

Anita Richert-Każmierska\*

## Teleopieka domowa w systemie opieki nad osobami starszymi – doświadczenia gmin województwa pomorskiego

**Home telecare in elderly care – experiences of communities in Pomorskie voivodship:** The author looks at the home telecare (sometimes wrongly identified as telemedicine), i.e. remote care of elderly and physically less able people, which provides the support and reassurance needed by them to continue living in their own homes. The paper presents the experience of implementation of such type of care in the communities of the Pomorskie voivodship in Poland. The author discusses the idea of home telecare systems created by communities, as well as conditions that need to be met in order to ensure their effectiveness and usefulness.

**Słowa kluczowe:** *teleopieka domowa, starzenie się społeczeństwa, domowa opieka nad osobami starszymi*

**Keywords:** *home telecare, aging society, home elderly care*

\* Doktor nauk ekonomicznych, Wydział Zarządzania i Ekonomii Politechniki Gdańskiej; e-mail: Anita.Richert@zie.pg.gda.pl.

### Wstęp

Starzenie się społeczeństwa niesie ze sobą określone konsekwencje i wyzwania społeczno-ekonomiczne. Wśród wielu wymienia się rosnące zapotrzebowanie na usługi opiekuńcze dla osób starszych<sup>1</sup>. Zagadnienie jest złożone i w literaturze przedmiotu rozpatrywane w wielu wymiarach:

<sup>1</sup> W artykule za wiek graniczny określający osobę starszą przyjęto 60. rok życia – zgodnie z definicją zastosowaną w programie aktywizacji społecznej osób starszych realizowanym przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej od 2012 r. Oznacza to, że ilekroć w tekście pojawia się sformułowanie „osoba starsza” autorka ma na myśli osobę w wieku 60 lat i więcej.

formalnoprawnym, społecznym, ekonomicznym, psychologicznym (osobniczym), od strony podaży lub popytu itp.

Wzrostowi liczby i udziału osób starszych w populacji ogółem (w tym wymagających opieki) towarzyszy malejący potencjał opiekuńczy rodzin. Tradycyjny model opieki rodzinnej, w którym w wielopokoleniowych rodzinach seniorzy pozostają pod opieką swoich dzieci i wnuków, ma zastosowanie coraz rzadziej. Osoby starsze coraz częściej prowadzą jednoosobowe gospodarstwa domowe. Mimo rosnącej z wiekiem niesamodzielności nie mogą liczyć na stałą opiekę ze strony członków rodziny. Równocześnie model stacjonarnej opieki instytucjonalnej, w którym osoba starsza zostaje przeniesiona do domu opieki społecznej lub innej instytucji świadczącej usługi opiekuńcze na rzecz osób starszych, jest najmniej pożądanym przez samych zainteresowanych, osoby starsze, i negatywnie postrzegany w społeczeństwie. Należy mieć także na uwadze, że taki model opieki (instytucjonalnej) jest najdroższy, a jego funkcjonowanie finansują głównie środki publiczne (państwowe i samorządowe).

Jak wynika z doświadczeń państw Europy Zachodniej rozwiązaniem, które umożliwi wydłużenie okresu samodzielności osoby starszej we własnym domu i uelastycznia sprawowanie opieki przez opiekunów jest teleopieka domowa. Nie zastępuje ona tradycyjnej opieki, ale może skutecznie ją uzupełniać.

Celem opracowania jest przedstawienie istoty teleopieki domowej oraz dotychczasowych doświadczeń w zakresie jej wdrażania w gminach województwa pomorskiego. Autorka artykułu omówiła założenia idei gminnych powszechnych systemów teleopieki domowej oraz zidentyfikowała warunki konieczne do ich efektywnego funkcjonowania.

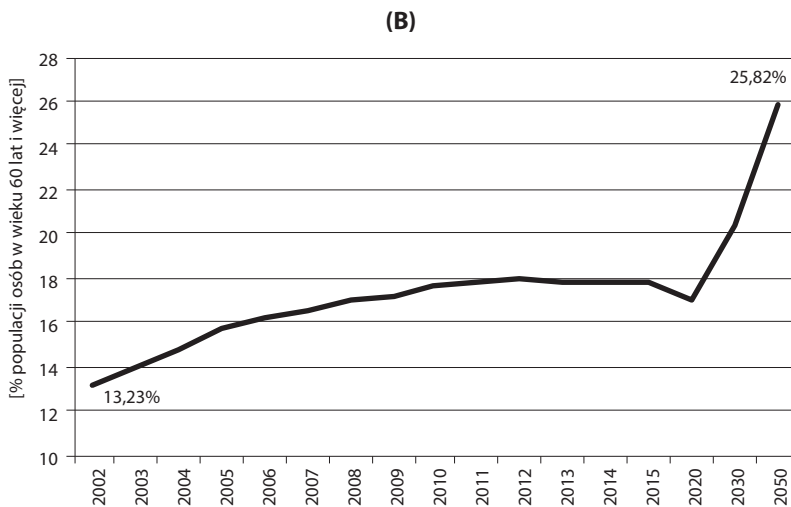
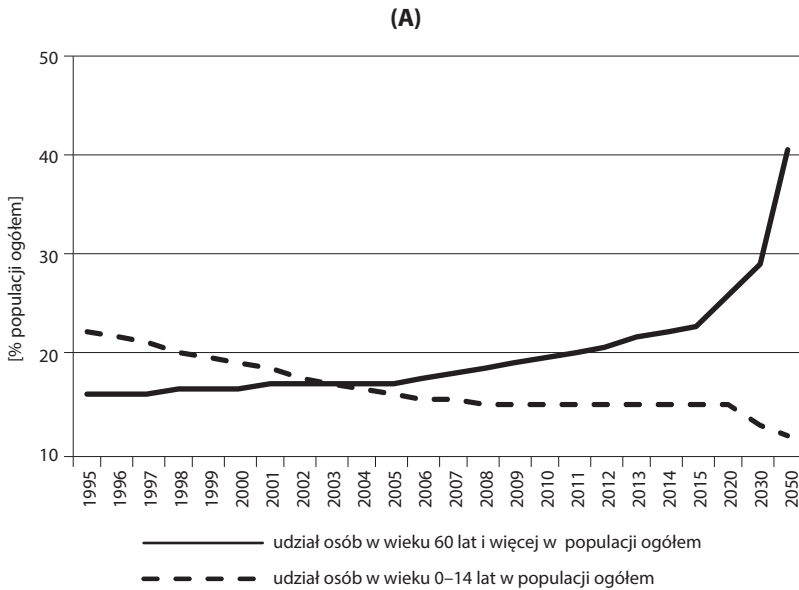
## **Starzenie się polskiego społeczeństwa wyzwaniem dla systemu opieki nad osobami starszymi**

Polska – podobnie jak inne państwa europejskie – doświadcza procesu demograficznego starzenia się ludności. Systematycznie rośnie liczba i udział osób starszych w populacji ogółem. Wzmaga się także zjawisko tzw. podwójnego starzenia się, które polega na rosnącej liczbie osób w wieku sędziwym (80 lat i więcej) i wzroście udziału tej grupy w subpopulacji osób starszych oraz populacji ogółem<sup>2</sup>. W nadchodzących latach, w związ-

<sup>2</sup> P. Szukalski, I. Oliwińska, E. Bojanowska, Z. Szweda-Lewandowska, *To idzie starość – polityka społeczna a przygotowanie do starzenia się ludności Polski*, Instytut Spraw Publicznych na zlecenie Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Warszawa 2008, s. 13.

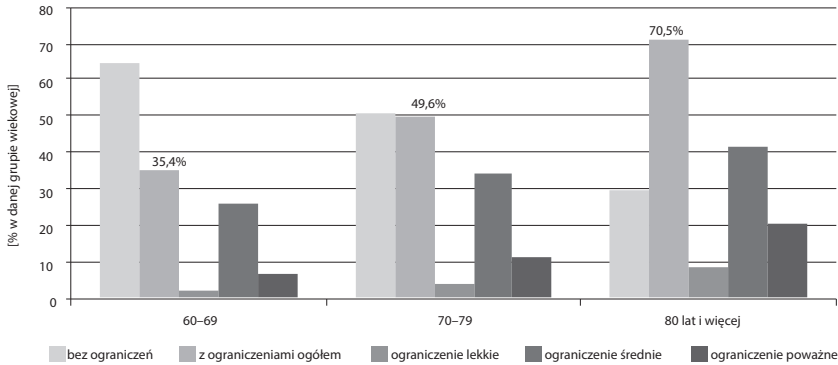


**Wykres 1. Udział osób w wieku 0–14 lat oraz 60 lat i więcej w populacji ogółem w latach 1995–2050 (A) oraz udział osób w wieku 80 lat i więcej w populacji osób w wieku 60 lat i więcej (B) w latach 2002–2050**



Źródło: na podstawie danych Banku Danych Lokalnych.

## Wykres 2. Samoocena ograniczeń w wykonywaniu podstawowych czynności życiowych i domowych ze względu na wiek w populacji Polaków w wieku 60 lat i więcej



Źródło: na podstawie GUS, *Stan zdrowia ludności Polski w 2014 roku*, Warszawa 2016.

ku z wchodzeniem w okres starości pokolenia *baby boomers*<sup>3</sup>, spodziewany jest dalszy, intensywny postęp obu tych zjawisk<sup>4</sup> (wykres 1).

Rosnąca subpopulacja osób starszych, w tym osób w wieku sędziwym, rodzi określone konsekwencje i wyzwania dla społeczeństwa i gospodarki<sup>5</sup>. Wśród najbardziej istotnych eksperci wymieniają wzrost zapotrzebowania na usługi opiekuńcze.

Osoby starsze nie stanowią grupy jednorodnej<sup>6</sup>, w tym ze względu na stan zdrowia i kondycję psychofizyczną<sup>7</sup>. Niemniej naturalne zmiany starcze zachodzące w organizmie człowieka w kolejnych fazach życia oraz

<sup>3</sup> Pokolenie *baby boomers*, tj. osoby urodzone w latach 1946–1964, w Polsce nazywane jest również pokoleniem powojennego wyżu demograficznego.

<sup>4</sup> P. Szukalski, *Ludzie bardzo starzy*, „Demografia i Gerontologia Społeczna. Biuletyn Informacyjny” 2011, nr 9.

<sup>5</sup> D. Bos, R. Weizsacker, *Economic consequences of an aging population*, „European Economic Review” 1989, nr 33, s. 345–354; D. Bloom, D. Canning, J. Savilla, *The demographic dividend. A new perspective on the economic consequences of population change*, RAND, Santa Monica 2003.

<sup>6</sup> A. Wlazło, J. Leszek, *Samoopieka osób starszych w kontekście psychologii zdrowia. Założenia teoretyczne*, „Psychogeriatrya Polska” 2008, nr 5(3), s. 123–128.

<sup>7</sup> K. Wieczorowska-Tobis, *Specyfika pacjenta starszego [w:] Fizjoterapia w geriatrici*, red. K. Wieczorowska-Tobis, T. Kostka, A. Borowicz, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011, s. 18–27.



**Tabela 1. Wyzwania dla systemu opieki nad osobami starszymi w Polsce**

Rosnąca liczba osób starszych wymagających opieki	<ul style="list-style-type: none"> <li>Liczba osób starszych w Polsce systematycznie rośnie. Według prognoz Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) udział osób w wieku 60 lat i więcej w populacji ogółem w roku 2050 będzie o niemal 20 punktów procentowych (pkt proc.) wyższy niż w roku 2015, tj. wzrośnie z 22,9% do 40,35%.</li> <li>Osoby starsze częściej niż młodsze korzystają ze świadczeń zdrowotnych: wizyt u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, lekarza specjalisty, opieki rehabilitacyjnej, opieki szpitalnej i długoterminowej.</li> <li>49,4% osób w wieku powyżej 60. roku życia zgłasza ograniczenia w wykonywaniu podstawowych czynności życiowych i domowych, ponad 12% – ograniczenia ciężkie.</li> <li>Coraz powszechniejsze staje się zjawisko singularyzacji starości. Jej wyrazem jest rosnąca liczba jednoosobowych gospodarstw domowych prowadzonych przez osoby starsze. Według prognoz GUS w roku 2030 samotnie w swoich gospodarstwach domowych pozostawać będzie niemal 3 mln osób w wieku 65 lat i więcej, w tym 887 tys. osób w wieku 80 lat i więcej.</li> </ul>
Malejący potencjał opiekuńczy polskich rodzin	<ul style="list-style-type: none"> <li>Systematycznie zmniejsza się wydolność opiekuńcza rodzin. Osoby starsze coraz częściej pozostają same wobec wyzwań starości, ewentualnie mogą liczyć na doraźną, okresową pomoc najbliższych. Wynika to przede wszystkim z tzw. czynników wewnątrzrodzinnych: zmniejsza się liczba członków rodziny mogących sprawować opiekę, zmienia się model tradycyjnej, wielopokoleniowej struktury rodzinnej, coraz więcej rodzin jest niepełnych, dysfunkcyjnych, o niewielkiej potrzebie utrzymywania więzi emocjonalno-społecznych.</li> <li>Wyższy poziom wykształcenia i aktywność zawodowa członków rodziny (ze szczególnym wskazaniem na kobiety, które tradycyjnie przejmowały obowiązki opiekuńcze wobec członków rodziny) nie sprzyjają decyzjom o rezygnacji z pracy i zajęciu się opieką nad osobą starszą.</li> </ul>
Deficyty kadrowe w systemie opieki nad osobami starszymi	<ul style="list-style-type: none"> <li>Na rynku pracy odnotowuje się malejące zasoby personelu medycznego (lekarzy i pielęgniarek) i osób przygotowanych do zatrudnienia w zawodach opiekuńczych – opiekunów osób starszych. Literatura przedmiotu tłumaczy to trzema argumentami: niskie płace, trudne warunki pracy i niski prestiż społeczny. Lekarze, pielęgniarki i opiekunowie chętnie decydują się na emigrację zarobkową, a personel, który zostaje w kraju, podlega procesowi starzenia się.</li> <li>System kształcenia kadr medycznych i z zakresu opieki geriatrycznej nie jest dostosowany do wyzwań związanych ze starzeniem się społeczeństwa.</li> </ul>

Źródło: na podstawie: GUS, *Prognoza gospodarstw domowych na lata 2008–2030*, Warszawa 2010; GUS, *Stan zdrowia ludności Polski w 2014 roku*, Warszawa 2016; P. Błędowski, B. Szatur-Jaworska, Z. Szweda-Lewandowska, P. Kubicki, *Raport na temat sytuacji osób starszych*, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, Warszawa 2012, s. 6; P. Czekanowski, *Family carers of elderly people [w:] Family caregiving for the elderly in Poland*, red. B. Bień, Wydawnictwo Uniwersyteckie Trans Humana, Białystok 2006, s. 85–111; W. Zgliczyński, *Kadry medyczne w Polsce*, „INFOS. Zagadnienia Społeczno-gospodarcze” 2016, nr 6(210); *Opieka medyczna nad osobami w podeszłym wieku. Raport Najwyższej Izby Kontroli*, KZD-4101-003/2014, nr ewid. 2/2015/P/14/062/KZD, Warszawa 2015, s. 11, 20, 22.

narażenie organizmu na niekorzystne warunki środowiskowe przez wiele lat wywołują pewne efekty o charakterze uniwersalnym, typowe dla całej subpopulacji osób starszych. Są to między innymi kruchość fizyczna, gorszy ogólny stan zdrowia, zwiększone prawdopodobieństwo występowania kilku stanów chorobowych równocześnie (tzw. wielochorobowość) oraz pogłębiająca się z wiekiem niesamodzielność.



Według najnowszego raportu na temat stanu zdrowia Polaków<sup>8</sup> znaczna część osób starszych ma ograniczenia w wykonywaniu podstawowych czynności życiowych i domowych, a ich częstotliwość i zakres nasilają się z wiekiem (wykres 2). Niemal połowa osób starszych z ograniczoną zdolnością codziennego funkcjonowania deklaruje, że zaspokaja swoje potrzeby samodzielnie, ponieważ nie ma żadnej pomocy (od innych osób i nie korzysta ze specjalnych urządzeń).

Rosnący popyt na usługi opiekuńcze dedykowane osobom starszym już teraz staje się trudny do zaspokojenia<sup>9</sup>. W kolejnych latach luka ta będzie się prawdopodobnie jeszcze powiększać, między innymi ze względu na systematycznie malejący potencjał opiekuńczy polskich rodzin i deficyt wykwalifikowanych kadr (tabela 1).

## Teleopieka domowa – sposób wykorzystania technologii ICT w opiece nad osobami starszymi

Teleopieka (*telecare*) to jedno z tych pojęć, dla którego nie wypracowano jak dotąd jednolitej i stałej interpretacji definicyjnej. W literaturze przedmiotu oraz debacie publicznej stosuje się je zamiennie z pojęciem telemedycyna (*telemedicine*)<sup>10</sup>. Tymczasem zakres znaczeniowy każdego z nich jest odmienny.

Teleopieka domowa (nazywana potocznie teleopieką), inaczej niż telemedycyna, nie odnosi się do sfery opieki zdrowotnej. Wpisuje się w obszar aktywności zapewniających opiekę socjalno-bytową<sup>11</sup>. Według definicji Telecare Services Association (TSA)<sup>12</sup> teleopieka obejmuje wszelkie usługi

<sup>8</sup> GUS, *Stan zdrowia ludności Polski w 2014 roku*, Warszawa 2016.

<sup>9</sup> *Stan obecny i przyszłość opieki długoterminowej w starzejącej się Polsce*, Bank Światowy, Warszawa 2015.

<sup>10</sup> *Implementing telecare. Strategic analysis and guidelines for policy makers, commissioners and providers*, Audit Commission, Londyn 2004; K. Doughty i in., *Telecare, telehealth and assistive technologies – do we know what we're talking about?*, „Journal of Assistive Technologies” 2007, t. 1, nr 2, s. 6–10.

<sup>11</sup> Szeroko pojęte usługi opiekuńcze dedykowane osobom starszym mogą mieć charakter usług pielęgnacyjnych (wspierających codzienne aktywności osoby starszej, inaczej opieka socjalno-bytowa) – stanowiących domenę polityki społecznej, lub usług leczniczo-opiekuńczych – wpisujących się w zakres opieki zdrowotnej. Podział za: S. Golinowska, *Przedmowa* [w:] *Dostępność opieki zdrowotnej i pomocy społecznej dla osób starszych w Polsce*, red. K. Szczerbińska, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2006, s. 16.

<sup>12</sup> Telecare Services Association – organizacja *not-for-profit* działająca w Wielkiej Brytanii, zrzeszająca ponad 350 instytucji i organizacji zajmujących się implementacją



świadczony na odległość z wykorzystaniem technologii informacyjno-komunikacyjnych (ICT), sprzyjające zachowaniu niezależności we własnym domu osobom starszym, niepełnosprawnym i niesamodzielnym. Umożliwia pozostawanie tych osób w środowisku domowym dzięki dostarczaniu niezbędnych do życia usług (opiekuńczych, w zakresie prowadzenia gospodarstwa domowego itp.) oraz minimalizacji ryzyka i zagrożeń dla ich zdrowia i życia (całodobowy, zdalny monitoring sposobu zachowania podopiecznego oraz bezpieczeństwa w miejscu zamieszkania). Zadaniem teleopieki jest reagowanie na potrzeby zgłaszane przez podopiecznych (zapewnienie dostarczenia niezbędnych usług) oraz podejmowanie interwencji niezależnie od zgłoszenia (w przypadku zaobserwowania gwałtownych zmian w zachowaniu osób objętych opieką lub wystąpienia zdarzeń niebezpiecznych w środowisku domowym). Teleopieka stanowi jedną z form zapewniania opieki osobom wymagającym wsparcia w ich miejscu zamieszkania i jako taka wspiera budowę systemu opieki zdeinstytucjonalizowanej<sup>13</sup>.

Wyróżnić można trzy podstawowe typy (generacje) systemów teleopieki domowej:

- system pierwszej generacji – alarmowo-przywoławczy,
- system drugiej generacji – automatycznego (zdalnego) powiadamiania o zagrożeniu,
- system trzeciej generacji – stałego monitoringu potrzeb osoby pozostającej pod opieką wraz z rozbudowanym wachlarzem usług bytowo-opiekuńczych.

Najczęściej stosowane są rozwiązania systemu pierwszej generacji. Umożliwiają one podopiecznemu (wyposażonemu w przycisk alarmowy, czasem nazywany „guzikiem życia” lub „czerwonym przyciskiem”) powiadomienie centrum operacyjnego o nagłym zdarzeniu zagrażającym jego zdrowiu lub życiu i wezwanie pomocy<sup>14</sup>. System drugiej generacji może funkcjonować niezależnie lub stanowić rozszerzenie systemu pierwszej generacji. Jego działanie opiera się na zainstalowanych w domu osoby

---

rozwiązań z zakresu szeroko pojętej gerontechnologii w celu wspierania samodzielności osób starszych, niepełnosprawnych i niesamodzielnych w ich własnych domach.

<sup>13</sup> *Ogólnoeuropejskie wytyczne dotyczące przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności*, Europejska Grupa Ekspertów ds. Przejścia od Opieki Instytucjonalnej do Opieki Świadczonej na Poziomie Lokalnych Społeczności, Bruksela 2012, s. 26.

<sup>14</sup> M. Bujnowska-Fedak, M. Tomczak, *Innowacyjne aplikacje telemedyczne i usługi e-zdrowia w opiece nad pacjentami w starszym wieku*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2013, nr 11(4), s. 302–317.

podopiecznej urządzeniach zdolnych do automatycznego powiadamiania centrum operacyjnego o potencjalnych zagrożeniach. W tym przypadku nie ma konieczności podejmowania jakiegokolwiek działania (zgłoszenia zagrożenia) przez osobę podopieczną. Urządzenia stanowiące elementy systemu drugiej generacji to między innymi: detektory dymu i czadu, czujniki przeciwpożarowe, przecieków wody, nieuprawnionego wejścia i/ lub wyjścia do/z mieszkania, geolokalizatory itp.<sup>15</sup>. System trzeciej generacji oznacza budowę lub przystosowanie lokalu zamieszkanego przez osobę podopieczną do jej indywidualnych potrzeb, w tym poprzez zastosowanie systemów stałego monitoringu jej aktywności codziennych oraz dostarczanie niezbędnych usług (bytowych, opiekuńczych, medycznych) z wykorzystaniem technologii ICT<sup>16</sup>.

Uzupełnieniem teleopieki domowej jest teleopieka mobilna. Jest to wsparcie dla osób korzystających z teleopieki domowej, dostępne poza ich miejscem zamieszkania. Korzystanie z teleopieki mobilnej umożliwia odpowiednio skonfigurowany w aparacie telefonicznym przycisk alarmowy. W razie nagłego zdarzenia i użycia przez podopiecznego takiego przycisku, centrum operacyjne podejmuje z nim kontakt oraz udziela wszelkiego wymaganego okolicznościami wsparcia, w tym powiadamia o sytuacji kryzysowej osoby bliskie lub służby ratunkowe.

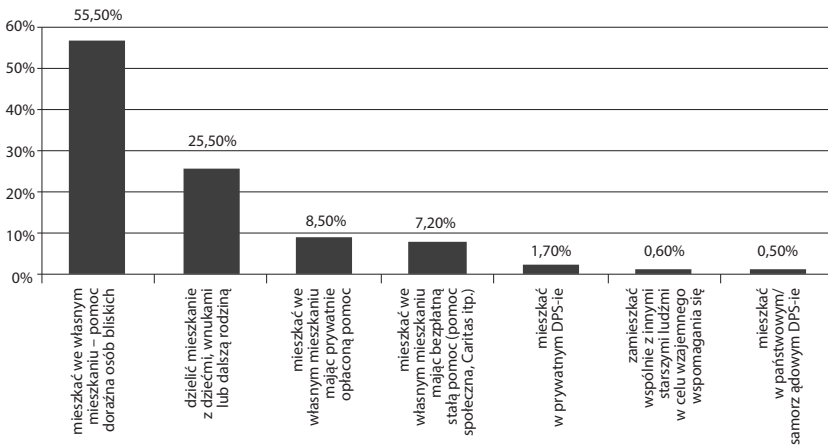
### **Teleopieka domowa jako składowa systemu opieki nad osobami starszymi**

Opieka nad osobami starszymi może mieć charakter opieki formalnej – instytucjonalnej lub nieinstytucjonalnej (w literaturze przedmiotu nazywanej zamiennie nieformalną) – sprawowanej przez współmałżonków, dzieci, innych członków rodziny czy sąsiadów. Opiekę instytucjonalną świadczą różne podmioty: publiczne i prywatne, komercyjne i *non-profit*. Najczęściej przybiera ona formę opieki stacjonarnej, tj. odbywa się w przeznaczonych do tego ośrodkach (zakłady opiekuńczo-lecznicze, domy pomocy społecznej, domy seniora itp.). Opieka nieinstytucjonalna to opieka środowiskowa

<sup>15</sup> B. Kerr, C. Cunningham, S. Martin, A. Alison, *Telecare and physical disability. Using telecare effectively in the support of people with severe physical disabilities and long-term chronic conditions*, Stirling 2010, s. 6; *ICT i osoby starsze. Badanie europejskich użytkowników, rynków i technologii*, Stowarzyszenie „Miasta w Internecie”, Kielce 2011, s. 15.

<sup>16</sup> M. Tomita, L. Russ, R. Sridhar, B. Naughton, *Smart homes with healthcare technologies for community-dwelling older adults* [w:] *Smart home systems*, red. M. Al-Qutayri, InTech, New York 2010.



**Wykres 3. Preferencje polskich seniorów w zakresie form spędzenia starości**

Źródło: E. Bojanowska, *Opieka nad ludźmi starymi [w:] To idzie starość – polityka społeczna wobec procesu starzenia się ludności w Polsce. Praca naukowo-badawcza przygotowana przez zespół ekspertów Fundacji Instytut Spraw Publicznych na zlecenie Zakładu Ubezpieczeń Społecznych*, red. P. Szukalski, Warszawa 2008, s. 137–159.

(domowa) – w miejscu zamieszkania osoby starszej lub w miejscu zamieszkania opiekuna<sup>17</sup>.

Opiekę nad osobą starszą w jej środowisku domowym uważa się za najbardziej pożądaną i efektywną. Jest to rozwiązanie najchętniej wybierane przez seniorów (wykres 3) i najlepiej postrzegane przez społeczeństwo<sup>18</sup>, wpływa na dłuższą aktywność, niezależność, lepsze samopoczucie i zdrowie osób starszych<sup>19</sup>, a także – jest najtańsze spośród pozostałych<sup>20</sup>.

W tradycyjnym modelu rodziny wielopokoleniowej przeżywanie starości we własnym domu, w otoczeniu najbliższych było czymś oczywistym. Członkowie rodziny zaspokajali rosnące z wiekiem potrzeby opiekuńcze

<sup>17</sup> F. Colombo, A. Llana-Nozal, J. Mercier, F. Tjadens, *Help wanted? Providing and paying for long-term care*, OECD Health Policy Studies, OECD Publications, 2011, s. 13–36.

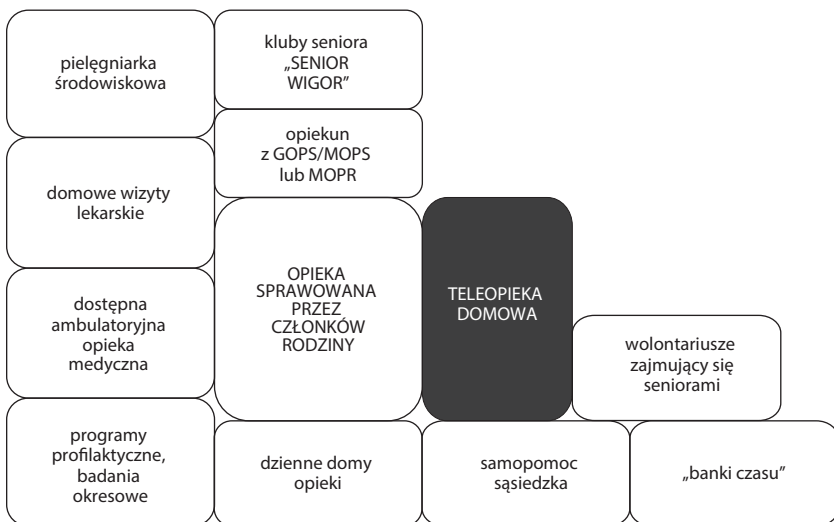
<sup>18</sup> E. Bojanowska, *Opieka nad ludźmi starymi [w:] To idzie starość – polityka społeczna wobec procesu starzenia się ludności w Polsce. Praca naukowo-badawcza przygotowana przez zespół ekspertów Fundacji Instytut Spraw Publicznych na zlecenie Zakładu Ubezpieczeń Społecznych*, red. P. Szukalski, Warszawa 2008, s. 137–159.

<sup>19</sup> M. Zrałek, *Kształtowanie środowiska zamieszkania sprzyjającego aktywnemu starzeniu się [w:] Aktywne starzenie się – Przeciwdziałanie barierom*, red. P. Szukalski, B. Szatur-Jaworska, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2014, s. 106.

<sup>20</sup> W. Jackson, *The political economy of population ageing*, Edward Elgar Publishing Limited, Cheltenham–Northampton, 1998, s. 161.



**Rysunek 1. Wybrane składowe systemu opieki nad osobą starszą w jej własnym domu**



i pielęgnacyjne osoby starszej. Obecnie coraz więcej osób starszych mieszka samotnie, a te mieszkające z osobami pełniącymi role opiekunów rodzinnych nie zawsze mogą liczyć na ich obecność i opiekę w trybie ciągłym.

Mając na uwadze powyższe, równocześnie zachowując preferencje dla modelu opieki, w którym senior jak najdłużej pozostaje we własnym domu, najczęściej stosowany jest system hybrydowy<sup>21</sup>, w którym łączy się różne formy opieki. Umożliwienie seniorowi spędzenia starości w jego własnym domu wymaga zaangażowania wielu podmiotów i integracji realizowanych przez nie zadań (rysunek 1).

Jednym z elementów domowej opieki nad seniorem jest zastosowanie rozwiązań z zakresu teleopieki domowej (rysunek 2).

Teleopieka domowa nie zastępuje tradycyjnych form opieki nad osobami starszymi. Jest narzędziem, które je uzupełnia, szczególnie kiedy osoba starsza jest samodzielna, ma częściowo ograniczoną samodzielność lub ma znacznie ograniczoną samodzielność i może liczyć na opiekę opiekunów rodzinnych i/lub formalnych, ale nie w systemie całodobowym. Służy zarówno osobom starszym, jak i ich opiekunom. Osobom starszym daje poczucie bezpieczeństwa psychicznego, zwiększa ich bezpieczeństwo fizyczne,

<sup>21</sup> Z. Szweđa-Lewandowska, *Logika systemu opieki nad osobami starszymi*, „Polityka Społeczna” 2013, nr 10(475), s. 1–5.



## Rysunek 2. Funkcjonalności teleopieki domowej



wydłuża okres samodzielnego i niezależnego funkcjonowania we własnym domu. Opiekunom ułatwia łączenie życia zawodowego i zadań związanych z pełnieniem opieki. Daje możliwość dyskretnego, nienaruszającego poczucia niezależności, monitorowania osób pozostających pod opieką, bez konieczności stałej obecności z nimi.

Dzięki „guzikowi życia” osoba starsza, w sytuacji nagłego pogorszenia zdrowia lub odczuwania zagrożenia, ma całodobowy kontakt z centrum operacyjnym i dostęp do natychmiastowej pomocy. Czujniki zdalnie monitorujące bezpieczeństwo podopiecznego automatycznie wychwytyują i sygnalizują zachowania zaprogramowane jako niepokojące (np. nieprzyjęcie leków o wskazanej godzinie, opuszczenie mieszkania przez osobę z demencją) oraz niebezpieczne zdarzenia w miejscu zamieszkania (ułatwiający się gaz, zadymienie, przeciek wody itp.). Odbiór sygnału w czasie rzeczywistym przez centrum operacyjne i podjęcie szybkiej reakcji zapobiega lub ogranicza ich niekorzystne skutki. Obie funkcje są spersonalizowane. Odbierając sygnał alarmowy „guzika życia” lub z czujników monitorujących podopiecznego, centrum operacyjne ma informację na temat jego sytuacji zdrowotnej i rodzinnej, dysponuje danymi osób i/lub instytucji, które pełnią nad nim bezpośrednią opiekę.

W ramach teleopieki domowej dostępna jest także funkcja teleopiekuna. Zadaniem teleopiekuna jest przede wszystkim zapewnianie osobie podopiecznej wsparcia psychicznego w sytuacjach kryzysowych oraz wszelkich okolicznościach, kiedy potrzebuje ona rozmowy (głównie będzie to rozmowa telefoniczna). Okresowo teleopiekun spotyka się ze swoim podopiecz-

nym. Kontakt bezpośredni ma umożliwić zbudowanie wzajemnego zrozumienia i zaufania – przez to spersonalizować kontakty telefoniczne, a także wzmocnić w osobie starszej poczucie ważności i afiliacji.

Operatorzy teleopieki domowej współpracują również z podmiotami (przedsiębiorstwami, spółdzielniami socjalnymi, organizacjami pozarządowymi, samorządem terytorialnym itp.) świadczącymi usługi socjalno-bytowe (m.in. sprzątanie, dowóz posiłków, organizacja czasu wolnego). Kontaktując się z teleopiekunem lub centrum operacyjnym, osoba starsza może zgłosić swoje potrzeby i uzyskać bezpieczny dostęp do usług, które ułatwią jej funkcjonowanie w miejscu zamieszkania.

## **Powszechny system teleopieki domowej – doświadczenia gmin województwa pomorskiego**

### **Koncepcja gminnego powszechnego systemu teleopieki domowej**

Kraje Europy Zachodniej teleopiekę domową wykorzystują od początku lat 90. XX wieku, uważając, że jest to jedno z najskuteczniejszych narzędzi wspierających system opieki domowej nad osobami starszymi w obecnych uwarunkowaniach demograficznych<sup>22</sup>.

W Polsce rozwiązanie przyjmuje się dość powoli, choć formalnie znane są korzyści z jego stosowania<sup>23</sup>. Usługa teleopieki domowej dostępna jest dla klientów indywidualnych w dwóch wariantach: po podpisaniu indywidualnej umowy z operatorem działającym na danym terytorium lub – dzięki współpracy operatorów z gminami zainteresowanymi uruchomieniem gminnych powszechnych systemów teleopieki domowej – deklaracji złożonej przez podopiecznego lub jego opiekuna we wskazanym przez gminę podmiocie. Usługę dostarcza kilku operatorów<sup>24</sup>, choć nieliczni – jak Pol-

<sup>22</sup> *Primary care: working differently. Telecare and telehealth a game changer for health and social care*, Deloitte Centre for Health Solutions, London 2012.

<sup>23</sup> *Założenia długofalowej polityki senioralnej w Polsce na lata 2014–2020*, Monitor Polski 2014, poz. 118; *Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014–2020*, Ministerstwo Rozwoju i Infrastruktury, Warszawa 2015.

<sup>24</sup> Wśród operatorów działających w Polsce są m.in.: Fundacja Niezależni, [www.fundacjaniezalesni.pl/](http://www.fundacjaniezalesni.pl/); OpiekanoVA, <http://opiekanoVA.pl/>; abPort ubezpieczenia, <http://www.abport.com.pl/ubezpieczenia-mondial-assistance-teleopieka/>; ZdrójMed, <http://www.zdrojmed.pl/teleopieka/>; Elderia, <http://www.elderia.pl/oferta/teleopieka/>.



skie Centrum Opieki<sup>25</sup> – mają doświadczenie we współtworzeniu systemów powszechnych.

Gminy, realizując kanon obligatoryjnych zadań publicznych w zakresie opieki społecznej<sup>26</sup>, decydują się na wykorzystanie teleopieki domowej, gdyż dostrzegają jej zalety i relatywnie niski koszt wdrożenia. Gminny powszechny system teleopieki domowej to rozwiązanie, w którym przedstawiciele gminy ustalają warunki szczegółowe i podpisują w imieniu gminy umowę z operatorem teleopieki na świadczenie usługi dla swoich mieszkańców. W gminie wyznaczony zostaje podmiot (jednostka organizacyjna gminy, wydział w strukturze urzędu gminy, organizacja pozarządowa działająca na terenie gminy itp.), który koordynuje zainstalowanie i działanie systemu. Każdy z członków społeczności lokalnej ma prawo do skorzystania z oferty po złożeniu deklaracji (przyjmuje je podmiot, o którym mowa wyżej), na warunkach wynegocjowanych przez gminę. W związku z tym, że gmina partycypuje w kosztach stworzenia i utrzymania systemu na swoim terytorium, zazwyczaj opcja „guzika życia” jest dla mieszkańców bezpłatna. Pozostałe funkcje operator oferuje zainteresowanym podopiecznym odpłatnie. Niemniej także w tym wypadku warunki cenowe dla mieszkańców są wynegocjowane przez gminę, co oznacza, że są one korzystniejsze niż dla klientów indywidualnych.

### Pomorskie gminy i powszechny system teleopieki domowej

W ramach prac nad stworzeniem koncepcji systemu opieki nad osobami starszymi w województwie pomorskim<sup>27</sup>, wśród gmin województwa pomorskiego w lipcu 2015 r. przeprowadzono badanie ankietowe z wykorzystaniem kwestionariusza standaryzowanego obejmującego 36 twierdzeń głównych uzupełnionych o 38 twierdzeń szczegółowych<sup>28</sup>. W badaniu wzięło udział 77

<sup>25</sup> Największy operator teleopieki domowej w Polsce. Oferuje usługę teleopieki domowej klientom indywidualnym, jest operatorem usługi teleopieki domowej i mobilnej oferowanej przez Orange Polska oraz współpracuje z gminami w całym kraju w zakresie budowy systemu teleopieki powszechnej, <http://www.centrum-opieki.pl>.

<sup>26</sup> Ustawa z 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz.U. 2013, poz. 594, ze zm.), art. 7 pkt 5–6; ustawa z 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. 2009, nr 175, poz. 1362, ze zm.).

<sup>27</sup> Projekt realizowany przez Fundację Promocji Inicjatyw Europejskich w partnerstwie ze Związkiem Gmin Pomorskich, zainicjowany przez Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego w Gdańsku.

<sup>28</sup> Pełne wyniki badania przedstawiono w opracowaniu A. Richert-Kaźmierska, E. Lechman, H. Necel, *Starzenie się społeczeństwa wyzwaniem dla pomorskich gmin*, Fundacja Promocji Inicjatyw Europejskich, Gdańsk 2015.



spośród 119 gmin województwa pomorskiego<sup>29</sup>. Do uzupełnienia kwestionariusza ankietowego zaproszono wójtów/burmistrzów lub osoby przez nich wskazane, odpowiedzialne za kształtowanie gminnej polityki senioralnej.

Wśród twierdzeń diagnozujących dotychczasowe działania wspierające osoby starsze podejmowane w gminach pojawiły się związane z teleopieką domową:

- T13: *Na terenie gminy wykorzystuje się technologie informatyczne w celu włączenia społecznego osób starszych oraz zapewnienia im opieki.*
- T14: *Na terenie gminy wykorzystuje się systemy teleopieki domowej o charakterze systemów alarmowych na wypadek zagrożenia typu zdrowotnego (np. upadek, incydent kardiologiczny itp.) dedykowane osobom starszy.*
- T15: *Na terenie gminy wykorzystuje się systemy teleopieki domowej o charakterze systemów alarmowych na wypadek zagrożenia nieszczęśliwymi zdarzeniami (np. czujniki dymu, gazu, zalania wodą itp.) dedykowane osobom starszym.*
- T16: *Na terenie gminy wykorzystuje się systemy teleopieki o charakterze konsultacji telemedycznych dedykowane osobom starszym.*

Uzyskane odpowiedzi pokazały, że spośród badanych gmin 20 wykorzystuje technologie informatyczne w celu włączenia społecznego osób starszych oraz zapewnienia im opieki. W 12 (15,6% uczestniczących w badaniu) stosowana jest teleopieka domowa o charakterze systemów alarmowych na wypadek zagrożenia typu zdrowotnego, a w 4 (5,2% uczestniczących w badaniu) – teleopieka domowa o charakterze systemów alarmowych na wypadek zagrożenia nieszczęśliwymi zdarzeniami (tabela 2).

Wśród twierdzeń odwołujących się do przyszłych, planowanych przez gminy działań na rzecz rozbudowy systemu opieki nad osobami starszymi, respondenci zostali poproszeni o odniesienie się do następującego T33: *W ramach promocji tzw. domowej opieki nad osobami starszymi (w ich własnym domu) gmina jest gotowa:*

- T33A: *wspierać rozwój systemów teleopieki domowej na swoim terenie, w tym poprzez wyposażanie mieszkań osób starszych w rozwiązania o charakterze systemów alarmowych na wypadek zagrożenia typu zdrowotnego,*
- T33B: *wspierać rozwój systemów teleopieki o charakterze konsultacji telemedycznych.*

<sup>29</sup> W badaniu nie uwzględniono Gdańska, Sopotu, Gdyni i Słupska.



**Tabela 2. Teleopieka domowa w pomorskich gminach uczestniczących w badaniu**

	Zagregowane zdecydowanie tak i raczej tak	Zagregowane zdecydowanie nie i raczej nie	Zagregowane nie wiem i brak odpowiedzi
Na terenie gminy wykorzystuje się technologie informatyczne w celu włączenia społecznego osób starszych oraz zapewnienia im opieki	20	70	7
Na terenie gminy wykorzystuje się systemy teleopieki domowej o charakterze systemów alarmowych na wypadek zagrożenia typu zdrowotnego (np. upadek, incydent kardiologiczny) dedykowane osobom starszym	12	61	4
Na terenie gminy wykorzystuje się systemy teleopieki domowej o charakterze systemów alarmowych na wypadek zagrożenia nieszczęśliwymi zdarzeniami (np. czujniki dymu, gazu, zalania wodą) dedykowane osobom starszym	4	66	7
Na terenie gminy wykorzystuje się systemy teleopieki o charakterze konsultacji telemedycznych dedykowane osobom starszym	3	68	6

Źródło: na podstawie A. Richert-Kaźmierska, E. Lechman, H. Necel, *Starzenie się społeczeństwa wyzwaniem dla pomorskich gmin*, Fundacja Promocji Inicjatyw Europejskich, Gdańsk 2015.

Na tak sformułowane twierdzenia 13 gmin (zagregowane odpowiedzi *zdecydowanie tak i raczej tak*) zadeklarowało, że planuje w przyszłości rozwijać system teleopieki domowej poprzez wyposażanie mieszkań w systemy alarmowe na wypadek zagrożenia zdrowotnego, a 11 – o charakterze konsultacji telemedycznych (tabela 3).

**Tabela 3. Plany pomorskich gmin rozbudowy systemu teleopieki domowej**

	Zagregowane zdecydowanie tak i raczej tak	Zagregowane zdecydowanie nie i raczej nie	Zagregowane nie wiem i brak odpowiedzi
W przyszłości gmina jest gotowa, aby wspierać rozwój systemów teleopieki domowej na swoim terenie, w tym poprzez wyposażanie mieszkań osób starszych w rozwiązania o charakterze systemów alarmowych na wypadek zagrożenia typu zdrowotnego	13	35	29
W przyszłości gmina jest gotowa, aby wspierać rozwój systemów teleopieki o charakterze konsultacji telemedycznych	11	35	31

Źródło: jak pod tabelą 2.

Należy podkreślić, że w grupie twierdzeń dotyczących planów gmin odnośnie do kierunków przyszłej rozbudowy gminnego systemu opieki nad osobami starszymi, wielu respondentów zaznaczało odpowiedź *nie wiem* lub nie udzielało odpowiedzi. Tak było również w przypadku twierdzenia T33A i T33B – ponad 1/3 (odpowiednio 37,6% i 40,3%) uczestniczących w badaniu gmin nie udzieliła jednoznacznej odpowiedzi.

W grudniu 2016 r. autorka podjęła próbę weryfikacji, czy w porównaniu z rokiem wcześniejszym zmieniła się liczba pomorskich gmin, które wykorzystują koncepcję powszechnych systemów teleopieki domowej. Na podstawie dokumentów wewnętrznych pozyskanych z urzędów gmin oraz od operatorów teleopieki domowej ustalono, ile gmin ma podpisaną umowę na świadczenie usługi teleopieki domowej mieszkańcom oraz ile gmin – choć nadal takiej umowy nie ma – podejmowało w ostatnim roku działania formalne w celu rozpoznania tematu powszechnego systemu teleopieki domowej<sup>30</sup> i/lub jest w trakcie negocjacji z operatorem warunków jego implementacji.

Badanie przeprowadzono inną metodą niż w 2015 r., więc proste porównanie wyników jest niemożliwe. Niemniej, można na ich podstawie stwierdzić, że pomorskie gminy są coraz bardziej zainteresowane powszechnymi systemami teleopieki i chętniej z nich korzystają jako składowej gminnych systemów opieki nad osobami starszymi.

W grudniu 2016 r. ponad 20% wszystkich pomorskich gmin wdrażało powszechne systemy teleopieki domowej, a nieco ponad 23% – wyrażało nimi zainteresowanie (niektóre były w ostatecznej fazie negocjacji przed podpisaniem umowy) (rysunek 3).

W roku 2016 powszechny system teleopieki domowej działał w 7 gminach miejskich, w tym w Gdyni, Sopocie<sup>31</sup> i Słupsku. W 15 gminach wiejskich i trzech miejsko-wiejskich również funkcjonują takie systemy (tabela 4).

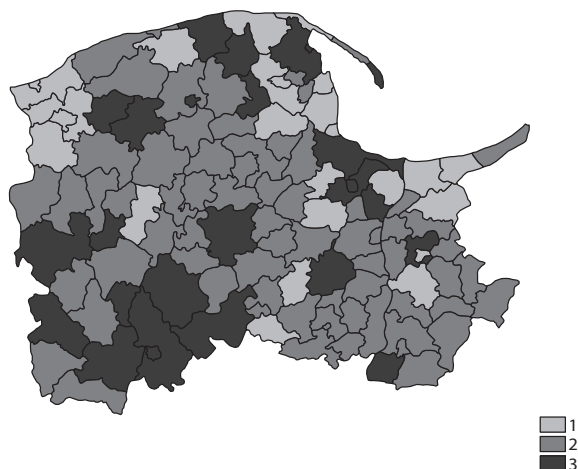
<sup>30</sup> Jako „działania formalne w celu rozpoznania tematu” autorka rozumie: dwustronne spotkania władz gmin i operatora teleopieki domowej w celu prezentacji oferty dostosowanej do potrzeb gminy, o których gmina poinformowała w Biuletynie Informacji Publicznej; podjęcie publicznych działań (najczęściej przez gminne ośrodki pomocy społecznej) w celu zebrania informacji od mieszkańców gminy na temat zainteresowania usługą teleopieki; wpisanie w strategię rozwoju gminy, budżet gminy lub inny dokument strategiczny zadania w postaci uruchomienia powszechnego systemu teleopieki domowej itp.

<sup>31</sup> Miasto Sopot w 2016 r. realizowało pilotażowy program teleopieki domowej dla podopiecznych Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej.



### Rysunek 3. Pomorskie gminy z powszechnym systemem teleopieki domowej w 2016 r.

Klasa*	Wyniki	
	liczba	[%]
1	25	20,3
2	69	56,1
3	29	23,6
Łącznie	123	100



\* 1 – gminy z powszechnym systemem teleopieki domowej; 2 – gminy bez powszechnego systemu teleopieki domowej; 3 – gminy zainteresowane uruchomieniem powszechnego systemu teleopieki domowej.

### Tabela 4. Pomorskie gminy z powszechnym systemem teleopieki domowej według typu gminy

Typ gminy	1*	2*	3*	Razem
miejska	7	11	7	25
wiejska	15	47	19	81
miejsko-wiejska	3	11	3	17
Ogółem	25	69	29	123

\* 1 – gminy z powszechnym systemem teleopieki domowej; 2 – gminy bez powszechnego systemu teleopieki domowej; 3 – gminy zainteresowane uruchomieniem powszechnego systemu teleopieki domowej.

## Podsumowanie

Teleopieka domowa nie zastępuje tradycyjnych metod opieki nad osobami starszymi, może natomiast skutecznie i efektywnie je uzupełniać. Zwiększa poczucie bezpieczeństwa psychicznego i bezpieczeństwa fizyczne podopiecznego, przez co sprzyja wydłużeniu okresu jego samodzielności we własnym domu oraz ułatwia sprawowanie opieki opiekunom.

Mimo możliwości, jakie daje teleopieka domowa, w Polsce stanowi ona rozwiązanie, po które indywidualni odbiorcy sięgają dość rzadko. Wśród



przyczyn w literaturze przedmiotu wymienia się: niechęć i brak zaufania osób starszych do nowych technologii i ich dostawców, niechęć do bycia „obserwowanym” we własnym domu czy postrzeganie takiej formy opieki jako bezdusznej i zdepersonalizowanej<sup>32</sup>.

Doświadczenia państw Europy Zachodniej pokazują, że wzrost zainteresowania teleopieką domową następuje w momencie jej legitymizacji i włączenia się w implementację władz lokalnych lub regionalnych<sup>33</sup>. Dzięki temu korzystanie z teleopieki domowej staje się dla użytkowników tańsze, niż gdyby mieli je nabywać indywidualnie u operatora. Ponadto system afiliowany przez instytucję publiczną, w tym samorząd, daje nabywcom (podopiecznym i ich opiekunom) poczucie bezpieczeństwa i przekonanie, że rozwiązanie – choć niekoniecznie znane – odpowie na potrzeby nabywcy; że wybór operatora i warunki umowy zostały wypracowane z zachowaniem dbałości o interesy użytkowników.

W pomorskich gminach, które dotychczas podpisały umowę z operatorami i próbują stworzyć powszechny system teleopieki domowej, nadal niewielu jest aktywnych użytkowników. W żadnej z tych gmin liczba osób, które złożyły deklarację przystąpienia do systemu i korzysta z usługi, nie przekracza 50. Co zatem działa nie tak, że teleopieka domowa choć dostępna w systemie powszechnym, legalizowana przez gminę i w opcji „guzika życia” bezpłatna dla użytkowników, nadal stosowana jest niechętnie? Jak dotąd nie były prowadzone badania umożliwiające udzielenie jednoznacznej odpowiedzi na tak sformułowane pytanie. Niemniej, bazując na doświadczeniach państw, w których system działa sprawnie i korzysta z niego wielu użytkowników, wśród przyczyn można wskazać między innymi:

- brak edukacji na temat możliwości, jakie daje teleopieka domowa i jej składowych, które mogą być indywidualnie dopasowywane do potrzeb podopiecznego,
- nieefektywny system informowania o zasadach funkcjonowania gminnego systemu teleopieki domowej,
- brak współpracy różnych podmiotów zajmujących się osobami starszymi i niesamodzielnymi, aby zainteresować je teleopieką domową,
- brak zrozumienia dla idei teleopieki domowej, także wśród pracowników administracji samorządowej, wdrażających system.

<sup>32</sup> J. Bujok, R. Gierek, R. Olszanowski, M. Skrzypek, *Uwarunkowania rozwoju telemedycyny w Polsce*, Krajowa Izba Gospodarcza, Izba Gospodarcza Medycyny Polskiej, Warszawa 2014.

<sup>33</sup> *Primary care, op. cit.*

Ponadto, realizując w gminie powszechny system teleopieki domowej, należy mieć świadomość, że jest to zadanie długofalowe, którego efekty w postaci wielu użytkowników pojawiają się po upływie jakiegoś czasu. Proces przyswajania sobie przez mieszkańców nowego rozwiązania czy zmiana dotychczasowego, konserwatywnego sposobu myślenia o sprawowaniu opieki nad osobami starszymi wymagają czasu.

Upowszechnienie teleopieki domowej jako bezpiecznej i niezawodnej formy sprawowania opieki nad osobami starszymi wymaga jej profesjonalizacji. Wiąże się z koniecznością wypracowania standardów obowiązujących operatorów i dostawców tej usługi, szkoleń dla personelu czy szkoleń dla użytkowników. Ze względu na specyfikę usługi i użytkowników należałoby – jak to dzieje się w państwach o dużym doświadczeniu w funkcjonowaniu teleopieki domowej – wypracować procedury certyfikacji operatorów i oferowanych przez nich usług. Na razie brakuje rozwiązań w tym zakresie, a powiększający się rynek zbytu staje się pokusą dla nieuczciwych przedsiębiorców. Pierwsze sygnały o nadużyciach już pojawiały się w mediach<sup>34</sup>. Nie służą one upowszechnieniu teleopieki domowej.

Nieuregulowane są także kwestie związane z finansowaniem tworzenia i funkcjonowania powszechnych systemów teleopieki domowej. Otwarte pozostaje pytanie, czy i w jakim zakresie jest to zobowiązanie użytkowników, jednostek samorządowych, firm ubezpieczeniowych lub innych podmiotów.

## Bibliografia

- Bojanowska E., *Opieka nad ludźmi starymi [w:] To idzie starość – polityka społeczna wobec procesu starzenia się ludności w Polsce. Praca naukowo-badawcza przygotowana przez zespół ekspertów Fundacji Instytut Spraw Publicznych na zlecenie Zakładu Ubezpieczeń Społecznych*, red. P. Szukalski, Warszawa 2008.
- Bloom D., Canning D., Savilla J., *The demographic dividend. A new perspective on the economic consequences of population change*, RAND, Santa Monica 2003.
- Błędowski P., Szatur-Jaworska B., Szweda-Lewandowska Z., Kubicki P., *Raport na temat sytuacji osób starszych*, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, Warszawa 2012.
- Bos D., Weiszacker R., *Economic consequences of an aging population*, „European Economic Review” 1989, nr 33.
- Bujnowska-Fedak M., Tomczak M., *Innowacyjne aplikacje telemedyczne i usługi e-zdrowia w opiece nad pacjentami w starszym wieku*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2013, nr 11(4).

<sup>34</sup> Oszuści naciągają na umowy na świadczenia telemedyczne, „Rynek Seniora” z 9 lipca 2015 r.



- Bujok J., Gierek R., Olszanowski R., Skrzypek M., *Uwarunkowania rozwoju telemedycyny w Polsce*, Krajowa Izba Gospodarcza, Izba Gospodarcza Medycyny Polskiej, Warszawa 2014.
- Colombo F., Llena-Nozal A., Mercier J., Tjadens F., *Help wanted? Providing and paying for long-term care*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishings, 2011.
- Czekanowski P., *Family carers of elderly people [w:] Family caregiving for the elderly in Poland*, red. B. Bień, Wydawnictwo Uniwersyteckie Trans Humana, Białystok 2006.
- Doughty K. i in., *Telecare, telehealth and assistive technologies – do we know what we're talking about?*, „Journal of Assistive Technologies” 2007, t. 1, nr 2.
- Golinowska S., *Przedmowa [w:] Dostępność opieki zdrowotnej i pomocy społecznej dla osób starszych w Polsce*, red. K. Szczerbińska, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2006.
- GUS, *Prognoza gospodarstw domowych na lata 2008–2030*, Warszawa 2010.
- GUS, *Stan zdrowia ludności Polski w 2014 roku*, Warszawa 2016.
- ICT i osoby starsze. Badanie europejskich użytkowników, rynków i technologii*, Stowarzyszenie „Miasta w Internecie”, Kielce 2011.
- Implementing telecare. Strategic analysis and guidelines for policy makers, commissioners and providers*, Audit Commission, London 2004.
- Jackson W., *The political economy of population ageing*, Edward Elgar Publishing Limited, Cheltenham and Northampton 1998.
- Kerr B., Cunningham C., Martin S., Alison A., *Telecare and physical disability. Using telecare effectively in the support of people with severe physical disabilities and long-term chronic conditions*, Stirling 2010.
- Opólnoeuropejskie wytyczne dotyczące przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności*, Europejska Grupa Ekspertów ds. Przejścia od Opieki Instytucjonalnej do Opieki Świadczonej na Poziomie Lokalnych Społeczności, Bruksela 2012.
- Opieka medyczna nad osobami w podeszłym wieku. Raport Najwyższej Izby Kontroli*, KZD-4101-003/2014, nr ewid. 2/2015/P/14/062/KZD, Warszawa 2015.
- Oszuści naciągają na umowy na świadczenia telemedyczne*, „Rynek Seniora” z 9 lipca 2015 r.
- Primary care: working differently. Telecare and telehealth – a game changer for health and social care*, Deloitte Centre for Health Solutions, London 2012.
- Richert-Kaźmierska A., Lechman E., Necel H., *Starzenie się społeczeństwa wyzwaniem dla pomorskich gmin*, Fundacja Promocji Inicjatyw Europejskich, Gdańsk 2015.
- Stan obecny i przyszłość opieki długoterminowej w starzejącej się Polsce*, Bank Światowy, Warszawa 2015.
- Szukalski P., *Ludzie bardzo starzy*, „Demografia i Gerontologia Społeczna. Biuletyn Informacyjny” 2011, nr 9.



- Szukalski P., Oliwińska I., Bojanowska E., Szweda-Lewandowska Z., *To idzie starość – polityka społeczna a przygotowanie do starzenia się ludności Polski*, Instytut Spraw Publicznych na zlecenie Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Warszawa 2008.
- Szweda-Lewandowska Z., *Logika systemu opieki nad osobami starszymi*, „Polityka Społeczna” 2013, nr 10(475).
- Tomita M., Russ L., Sridhar R., Naughton B., *Smart homes with healthcare technologies for community-dwelling older adults* [w:] *Smart home systems*, red. M. Al-Qutayri, InTech, New York 2010.
- Wieczorowska-Tobis K., *Specyfika pacjenta starszego* [w:] *Fizjoterapia w geriatrici*, red. K. Wieczorowska-Tobis, T. Kostka, A. Borowicz, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011.
- Wlazło A., Leszek J., *Samoopieka osób starszych w kontekście psychologii zdrowia. Założenia teoretyczne*, „Psychogeriatrica Polska” 2008, nr 5(3).
- Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014–2020*, Ministerstwo Rozwoju i Infrastruktury, Warszawa 2015.
- Zgliczyński W., *Kadry medyczne w Polsce*, „INFOS. Zagadnienia Społeczno-gospodarcze” 2016, nr 6(210).
- Zrałek M., *Kształtowanie środowiska zamieszkania sprzyjającego aktywnemu starzeniu się* [w:] *Aktywne starzenie się – Przeciwdziałanie barierom*, red. P. Szukalski, B. Szatur-Jaworska, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2014.

### Akty prawne krajowe i unijne

- Ustawa z 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym, Dz.U. 2013, poz. 594, ze zm.
- Ustawa z 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, Dz.U. 2009, nr 175, poz. 1362, ze zm.
- Założenia długofalowej polityki senioralnej w Polsce na lata 2014–2020, Monitor Polski 2014, poz. 118.