna 2016).

Dłuższa tradycja migracji międzynarodowych w Kluczborku jest konsekwencją historii Opolszczyzny – po roku 1956 pojawiły się możliwości wyjazdów do Niemiec – stałych i krótkotrwałych. Z emigracji na stałe mogły korzystać osoby, które mieszkały na Opolszczyźnie przed II wojną światową (Stoła 2010). Istotnym momentem dla ewentualnej emigracji śląskiej ludności autochtonicznej była zmiana prawa w Niemczech w 1993 r., która wprowadziła możliwość potwierdzenia obywatelstwa bez przyjazdu do Niemiec. Udostępniło to alternatywne źródło utrzymania w postaci migracji zarobkowych bez emigracji na stałe (Jończy, Rauziński, Rokita-Poskart 2014). Również migracje poakcesyjne były na Opolszczyźnie intensywne (Fihel, Solga, 2014). Mobilność międzynarodowa przyczyniła się do depopulacji i starzenia regionu, a problem ten już od kilku lat jest zidentyfikowany przez władze w regionie (por. rozdział 8 niniejszego tomu). W Końskich natomiast, gdzie międzynarodowe migracje stały się intensywne dopiero po wejściu Polski do Unii Europejskiej, ten proces nie był rozpoznany, czego konsekwencje szerzej opisujemy w kolejnym podrozdziale.

9.4. Wyzwania starzejącego się społeczeństwa z perspektywy lokalnej

Na wstępie zastrzec należy, iż proponowane lokalnie rozwiązania, dotyczące potrzeb seniorów, mają w obu miastach niewielki zasięg oddziaływania. Na przykład przeprowadzony w 2015 r. przez nasz zespół sondaż dostarczył informacji o niewielkiej skali korzystania z pomocy społecznej przez gospodarstwa seniorskie⁶ w Końskich i Kluczborku (odpowiednio 7 i 8%). Dane przekazywane przez ośrodki pomocy społecznej do GUS wskazują natomiast, że w powiecie kluczborskim (dane dla miasta nie są dostępne) zaledwie 2,9% mieszkańców w wieku poprodukcyjnym korzystało w roku 2015 ze środowiskowej pomocy społecznej, podczas gdy w powiecie koneckim odsetek

6 Jako „gospodarstwa seniorskie” zaklasyfikowaliśmy gospodarstwa domowe, których członkiem jest przynajmniej jedna osoba w wieku 60+ (na temat definicji starości przyjętej w badaniach w wybranych gminach por. rozdział 10).

ten wynosił 3,8 (Bank Danych Lokalnych). Statystykę tę zaniżają mieszkańcy terenów wiejskich, gdzie dostęp do usług pomocy społecznej jest mniejszy (Krzyszkowski 2011).

Gmina Kluczbork przoduje w ofercie rozwiązań społecznych dla osób starszych. Wiele wdrażanych tam rozwiązań nie wynika z ogólnopolskich regulacji czy „dobrych praktyk”, ale stanowi owoc zaawansowanej refleksji władz wojewódzkich i lokalnych na temat starzenia. Wspieranie seniorów jest jednym z celów *Strategii Integracji i Rozwiązywania Problemów Społecznych Gminy Kluczbork na lata 2014–2020*, w której szczególnie podkreślono rozwijanie zintegrowanego systemu pomocy osobom starszym w ich środowisku zamieszkania oraz przeciwdziałanie ich izolacji i wykluczeniu społecznemu (Urząd Miejski Kluczbork 2014: 109, 111). W Końskich polityka senioralna jest mniej rozwinięta niż w Kluczborku. Kiedy rozpoczynałyśmy tam badania, lokalne władze i dyrekcja Miejsko-Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej (MGOPS) nie postrzegały starzenia w kategorii poważnego wyzwania. Również w dokumencie *Strategia Rozwoju Miasta i Gminy Końskie na lata 2014–2022* (Rada Miejska Miasta Końskie 2014) przygotowanym na zlecenie Urzędu Miasta i Gminy Końskie problematyka starzenia nie zajmowała istotnego miejsca. W toku naszych badań, prowadzonych pod koniec 2014 r. i w ciągu roku 2015, dostrzegłyśmy jednak zmianę w postawie koneckich władz wobec starzenia społeczności lokalnej, polegającą na włączeniu tej problematyki do obszaru zainteresowania władz oraz na próbie zarządzania nią. Przepuszczamy, że nasz projekt badawczy mógł uwrażliwić lokalne władze na tę tematykę. Wśród nowych instrumentów wdrożonych w Końskich po rozpoczęciu naszych badań terenowych wymienić należy przede wszystkim powołanie Rady Seniorów Miasta i Gminy Końskie w 2015 r., uruchomienie programu „Koperta Życia” w 2016 r. oraz powołanie UTW jesienią 2015 r. W kolejnej części poświęcimy uwagę pierwszemu wydarzeniu.

9.4.1. Lokalna realizacja polityk w obszarze aktywności obywatelskiej osób starszych

Rada ds. seniorów w Kluczborku powstała w 2013 r., dwa lata wcześniej niż w Końskich i jeszcze przed nowelizacją *Ustawy o samorządzie gminnym*. W obu miastach powołanie rady było inicjatywą władz miejskich. W Kluczborku do rady zaproszono dziewięciu seniorów, przedstawicieli organizacji senioralnych. W Końskich oprócz przedstawicieli takich organizacji, jak Polski Związek Emerytów, Rencistów i Inwalidów (PZERI), UTW i Sekcji Emerytów i Rencistów Związku Nauczycielstwa Polskiego (SEiR ZNP) (tzn. – jak okaże się po lekturze dalszych części niniejszego raportu – nie wszystkich ważnych instytucji zrzeszających na tym terenie seniorów) do udziału zaproszono osoby

starsze, niemające doświadczenia w organizacjach seniorskich. Jak się zdaje, przy wyborze składu rady burmistrz uznał za ważny zgromadzony wcześniej kapitał polityczny. Na przykład na jej przewodniczącego zaproponowano byłego sekretarza Starostwa Powiatowego. W przeciwieństwie do kluczborskiej rady, niektórzy jej członkowie nie reprezentują typowo senioralnych organizacji, ale na przykład PTTK, Polski Związek Niewidomych czy jeden ze związków zawodowych (ZNP i NSZZ Solidarność Pracowników Oświaty i Wychowania w Końskich). W skład kluczborskiej Rady ds. Seniorów wchodzi natomiast członkowie organizacji, które już wcześniej reprezentowały głos seniorów w kontaktach z władzami (np. w trakcie konsultacji projektu rewitalizacyjnego), więc powołanie rady oznaczało raczej sformalizowanie i potwierdzenie wcześniejszych konsultacji decyzji politycznych ze starszymi mieszkańcami miasta. Warto ponadto wspomnieć, że w Kluczborku działania, składające się na politykę senioralną, podlegają kontroli społecznej w ramach projektu „Monitoring Realizacji Polityki Senioralnej na Poziomie Miast”. W 2015 r. był on realizowany w dziesięciu miastach z czterech województw (tj. w województwie dolnośląskim: w Jeleniej Górze i Wrocławiu, w województwie śląskim w Wojkowicach, Będzinie, Zawierciu, Bielsku-Białej, Rudzie Śląskiej i w Czeladzi, w województwie opolskim Kluczborku i w województwie małopolskim w Tarnowie) przez Stowarzyszenie „Bona Fides” (Polski Związek Emerytów, Rencistów i Inwalidów, Uniwersytet Trzeciego Wieku, Związek Kombatantów Rzeczypospolitej Polskiej i Byłych Więźniów Politycznych 2016). W Kluczborku raport z projektu przygotowały cztery seniorskie organizacje pozarządowe.

Inny rodzaj obywatelskiej aktywności to udział w przygotowaniu gminnego budżetu obywatelskiego. W pierwszej edycji, zorganizowanej w obu gminach w 2015 r., w Końskich, udało się uzyskać finansowanie jednego projektu, dotyczącego osób starszych, w Kluczborku – dwóch (w obu miastach były to zewnętrzne siłownie, a w opisie beneficjentów projektu wymieniano osoby w wieku 50+).

Rozwiązaniem wychodzącym naprzeciw potrzebie reprezentacji osób starszych oraz ich integracji społecznej jest wprowadzanie wspomnianych w rozdziale 8 Kart Seniora. Karty wydawane są osobom spełniającym kryterium wieku i uprawniają do zniżek w wybranych punktach handlowo-usługowych na terenie gminy. W Kluczborku są one wydawane w ramach programu „Kluczbork dla Seniora”, realizowanego od 2013 r. (w powiecie stanowił on pilotaż uruchomionego w 2014 r. programu wojewódzkiego), w Końskich taki program nie jest realizowany. W latach 2013–2014 wydano w Kluczborku 1384 Karty Seniora; w 2014 r. przyznano 1361 ulg, co kosztowało niespełna 20 tys. PLN. Programy, jak ten kluczborski, zakładają, że seniorów powinno się integrować społecznie przez integrację ekonomiczną, umożliwiając im konsumpcję. Niezbędne jest jednak uwzględnienie ich ekonomicznych ograniczeń.

Rosnąca zbiorowość osób starszych w Polsce to konsumenci określonych dóbr i usług o stałym, acz niewysokim dochodzie. Zgodnie z hipotezą Masona (2005), wspomnianą w rozdziale 6, tzw. „druga dywidenda demograficzna” polegałaby na wzroście konsumpcji. Może on zachodzić przede wszystkim na poziomie lokalnym, o ile oczywiście oferta będzie dostosowywana do oczekiwań seniorów, tak jak jest w przypadku programu „Kluczbork dla Seniora”.

9.4.2. Lokalna realizacja polityk w obszarze integracji społeczno-kulturowej osób starszych

W obszarze integracji seniorów na omawianych terenach aktywne są instytucje finansowane i nadzorowane przez samorząd, jak DDPS, a także oddziały ogólnopolskich organizacji pozarządowych, jak PZERI czy organizacje powstałe oddolnie, mające swoje odpowiedniki w całym kraju, jak UTW (Błądowski 2016). Ponadto integracji środowiska osób starszych sprzyjają jeszcze inne organizacje o charakterze edukacyjno-kulturalnym, jak np. koła zainteresowań. Przegląd instytucji pełniących funkcję integracyjną zaczynamy od najbardziej efektywnie integrującego (pod względem trwałości więzi, częstości uczestniczenia w działaniach) DDPS z Końskich.

Przypomnijmy, że DDPS to placówki finansowane z budżetu gminy (por. Rysz-Kowalczyk 2012). Działalność koneckiego DDPS, nazywanego Domem Dziennego Pobytu, jest skierowana wyłącznie do osób starszych (kryterium kwalifikacji jest status emeryta). Przedział wiekowy jego członków jest szeroki: od osób, które niedawno skończyły 60 lat, po osoby po 80 roku życia. Pobyt w nim, zgodnie z regulaminem, jest bezpłatny dla wszystkich kwalifikujących się, co w Polsce nie jest regułą. Kiedy powstawał w 1997 r., stanowił prekursorską instytucję tego typu w kraju. Zadaniem DDPS w Końskich jest przeciwdziałanie samotności seniorów i organizacja im czasu⁷. W 2015 r. należały do niego 52 kobiety i 11 mężczyzn. Zakwalifikowanie do korzystania z usług DDPS dla wielu z nich wyglądało podobnie: łączyło się z epizodem kryzysu emocjonalnego, najczęściej po śmierci małżonka. Zainteresowanie działalnością DDPS oraz terapeutyczny wpływ na uczestników wskazują na potrzebę istnienia prowadzonych przez profesjonalistów instytucji przeciwdziałających społecznemu wykluczeniu seniorów.

7 Aktywność uczestników jest następująca: rozmowy, organizacja życia domu (np. pieczenie ciast, sprzątanie – wyłącznie kobiety) i uczestnictwo w wieczorkach towarzyskich i potańcówkach, prace plastyczne (wyłącznie kobiety), gra w karty (głównie mężczyźni). 21 seniorów je w stołówce MGOPS obiady, a odpłatność za nie i jej wysokość jest uzależniona od dochodów (MGOPS w Końskich, 2015, s. 24). W koneckim DDPS organizuje się również wycieczki oraz imprezy plenerowe, na przykład ogniska. Raz w roku organizowany jest wyjazd nad morze, mający charakter turnusu rehabilitacyjnego oraz wyjazdu towarzyskiego.

Dom mieści się w budynku MGOPS, ma niewielką powierzchnię (około 100 m²), co przyczynia się do ograniczonego pola działania tej instytucji. W DDPS brak odpowiedniego wyposażenia i specjalnej sali do organizacji zajęć, mających na celu poprawienie bądź utrzymanie sprawności ruchowej członków. Zresztą przy obecnym metrażu nie byłoby to możliwe, gdyż przy pełnej frekwencji na każdego podopiecznego przypada jedynie około 1,5 m² powierzchni. Pracownicy DDPS w Końskich zauważają, że ograniczenia lokalowe i finansowe uniemożliwiają im stworzenie miejsca na sprawowanie dziennej opieki na wzór modelu, zawartego w programie „Senior-WIGOR”, o znaczącym komponencie rehabilitacyjnym i medycznym. Konecki DDPS nie wziął udziału w programie „Senior-WIGOR”, ponieważ jego siedziba nie spełnia standardów wyznaczonych przez ten program. Ponadto DDPS w Końskich nie dysponuje też pojazdem, który umożliwiłby transport mniej sprawnych seniorów. Ewentualne włączanie się w działanie domu osób niepełnosprawnych fizycznie czy cierpiących na demencję byłoby zatem niemożliwe. Modernizacja placówki (wymagająca zmiany siedziby), a także wyposażenie jej w narzędzia treningowe są niezbędne, aby konecki DDPS pełnił nie tyle funkcję klubu seniora, ile by stał się placówką gwarantującą podstawową opiekę najstarszym konecczanom, podtrzymując ich sprawność, a tym samym wspomagając ich otoczenie (rodzinę, znajomych). Skuteczna instytucja tego typu oszczędziłaby niektórym osobom starań o usługi opiekuńcze i tym samym mogłaby obniżyć wydatki gminy. Takie było założenie programu „Senior-WIGOR”, w gminie Końskie zaistniał jednak, naszym zdaniem, efekt „karania pionierów”, polegający na wprowadzeniu szeregu ułatwień dla zakładanych instytucji od nowa przy jednoczesnym braku wsparcia dla tych, które już istnieją, choć nie spełniają pewnych wymogów.

~~Choć w Kluczborku nie istnieje DDPS,~~ gmina także nie wzięła udziału w programie. Ponieważ w zasobach miasta brak odpowiedniego budynku do adaptacji na taki cel, a oferowane wsparcie finansowe oceniono jako niewystarczające, w 2015 r. władze Kluczborka zaplanowały odrębną inwestycję, która kompleksowo uwzględniłaby potrzeby osób starszych – od animacji po opiekę paliatywną. Ma mieć charakter subregionalny (subregion Kluczbork – Namysłów – Olesno), a zatem stanowić próbę przełamania wspomnianego w rozdziale 8 braku współpracy powiatów w rozwiązywaniu wspólnych problemów demograficznych.

Przykład obu badanych miast – jednego z DDPS, drugiego, w którym DDPS brak – pokazuje nieefektywność propozycji, zaferowanej w ogólnopolskim programie „Senior-WIGOR/Senior+” w dwóch, bardzo różnych warunkach i przy różnych oczekiwaniach.

W Kluczborku podobną do koneckiego DDPS funkcję pełni, powołany oddolnie w strukturach lokalnego oddziału PZERI, klub seniora. Nie jest on jednak zarządzany przez etatowych specjalistów. Jego spotkania odbywają się dwa razy w tygodniu w godzinach 16–19 (DDPS w Końskich czynny jest

do 15:30) i każdorazowo gromadzi po kilkadziesiąt osób, głównie młodszych, sprawnych i aktywnych seniorów.

Lokalne oddziały PZERI są najliczniejszą organizacją seniorską w obu miastach. Działalność w PZERI nie angażuje jednak tak regularnie i trwale jak konecki DDPS czy kluczborski klub, dla wielu jego członków „przynależność do Emerytów”, jak sami określają swoje członkostwo, sprowadza się do wyjazdów na wycieczki: do teatru, na ogniska i za granicę (latem do Chorwacji czy Bułgarii). Kluczborski oddział PZERI jest znacznie aktywniejszy niż konecki, a różnorodność oferty jest wyjątkowa w skali kraju: *nordic walking*, cotygodniowe wycieczki rowerowe, wczasy dla seniorów, spotkania przy grillu i potańcówki na działce oddziału Związku, warsztaty z robótek ręcznych. Kluczborski oddział PZERI prowadzi również działalność dydaktyczną, czym jego działalność zajął się z profilem UTW.

W obu miastach istnieją UTW, kluczborski jednak jest starszy. Został założony w 2002 r., jeszcze przed falą popularyzacji tej instytucji w Polsce, która przypadła na rok 2007 (Gołdys i in. 2012). W Końskich natomiast UTW powstał – również jako oddolna inicjatywa – w październiku 2015 r., już po zakończeniu naszych badań terenowych w mieście. Wykłady w kluczborskim UTW odbywają się dwa razy w miesiącu. Obok działalności edukacyjnej UTW integruje swoich uczestników także wokół aktywności fizycznej i wydarzeń kulturalnych. Inną instytucją kulturalno-edukacyjną integrującą osoby starsze jest w Końskich dom kultury, oferujący zajęcia plastyczne dla dorosłych (powstałe z inicjatywy lokalnego oddziału PZERI i Miejsko-Gminnego Domu Kultury) oraz prowadzący orkiestrę dętą. Oddziały Miejsko-Gminnego Domu Kultury prowadzą w podkoneckich wioskach międzygeneracyjne zespoły śpiewacze, które integrują kobiety.

W obu miastach istnieją organizacje zbliżające do siebie seniorów, które mają otwarty charakter. Ich zasięg oddziaływania nie jest jednak znaczny, najliczniejsze są oddziały PZERI – w Kluczborku i Końskich odpowiednio 980 i 450 zapisanych członków, ale znaczna ich część nie uczestniczy w spotkaniach. Najbardziej aktywni seniorzy biorą udział w kilku organizacjach na raz. Organizacje wychodzące naprzeciw potrzebie jednoczenia seniorów docelowo nie są tworzone z myślą o osobach o ograniczonej sprawności, ale raczej o ludziach samodzielnych, którzy po przejściu na emeryturę i doświadczeniu osamotnienia szukają ciekawego zajęcia (i towarzystwa) (por. Kijak, Szarota 2013).

9.4.3. Lokalna realizacja polityk w obszarze opieki nad osobami starszymi

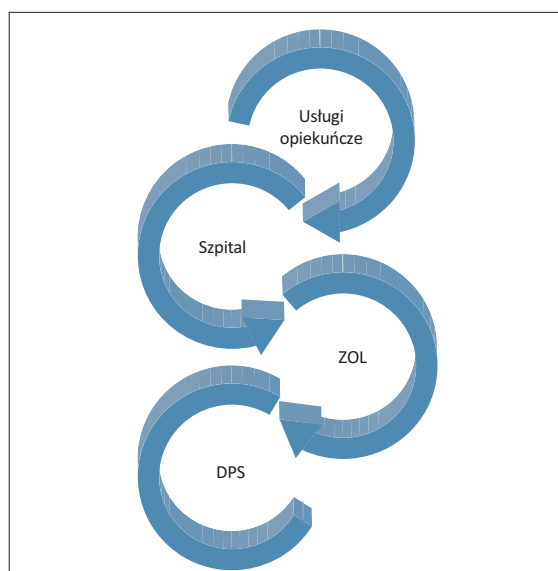
W Kluczborku i w Końskich najważniejszymi podmiotami w obszarze opieki są: MGOPS (taki znajduje się zarówno w Końskich, jak i Kluczborku),

DPS (DPS dla osób w podeszłym wieku prowadzony jest w Kluczborku, w Końskich – brak), ZOL (w Końskich ZOL istnieje, a najbliższy Kluczborkowi ZOL znajduje się w odległości 14 km od niego), hospicja oraz prywatne domy opieki. Ponadto funkcjonują tam organizacje łączące funkcje integracyjne i opiekuńcze – Caritas, SEiR ZNP i inne organizacje pozarządowe. Pomimo tej wielości aktorów życia społecznego na polu polityki senioralnej w obu badanych miastach występuje niedostatek form dziennego wsparcia dla mniej sprawnych seniorów, zwłaszcza form opieki poza miejscem ich zamieszkania, które byłyby tańsze niż opieka środowiskowa, a w ciągu dnia odciążałyby rodzinę. Jak się zdaje, nie jest to konsekwencja lokalnych ograniczeń, ale raczej systemowy brak ogólnopolskich rozwiązań i ułomność propozycji takich jak program „Senior-WIGOR/Senior+”. W wielkich miastach spotykamy powoływane lokalnie dzienne ośrodki wsparcia (np. wielofunkcyjne centra usług socjalnych), łączące funkcje integracyjne i opiekuńcze, są one jednak owocem determinacji lokalnych władz, większych możliwości finansowych oraz kapitału kulturowego, umożliwiającego odpowiednie interpretowanie ogólnopolskich regulacji.

W obu miastach zidentyfikowałyśmy „łańcuchy opieki” – standardowy, typowy, założony przebieg opieki nad osobą starszą w zależności od postępowania bądź cofania się jej choroby i spadku sprawności (zob. rys. 9.1.). Niesamodzielne osoby wymagające codziennej pomocy mogą ubiegać się o wsparcie w postaci usług opiekuńczych, świadczonych przez opiekunki środowiskowe z MGOPS. W razie nagłego pogorszenia stanu zdrowia potrzebujący trafia do szpitala, skąd – jeśli stan zdrowia nie pozwala na samodzielne funkcjonowanie – do ZOL. Osoby, które są trwale niesprawne i wymagają więcej opieki, niż może zapewnić MGOPS, kierowane są do DPS.

Dział Usług Opiekuńczych MGOPS świadczy opiekę nad wymagającymi jej osobami w ich miejscu zamieszkania. To ważna forma wsparcia, o pozytywnym znaczeniu dla psychicznej kondycji seniora. W przeciwieństwie do opieki stacjonarnej w wyspecjalizowanych instytucjach (DPS, prywatne domy opieki) – starzenie się w miejscu zamieszkania seniora i zapewnianie mu tam opieki umożliwia integrację społeczną (Baldassar i in. 2017; Gaymu, Festy, Beets, Poulain 2008).

Czas, który opiekunka środowiskowa MGOPS spędza w domu osoby potrzebującej, zależy od jej stopnia niesamodzielności i możliwości finansowych. Odpłatności wahają się od 0 do 14,7 PLN za godzinę, w zależności od dochodów danej osoby. W 2014 r. w Kluczborku usługami opiekuńczymi objętych było 96 osób, w Końskich – 70. W Kluczborku zatrudnionych było 16 opiekunek, w Końskich – 25, co może wskazywać na większą racjonalizację i efektywność pracy opiekunek kluczborskich. One same jednak są zdania, że podopiecznym kluczborskiego MGOPS przyznaje się zbyt mało godzin. Kiedyś na dzień pracy opiekunka miała wyznaczonych 3–4 chorych, aktualnie nawet



nek 9.1. Standardowy schemat „łańcucha opieki” nad seniorami w Kluczborku i Końskich

Źródło: Opracowanie własne.

do 7, co oznacza, że może spędzić u danej osoby tylko 50 minut (jej praca nie polega jedynie na czynnościach pielęgnacyjnych, ale też na przygotowaniu posiłków oraz uporządkowaniu bezpośredniego otoczenia podopiecznego).

W obu miastach opiekunki zatrudnione w MGOPS świadczą opiekę między godziną 7:30 a 15:30, wyłącznie w dni powszednie. Niektóre opiekunki z kluczborskiego MGOPS zarabiają dodatkowo, pracując po godzinach i w weekendy u tych samych podopiecznych przy pełnej odpłatności finansowanej ze środków podopiecznych. Władze koneckiego MGOPS nie wyrażają zgody na dodatkową pracę opiekunek środowiskowych u podopiecznych.

W kluczborskim MGOPS ważnym krokiem w stronę zaspokojenia potrzeb opiekuńczych mieszkańców terenów wiejskich było wprowadzenie elastycznej formuły zatrudnienia lokalnych mieszkanek jako opiekunek. Podkluczborskie wsie w większości są zamieszkiwane przez ludność autochtoniczną, od dawna migrującą, co generuje zapotrzebowanie na opiekę nad starzejącymi się rodzicami migrantów. Zagrożeniem związanym z tym rozwiązaniem jest prekaryzacja pracy opiekuńczej, która i tak jest niskopłatna.

W Kluczborku zgłaszane zapotrzebowanie na opiekę środowiskową było większe niż w Końskich i przekraczało finansowe możliwości MGOPS. W 2015 r. udało się zwiększyć liczbę podopiecznych z 96 do 115. Zmiana ta – niewątpliwie wynikająca z racjonalizacji pracy – odbyła się poniekąd kosztem warunków zatrudnienia opiekunek (zatrudnienie na umowę-zlecenie opiekunek na

terenach wiejskich) oraz zmniejszeniem liczby godzin w niektórych „środowiskach”. Innym innowacyjnym rozwiązaniem, wdrażanym w Kluczborku we współpracy z prywatną firmą jest Teleopieka – system umożliwiający szybkie i łatwe wezwanie pomocy w sytuacji nagłego zasłabnięcia przez seniora (Szatur-Jaworska 2016). Rozwiązanie to nie cieszy się jednak dużym zainteresowaniem ze strony kluczborskich seniorów – w 2015 r. skorzystało z niego tylko 8 osób. Według dyrektora MGOPS i kierowniczkę Działu Usług Opiekuńczych było to spowodowane głównie ceną usługi (nie jest ona dofinansowana ze środków publicznych), na którą składają się opłata abonamentowa i koszt zakupu bądź wypożyczenia specjalnego aparatu.

Jeśli chodzi o pomoc medyczną adresowaną do osób starszych, to, w zależności od stanu zdrowia, trafiają one albo do szpitala, a następnie do ZOL, albo od razu do ZOL, po czym, w teorii, wracają do zdrowia i codziennego funkcjonowania. Konecki Szpital Specjalistyczny św. Łukasza ma wiele oddziałów specjalistycznych, co pozwala na kompleksową opiekę nad pacjentami. Najwięcej seniorów trafia na oddział wewnętrzny, jedna z pielęgniarek pracująca w szpitalu powiedziała: „Interna to faktycznie geriatra”. Oddział Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Diabetologicznym dysponuje 36 łózkami, liczba pacjentów jednak stale przekracza ten limit. Liczba osób starszych na Oddziale Wewnętrznym wzrasta zazwyczaj w okresie wakacyjnym, kiedy krewni wymagających opieki ludzi starszych, na co dzień będący ich głównymi opiekunami, starają się o umieszczenie seniorów w szpitalu. Takie działania są spowodowane dwoma czynnikami: po pierwsze, opieka szpitalna nie wiąże się z kosztami finansowymi dla rodziny, po drugie, w Końskich dostęp do całodobowych placówek opiekuńczych dla ludzi starszych jest ograniczony.

W Końskich ZOL umiejscowiony jest na terenie szpitala, w Kluczborku natomiast nie ma takiego zakładu (najbliższy znajduje się w Wołczynie, 14 km od miasta). Jest to jednak rozwiązanie czasowe, z założenia decyzja o przyjęciu do ZOL jest wydawana na trzy miesiące, w razie potrzeby przedłużana na kolejne trzy, i kontynuowana tylko w wypadku wyjątkowych wskazań medycznych. Niemniej w obu miejscowościach zdaje się funkcjonować praktyka przetrzymywania osób kwalifikujących się do DPS z uwagi na korzystniejszy dla pacjenta schemat finansowania.

Dla osoby potencjalnie kwalifikującej się do DPS pobyt w ZOL jest korzystny z dwóch powodów. Po pierwsze, jest to rozwiązanie opłacalne finansowo dla chorego – w przeciwieństwie do pobytu w DPS oprócz opłaty pobieranej z dochodów pacjenta (70%), jego pobyt nie łączy się z dodatkowymi kosztami dla rodziny i gminy. W przypadku Końskich, gdzie brak DPS dla osób w podeszłym wieku, senior umieszczony w ZOL może pozostać w obrębie miasta, co umożliwi podtrzymanie więzi z jego otoczeniem społecznym. Nie tylko rodziny, ale i MGOPS zwracają się w pierwszej kolejności do koneckiego ZOL,

szukając miejsca dla potrzebującego całodobowej opieki seniora. Jak wyjaśniły nam pracownice ZOL, „rodziny składają z wyprzedzeniem dokumenty” zanim jeszcze starsza osoba zgłasza zapotrzebowanie na tego rodzaju wsparcie. Na początku 2015 r., kiedy przeprowadziłyśmy rozmowę w ZOL, w kolejce na pobyt czekało 50 osób, a czas oczekiwania wynosił około rok. Pracownicy ZOL, z którymi przeprowadziłyśmy rozmowę, zwracali jednak uwagę na wysokie koszty ponoszone przez szpital (i przez NFZ) z tytułu umieszczenia w ZOL osób klasyfikujących się do DPS. Zdaniem pracowników ZOL – chociaż nieren-towny dla szpitala – jest utrzymywany ze względów społecznych.

Na podstawie rozmów z lokalnymi ekspertami wnioskujemy o nieprawidłowościach w zakresie korzystania z ZOL przez osoby najuboższe, na przykład niemające emerytury, którym świadczy się usługi niechętnie, ponieważ 70% ich dochodów pokrywa jedynie niewielką część stawki za utrzymanie i wyżywienie. Takie osoby nie trafiają również do DPS, ponieważ gminy nie chcą dopłacać do ich utrzymania, co w przypadku braku innych środków jest konieczne.

W obu omawianych miastach znajdują się DPS, ale dom w Końskich przeznaczony jest dla osób przewlekle chorych ze schorzeniami układu nerwowego. W trakcie realizacji naszych badań w kluczborskim DPS przeznaczonym dla osób w podeszłym wieku przebywały 94 osoby i dysponował on wolnymi miejscami. Pracownicy DPS krytykują praktykę przetrzymywania seniorów w ZOL, gdyż to uniemożliwia im zapełnienie wolnych miejsc. Mając na uwadze dobro i utrzymanie swojego miejsca pracy, postrzegali też planowaną przez lokalne władze subregionalną inwestycję jako zagrożenie.

Konecki DPS, utworzony w 1992 r. początkowo miał dwa profile: domu dla osób w podeszłym wieku oraz domu dla przewlekle chorych mężczyzn ze schorzeniami układu nerwowego. W 2007 r. jednak władze podjęły decyzję o zmianie profilu placówki na dom dla osób przewlekle psychicznie chorych oraz o „dożywotnim” pozostawieniu w DPS seniorów dotychczas go zamieszkujących. W 2015 r. jeszcze 22 seniorów z powiatu koneckiego było pensjonariuszami tej instytucji od zmiany przez nią profilu. Podczas naszej wizyty badawczej w tym DPS spotkałyśmy jednak wiele osób w podeszłym wieku. Na podstawie rozmów prowadzonych z mieszkańcami Końskich wnioskujemy, że niekoniecznie były to wyłącznie osoby, które trafiły do DPS przed zmianą profilu w 2007 r. Wydaje się, że nieoficjalnym kryterium kierowania seniorów do koneckiego DPS może być bliskość miejsca zamieszkania, do czego przypisuje się większą wagę aniżeli do profilu tej placówki. Seniorom i ich rodzinom zależy bowiem na pozostawaniu w Końskich. Decyzja o profilu DPS podejmowana jest przez lekarza kierującego – w przypadku skierowania do domu dla osób z chorobami układu nerwowego może odbywać się na podstawie stwierdzenia demencji czy choroby Alzheimer’a, schorzeń często składających się na wielochorobowość starczą.

Jeżeli zaś chodzi o opiekę świadczoną prywatnie, to mieszkańcy Końskich i Kluczborka korzystają zarówno z opieki instytucjonalnej, jak i domowej. Alternatywą dla korzystania z usług opiekuńczych MGOPS jest zatrudnienie prywatnego opiekuna. Dla lepiej sytuowanych rodzin, w których opłata za godzinę pracy opiekunki MGOPS wynosiłaby 14,70 PLN, zatrudnienie prywatnego opiekuna jest rozwiązaniem tańszym, zwłaszcza że zwykle nie jest ono sformalizowane.

Zarówno w Końskich, jak i w Kluczborku brak prywatnych domów opieki. Badanie więc objęło dwa prywatne domy opieki w okolicach Kluczborka. Oba znajdują się w sąsiednim powiecie oleskim. Miesięczny koszt pobytu w jednym z nich zbliżony jest do kosztu pobytu w DPS i wynosi 2500 PLN. Prywatny dom opieki położony najbliżej Końskich znajduje się w odległości 15 km. Miesięczny koszt pobytu w nim w 2015 r. wynosił 2200 PLN. Dla seniora i jego rodziny – o ile nie kwalifikują się do pomocy z gminy – decyzja o skorzystaniu z usług prywatnego domu opieki może być zatem bardziej zadowalająca finansowo.

W obu omawianych miastach większość instytucji i organizacji seniorskich ma zdecydowanie opiekuńczy albo integracyjny profil, co ogranicza możliwości skutecznej pracy z seniorami, a także utrudnia przełożenie kapitału społecznego na opiekuńczy. Innymi słowy, aktywne społecznie i zarazem sprawne osoby starsze nie są zachęcane do włączenia się w wolontariat na rzecz osób w gorszej kondycji zdrowotnej. Wyjątek na tym tle stanowią organizacje, które klasyfikujemy jako „hybrydalne”. Obecnie są one domeną inicjatyw pozarządowych. W obu miastach są to lokalne oddziały Caritas oraz zakorzenione w strukturach Związku Nauczycielstwa Polskiego Sekcje Emerytów i Rencistów. Ponadto w Końskich taką rolę pełni katolicka Wspólnota Odnowy w Duchu Świętym i koło różańcowe, a w Kluczborku – Stowarzyszenie Wolontariat 50+. Instytucje, które klasyfikujemy jako hybrydalne organicznie wiążą integrację i opiekę.

Katolickie instytucje związane z Kościołem rzymskokatolickim pozwalają seniorom zaspakajać potrzeby duchowe, jednocześnie integrując swoich członków (przypadek koła różańcowego, Wspólnoty Odnowy w Duchu Świętym i zespołu Caritas). Kapitał towarzyski może się w nich natomiast przekładać na opiekuńczy, przy czym – jak wynika z naszych analiz – biorcami opieki niekoniecznie są aktywni wcześniej członkowie tych wspólnot, ale osoby zidentyfikowane przez tych członków jako samotne i wymagające opieki.

W obu miastach, jak wspomniano, funkcjonują też oddziały Caritas. Działalność obu oddziałów obejmuje opiekę osobistą, pomoc materialną oraz aktywność towarzyską o wyraźnie religijnym charakterze. Oba oddziały Caritas integrują swoich członków. Charakter i skala ich działalności, stopień profesjonalizacji oraz zakres współpracy z innymi instytucjami jednak znacznie

się różni. Konecki oddział, powstały w 2012 r. jednoczy najaktywniejszych parafian (w różnym wieku) jednego z kościołów w mieście. W Kluczborku już od lat 90. funkcjonują natomiast dwa kluby seniora Caritas, które bezpośrednio spełniają funkcję duchową i integracyjną. Gromadzą one łącznie około 80 osób.

Chociaż oba oddziały Caritas świadczą opiekę nad niesprawnymi seniorami, biorąc na siebie zadania opiekunek środowiskowych MGOPS, zakres odbiorców opieki w Końskich jest znacznie mniejszy. Wolontariusze Caritas pomagają osobom, w których przypadku występuje deficyt opieki (brak opieki rodzinnej i publicznej). W Końskich starsze członkinie parafialnego koła Caritas aktywnie angażują się w opiekę nad chorującymi seniorkami, w tym pomagają pielęgnować te najbardziej potrzebujące. Kierujący lokalnym zespołem Caritas w Końskich tak opisał tę formę opieki:

Bezcenna pomoc, najważniejsza chyba, jakiej oczekują [osoby starsze] to jest rozmowa, modlitwa, przyjaźń, odwiedzanie ich, często to osoby, które nie mają już bliskich, mąż zmarł, rodzina się wyprowadziła, stosunki rodzinne bywają różne, więc taka pomoc jest chyba dla nich najważniejsza typu: pojechać, posprzątać im mieszkanie, porozmawiać z nimi, dać się wypłakać, dać, jako kobieta kobiecie higieniczne rzeczy, pomóc.

W Kluczborku opieka nad osobami niesprawnymi (w tym seniorami) obejmuje większą liczbę potrzebujących, ma sprofesjonalizowany charakter i odbywa się na zasadzie delegowania zadań publicznych przez lokalne władze oraz przez NFZ. Kluczborski oddział Caritas prowadzi stację opieki pielęgniarstwa, gabinet rehabilitacji, kuchnię oraz warsztaty terapii zajęciowej. Jeszcze w 1992 r. wyposażenie gabinetu rehabilitacji zostało sfinansowane z niemieckich środków publicznych. Większy zasięg działania oraz znaczniejsza profesjonalizacja działań niż w Końskich wynika zatem z dłuższej historii oddziału Caritas, z dziejów i położenia Opolszczyzny oraz nawiązania współpracy z instytucjami publicznymi.

Próbując sprostać sytuacji deficytu opieki rodzinnej i niedostatku rozwiązań oferowanych przez MGOPS w Końskich, w opiekę nad niesprawnymi seniorami angażują się także inne organizacje katolickie, na przykład koła żywego różańca czy Wspólnota Odnowy w Duchu Świętym. Ta ostatnia grupa ma charakter międzygeneracyjny (gromadzi osoby w wieku 20–70 lat). Jedna z zaangażowanych osób wyjaśniła, że grupa pełni też rolę sieci opieki: „jest też jednocześnie tak, że na przykład we wspólnocie ktoś ma chorą matkę czy męża, to jak gdyby osoby: «Chcesz wyjść, to my idziemy, ty masz wolne na przykład dwie czy trzy godziny, żebyś nie była uwiązana *non stop* z domem»”. Potrzebujących członków wspólnoty w nieformalny sposób wspomaga się też finansowo. Grupa otacza też regularną i nieodpłatną pomocą osoby pozbawione opieki rodzinnej, działając na zasadzie niesformalizowanego wolontariatu.

Lokalne władze nie wiedzą jednak o opiekuńczym kapitale Wspólnoty Odnowy w Duchu Świętym.

Inną instytucją wychodzącą naprzeciw potrzebom integracyjnym i opiekuńczym osób starszych jest SEiR ZNP. SEiR integruje emerytowanych nauczycieli, organizując spotkania towarzyskie, wyjazdy turystyczne, spacery i wyprawy rowerowe. W obu miastach SEiR ZNP pomaga finansowo najbardziej potrzebującym członkom. W przypadku zapomóg można mówić o solidarności międzygeneracyjnej – pochodzą one ze wspólnej kasy ZNP, w tym ze składek aktywnych zawodowo nauczycieli. Ponadto, w sekcji kładzie się nacisk na podtrzymywanie kontaktu z jej niesprawnymi członkami – wysyła się im kartki z okazji świąt i urodzin, organizuje wizyty w domu bądź domu opieki.

W koneckiej SEiR aktywne są łączniczki, opiekujące się chorymi członkami. „Opieka nad członkami [SEiR ZNP] wymagającymi doraźnej lub stałej pomocy” stanowi jedno z zadań sekcji określonych przez jej Regulamin (ZNP 2011, rozdz. 1, par. 3, punkt e). W SEiR ZNP w Końskich około 15 osób wymaga pomocy (w tym wsparcia finansowego) lub opieki. Funkcja łączniczki jest dobrowolna i nieodpłatna. Relacja między łączniczkami a potrzebującymi opieki zasadza się na solidarności zawodowej i wspólnocie doświadczeń, gromadzonych w trakcie pracy w szkole i działalności w ZNP. Więż ta nie opiera się natomiast na solidarności międzypokoleniowej – dawcami opieki są emerytowane nauczycielki, a nie osoby czynne zawodowo. Przykład hybrydalnego charakteru SEiR ZNP ukazuje opiekuńczo-pomocowy potencjał organizacji bazującej nie na więziach rodzinnych, ale zawodowych, współczesnej gildii, która nie tylko reprezentuje interesy grupy, ale także pozwala budować sieć wsparcia w sytuacji zapotrzebowania na opiekę.

Stowarzyszenie Wolontariat 50+ (SW50+) powstało w 2014 r. w Kluczborku jako pomysł zastępcy burmistrza oraz prezesa stowarzyszenia hospicyjnego, mający na celu sformalizowanie wolontariatu osób po 50. roku życia. W kwietniu 2015 r. w działania Stowarzyszenia zaangażowanych było 17 wolontariuszy, którzy wspierali kilkanaście osamotnionych i niepełnosprawnych osób, przede wszystkim w wieku 80–90 lat. Wolontariusze odwiedzają potrzebujących w prywatnych mieszkaniach i w publicznych placówkach opiekuńczych. Dla niektórych wolontariuszek aktywność w SW50+ jest przedłużeniem wieloletniej nieformalnej pomocy starszym znajomym. Zaletą działalności w SW50+ są specjalistyczne szkolenia oraz ubezpieczenie od skutków wypadku w trakcie pomagania podopiecznym.

Gros działań instytucji hybrydalnych w Końskich i Kluczborku ma szczególny charakter ze względu na rodzaj porozumienia między sprawującymi opiekę a tymi, którzy ją otrzymują. Dawcy opieki (w większości osoby starsze) deklarują, że rozumieją oni seniorów lepiej niż osoby młodsze. Działalność wolontariuszy zasadza się na zasadzie wzajemności – w razie przyszłego

zapotrzebowania na tego rodzaju pomoc mogą oni oczekiwać wsparcia ze strony innych wolontariuszy. Co jednak ważne, nie jest to wymiana natychmiastowa, ale odroczone – wolontariusz udziela „daru czasu” osobie, która być może nie będzie w stanie się odwdzińczyć. „Przeciwdaru”⁸ w tej nienatychmiastowej i niebezpośredniej wymianie może natomiast udzielić w przyszłości ktoś inny, zaangażowany w wolontariat, gdy obecny wolontariusz czy łączniczka będzie tego potrzebować. Jak się jednak zdaje – organizacje łączące opiekę i integrację osób starszych najlepiej sprzyjałyby spójności społecznej i międzypokoleniowej solidarności, gdyby miały charakter międzygeneracyjny. Poniżej wrócimy jeszcze do tego punktu.

9.5. Podsumowanie

W niniejszym rozdziale zaprezentowałyśmy wyniki analiz, mających na celu odnalezienie odpowiedzi na pytanie, jakie są w obrębie dominującego wzorca zarządzania publicznego reakcje władz lokalnych na wyzwania wynikające ze starzenia się populacji żyjącej na zarządzanym przez nie terenie. Analizy te dotyczyły dwóch polskich miast: Kluczborka i Końskich. Z uwagi na ograniczoną objętość niniejszego rozdziału zebrany materiał został zawężony do trzech obszarów: aktywności obywatelskiej, integracji społeczno-kulturowej oraz opieki nad ludźmi starszymi.

Końskie i Kluczbork to miasta, które różnią się mapą organizacji i instytucji występujących na ich terenie (por. tab. 9.1.), a także stopniem rozwoju tych ostatnich, co jest, naszym zdaniem, konsekwencją wcześniejszego uświadomienia sobie przez władze i mieszkańców tej drugiej miejscowości przyspieszonego procesu starzenia. W Kluczborku organizacje – oddziały tych o charakterze ogólnopolskim, jak PZERI, czy działające lokalnie (UTW), a także i starsze, i młodsze – gromadzą więcej osób i mają bogatszą paletę aktywności niż w Końskich.

Na podstawie analiz, których wyniki zaprezentowałyśmy powyżej, można zaproponować dwa typy idealnej realizacji modelu implementacji polityk na poziomie lokalnym: prekursorski i reaktywny. Kluczbork zbliżony jest do typu prekursorskiego; Końskie bliższe są typu reaktywnego (por. tab. 9.2.). Kluczborscy decydenci samorządowi od dawna świadomi są wyzwań wynikających ze starzenia się populacji i – wraz z aktywnymi mieszkańcami miasta, w tym seniorami – starają się wprowadzać rozwiązania idące naprzeciw tym wyzwaniom. W Końskich natomiast wdrażanie nowych rozwiązań stanowi odpowiedź na ogólnopolskie regulacje, jak było na przykład w przypadku powołania

8 Nawiązujemy tu do koncepcji „daru” regulującego życie społeczne, opisaną przez Marcela Maussa (1923).

Tabela 9.1. Instytucje senioralne w Kluczborku i Końskich⁹⁻¹⁰

	Kluczbork	Końskie
Polityka senioralna	Aktywna od kilku lat	Początkująca
Organizacje pozarządowe	Aktywne	Mało aktywne ⁹
Rada ds. Seniorów przy Urzędzie Miasta	Jest (od 2013 r.)	Jest (od 2015 r.)
Uniwersytet Trzeciego Wieku	Jest (od 2002 r.)	Jest (od 2015 r.)
Dzienny Dom Pomocy Społecznej	Nie ma	Jest
Powiatowy Dom Pomocy Społecznej dla osób w podeszłym wieku	Jest	Nie ma ¹⁰
Zakład Opiekuńczo-Lecznicy	Nie ma (jest w powiecie)	Jest (w mieście)
Hospicjum	Jest w gminie	Jest w powiecie

Źródło: Kiełkowska, Jaźwińska, Kloc-Nowak, Kordasiewicz, Radziwinowiczówna 2016: 355.

Rady Seniorów już po nowelizacji Ustawy o samorządzie gminnym. Koneckie lokalne władze nie wykorzystują także lokalnego potencjału opiekuńczego „młodszych starszych”, z którego można by skorzystać w postaci sformalizowanego wolontariatu.

W obu miejscowościach zasięg działania instytucji senioralnych jest jednak niewielki, a świadomość ich istnienia w lokalnej społeczności – nikła. Jak się jednak zdaje, potencjalne zapotrzebowanie na instytucje działające w trzech zbadanych przez nas obszarach życia społecznego może być bardzo duże. Hipotezę taką można sformułować na podstawie wyników prostej symulacji dla Kluczborka. W przeprowadzonym w 2014 r. badaniu oczekiwani osób w wieku 50–79 lat w województwie opolskim 31% zadeklarowało chęć włączenia się w jakąś aktywność zorganizowaną, a 8% zgłosiło potrzebę pomocy w życiu codziennym ze strony rodziny, znajomych oraz sąsiadów i osób obcych (Kalski, Damboń-Kandziara 2014). Gdyby ekstrapolować ten rozkład na populację gminy Kluczbork, okazałoby się, że może mieszkać w niej nawet powyżej 3700 seniorów zainteresowanych włączeniem się w zorganizowane zajęcia oraz 1000 osób potrzebujących wsparcia w życiu codziennym (z 12 584 osób w wieku 50–79 mieszkających w gminie), oraz dodatkowo znacząca część w wieku 80+. Tymczasem w 2015 r. usługi opiekuńcze świadczone były przez opiekunki MGOPS jedynie u 115 osób, a w kluczborskim DPS przebywało 15 osób pochodzących z miasta.

9 Na przykład konecki oddział PZERil, największej organizacji senioralnej, gromadzi członków prawie wyłącznie przy okazji wakacyjnych wyjazdów.

10 Jednak **de facto** istniejący w Końskich DPS spełnia częściowo taką **funkcję**.

Tabela 9.2. Realizacja modelu implementacji polityk na poziomie lokalnym

	Kluczbork	Końskie
Wdrażanie polityk senioralnych	Aktorzy zmian	Reaktywna reakcja na ogólnopolskie regulacje
Rozbudowanie i zasięg sieci opieki domowej	Wzrasta	Maleje
Obecność innowacji w zakresie usług opiekuńczych	Jest, ale niewielkie (sformalizowanie pomocy sąsiedzkiej w podkluczborskich wsiach, Teleopieka)	Brak
Obecność innowacji w zakresie opieki świadczonej przez trzeci sektor	Jest (SW50+ inspirowany przez samorząd)	Brak
Planowanie uzupełnienia mapy instytucji i organizacji o nowe podmioty	Występuje	Nie występuje

Źródło: Opracowanie własne.

Warto przypomnieć w tym miejscu wątek podniesiony w rozdziale 8: oferta inicjatyw dotyczących osób starszych najczęściej jest przedstawiana w miastach wojewódzkich. Potrzeba zatem więcej rozwiązań na poziomie lokalnym – miasta i powiatu. O ile w obu miastach zaobserwowaliśmy inicjatywy oddolne, stanowiące próbę odpowiedzi na deficyt opieki, to nie oznacza, że w obszarze tym nie jest konieczne doinwestowanie kosztochłonnnych inwestycji bez delegowania odpowiedzialności na rodzinnych opiekunów.

Chociaż dwie badane miejscowości różnią się, jest to zróżnicowanie w obrębie jednej formy – ogólnopolskiego wzorca zarządzania publicznego, który w tym przypadku opiera się na cedowaniu przez sektor publiczny opieki i innych form pomocy seniorom na aktorów nieformalnych, przede wszystkim na rodzinę. Sytuacja seniorów w Polsce charakteryzuje się niedoborem usług publicznych w zakresie opieki, niedostatkami oferty integracyjnej w stosunku do potrzeb osób starszych i poleganiem na świadczonej nieformalnie opiece rodzinnej, a próby tworzenia politycznej reprezentacji seniorów są niedoskonałe, charakteryzuje je to, co w literaturze określa się mianem „braku organizacyjnej głębi” (*lack of organizational depth*, Kraus i in. 2011).

Lokalna struktura instytucjonalna stanowi jednak szansę rozwojową sektora usług wychodzących naprzeciw starzeniu się społeczeństwa. Po znaczącym dofinansowaniu być może udałoby się pomnożyć efekt jakości w sposób mający wpływ na dużo większą część populacji seniorów. Drogą do takiej zmiany, oprócz większych nakładów finansowych, mogłoby być ustanowienie na poziomie państwowym prawa do opieki długoterminowej na równi

z prawem do opieki medycznej, podobnie jak w niektórych krajach UE (por. rozdział 6) – w ten sposób sektor publiczny miałby obowiązek zapewnienia dostępności takich usług.

Słabą stroną instytucji skierowanych do seniorów jest ich przeważający podział na te, które są wyspecjalizowane w integracji i te, które zajmują się świadczeniem opieki. Integracja odbywa się głównie w kręgu młodszych, sprawnych i już aktywnych seniorów (Rosochacka-Gmitrzak 2011). W ten sposób zaniedbana zostaje grupa mniej sprawnych seniorów, którzy, przy niewielkiej pomocy, mogliby pozostać dłużej aktywni społecznie. Bardziej kreatywne i lepiej dofinansowane wykorzystanie możliwości przewidzianych w *Ustawie o pomocy społecznej* przez lokalne władze mogłoby umożliwić stworzenie ośrodków wsparcia o wielofunkcyjnej ofercie skierowanej do seniorów. Co więcej, istniejący w badanych miastach rozdział nie pozwala również wykorzystać możliwości samopomocowych – wypracowania kapitału opiekuńczego w czasie „młodszej starości”, który mógłby się przydać w okresie, gdy sprawność jest już znacznie ograniczona.

W obliczu niewystarczających rozwiązań publicznych, określanych w rozdziale 8 wprost jako „instrumenty ratunkowe”, powstają rozwiązania alternatywne, komercyjne lub wywodzące się z trzeciego sektora. Te pierwsze dotyczą wyłącznie opieki; jednak sytuacja finansowa seniorów często uniemożliwia im korzystanie z nich. Instytucje pozarządowe opierają się na wolontariacie bądź realizują zleczone im zadania publiczne. Nie są one jednak w stanie sprostać wszystkim potrzebom. Działające lokalnie – a często nierozpoznane przez tamtejsze władze – organizacje pozarządowe integrujące seniorów, a zarazem zapewniające im opiekę, mogą stać się modelem rozwoju organizacji wychodzących naprzeciw potrzebom starzejącego się społeczeństwa. Jak się zdaje – najskuteczniejsze mogłyby być instytucje angażujące kilka generacji. Organizacje skupiające się na integracji wytwarzają między zaangażowanymi uczestnikami wiążący (*bonding*) kapitał społeczny – jedni aktywni seniorzy obracają się w kręgu innych aktywnych, często naraz w kilku organizacjach, osób starszych. Aby rola organizacji w kształtowaniu obrazu starości w społecznościach lokalnych była bardziej znacząca, potrzebne są działania mające na celu szerszą integrację społeczną, zmierzające do wytworzenia pomostowego (*bridging*) kapitału społecznego (Putnam 2000).

Literatura

- Augustyn M., Błądowski P., Wyrwicka K., Łukasik J., Witkowska B., Wilmowska-Pietruszyńska A., Czepulis-Rutkowska Z. 2010, *Opieka długoterminowa w Polsce. Opis, diagnoza, rekomendacje*, Klub Parlamentarny Platformy Obywatelskiej. Warszawa.
- Baldassar L., Wilding R., Boccagni P., Merla L. 2017. *Aging in Place in a Mobile World. New Media and Older People's Support Networks*, „Transnational Social Review” 2017, t. 7, nr 1, s. 2–9, doi: 10.1080/21931674.2016.1277864
- Bank Danych Lokalnych [Baza Głównego Urzędu Statystycznego], Warszawa, <https://bdl.stat.gov.pl/BDL/start#>; (dostęp: 17.11.2017).
- Bartoszek A., Niezabitowska E., Kucharczyk-Brus B., Niezabitowski M. 2012. *Warunki zamieszkiwania seniorów – główne ustalenia badawcze*, [w:] *PolSenior. Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce* red. M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błądowski, „Termedia” Wydawnictwo Medyczne, Poznań, s. 511–530.
- Błądowski P. 2012a. *Potrzeby opiekuńcze osób starszych*, [w:] *PolSenior. Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, red. M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błądowski, „Termedia” Wydawnictwo Medyczne, Poznań, s. 449–466.
- Błądowski P. 2012b. *Sytuacja materialna osób starszych*, [w:] *PolSenior. Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, red. M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błądowski, „Termedia” Wydawnictwa Medyczne, Poznań, s. 393–406.
- Broczek K., Mossakowska M., Szybalska A., Kozak-Szkopek E., Ślusarczyk P., Wieczorowska-Tobis K., Parnowski T. 2012. *Występowanie objawów depresyjnych u osób starszych*, [w:] *PolSenior. Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, red. M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błądowski, „Termedia” Wydawnictwa Medyczne, Poznań, s. 123–136.
- Cohen S. 1980. *Folk Devils and Moral Panics. The Creation of Mods and Rockers*, St. Martin's Press, New York.
- Delbes C. 2008. *What Are the Care Options for Dependent Elders?*, [w:] *Future Elderly Living Conditions in Europe*, red. J. Gaymu, P. Festy, G. Beets, M. Poulain, Institut National D'Études Demographiques, Paris, s. 207–238.
- Doblhammer G., Ziegler U., Martikainen P., Nihtila E., Apt W. 2008. *What Are the Care Options for Dependent Elders?*, [w:] *Future Elderly Living Conditions in Europe*, red. J. Gaymu, P. Festy, G. Beets, M. Poulain, Institut National D'Études Demographiques, Paris, s. 141–166.
- Dz.U. 1990 nr 16, poz. 95. *Ustawa o samorządzie gminnym z dnia 8 marca 1990 r.*
- Dz.U. 2004 nr 64 poz. 593. *Ustawa o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 r.*
- Dz.U. 2013 poz. 1480. *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej.*
- Fihel A., Solga B. 2014. *Demograficzne konsekwencje emigracji poakcesyjnej*, [w:] *Dekada członkostwa Polski w UE. Społeczne skutki emigracji Polaków po 2004 roku*, red. M. Lesińska, M. Okólski, K. Slany, B. Solga, Warszawa, Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, s. 87–108.
- Gaymu J., Festy P., Beets G., Poulain M. 2008. *From Elderly Population Projections to Policy Implications*, [w:] *Future Elderly Living Conditions in Europe*, red. J. Gaymu, P. Festy, G. Beets, M. Poulain, Institut National D'Études Demographiques, Paris, s. 257–280.

- Gołdys A., Krzyżanowska Ł., Stec M., Ostrowski Ł. 2012. *Zoom na Uniwersytety Trzeciego Wieku – raport z badania*, Towarzystwo Inicjatyw Twórczych „e”, Warszawa, http://zoomnautw.pl/wp-content/uploads/2012/05/Zoom_na_UTW_RAPORT_calosciowy_www.pdf; (dostęp: 07.11.2017)
- Grabusińska Z. 2013. *Domy pomocy społecznej w Polsce*, Warszawa, Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, http://irss.pl/wp-content/uploads/2013/12/domy_pomocy_spo%C5%82ecznej_w_polsce.pdf; (dostęp: 07.11.2017)
- Grotomirski Z. 2009. *120 lat tradycji w Koneckich Zakładach Odlewniczych*, Koneckie Zakłady Odlewnicze, Końskie.
- Howlett M. 2011. *Designing Public Policies. Principles and Instruments*, Routledge, Oxon.
- Jaźwińska E., Kielkowska M., Kloc-Nowak W., Kordasiewicz A., Radziwinowiczówna A. 2016. *Starość i migracje w Kluczborku i Końskich – społeczeństwo i instytucje. Raport z badań terenowych Mig/ Ageing*, „Studia i Materiały”, nr 6, Ośrodek Badań nad Migracjami Uniwersytet Warszawski, Warszawa, http://migageing.uw.edu.pl/wp-content/uploads/sites/36/2016/09/SiM_06_25.08.2016.pdf; (dostęp: 12.11.2017).
- Jończy R., Rauziński R., Rokita-Poskart D. 2014. *Ekonomiczno-społeczne skutki współczesnych migracji na przykładzie Śląska Opolskiego*, [w:] *Dekada członkostwa Polski w UE. Społeczne skutki emigracji Polaków po 2004 roku*, red. M. Lesińska, M. Okólski, K. Slany, B. Solga, Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa, s. 233–245.
- Kalski M., Damboń-Kandziara I. 2014. *Problemy i oczekiwania osób starszych w zakresie aktywizacji. Wyniki sondażu społecznego*, [w:] *Seniorzy w województwie opolskim. Szanse i wyzwania*, Urząd Marszałkowski Województwa Opolskiego, Opole; <http://dlarodziny.opolskie.pl/page/file.php?id=148>; (dostęp: 30.04.2017)
- Kijak R.J., Szarota Z. 2013. *Starość. Między diagnozą a działaniem. Koordynacja na rzecz aktywnej integracji*, Instytut Rozwoju Służb Społecznych, Warszawa.
- Kordasiewicz A., Sadura P. 2017. *Clash of Public Administration Paradigms in Delegation of Education and Elderly Care Services in a Post-Socialist State (Poland)*, „Public Management Review” 2017, t. 19, nr 6, s. 785–801, doi: 10.1080/14719037.2016.1210903.
- Kraus M., Riedel M., Mot E., Willemé P., Röhring G., Czypionka T. 2011. *A Typology Of Long-Term Care Systems in Europe. A Report of Research Project „Assessing Needs of Care in European Nations”*, ANCIEN, Brussels, <http://www.ancien-longtermcare.eu/sites/default/files/ENEPRIRRN091TypologyofLTCSsystemsineurope.pdf>; (dostęp: 25.05.2016)
- Krzyszowski J. 2011. *Osoby starsze*, [w:] *Krajowy raport badawczy. Pomoc i integracja społeczna wobec wybranych grup – diagnoza standaryzacji usług i modeli instytucji*, red. R. Szarfenberg, Wspólnota Robocza Związków Organizacji Socjalnych WRZOS, Warszawa, s. 153–191.
- Krzyżowski Ł. 2011. *Strategie przechodzenia na emeryturę w Polsce po 1989 roku. Oczekiwania społeczne i praktyki kulturowe*, „Studia Socjologiczne” 2011, nr 2 (201), s. 165–189.
- Mason A. 2005. *Demographic Transition and Demographic Dividends in Developed and Developing Countries*, [referat na konferencji] „United Nations Expert Group Meeting on Social and Economic Implications of Changing Population Age Structures”, Mexico City 31.08–2.09.2005, http://www.un.org/esa/population/meetings/Proceedings_EGM_Mex_2005/mason.pdf; (dostęp: 2.11.2017).
- Mauss M. 1923. *Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques*, „l'Année Sociologique” 1923, t. 1, s. 30–186.

- MGOPS w Końskich 2015. *Sprawozdanie opisowe z działalności i wykorzystania środków finansowych przez Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Końskich w 2014 roku*, archiwum autorek.
- Mingione E., Oberti M. 2003. *The Struggle against Social Exclusion at the Local Level. Diversity and Convergence in European Cities*, „European Journal of Spatial Development” 2003, t. 1, s. 2–23.
- Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej 2014. *Wsparcie dla osób niepełnosprawnych*, <http://www.mpips.gov.pl/aktualnosci-wszystkie/ministerstwo/art,6634,wsparcie-dla-osob-niepelnosprawnych.html>; (dostęp: 25.05.2017).
- Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej 2016. *Sprawozdanie MPiPS-03 za 2015 r.*, <http://www.mpips.gov.pl/pomoc-spoeczna/raporty-i-statystyki/statystyki-pomocy-spoecznej/statystyka-za-rok-2015/>; (dostęp: 25.05.2017).
- Mucha J., Krzyżowski Ł. 2011. *Starzenie się w warunkach dynamicznej zmiany. Perspektywa „biegu życia”*. Wprowadzenie, [w:] *Ku socjologii starości. Starzenie się w biegu życia jednostki*, red. Mucha J., Krzyżowski Ł., Wydawnictwa AGH, Kraków, s. 5–25.
- Olech A. 2014. *Między zainteresowaniem a zaangażowaniem – aktywność obywatelska i organizacje pozarządowe w Polsce*, „Analizy i Opinie”, nr 7, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa, <http://www.isp.org.pl/uploads/analyses/834940208.pdf>; (dostęp: 26.05.2017).
- Österle A. 2010. *Long-Term Care in Central and South-Eastern Europe. Challenges and Perspectives in Addressing a „New” Social Risk*, „Social Policy Administration” 2010, t. 44, nr 4, s. 461–480.
- Pączkowska M. 2002. *Sytuacja materialna ludzi starszych*, [w:] *Starzy ludzie w Polsce*, red. J. Halik, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa, s. 31–39.
- Piątek K. 2001. *Instrumenty lokalnej polityki społecznej w warunkach decentralizacji*, [w:] *Regionalne aspekty reform społecznych*, red. G. Firlit-Fresnak, Instytut Polityki Społecznej Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa.
- Polski Związek Emerytów, Rencistów i Inwalidów, Uniwersytet Trzeciego Wieku, Związek Kombatan-tów Rzeczypospolitej Polskiej i Byłych Więźniów Politycznych 2016. *Realizacja polityki senioralnej w Kluczborku. Raport z Monitoringu*, Stowarzyszenie Aktywności Obywatelskiej Bona Fides, Katowice, [https://www.google.pl/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0ahUKEwiT__fhxp_WAhVCLFAKHsBC24QFgggtMAE&url=http%3A%2F%2Fwww.bonafides.pl%2Fwp-content%2Fupload-s%2F2016%2F05%2Fraport_Kluczbork.pdf&usq=AFQjCNGrURnsnVNeK7PhtCoMTC2UUt9Fzw](https://www.google.pl/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0ahUKEwiT__fhxp_WAhVCLFAKHsBC24QFgggtMAE&url=http%3A%2F%2Fwww.bonafides.pl%2Fwp-content%2Fupload-s%2F2016%2F05%2Fraport_Kluczbork.pdf&usq=AFQjCNGrURnsnVNeK7PhtCoMTC2UUt9Fzw;); (dostęp: 04.09.2017).
- Putnam R. D. (2000). *Bowling Alone. The Collapse and Revival of American Community*, Simon and Schuster, New York.
- Raław M., red. 2011. *Publiczna troska, prywatna opieka. Społeczności lokalne wobec osób starszych*, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa.
- Rada Miejska Miasta Końskie 2014. *Strategia Rozwoju Miasta i Gminy Końskie na lata 2014–2022. Projekt*, Urząd Miasta Końskie, Końskie.
- Rosochacka-Gmitrzak M. 2011. *Byty nieznanne. Aktywizacja i upodmiotowienie osób starszych – ruch czy działanie?*, [w:] *Publiczna troska, prywatna opieka. Społeczności lokalne wobec osób starszych*, red. M. Raław, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa, s. 243–256.
- Rysz-Kowalczyk B, red. 2011. *Polityka społeczna gmin i powiatów. Kompendium wiedzy o instytucjach i procedurach*, Instytut Polityki Społecznej UW – Dom Wydawniczy „Elipsa”, Warszawa.

Santis G. de, Seghieri C., Tanturri M.L. 2008. *Poverty Trends among the Elderly. What Will the Future Hold?*, [w:] *Future Elderly Living Conditions in Europe*, red. J. Gaymu, P. Festy, G. Beets, M. Poulain, Institut National D'Études Demographiques, Paris, s. 117–140.

Schimanek T. 2015. *Koncepcja Centrum Aktywności Seniorów*, Wrzos, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, https://www.google.pl/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwjn6lv1q5_WAhVNL1AKHW1jD3oQFggNMAA&url=http%3A%2F%2Fwrzos.org.pl%2Fdownload%2FKonceptcja%2520CAS_ekspertyza%25202.pdf&usg=AFQjCNGU3vjT9lbw4-Zd19a8KxvGGJRr2g; (dostęp: 12.09.2017).

Starzyk K. 2015. *Zoom na rady seniorów. Diagnoza funkcjonowania*, Pracownia Badań i Innowacji Społecznych „Stocznia”, Warszawa.

Stola D. 2010. *Kraj bez wyjścia? Migracje z Polski 1949–1989*, Instytut Pamięci Narodowej – Instytut Studiów Politycznych PAN, Warszawa.

Szatur-Jaworska, 2016. *System wsparcia społecznej osób starszych w Polsce*, [w:] *System wsparcia osób starszych w środowisku zamieszkania. Przegląd sytuacji. Propozycja modelu*, red. B. Szatur-Jaworska, P. Błędowski, Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa, s. 65–108.

Tobiasz-Adamczyk B., Gałaś A., Brzyski P., Błędowski P., Grodzicki T. 2012. *Dostępność i poziom satysfakcji z opieki medycznej*, [w:] *PolSenior: Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, red. M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski, „Termedia” Wydawnictwa Medyczne, Poznań, s. 495–510.

Uchwała RM nr 34 z dnia 17 marca 2015 r. *Uchwała nr 34 Rady Ministrów z dnia 17 marca 2015 r. w sprawie ustanowienia programu wieloletniego „Senior-WIGOR” na lata 2015–2020*, „Monitor Polski”, 13.04.2015, poz. 341, <http://www.monitorpolski.gov.pl/MP/2015/341>; (dostęp: 24.10.2017).

Uchwała RM nr 157 z dnia 20 grudnia 2016 r. *Uchwała nr 157 Rady Ministrów zmieniająca uchwałę w sprawie ustanowienia programu wieloletniego „Senior-WIGOR” na lata 2015–2020*, „Monitor Polski”, 30.12.2016, poz. 1254, <http://www.monitorpolski.gov.pl/MP/2016/1254/1> (dostęp: 24.10.2017).

Urząd Miejski Kluczbork 2014. *Strategia Rozwoju Miasta i Gminy Kluczbork 2015–2020*, Kluczbork, <http://docplayer.pl/14220088-Strategia-integracji-i-rozwiazywania-problemow-spoecznych-gminy-kluczbork-na-lata-2014-2020.html>; (dostęp: 23.10.2017).

ZNP 2011. *Regulamin Sekcji Emerytów i Rencistów ZNP*, www.znp.edu.pl/media/files/f8eaf9160d1e-f2533b3ddfa718b4ec66.doc; (dostęp: 05.04.2017).

Zybała A. 2013. *Polityki publiczne wobec wzorców zarządzania publicznego*, „Zarządzanie Publiczne”, t. 4 (26), s. 34–48, doi.org/10.7366/1898352942603.