



Zofia Szweda-Lewandowska

Opieka nad osobami starszymi

Wspierający i wspierani

**WYDAWNICTWO
UNIwersYTETU
ŁÓDZKIEGO**

Opieka nad osobami starszymi

Wspierający i wspierani



WYDAWNICTWO
UNIWERSYTETU
ŁÓDZKIEGO



Zofia Szweda-Lewandowska

Opieka nad osobami starszymi

Wspierający i wspierani



**WYDAWNICTWO
UNIwersYTETU
ŁÓDZKIEGO**

Łódź 2017

Zofia Szweda-Lewandowska – Szkoła Główna Handlowa
Kolegium Ekonomiczno-Społeczne, Instytut Gospodarstwa Społecznego
Zakład Polityki Społecznej, 02-520 Warszawa, ul. Wiśniowa 41

RECENZENT

Bożenna Balcerzak-Paradowska

REDAKTOR INICJUJĄCY

Iwona Gos

REDAKCJA

Aleksandra Urzędowska

SKŁAD I ŁAMANIE

AGENT PR

KOREKTA TECHNICZNA

Leonora Wojciechowska

PROJEKT OKŁADKI

Katarzyna Turkowska

Zdjęcie wykorzystane na okładce: © Depositphotos.com/oneinchpunch

Projekt, realizowany w Zakładzie Demografii i Gerontologii Społecznej
Uniwersytetu Łódzkiego, został sfinansowany ze środków
Narodowego Centrum Nauki przyznanych na podstawie decyzji
numer DEC-2013/09/D/HS5/04459

© Copyright by Zofia Szweda-Lewandowska, Łódź 2017

© Copyright for this edition by Uniwersytet Łódzki, Łódź 2017

Wydane przez Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego

Wydanie I. W.08079.17.0.M

Ark. wyd. 8,0; ark. druk. 10,875

ISBN 978-83-8088-682-7

e-ISBN 978-83-8088-683-4

<https://doi.org/10.18778/8088-682-7>

Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego

90-131 Łódź, ul. Lindleya 8

www.wydawnictwo.uni.lodz.pl

e-mail: ksiegarnia@uni.lodz.pl

tel. (42) 665 58 63

Spis treści

Wstęp	7
--------------	----------

Część I. Opieka nad osobami starszymi

1. Czynniki wpływające na konieczność korzystania z pomocy przez osoby starsze	15
1.1. Starość, stan zdrowia, niepełnosprawność	16
1.2. Niesamodzielność i stopnie niesamodzielności	26
1.3. Status rodzinny osób starszych	31
1.4. Sytuacja materialno-bytowa	35
1.5. Nieformalne sieci wsparcie	40
2. System opieki nad osobami starszymi	47
2.1. Logika systemu opieki nad osobami starszymi	49
2.2. Formy pomocy osobom starszym	63
2.2.1. Pomoc świadczona w miejscu zamieszkania osoby starszej	64
2.2.2. Pomoc semiinstytucjonalna	69
2.2.3. Pomoc instytucjonalna	71

2.2.4. Pomoc świadczona w ramach nieformalnych rodzinnych i nierodzinnych sieci wsparcia	77
2.3. Opieka nad osobami starszymi z perspektywy osób starszych i opiekunów w świetle istniejących badań	81
3. Zapotrzebowanie na opiekę wśród najstarszych seniorów	97

Część II. Badanie potrzeb opiekuńczych osób starszych oraz krewnych udzielających pomocy

1. Opieka nad osobami starszymi z perspektywy dwóch pokoleń wspierających i wspieranych	111
1.1. Cel i metodologia badania	111
1.2. Sytuacja społeczno-demograficzna badanych	119
1.3. Potrzeby opiekuńcze osób badanych i otrzymywane wsparcie	127
1.3.1. Wsparcie udzielane przez krewnych i powinowatych	128
1.3.2. Wsparcie udzielane przez osoby bliskie niespokrewnione	134
1.3.3. Wsparcie instytucji formalnych	139
1.4. Hierarchia podmiotów udzielających wsparcia	143
1.5. Godzenie życia zawodowego i rodzinnego – perspektywa opiekunów osób starszych	149
1.6. Podsumowanie wyników badania	153
2. Implikacje dla systemu opieki nad niesamodzielnymi osobami starszymi	161
Bibliografia	167

Wstęp

Wydłużanie się średniego trwania życia, które należy uznać za jedno z największych osiągnięć XX-wiecznej medycyny, połączone z dynamicznym spadkiem liczby urodzeń w większości krajów rozwiniętych, spowodowało znaczące zmiany w globalnej demografii. Już obecnie mają one duży wpływ na politykę. Zgodnie z prognozą GUS w 2035 roku osoby w wieku 65 lat i więcej będą stanowiły 23% populacji Polski, podczas gdy obecnie jest to około 13%. Dynamicznie zachodzące zmiany w strukturze populacji sprawiają, że zarówno decydenci, jak i prawo nie nadążają za zmieniającą się rzeczywistością społeczną. Chociaż prognozy demograficzne wyraźnie wskazują, jak będzie wyglądała struktura ludności według wieku Polaków za dziesięć, dwadzieścia, trzydzieści lat, to jednak dostosowywanie różnych sfer, w tym szczególnie usług społecznych w zakresie opieki nad osobami starszymi, jest niewystarczające. A to właśnie kwestie opieki nad najstarszymi, niesamodzielnymi członkami społeczeństwa oraz sprawy finansowania tej opieki będą jednymi z najistotniejszych wyzwań najbliższych dziesięcioleci. Dlatego też publikacja ta koncentruje się na wyzwaniu, jakim jest zapewnienie godnego życia niesamodzielnym osobom starszym i ich rodzinom.

Niniejsza publikacja jest efektem realizacji grantu finansowanego ze środków Narodowego Centrum Nauki przyznanych na podstawie decyzji numer DEC-2013/09/D/HS5/04459 na realizację badania „Opieka nad seniorami z perspektywy dwóch pokoleń – udzielających wsparcia i wspieranych. Implikacje dla systemu opieki nad niesamodzielnymi seniorami”. Celem projektu była identyfikacja potrzeb w zakresie opieki nad najstarszymi seniorami (osoby w wieku 75 lat i więcej), zdiagnozowanie, jak – w warunkach zatamizowania rodziny – wygląda w Polsce obecnie opieka nad osobami starszymi z perspektywy dwóch pokoleń – wspieranego (seniorzy) i wspierającego ich członka rodziny oraz określenie implikacji wynikających ze starzenia się populacji i wertykalizacji sieci rodzinnej dla systemu opieki nad osobami starszymi.

Cel ten został osiągnięty przez realizację następujących celów szczegółowych:

- 1) Diagnoza sytuacji najstarszych seniorów w zakresie potrzeb opiekuńczych. Stopień zaspokojenia potrzeb opiekuńczych w rodzinie, stopień obciążenia rodzin opieką nad seniorami (godzenie ról zawodowych i opiekuńczych przez osoby świadczące wsparcie);
- 2) Wskazanie możliwości usprawnienia i poprawienia efektywności wsparcia najstarszych seniorów poprzez analizę potencjalnych możliwości zaspokojenia potrzeb opiekuńczych przez rodzinę, samorząd terytorialny oraz system ochrony zdrowia;
- 3) Analiza, między innymi na podstawie prognozy ludności Polski sporządzonej przez Główny Urząd Statystyczny, przyszłego wzrostu zapotrzebowania na pomoc świadczoną nie tylko przez rodzinę i bliskich, lecz także na usługi opiekuńcze i pomoc in-

stytucjonalną (szczególnie gdy senior nie posiada rodziny lub rodzina nie może zapewnić dostatecznej opieki). Wskazanie wyzwań wynikających ze zmian demograficznych (głównie zmian w strukturze ludności według wieku) w zakresie opieki nad najstarszymi seniorami. Badanie, jak będzie się zwiększać w najbliższych dekadach obciążenie obowiązkami opiekuńczymi osób wspierających najstarszych seniorów;

- 4) Sformułowanie na podstawie badań przeprowadzonych w ramach projektu implikacji dla systemu opieki nad najstarszymi seniorami wynikających ze zmian w strukturze rodziny i zmian demograficznych zachodzących w populacji mieszkańców Polski.

Pierwszy cel odnosi się do teraźniejszości, zastanej sytuacji w zakresie opieki nad najstarszymi seniorami w Polsce i dogłębnej diagnozy osób udzielających wsparcia i osób wspieranych. Cel drugi dotyczy potencjalnych możliwości w zakresie opieki i jej usprawnienia, które są możliwe do realizacji w obecnych warunkach społeczno-ekonomicznych, przy optymalnym wykorzystaniu zasobów pozostających w dyspozycji samorządu terytorialnego, systemu ochrony zdrowia, systemu pomocy społecznej. Trzeci cel dotyczy przyszłości, a proces podwójnego starzenia się populacji (czyli dynamiczny przyrost grupy osób najstarszych, którzy najczęściej wymagają pomocy) jest traktowany w kategorii wyzwania, na które można się przygotować, a nie jako problem, który trzeba będzie rozwiązać, gdy się pojawi. Czwarty cel to wskazanie konsekwencji zmian demograficznych dla systemu opieki nad najstarszymi seniorami oraz przełożenie zdobytej wiedzy w zakresie potrzeb – z jednej strony a z drugiej strony sposobów wsparcia świadczonego

przez rodzinnych opiekunów – na konkretne skutki dla systemu.

Realizacja celu głównego i zadań szczegółowych posłużyła do sporządzania diagnozy sytuacji seniorów w zakresie potrzeb opiekuńczych, identyfikacji obszarów, w których występuje deficyt wsparcia ze strony krewnych oraz bliskich (określenia stopnia zaspokojenie potrzeb opiekuńczych przez rodzinę) i niezbędnej pomocy państwa. Z drugiej strony badanie pozwoliło także na ocenę, jak bardzo rodinni opiekunowie najstarszych seniorów są obciążeni obowiązkami opiekuńczymi, w jakim zakresie i jakie konsekwencje dla ich życia rodzinnego i zawodowego wynikają z konieczności świadczenia wsparcia potrzebującym krewnym. Podczas badania uzyskane zostały także informacje o nierodzinnych, nieformalnych sieciach wsparcia (znajomi, przyjaciele, sąsiedzi) oraz opiekunach świadczących usługi opiekuńcze zarówno legalnie, jak i w ramach pracy nierejestrowanej (szara strefa usług opiekuńczych) oraz preferencje osób starszych dotyczące opiekunów.

Publikacja została podzielona na dwie części. W pierwszej dokonany został przegląd literatury przedmiotu, zwłaszcza opublikowanych studiów empirycznych. Dokonując przeglądu prac empirycznych i teoretycznych, podkreślono te rozważania i wnioski, które mogą spotkać się z zainteresowaniem decydentów i organizatorów polityki społecznej na szczeblu zarówno rządowym, jak i lokalnym.

W części empirycznej – będącej drugą częścią publikacji – dokonana została analiza skali i rodzaju potrzeb opiekuńczych seniorów oraz skali i rodzaju opieki, którą obciążone są osoby udzielające wsparcia. Punkt wyjścia analizy stanowiło badanie gospodarstw domowych z osobami po 75. roku życia. W pierwszej fazie badania przeprowadzone zostały indywidualne wywiady z 15 parami – senior i najbliższy krewny udzielający wsparcia, wskazany przez seniora (30 wywiadów). W drugiej części

badania przeprowadzone zostały wywiady kwestionariuszowe wśród 200 gospodarstw domowych z seniorem powyżej 75 lat i 200 wywiadów ze wskazanymi przez seniorów ich rodzinnymi opiekunami. Zarówno pogłębione wywiady indywidualne, jak i wywiady kwestionariuszowe zostały przeprowadzone w Łodzi i Warszawie ze względu na charakterystykę demograficzną tych dwóch miast. Łódź i Warszawa to miasta charakteryzujące się najbardziej zaawansowanym procesem starzenia się populacji.

Przeprowadzone badanie diad wspierany–wspierający krewny to pierwsza tego typu analiza w Polsce. W literaturze gerontologicznej oraz dotyczącej polityki społecznej wobec starości i ludzi starych od dawna prowadzone były badania dotyczące sytuacji osób starszych. Najnowsze najbardziej kompleksowe badanie ponad 5 tys. osób starszych PolSenior dostarcza dogłębnej wiedzy w zakresie kwestii związanych ze zdrowiem i potrzebami osób starszych. Prowadzone były także – chociaż w ograniczonym stopniu i nie na tak szerokiej próbie jak badania nad seniorami – badania nad osobami sprawującymi opiekę nad seniorami. Jednak nigdy nie były w Polsce przeprowadzane badania nad diadami wpierający–wspierany. Analiza przeprowadzona w ramach grantu pozwoliła na stwierdzenie, jakie jest obciążenie wspierających opieką nad seniorami (zarówno wymiar czasowy, jak i rodzaj usług opiekuńczych), a także określenie obszarów deficytowych w zakresie potrzeb opiekuńczych seniorów, a tym samym obszarów, które powinny być przedmiotem szczególnego zainteresowania samorządów lokalnych (ponieważ zgodnie z zasadą subsydiarności w sytuacji, gdy rodzina nie zaspokaja potrzeb opiekuńczych, obowiązek ten przejmuje gmina na terenie, której mieszka senior). Wnioski z badania, które mogą być użyteczne w usprawnieniu istniejącego systemu opieki nad seniorami i pomocne w budowie polityki społecznej wobec starzenia się i starości, zostały przedstawione w ostatnim rozdziale publikacji.

Część I

Opieka nad osobami starszymi

1. Czynniki wpływające na konieczność korzystania z pomocy przez osoby starsze

Na konieczność korzystania z pomocy innych osób w wykonywaniu czynności dnia codziennego przez osoby starsze wpływa wiele czynników. W poniższych rozważaniach bardziej szczegółowo przedstawione zostały główne czynniki wpływające na samodzielność osób starszych, tj. stan zdrowia osób starszych, status rodzinny, sytuacja materialno-bytowa oraz nierodzinne sieci wsparcia. Jako główną determinantę niesamodzielności/samodzielności należy wskazać stan zdrowia osób starszych i od tej kwestii rozpoczniemy rozpatrywanie wspomnianych czynników.

1.1. Starość, stan zdrowia, niepełnosprawność

Starość jest normalnym stadium cyklu rozwoju osobniczego, czyli ontogenezy, po osiągnięciu którego w organizmie zachodzą zmiany w wyglądzie zewnętrznym oraz mniej widoczne zmiany biologiczne¹ związane z postępującym i nieodwracalnym zmniejszaniem się zdolności organizmu do utrzymania homeostazy w odpowiedzi na czynniki środowiskowe². Należy odróżnić starzenie fizjologiczne od starzenia patologicznego wywołanego chorobami. Jednak procesy starzenia się, chociaż nie są objawami choroby, to należy często ułatwiać wystąpienie starości³. Obniżona zdolność do utrzymania homeostazy oraz siła działania czynnika chorobotwórczego są przyczynami stanów chorobowych w starszym wieku. Wobec tego, jeśli warunki środowiskowe są korzystne, to nawet przy znacznym zaawansowaniu procesów starzenia może nie dochodzić do choroby i można zachować zdrowie. Prowadząc odpowiednie badania ludzi długowiecznych, wyselekcjonowano grupę w podeszłym wieku żyjących w dobrym zdrowiu. Dowodzi to ostatecznie, że starość nie jest chorobą⁴. To również wskazuje, że ludzie starzy nie muszą chorować, a jeśli choroba wystąpi, może być uleczalna w podobnym zakresie jak w innych grupach wieku.

Utrzymanie dobrego zdrowia w wieku podeszłym zależy od uwarunkowań genetycznych oraz środowiskowych. Natomiast określenie, w jakim stopniu utrzymanie

¹ P.S Timiras, *Development physiology and aging*, Macmillan, New York 1972.

² M. Rose, *Evolutionary biology of aging*, Oxford Univeristy Press, New York, Oxford 1991.

³ J.C. Brockehurst, R. Tallis, H. Filit, *Geriatric medicine and gerontology*, Churchill Livingstone, Edinburgh 1992.

⁴ A. Myśliwski, *Proces starzenia – przebieg i konsekwencje*, Kosmos, 1999, 243, s. 161–167.

dobrego zdrowia ludzi starych jest zależne od tych czynników, jest przedmiotem badań gerontologicznych.

Zmiany w funkcjonowaniu człowieka starego mają charakter wielowymiarowy. Przebiegają w sferze biologicznej oraz psychospołecznej. Są to zmiany wielokierunkowe i mają charakter zarówno regresywny, jak i progresywny. Ich podstawą jest zanik zdolności reprodukcyjnej komórek oraz ich stopniowa degeneracja. Zasadniczo proces starzenia się przebiega na poziomie komórkowym. Niektóre komórki po prostu przestają działać. Część z nich zamiera, co prowadzi do zaburzeń w funkcjonowaniu tkanek, a następnie organów. Charakterystyczne jest to, że nie wszystkie komórki umierają w tym samym czasie. Niektóre tkanki są zdolne do życia przez długi czas, inne ulegają dość szybko zniszczeniu. Zmiany na poziomie komórek i tkanek w dalszym efekcie prowadzą do przeobrażeń we wszystkich narządach organizmu.

Zmiany te uwidaczniają się w wyglądzie zewnętrznym oraz kondycji fizycznej. Starość występuje w postreproduktywnym okresie życia. Jednak początek zwolnienia procesów reprodukcyjnych organizmu lub ich utrata nie mogą być jednoznacznym wskaźnikiem wkroczenia organizmu w okres starości, np. menopauza u kobiet świadczy o zakończeniu reprodukcyjnego okresu życia, chociaż cechy zewnętrzne i wewnętrzne nie są typowe dla ludzi starych. Jednak istnieją osoby, u których zmiany starcze pojawiają się znacznie wcześniej niż menopauza. Dlatego rozróżnia się pojęcie wieku chronologicznego określanego na podstawie daty urodzenia oraz biologicznego zależnego od cech osobniczych i warunków życia danej osoby.

Ze względu na to, że różne cechy starości pojawiają się u różnych osobników w różnym wieku i u osobników porównywalnych charakteryzują się różną szybkością nasilania się, dokładne określenie wieku biologicznego jest często utrudnione. W celu określenia wieku biologicznego,

co jest konieczne dla określenia szybkości starzenia się organizmu, należałoby stwierdzić, które zmiany obserwowane u starych ludzi wynikają z procesu starzenia się, czyli zależą od wieku, a nie czynników patologicznych⁵.

Na podstawie takich wskaźników próbowano określić wiek biologiczny, który odpowiadałby prawdziwemu zaawansowaniu procesów starzenia się⁶. Wprawdzie znaleziono zmiany związane z wiekiem, które mogłyby służyć jako wskaźniki starzenia się, to jednak nie udało się do tychczas opracować zasady obliczania wieku biologicznego na podstawie tych wskaźników. Niektórzy badacze uważają, że zadanie to jest niemożliwe do wykonania⁷. Trudności wynikają stąd, że zmiany związane z wiekiem mają różne znaczenie dla czasu przeżycia, np. dobrym wskaźnikiem byłoby siwienie włosów, lecz jego znaczenie dla czasu przeżycia osobnika jest dyskusyjne.

W utrzymaniu zdrowia zasadniczą rolę odgrywa układ odpornościowy, więc wydaje się, że parametry określające stan jego sprawności mogą być dobrym wskaźnikiem starzenia się⁸. Również zmniejszanie się zdolności proliferacyjnej komórek hodowanych *in vitro*, zwane limitem Hayflicka⁹, wydaje się, że nie ma zasadniczego związku z czasem przeżycia osobnika, czyli nie może być wskaźnikiem wieku biologicznego. Jako wskaźnik starzenia należy brać pod uwagę takie zmiany, które umożliwiłyby

⁵ W. Ershler, D. Longo, *The biology of aging*, Cancer, 1997, 80, s. 1284–1294.

⁶ D. Wilson, *Aging hypothesis, aging markers and the concept of biological age*, Exp. Gerontol., 1988, 23, s. 435–438.

⁷ W. Dean, R. Morgan, *In defence of the concept of biological ageing measurement – current status*, Arch. Gerontol. Geriatr., 1988, 7, s. 191–210.

⁸ R.A. Miller, *The aging immune system: primer and prospectus*, Science, 1996, 273, s. 70–74.

⁹ L. Hayflick, *The limited in vitro lifetime of human diploid cell strains*, Exp. Cell Res., 1965, 37, s. 614–636.

określanie szans przeżycia z większym prawdopodobieństwem niż w oparciu o wiek metrykalny.

Trudności z precyzyjnym określeniem, kiedy rozpoczyna się starość biologiczna, z punktu widzenia opieki nad osobami starszymi nie są najistotniejsze. Najważniejsze jest, jak owe zmiany wpływają na samodzielność osoby starszej i możliwość wykonywania codziennych czynności. Ostatnie dziesięciolecia to nie tylko wydłużanie się trwania życia, lecz także przesuwanie granicy biologicznej starości i jej konsekwencji w sferze samodzielnego funkcjonowania jednostek. Na przestrzeni XX wieku nie tylko wydłużyło się trwanie życia, lecz również wyraźnie poprawił się stan zdrowia ludności. Obecnie największą redukcję umieralności obserwuje się w starszych grupach wieku. Zmiany w zakresie umieralności i stanu zdrowia są wynikiem nie tylko postępów dokonanych w dziedzinie medycyny, higieny i odżywiania, lecz także sposobu odżywiania, pracy, spędzania wolnego czasu. Wskaźnikiem zmian zachodzących w społeczeństwie może być zarówno oczekiwane trwanie życia, jak i oczekiwane dalsze trwanie życia w zdrowiu (tabela 1). Chociaż dalsze trwanie życia w zdrowiu osoby 65-letniej w Polsce jest nadal znacznie niższe niż w krajach Skandynawii czy Europy Zachodniej, to jednak należy zauważyć, że wzrosło ono na przestrzeni lat 2007–2014 i wynosi dla kobiety 8,1 lat, a dla mężczyzny 7,5.

Różnica pomiędzy oczekiwanym dalszym trwaniem życia a oczekiwanym trwaniem życia w zdrowiu to zatem potencjalny okres niesamodzielności, w którym osoba starsza będzie wymagała jakiejś formy wsparcia. Niesamodzielność definiowana jako niemożność samodzielnego wykonywania czynności dnia codziennego i konieczność korzystania z pomocy osób trzecich przy zaspokajaniu tychże potrzeb jest skorelowana z wiekiem. Częstość

TABELA 1. DALSZE TRWANIE ŻYCIA W ZDROWIU DLA OSOBY W WIEKU 65 LAT W LATACH 2007–2014

	Kobiety					Mężczyźni				
	2007	2008	2009	2010	2014	2007	2008	2009	2010	2014
EU-27	8,9	8,4	8,3	8,8	8,6	8,7	8,2	8,2	8,7	8,6
Belgia	10,3	10,2	10,1	9,7	11,0	10,1	10,3	10,5	10,3	11,0
Bułgaria	14,1	9,3	9,1	9,9	9,6	11,5	8,7	8,4	8,8	8,7
Czechy	8,3	8,2	8,4	8,8	9,3	8,0	7,4	8,0	8,5	8,5
Dania	14,3	12,3	12,0	12,8	12,8	13,1	12,0	11,2	11,8	11,0
Niemcy	7,5	6,6	6,5	7,1	6,7	7,7	6,2	6,4	6,9	6,8
Estonia	4,1	4,2	5,3	5,5	6,0	3,5	3,9	5,5	5,3	4,9
Irlandia	10,4	10,3	10,5	11,2	12,3	9,5	9,4	10,2	11,1	11,4
Grecja	9,4	8,1	6,6	8,1	7,1	9,8	8,9	7,2	8,8	7,7
Hiszpania	9,9	8,6	8,4	8,9	9,4	10,3	9,8	9,2	9,6	10,1
Francja	9,9	9,8	9,2	9,8	10,7	9,3	8,7	8,8	9,0	10,4
Włochy	7,2	6,8	7,2	9,9	7,3	7,9	7,3	8,0	10,1	7,8
Cypr	7,3	7,7	8,5	8,2	8,8	8,9	9,3	9,9	10,0	10,4
Łotwa	4,3	4,9	5,7	5,6	4,6	5,1	4,8	4,7	4,9	4,0

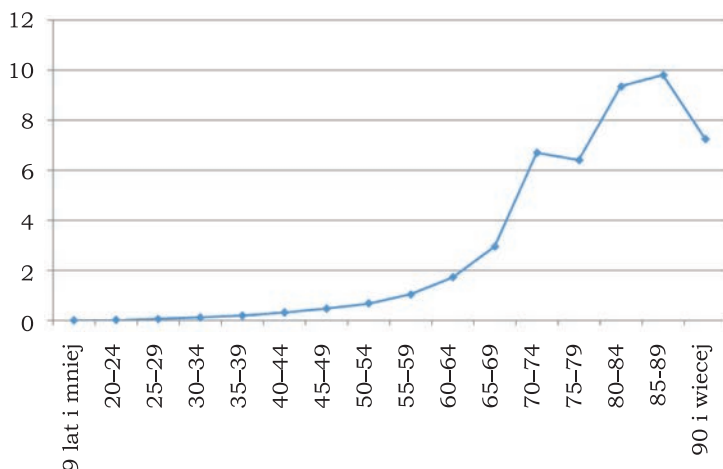
Litwa	5,4	6,3	6,7	6,7	6,1	5,2	5,7	5,9	6,3	6,1
Luksemburg	10,7	11,6	11,4	12,4	10,8	9,0	10,8	10,8	10,5	11,3
Węgry	5,8	6,3	5,6	5,9	6,1	5,3	5,5	5,7	5,4	6,0
Malta	11,0	11,4	11,2	11,9	13,7	10,3	10,4	11,0	12,0	13,3
Holandia	12,1	9,6	10,3	9,5	10,2	11,2	9,7	9,4	9,4	10,7
Austria	7,7	7,3	8,0	7,9	7,7	7,3	7,3	8,1	8,5	8,4
Polska	7,0	7,5	7,4	7,5	8,1	6,5	6,9	6,8	6,7	7,5
Portugalia	5,3	5,4	5,4	5,7	5,6	6,8	6,6	6,6	7,1	6,9
Rumunia	7,7	7,8	7,0	5,0	5,7	7,6	7,7	7,2	5,9	5,9
Słowenia	9,9	9,3	9,9	7,2	8,6	9,0	9,2	9,3	6,6	7,8
Słowacja	4,1	2,6	2,8	2,8	3,6	4,1	2,9	3,4	3,3	4,3
Finlandia	8,8	8,9	8,9	8,9	9,3	7,8	8,0	8,1	8,8	8,8
Szwecja	13,8	13,8	14,6	15,5	16,7	12,8	12,9	13,6	14,1	15,2
Wielka Brytania	11,5	11,8	11,4	11,8	10,6	10,3	10,7	10,9	10,8	9,7
Islandia	16,5	14,0	13,6	14,8	15,1	15,7	13,8	12,7	13,4	15,4
Norwegia	13,1	14,8	14,0	15,7	15,9	12,4	14,1	13,5	14,5	15,3

Źródło: Eurostat, *Healthy life years at age 65, females, 2007–2010*, Luksemburg 2012.

występowania niesamodzielnosci jest wyższa wśród osób w tzw. IV wieku¹⁰ w porównaniu częstością występowania u osób młodszych. Osoby w wieku 80 lat i więcej najczęściej potrzebują pomocy przy wykonywaniu czynności wymagających siły oraz sprawności fizycznej, takich jak: przynoszenie zakupów, sprzątanie mieszkania/domu, przygotowywanie posiłków, dalsze wyjścia z domu. Wśród osób w IV wieku zwiększa się jednak również odsetek osób potrzebujących pomocy przy wykonywaniu podstawowych czynności, takich jak zabiegi higieniczne, ubieranie się, samodzielne jedzenie, poruszanie się po domu itp.

Pewnych informacji na temat odsetka osób niesamodzielnych w grupach wieku dostarczyć mogą dane dotyczące osób pobierających dodatki pielęgnacyjne do emerytur i rent wypłacanych przez ZUS z racji niezdolności do samodzielnej egzystencji (wykres 1). Wśród osób poniżej 30. roku życia odsetek niesamodzielnych otrzymujących dodatki pielęgnacyjne jest mniejszy niż 0,5%. Wraz z wiekiem rośnie udział osób niesamodzielnych wymagających wsparcia w postaci usług opiekuńczych lub pomocy ze strony rodziny. W grupie wieku 70–74 lata odsetek ten sięga już prawie 7%, a najwyższy procent jest w grupie wieku 85–89 lat – prawie 10%. Po 75. roku życia wszyscy uprawnieni do otrzymywania świadczeń z funduszu ubezpieczeń społecznych dostają dodatek pielęgnacyjny bez względu na stan zdrowia. Jednak przedstawione na wykresie 1 dane obrazują odsetek osób, które w danej grupie wieku otrzymują dodatek z tytułu niezdolności do samodzielnej egzystencji. Można przypuszczać, że jeśli niesamodzielnosc wystąpiła po 75. roku życia, to senior/rodzina nie występował o formalne orzeczenie o niesamodzielnosci, ponieważ nabył prawo do dodatku pielęgnacyjnego ze względu na przekroczenie wieku 75 lat.

¹⁰ Osoby w wieku 80/85 lat i więcej.

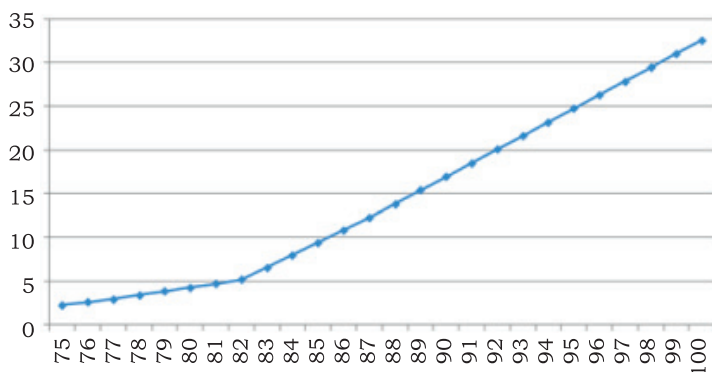


WYKRES 1. OSOBY NIESAMODZIELNE JAKO ODSETEK OSÓB W DANEJ GRUPIE WIEKU (W %) W 2014 R.

Źródło: Obliczenia własne na podstawie ZUS, Departament Statystyki i Prognoz Aktuariatycznych 2014 r.

Najnowsze kompleksowe badanie osób starszych w Polsce PolSenior pozwala na szczegółową analizę odsetka osób niesamodzielnych w starszych grupach wieku. Do badania niesamodzielności użyto powyżej opisanego wskaźnika ADL, który pozwala na kompleksową ocenę stanu zdrowia (wykres 2). Dane uzyskane na podstawie badania wskazują na niższy, niż wynika z danych ZUS, odsetek osób niesamodzielnych w grupie wieku 75–79 lat. Natomiast wśród najstarszych starych, czyli osób wieku 80 lat i więcej, odsetek ten jest wyższy niż wynika z danych ZUS. Wśród osób w wieku 90 lat i więcej niesamodzielny jest już co trzeci senior.

Należy zauważyć, że kwestie badania stanu zdrowia osób starszych oraz niesamodzielności są utrudnione ze względu na kosztowność badań oraz dwa główne sposoby pomiaru, tj. obiektywne badanie lekarskie lub



WYKRES 2. OSOBY NIESAMODZIELNE JAKO ODSETEK OSÓB W DANEJ GRUPIE WIEKU (W %)

Źródło: Obliczenia własne na podstawie B. Wizner, A. Sklaska, A. Klich-Rączka, K. Piotrowicz, T. Grodzicki, *Stan zdrowia i sprawność osób starszych*, [w:] *PolSenior. Aspekty medyczne, psychologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski (red.), TerMedia, Poznań 2012, s. 85.

pielęgniarskie oraz badania na podstawie samooceny stanu zdrowia. Z natury wyniki oparte o samoocenę stanu zdrowia są obarczone subiektywnością w dokonywanych przez osoby starsze ocenach własnego zdrowia i samopoczucia. Stąd też pojawiające się różnice w wynikach badań i trudności z precyzyjnym oszacowaniem liczby osób niesamodzielnych wymagających wsparcia. Badania samooceny stanu zdrowia Polaków prowadzone przez Główny Urząd Statystyczny wskazują na zmniejszenie się odsetka osób w wieku 60–69 lat oceniających swój stan zdrowia poniżej oceny dobrej z 72% w roku 2009 do 65% w 2014, podobnie w przypadku osób w wieku 70–79 lat z 85% do 79%. Tylko wśród najstarszych Polaków odsetek ten na przestrzeni pięciu lat wzrósł z 86% do 88%¹¹.

¹¹ GUS 2015, *Zdrowie i zachowanie zdrowotne mieszkańców Polski w świetle Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (EHIS) 2014*, s. 3.

Pomimo poprawy stanu zdrowia osób powyżej 75. roku życia zbiorowość ludzi starych na tle ogółu ludności charakteryzuje wysoki poziom niepełnosprawności. Zgodnie z NSP'2011 w Polsce było 4,7 mln osób niepełnosprawnych¹², a 53% z nich to osoby w wieku 60 lat i więcej¹³. Osoby w starszych grupach wieku nie występują w większości do odpowiedniego organu o prawne potwierdzenie niepełnosprawności, a odsetek osób deklarujących niepełnosprawność biologiczną wynosił – zgodnie z danymi zebranymi w trakcie Narodowego Spisu Powszechnego – 19,5%. W grupie wieku 60–64 lata osoby niepełnosprawne biologicznie stanowiły 9,8% tej subpopulacji. Natomiast odsetek osób deklaruujących posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności, lecz nieodczuwających niepełnosprawności biologicznej, wynosi w tej grupie 2,8%, a wśród osób w wieku 75 lat i więcej – 2,3%. Tak więc wraz z wiekiem rośnie odsetek osób odczuwających niepełnosprawność, jednocześnie wzrasta odsetek osób odczuwających niepełnosprawność biologiczną, a maleje odsetek osób posiadających orzeczenie o niepełnosprawności wydane przez uprawniony do tego organ. Należy zaznaczyć, że nie każda osoba niepełnosprawna wymaga pomocy w wykonywaniu codziennych czynności; nie każda jest niesamodzielna. Natomiast każda osoba niesamodzielna jest niepełnosprawna, a jeśli nie posiada orzeczonej przez odpowiednie organy stopnia niepełnosprawności, to takie orzeczenie uzyskałaby, gdyby o nie wystąpiła.

¹² Zgodnie z art. 2 pkt 10 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (DZ.U. z 2016 r., poz. 2046) niepełnosprawność oznacza trwałą lub okresową niezdolność do wypełniania ról społecznych z powodu stałego lub długotrwałego naruszenia sprawności organizmu, w szczególności powodującą niezdolność do pracy.

¹³ GUS, *Raport z wyników. Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2011*, Warszawa 2012, s. 63–66.

Przedstawione dane potwierdzają rosnącą niesamodzielność wraz z wiekiem, co wiąże się ze zwiększonym zapotrzebowaniem na pomoc w życiu codziennym. Postępujący proces starzenia się populacji Polski będzie skutkował koniecznością zapewnienia takiego wsparcia, biorąc pod uwagę zmniejszające się zasoby opiekuńcze rodziny. Jednak, jak wynika z badań, niesamodzielność przychodzi coraz później. Przejdźmy zatem do omówienia kwestii związanych z niesamodzielnością i stopniami niesamodzielności.

1.2. Niesamodzielność i stopnie niesamodzielności

Na konieczność korzystania z pomocy innych osób w wykonywaniu czynności dnia codziennego i zakres tej pomocy wpływa występowanie niesamodzielności oraz jej stopień. W polskim prawodawstwie nie ma zdefiniowanego pojęcia **niesamodzielność**. Niemniej jednak można przyjąć, że swoistym substytutem niesamodzielności, a raczej odpowiednikiem najwyższego stopnia niesamodzielności jest niezdolność do samodzielnej egzystencji, orzekana – zgodnie z art. 13 ust. 5 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz.U. z 2016 r., poz. 887) – w przypadku stwierdzenia naruszenia sprawności organizmu w stopniu powodującym konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych.

Do określania stopnia niesamodzielności używa się także różnych skal. Powszechnie stosowane są np. skala Barthel, ADL i IADL. Skala ADL – *Activities of Daily Living* – służy do pomiaru samodzielności w zakresie

wykonywania podstawowych czynności związanych z samoobsługą (tj. wykonywanie czynności higieny osobistej, ubieranie się, jedzenie, kontrolowanie potrzeb fizjologicznych, korzystanie z toalety, sprawność motoryczna)¹⁴. W badaniu PolSenior badani zostali podzieleni na trzy grupy w zależności od liczby uzyskanych punktów w skali 0–6: sprawni to osoby, które uzyskały od 6 do 5 punktów, częściowo sprawni – wynik od 4 do 3 punktów i nie-sprawni – od 2 do 0 punktów¹⁵. Druga zastosowana we wzmiankowanym badaniu skala – IADL (*Instrumental Activities of Daily Living*) służy do oceny stopnia wykonywania złożonych codziennych czynności. Na liście czynności złożonych używanych w skali IADL jest: używanie telefonu, korzystanie z komunikacji publicznej, robienie zakupów, przygotowywanie posiłków, wykonywanie czynności takich jak pranie, sprzątanie, przyjmowanie leków, rozporządzanie zasobami finansowymi. Podobnie jak w przypadku poprzedniej skali respondenci zostali podzieleni na trzy grupy w zależności od uzyskanego wyniku. Osoby, które uzyskały najwyższą możliwą liczbę punktów – 24 – to osoby w pełni sprawne, uzyskanie 23–19 punktów wskazywało na częściową niesprawność, a 18–8 punktów na znaczną niesprawność.

Skala Barthel jest używana do oceny, czy osoba może funkcjonować samodzielnie. Jeśli jednostka uzyska wynik poniżej 40 punktów, zostaje zakwalifikowana do grupy pacjentów, którzy muszą korzystać z opieki

¹⁴ C.A. Miller, *Nursing for Wellness in Older Adults*, Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia 2009, s. 97.

¹⁵ B. Wizner, A. Skalska, A. Klich-Rączka, K. Piotrowicz, T. Grodzicki, *Ocena stanu funkcjonalnego u osób w starszym wieku*, [w:] *PolSenior. Aspekty medyczne, psychologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski (red.), TerMedia, Poznań 2012, s. 82–83.

długoterminowej np. zakładów opiekuńczo-leczniczych czy pielęgnacyjno-opiekuńczych. W skali tej maksymalna liczba punktów wynosi 100 i jest podzielona na trzy przedziały. Osoby całkowicie niesamodzielne to te, które uzyskały pomiędzy 0 a 20 punktów, osoby z punktacją pomiędzy 20 i 80 punktów to częściowo niesamodzielni wymagający pomocy osób trzecich, ostanía grupa to osoby wymagającej nieznacznej pomocy w samodzielnym funkcjonowaniu (wynik powyżej 80 punktów).

W ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 2016 r. poz. 930) w odniesieniu do osób bezdomnych pojawia się natomiast termin **osoba niesamodzielna**. Jednak ustawodawca nie zdefiniował takiej osoby, jej stanu zdrowia i zakresu czynności, które jest zdolna lub niezdolna wykonywać.

Należy odróżnić niezdolność do wykonywania czynności ze względu na nieprawidłowe starzenie się organizmu, występowanie chorób chronicznych i problemy zdrowotne i wynikającą z tych przyczyn niesamodzielność od niemożności wykonywania pewnych czynności ze względu na wiek. O niesamodzielności mówimy w sytuacji, gdy jednostka nie może wykonywać czynności przypisanych do osób w jej wieku. Tak więc pomoc w wykonywaniu cięższych zakupów czy sprzątaniu mieszkania nie powinna być wyznacznikiem niesamodzielności. Jednak w praktyce, np. pomocy społecznej, nie rozróżnia się tych dwóch pojęć, tj. niesamodzielności i niemożności wykonywania pewnych czynności ze względu na wiek, lecz przyznaje się usługi opiekuńcze, których zadaniem jest wypełnić lukę powstałą na skutek utraty możliwości wykonywania pewnych czynności dnia codziennego bez względu na przyczynę.

W praktyce nie rozróżnia się przyczyn niesamodzielności, lecz pewnym ich wyznacznikiem może być rodzaj usług opiekuńczych przyznawanych jednostce oraz liczba

godzin tych usług. Można zatem – na bazie oferty ośrodka pomocy społecznej – skonstruować listę usług w zależności od stopnia samodzielności/niesamodzielności osoby starszej. W przypadku Łodzi Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej (MOPS) podzielił czynności wchodzące w zakres pomocy sprawowanej przez opiekunki środowiskowe na 11 kategorii:

- 1) utrzymywanie mieszkania w porządku i czystości,
- 2) dokonywanie zakupów ze środków podopiecznego,
- 3) załatwianie spraw bieżących,
- 4) zapewnianie i podanie posiłku,
- 5) noszenie do pralni i zmiana bielizny,
- 6) przynoszenie opału i palenie w piecu,
- 7) przynoszenie wody i wynoszenie nieczystości,
- 8) zabiegi pielęgnacyjne,
- 9) utrzymywanie podopiecznego w dobrej kondycji psychofizycznej,
- 10) pomoc przy ubieraniu,
- 11) zabiegi medyczne.

Można zatem podzielić powyższe czynności na trzy kategorie, które będą odpowiadały stopniowi niesamodzielności danej osoby i tak:

Osoby **najbardziej sprawne** wymagają następujących usług opiekuńczych:

- 1) przynoszenie opału i palenie w piecu,
- 2) przynoszenie wody i wynoszenie nieczystości,
- 3) noszenie do pralni i zmiana bielizny.

Osoby **o umiarkowanym stopniu niesamodzielności** wymagają dodatkowo pomocy w następujących czynnościach:

- 1) załatwianie spraw bieżących,
- 2) dokonywanie zakupów ze środków podopiecznego,
- 3) utrzymywanie mieszkania w porządku i czystości.

Osoby **najbardziej niesamodzielne** wymagają pomocy w wykonywaniu praktycznie wszystkich czynności dnia codziennego i potrzebują oprócz już wzmiankowanych poniższych usług opiekuńczych:

- 1) zapewnianie i podanie posiłku,
- 2) zabiegi pielęgnacyjne,
- 3) utrzymywanie podopiecznego w dobrej kondycji psychofizycznej,
- 4) pomoc przy ubieraniu,
- 5) zabiegi medyczne.

Podsumowanie

W Polsce od ponad 10 lat toczy się dyskusja o wprowadzeniu do prawodawstwa pojęcia ryzyka niesamodzielności, definicji niesamodzielności oraz stopni niesamodzielności. Przedstawione powyżej przykłady wskazują, że częściowo istnieją już w prawodawstwie narzędzia do oceny stopnia niesamodzielności, jednak są niespójne, a w konsekwencji sytuacja taka utrudnia oszacowanie skali zjawiska niesamodzielności wśród polskich seniorów. Konieczność reformy systemu opieki długoterminowej i jej dostosowanie do zmieniających się warunków społeczno-demograficznych postuluje już trzecią kadencję senacka Komisja Rodziny i Polityki Społecznej, wskazując na jeden z głównych problemów obecnego systemu opieki nad osobami starszymi i niesamodzielnymi, jakim jest brak

w systemie prawnym definicji niesamodzielności. Przyjrzyjmy się zatem czynnikom wpływającym na konieczność korzystania ze wsparcia.

1.3. Status rodzinny osób starszych

Subpopulacja osób starszych charakteryzuje się rosnącym wraz z wiekiem udziałem kobiet. Samotność kobiet pogłębia krótsze trwanie życia mężczyzn i fakt, że zazwyczaj małżonek jest starszy od swojej partnerki. Ze względu na zjawisko nadumieralności mężczyzn w starszych grupach wieku obserwujemy znaczną przewagę kobiet. O ile współczynnik feminizacji w grupie 60–64 i 65–69 lat wynosił w 2015 roku odpowiednio 115 i 125, o tyle po 80. roku życia subpopulacja kobiet jest 2,26 razy liczniejsza niż mężczyźni¹⁶. W 2015 roku w subpopulacji osób w wieku powyżej 85 lat na 100 mężczyzn przypadało 267 kobiet, a wśród stulatków współczynnik feminizacji wynosił 404¹⁷. Zatem populacja osób starszych jest zdominowana przez kobiety i właśnie to zjawisko nazywane jest w gerontologii **feminizacją starości**. Będąc często wdowami, kobiety są pozbawione pierwszego ogniwa w łańcuchu potencjalnego wsparcia – małżonka. W perspektywie roku 2040 zwiększać się będzie udział jednoosobowych gospodarstw domowych wśród gospodarstw domowych w Polsce i będą to najczęściej gospodarstwa samotnych kobiet (przykład singularyzacji starości). Należy zwrócić uwagę, że po-

¹⁶ GUS, *Rocznik Demograficzny 2016*, Warszawa 2016, obliczenia własne na podstawie tablicy 16.

¹⁷ *Tamże*.

populację osób starszych różnicuje także miejsce zamieszkania. Różny jest na przykład udział kobiet w populacji wiejskiej i miejskiej. Chociaż w obu zbiorowościach we wszystkich grupach wieku starszego występuje liczebna przewaga kobiet, to na wsi współczynniki feminizacji są nieznacznie niższe niż w mieście. Wynika to ze struktury osób migrujących w drugiej połowie XX wieku (częściej ze wsi do miasta migrowały kobiety). Miejsce zamieszkania wpływa na dostępność wsparcia w ramach pomocy społecznej, ale też prawdopodobieństwo samotnego zamieszkiwania przez osobę starszą na wsi jest mniejsze niż w mieście ze względu na częstsze występowanie wspólnie zamieszkujących rodzin wielopokoleniowych na wsi niż w mieście.

Wraz z postępującym procesem starzenia się populacji i zwiększaniem się zapotrzebowania na wsparcie maleć będzie liczba potencjalnych opiekunów, którymi są najczęściej kobiety w wieku 45–64 lata (tabela 2). Zmniejszać będzie się nie tylko liczba rodzinnych opiekunów, lecz także osób mogących pełnić profesjonalnie rolę opiekuna osoby niesamodzielnej. Współczynnik potencjalnego wsparcia – czyli liczba osób w wieku 15–64 lata przypadająca na 100 osób w wieku 65 lat – zmaleje z 498,6 w 2012 roku do 276,6 w 2035 roku. W tym samym okresie współczynnik wsparcia rodziców obrazujący liczbę osób w wieku 85 lat i więcej przypadającą na 100 osób w wieku 50–64 lata wzrośnie z 7,1 do 13,1. Liczba kobiet w wieku 50–64 lata przypadająca na 100 osób w wieku 80 lat i więcej spadnie z 386,3 do 219,2 w ostatnim roku prognozy (tabela 2)¹⁸.

¹⁸ Z punktu widzenia opieki nad osobami starszymi istotne znaczenie mają dwa współczynniki określające potencjał opiekuńczy, czyli potencjalne możliwości udzielenia wsparcia osobie starszej przez rodzinę. Pierwszy to współczynnik wsparcia (*support ratio*), który jest obliczany w dwóch wariantach jako:

TABELA 2. WSPÓŁCZYNNIKI POTENCJALNEGO WSPARCIA, WSPARCIA RODZICÓW I POTENCJAŁU OPIEKUŃCZEGO W LATACH 2012–2035

Rok	Potencjalnego wsparcia	Wsparcia rodziców	Potencjału pielęgnacyjnego
2012	498,6	7,1	386,3
2015	443,7	8,5	354,4
2016	425,0	9,0	344,5
2020	359,2	10,4	323,4
2025	305,8	11,4	330,2
2030	287,5	10,3	271,2
2035	276,6	13,1	219,2

Źródło: Obliczenia własne na podstawie *Prognozy ludności Polski do 2035 roku*, GUS http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbc/gus/PUBL_prognoza_ludnosci_ogolem.xls, dostęp: 18.02.2013.

Rodzina i zmiany relacji wewnątrzrodzinnych są skutkiem przemian demograficznych. Istotnym następstwem zwiększania się udziału osób starszych w nowoczesnych społeczeństwach będzie zmiana relacji międzypokoleniowych. Warto zwrócić uwagę, że czynnikiem spajającym relacje wewnątrzrodzinne są często prywatne transfery pieniężne, które przepływają od starszego do młodszego pokolenia, w przeciwieństwie do transferów publicznych, których kierunek jest odwrotny. Jeśli jednak dziadkowie wspierali swoje dzieci bądź to w postaci finansowej, bądź

-
- współczynnik potencjalnego wsparcia (*potential support ratio*), określa stosunek osób w wieku 15–64 do liczby osób w wieku 65 lat i więcej,
 - współczynnik wsparcia rodziców (*parent support ratio*) liczba osób w wieku 85 lat i więcej przypadająca na 100 osób w wieku 50–64 lata [ONZ 2013].

Drugi to współczynnik potencjału pielęgnacyjnego [Szatur-Jaworska 2008] określający stosunek kobiet w wieku 50–64 lata do liczby osób w wieku 80 lat i więcej.

transferów czasu, to mogą liczyć na wzajemność. Opieka rodziny nad osobą starszą jest postrzegana bardzo często jako obowiązek wynikający z faktu, że rodzice lub dziadkowie poświęcali zasoby na wcześniejszych etapach swojego życia młodszemu pokoleniu. Taki obowiązek opieki jest kształtowany w jednostce w ramach procesu socjalizacji będącego podstawową funkcją rodziny. Najważniejszą regułą rządzącą wymianą jest jej wzajemność. Osoby starsze są bardziej skłonne do zwracania się o pomoc zarówno do członków rodziny, jak i sąsiadów i znajomych, gdy mają coś do zaoferowania w zamian. Składową wymiany może być na przykład czas, który osoba starsza przeznaczy na potrzeby młodszego pokolenia w zamian za udzielenie jej pomocy. Należy przy tym odróżnić wymianę długookresową od krótkookresowej. Przedmiotem wymiany długookresowej mogą być również przyszłe zyski, które rodzina lub znajomi otrzymają po śmierci osoby starszej w postaci spadku. Takim zasobem może być na przykład nieruchomości; osoby starsze są często posiadaczami mieszkania lub domu. Wymiana następująca w obrębie sieci rodzinnej najczęściej nie ma charakteru formalnego i opiera się na pewnych wzorcach zinternalizowanych w procesie socjalizacji. Coraz częściej jednak zmienia się i nadal ewoluować będzie przypisana osobom starszym społeczna rola babci lub dziadka. Osoby starsze ze względu na np. kontynuowanie pracy zawodowej lub chęć samorealizacji, np. poprzez uczestniczenie w zajęciach Uniwersytetów Trzeciego Wieku (UTW) lub zaangażowanie w kluby seniora, nie sprawują codziennej opieki nad swoimi wnukami. Przyczyniły się do tego także zmiany w systemie opieki żłobkowo-przedszkolnej oraz procesy migracyjne i często ze względu na odległość geograficzną sprawowanie takiej opieki jest niemożliwe. To powoduje, że w sytuacji, gdy osoba starsza potrzebuje wsparcia i pomocy w momencie pogarszania się jej stanu zdrowia, nie

będzie mogła liczyć na pomoc ze strony młodszego pokolenia. Dlatego też na znaczeniu zyskiwać będą nieformalne, nierodzinne sieci wsparcia takie jak grupy koleżeńskie, sąsiedzkie czy przyjaciele i znajomi z UTW lub klubów seniora.

1.4. Sytuacja materialno-bytowa

Sytuacja materialna osób starszych jest determinowana poziomem aktywności we wcześniejszych fazach życia. Lata pracy, w czasie których opłacane były składki na ubezpieczenia społeczne, przerwy w pracy, wysokość dochodów – to najistotniejsze czynniki wpływające na wysokość dochodów uzyskiwanych w ramach świadczeń emerytalno-rentowych. Czynnikiem różnicującym dochody uzyskiwane w starości są przede wszystkim płeć, miejsce zamieszkania oraz wykształcenie. Należy zaznaczyć, że wykształcenie jest silnie skorelowane z osiąganymi dochodami oraz rodzajem wykonywanej pracy. Im wyższe wykształcenie, tym mniejsze prawdopodobieństwo, że jednostka będzie wykonywała uciążliwą pracę fizyczną, wpływająca niekorzystnie na stan zdrowia. A to właśnie te czynniki oddziałują na utratę samodzielności w starszym wieku. Gorszy stan zdrowia wynikający między innymi z kumulowania się niekorzystnych warunków pracy przez okres jej wykonywania determinuje niemożność samodzielnej egzystencji i wpływa na konieczność korzystania przez seniora z pomocy środowiskowej lub instytucjonalnej. Osoby z wyższym wykształceniem zazwyczaj charakteryzują się nie tylko wyższymi zarobkami, lecz również wyższą aktywnością zawodową i społeczną. Częstsze zaangażowanie w różne formy działalności społecznej ułatwia rozwijanie sieci kontaktów społecznych

oraz pozyskiwanie informacji. W przypadku osób starszych mogą to być informacje odnośnie do możliwości uzyskania usług opiekuńczych lub miejsca w instytucjach świadczących całodobową lub okresową opiekę.

Głównym źródłem dochodu osób starszych w Polsce są świadczenia emerytalne. W 2016 roku przeciętnie miesięcznie 5119 tys. osób pobierało świadczenia emerytalne z ZUS natomiast 1203 tys. osób pobierało emeryturę z KRUS w 2015 r.¹⁹ Jednak nie wszystkie osoby pobierające świadczenia emerytalne przekroczyły 60. rok życia. Należy zaznaczyć, że wiek przechodzenia na emeryturę w Polsce należy do najniższych w Europie. Równocześnie współczynnik aktywności zawodowej osób w wieku 55–59 lat wynosił 65% (dla kobiet współczynnik ten wynosił 60%, a dla mężczyzn 72%), a osób w wieku 60–64 lata już tylko 32% w 2016 roku (dla kobiet 21%, a dla mężczyzn 44%)²⁰. Po 65. roku życia aktywnych zawodowo pozostawało tylko niespełna 9% mężczyzn i 3% kobiet²¹. Tak więc kobiety przechodzące na emeryturę często nie przekroczyły w momencie wypłaty pierwszego świadczenia umownej granicy starości – 60 lat²². Kobieta przechodząca na emeryturę w wieku 60 lat ma średnio do przeżycia

¹⁹ ZUS, *Informacja o świadczeniach pieniężnych z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych oraz o niektórych świadczeniach z zabezpieczenia społecznego*, Warszawa 2017, s. 10, *Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego. Liczba świadczeniobiorców KRUS i osób podlegających ubezpieczeniu społecznemu rolników w latach 1991–2015*, <http://www.krus.gov.pl/krus/krus-w-liczbach/zestawienie-liczby-swiadczeniobiorcow-krus-i-osob-objetych-ubezpieczeniem-spolecznym-rolnikow-w-latach-1991-2014>, dostęp: 15.03.2017.

²⁰ GUS, *Aktywność ekonomiczna ludności Polski III kwartał 2016*, Warszawa 2017, tabela 1.3.

²¹ ZUS, *Ważniejsze informacje*, op. cit., s. 35.

²² Wiek 60 lat został przyjęty za granicę starości w ustawie z dnia 11 września 2015 r. o osobach starszych (Dz.U. z 2015 r., poz. 1705) zob. art. 4 pkt 1.

24 lata, a mężczyzna przechodzący na emeryturę w wieku 65 lat niespełna 16 lat²³. Ponieważ następuje dalsze wydłużanie się życia Polaków, a wiek przechodzenia na emeryturę nieznacznie ulega podwyższeniu, można się spodziewać, że będzie wzrastała liczba lat, przez jaką osoby starsze będą pobierały świadczenia z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. Krótszy staż pracy związany z wcześniejszym przechodzeniem na emeryturę skutkuje niższym świadczeniem; jest to szczególnie widoczne w przypadku kobiet²⁴. W 2015 r. średni wiek kobiety przechodzącej na emeryturę wynosił 60,7 lat, co wpływa na wysokość świadczeń przez nie otrzymywanych (mężczyźni przechodzą na emeryturę przeciętnie w wieku 62,8 lat)²⁵. Ponieważ kobiety pozostają we wdowieństwie dłużej niż mężczyźni i dodatkowo ich świadczenia emerytalne są niższe, wpływa to negatywnie na ich sytuację materialną, a także możliwość uczestnictwa w życiu społecznym. Mężczyźni charakteryzują się dłuższym okresem pracy i w konsekwencji wyższą średnią emeryturą (wpływ mają również wyższe przeciętne zarobki mężczyzn przez okres aktywności zawodowej). Średni staż pracy mężczyzn pobierających emeryturę z ZUS to 37,0 lat, natomiast kobiet 33,0 lat²⁶. Wśród mężczyzn staż pracy jest o 5 lat wyższy niż u kobiet i jest to wynik głównie uregulowań prawnych oraz braku przerw w pracy związanych z macierzyństwem. Średni wiek mężczyzn pobierających emeryturę jest wyższy niż kobiet i wynosi 71,5 lat. Średni wiek kobiet pobierających emeryturę to 69,8 lat²⁷. Zatem, ponieważ kobiety przechodzą wcześniej na emeryturę i żyją średnio

²³ GUS, *Trwanie życia w 2015 r.*, Warszawa 2016, s. 15–16.

²⁴ *Tamże*.

²⁵ ZUS, *Ważniejsze informacje*, op. cit., s. 30.

²⁶ *Tamże*, s. 20.

²⁷ *Tamże*, s. 37.

o 9 lat dłużej niż mężczyźni, to emerytura jest głównym źródłem utrzymania przez dłuższy okres ich życia²⁸.

Chociaż przeciętna miesięczna emerytura wzrastała w latach 2002–2015, to jednak relacja przeciętnej emerytury do przeciętnego wynagrodzenia pogarsza się (tabela 3). Wynika to przede wszystkim z szybko rosnących w ostatnich latach wynagrodzeń. Należy podkreślić, że obecna relacja przeciętnej emerytury do przeciętnego wynagrodzenia jest wysoka, symulacje wykonywane dla świadczeń wypłacanych z nowego systemu emerytalnego wskazują, że relacja ta będzie na poziomie około 32–42% dla kobiet i około 46–62% dla mężczyzn²⁹. Taka sytuacja może spowodować konieczność znacznego ograniczenia konsumpcji oraz zmiany stylu życia po przejściu na emeryturę. Może się również przyczynić do chęci dłuższego pozostawania na rynku pracy osób starszych, które będą chciały podwyższyć swoje przyszłe świadczenia emerytalne.

TABELA 3. PRZECIĘTNA MIESIĘCZNA WYSOKOŚĆ EMERYTURY WYPŁACANEJ PRZEZ ZUS (W ZŁ) ORAZ W RELACJI DO PRZECIĘTNEGO WYNAGRODZENIA (W %) W LATACH 2002–2015

Rok	2002	2005	2010	2011	2014	2015
Świadczenie emerytalne (w zł)	1 128,87	1 256,53	1 698,35	1 783,06	2 042,11	2 154,62
W relacji do przeciętnego wynagrodzenia (w %)	63,7	63,6	58,8	59,9	61,8	61,5

Źródło: ZUS, *Ważniejsze informacje z zakresu ubezpieczeń społecznych 2015 r.*, Warszawa 2016, s. 27.

²⁸ *Tamże.*

²⁹ KNF, *Wysokość emerytur w nowym systemie ubezpieczeń społecznych*, Warszawa 2003, s. 36.

Przedstawione powyżej dane pokazują osiągane przez emerytów dochody ze świadczeń. Analiza Badania Budżetów Gospodarstw domowych pozwala na przyjrzenie się strukturze wydatków gospodarstw emeryckich³⁰. Należy podkreślić, że gospodarstwa emerytów osiągają relatywnie wyższe dochody per capita niż na przykład gospodarstwa rodzin wielodzietnych, ale wysokość kosztów stałych pozostaje niezmienna. Na przykład wysokość czynszu nie ulega istotnej zmianie, gdy w gospodarstwie domowym jest pięć osób, a nie jedna. Wśród gospodarstw emerytów dominują gospodarstwa jednoosobowe. Oznacza to, że wszystkie koszty stałe muszą być pokryte z dochodów jednej osoby. Dlatego też, chociaż osoby starsze są grupą społeczną w mniejszym stopniu niż inne zagrożoną ubóstwem, to jednak część potrzeb konsumpcyjnych (szczególnie w obszarze zdrowia) nie może być zaspokojona.

Osoby starsze są także najczęściej posiadaczami lokalu mieszkalnego, a jednocześnie ich nieruchomości nie są obciążone zobowiązaniami wobec instytucji finansowych. Chociaż w Polsce nadal mało popularne jest rozwiązanie zwane odwróconą hipoteką, można przypuszczać, że wraz ze wzrostem jednoosobowych gospodarstw domowych pokolenia osób bezdzietnych i małodzietnych (szczególnie jeśli dzieci wyemigrowały poza granice kraju) to zapewne rozwiązanie to będzie zyskiwało zwolenników. Fundusze uzyskane w ten sposób składają się na kapitał posiadany przez osobę starszą i możliwość zakupu usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania lub możliwości skorzystania z instytucjonalnych form pomocy.

³⁰ GUS, *Budżety gospodarstw domowych w 2015 r.*, Warszawa 2016, s. 137–212.

1.5. Nieformalne sieci wsparcia

Sieci wsparcia sąsiedzkiego lub koleżeńckiego są istotnym czynnikiem ułatwiającym pozostawanie w dotychczasowym miejscu zamieszkania osobie starszej, gdy jest ona samotna i nie posiada bliskich krewnych współzamieszkujących z nią. Sieci wsparcia sąsiedzkiego i koleżeńckiego są często dla osób nieposiadających krewnych substytutem sieci rodzinnej. W przypadku osób posiadających rodzinę sieci te pełnią jedynie rolę komplementarną. Osoby samotne, funkcjonujące poza siecią rodzinną, aby nadal egzystować w swoim całonocnym środowisku, muszą otrzymywać wsparcie ze strony sąsiadów lub znajomych. Istotna jest nie tylko pomoc faktycznie otrzymywana, lecz także świadomość, że można liczyć na czyjąś pomoc, może być ważnym elementem poczucia bezpieczeństwa osoby starszej i pozytywnie wpływać na psychikę danej jednostki. Sieci wsparcia można rozpatrywać w dwóch ujęciach – strukturalnym i funkcjonalnym. W pierwszym ujęciu sieć jest obiektywnie istniejącą strukturą, będącą źródłem potencjalnego wsparcia, gdy jednostka wchodząca w jej skład wymaga pomocy³¹. Z tej perspektywy najważniejsza jest rola, jaką jednostka pełni w strukturze. Z punktu widzenia pomocy osobie starszej najistotniejszą kwestią jest dostępność sieci wsparcia, czyli liczba członków sieci mogących potencjalnie udzielić wsparcia oraz przestrzenna odległość między jednostkami udzielającymi wsparcia i jej odbiorcami. Dlatego też sieć wsparcia osób starszych to najczęściej grupa sąsiedzka.

³¹ H. Sęk, R. Cieślak, *Wsparcie społeczne – sposoby definiowania, rodzaje i źródła wsparcia, wybrane koncepcje teoretyczne*, [w:] *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*, H. Sęk, R. Cieślak (red.), PWN, Warszawa 2004, s. 14–16.

W ujęciu funkcjonalnym wsparcie jest definiowane jako „rodzaj interakcji społecznej, która zostaje podjęta przez jednego lub obu uczestników w sytuacji problemowej, trudnej, stresowej lub krytycznej”³². W definicji tej podkreśla się konieczność istnienia trwałych kontaktów społecznych. Wsparcie w przypadku osób starszych ogranicza się do osób, z którymi dana jednostka najczęściej się spotyka. Ponieważ osoby starsze wymagające pomocy mają najczęściej problemy z poruszaniem się – krąg osób, z którymi się stykają, zawęża się do najbliższych sąsiadów.

W przypadku wystąpienia sytuacji kryzysowej w życiu jednostki to, czy pomoc zostanie udzielona przez sieć, jest uzależnione od wcześniejszej partycypacji jednostki w danej grupie społecznej. W starszym wieku liczba kontaktów społecznych systematycznie ulega zmniejszeniu więc i pula osób mogących udzielić potencjalnego wsparcia się zawęża³³. Tak więc przyszła pomoc zależy od rodzaju i jakości kontaktów społecznych wypracowanych przez osobę starszą we wcześniejszych fazach życia. Jednocześnie należy podkreślić, że sieć wsparcia sąsiedzkiego należy do jednych z najtrwalszych. W Polsce mobilność przestrzenna społeczeństwa jest stosunkowo niska, a w starszych grupach wieku praktycznie zanika. Dlatego też kontakty sąsiedzkie są dość trwałe.

Praktycznie każdy członek społeczeństwa jest elementem jakiejś grupy społecznej. Różnice jednostkowe będą dotyczyły przynależności do różnej liczby tych grup oraz trwałości więzi wytwarzających się w ich ramach. Seniorzy, prowadząc mniej aktywne życie społeczne niż

³² *Tamże*.

³³ J. Grotowska-Leder, *Osoby w wieku sędziwym a materialne wsparcie rodzinne (na przykładzie podopiecznych łódzkiej pomocy społecznej)*, [w:] *Starość i starzenie się jako doświadczenia jednostek i zbiorowości ludzkich*, J.T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), Łódź 2006, s. 159.

osoby z młodszych grup wieku, posiadają odpowiednio mniejszą liczbę kontaktów, jednak więzi wytworzone w ramach interakcji z innymi członkami społeczności są głębsze i trwalsze³⁴. Osoba starsza może być bardziej skłonna do pozostania w swoim dotychczasowym miejscu zamieszkania, jeśli wie, że może w razie trudnej sytuacji życiowej (śmierci partnera, problemów zdrowotnych) otrzymać pomoc od swoich sąsiadów czy przyjaciół. Według zasady lokalności sąsiedzi znają lepiej potrzeby osoby starszej niż pracownicy socjalni czy opiekunki środowiskowe. Dodatkowo opiekunka, jako osoba pomagająca tylko w określonym wymiarze godzin, nie będzie pierwszym źródłem pomocy w nagłej sytuacji. Dlatego też, jeśli to możliwe, sieć sąsiedzka powinna być – o ile istnieje i dobrze funkcjonuje – częścią programu pomocy osobie starszej. W przypadku osób starszych należy wziąć pod uwagę, jak już wspomniano, podział wsparcia na: postrzegane oraz otrzymywane³⁵.

Sieci wsparcia sąsiedzkiego lub koleżeńckiego są istotnym czynnikiem ułatwiającym pozostawanie w dotychczasowym miejscu zamieszkania osobie starszej, gdy jest ona samotna i nie posiada bliskich krewnych współzamieszkujących z nią. Osoby samotne, funkcjonujące poza siecią rodzinną, aby nadal egzystować w swoim całożyciowym środowisku, muszą otrzymywać wsparcie ze strony sąsiadów lub znajomych. Bardzo często może to być właśnie wsparcie spostrzegane.

Badania przeprowadzone wśród osób w wieku 60 lat i więcej oczekujących na miejsca w domach pomocy społecznej w Łodzi wskazują, że wśród osób udzielających

³⁴ L.L. Carstensen, *Social and Emotional Patterns in Adulthood: Support for Socioemotional Selectivity Theory*, „Psychology and Ageing” 1992 (7), s. 331–338.

³⁵ H. Sęk, R. Cieślak, *Wsparcie społeczne*, op. cit., s. 20.

wsparcia dominują sąsiedzi (79,3% badanych otrzymujących wsparcie uzyskiwało pomoc ze strony sąsiadów) oraz znajomi i przyjaciele (13,8%), natomiast z usług prywatnej opiekunki korzystało tylko 6,9% badanych seniorów³⁶. Sąsiedzi stanowili najważniejszą grupę wsparcia głównie ze względu na bliskość zamieszkania. Zgodnie z teorią zmiany ról społecznych oraz teorią wycofywania się świat społeczny osób starszych kurczy się, a w konsekwencji maleje również liczba kontaktów społecznych. Dlatego też sąsiedzi, jako osoby mieszkające najbliżej seniora, w naturalny sposób pozostają częścią jego świata społecznego, podczas gdy kontakty z kolegami z pracy, znajomymi i przyjaciółmi zanikają. Dla osób otrzymujących wsparcie ze strony osób niespokrewnionych najczęstszymi świadczenicami były osoby mieszkające w tym samym budynku, w którym mieszkał senior. Wsparcie sąsiedzkie nie jest tak rozbudowane jak wsparcie rodzinne. Najczęściej świadczoną usługą w tym przypadku jest pomoc w robieniu zakupów i zakupy, które wykonuje sąsiad posiadający samochód (77,9%). Istnieje natomiast znaczna różnica pomiędzy typem wsparcia udzielanego seniorom przez osoby niespokrewnione i wsparciem udzielonym przez rodzinę. Tylko niespełna 1/5 osób otrzymujących wsparcie pozarodzinne uzyskuje pomoc w sprzątaniu mieszkania. Pomoc w przygotowaniu posiłków najczęściej polega na tym, że sąsiadka gotuje dla siebie i osoby starszej, która pokrywa koszty wykorzystanych produktów. W czynności takie jak podawanie leków i codzienna toaleta są świadczone przez prywatną opiekunkę, sąsiedzi i znajomi nie są zaangażowani. Jednak dodatkową formą pomocy, głównie sąsiedzkiej, jest dogładanie osoby starszej. Sąsiedzi zostają w domu z seniorem wówczas,

³⁶ Z. Szweida-Lewandowska, *Domy pomocy społecznej i sieci wsparcia seniorów*, „Polityka Społeczna” nr 7/2009, s. 17–21.

gdy członkowie rodziny muszą gdzieś wyjść. W przypadku osób mieszkających samodzielnie sąsiedzi informują rodzinę, gdy pojawiają się jakieś problemy lub gdy nastąpi wypadek. Często powierzane im są klucze do mieszkania osoby starszej i w przypadku braku kontaktu lub niemożności otwarcia drzwi przez seniora umożliwiają wejście np. pomocy medycznej do mieszkania.

Podsumowanie

Przedstawione w rozdziale czynniki wpływają na konieczność korzystania ze wsparcia, częstość i rodzaj wsparcia, które jest niezbędne do prawidłowego funkcjonowania osoby starszej. Czynnikiem wpływającym na konieczność korzystania z pomocy formalnej jest nie tylko stan zdrowia, lecz także sytuacja rodzinna seniorów. Obecnie coraz częściej z formalnej pomocy muszą korzystać nie tylko osoby samotne niemające wystarczającej nieformalnej sieci wsparcia, lecz także osoby mające dzieci i krewnych, które nie otrzymują wystarczającej pomocy z ich strony. Populacja osób wymagających wsparcia charakteryzuje się nadreprezentacją kobiet. Feminizacja populacji wymagającej wsparcia i opieki wynika z dwóch powodów. Po pierwsze, kobiety żyjąc dłużej, częściej i dłużej pozostają we wdowieństwie niż mężczyźni. Po drugie, część populacji – zarówno kobiet, jak i mężczyzn – nie znajduje życiowego partnera, a w konsekwencji nie posiada potomstwa mogącego sprawować opiekę.

Oddzielną kwestią jest niedostrzeganie heterogeniczności populacji seniorów wymagających wsparcia i opieki. Zróżnicowanie występuje praktycznie na wszystkich płaszczyznach (zarówno w zakresie wspomnianego już stanu zdrowia, sytuacji rodzinnej, jak i sieci

nieformalnego wsparcia). Konsekwencją stratyfikacji grupy wymagającej wsparcia jest zapotrzebowanie na różnorodne formy pomocy zarówno środowiskowej, jak i instytucjonalnej. Tutaj pomocne mogą być doświadczenia krajów Europy Zachodniej i Północnej, gdzie funkcjonuje wachlarz rozwiązań i osoby z lepszym stanem zdrowia mogą zamieszkiwać np. w specjalnych mieszkaniach dostosowanych do ich potrzeb. Wymaga to jednak zwiększonych nakładów finansowych ze strony zarówno samych osób starszych, jak i samorządu terytorialnego oraz władz centralnych. Niezbędne jest przygotowanie się do zwiększenia się populacji seniorów, a szczególnie najstarszych seniorów, którzy charakteryzują się zwiększonym prawdopodobieństwem korzystania ze wsparcia innych osób przy wykonywaniu codziennych czynności.

Po przybliżeniu czynników wpływających na konieczność korzystania z pomocy innych osób lub instytucji w codziennym życiu przez osoby starsze przejdźmy do omówienia różnorodnych form wspierania i pomocy osobom starszym.

2. System opieki nad osobami starszymi

Politykę społeczną wobec starszej generacji rozważa się w dwóch aspektach jako: politykę „wobec starości” (politykę starości) oraz politykę „wobec osób starszych”. Przedmiotem badania w pierwszym przypadku jest faza życia, a w drugim zbiorowość osób, które przekroczyły granicę starości. Takie podejście stosowane jest od dawna w krajach europejskich, w których proces starzenia się rozpoczął się znacznie wcześniej niż w Polsce. W literaturze polskiej oba rodzaje polityk zostały jasno scharakteryzowane przez B. Szatur-Jaworską³⁷. Sam termin „polityka starości” użyty został po raz pierwszy w literaturze polskiej przez A. Tymowskiego³⁸. Autor – podkreślając ważność problemów ludzi starszych – zwraca uwagę na konsekwencję wydłużania się

³⁷ B. Szatur-Jaworska, *Ludzie starzy i starość w polityce społecznej*, ASPRA-JR, Warszawa 2000, s. 119 i in.

³⁸ A. Tymowski, *Polityka starości*, „Człowiek i Światopogląd” 1987, nr 9, s. 28–36.

trwania życia, jaką jest dłuższy średni czas pozostawania w fazie starości. Postępujące procesy starzenia się społeczeństwa stawiają przed „polityką starości” między innymi zadanie zapewnienia osobom starszym godziwych warunków bytu. Według przywoływanego autora polityka starości musi być ujmowana perspektywicznie, gdyż o polityce starości decydują często nakłady wydatkowane wcześniej. Długofalowy charakter tej polityki wymaga dokładnego określenia zadań, jakie ma ona realizować. Zmiany struktury ludności według wieku i płci wpływają na wybór celów oraz sposobu funkcjonowania systemu pomocy społecznej będącego podsystemem polityki społecznej. Zwiększanie się subpopulacji seniorów sprawia, że osoby starsze powinny być traktowane jako kategoria polityki społecznej³⁹. Konsekwencje starzenia się ludności wpływają szczególnie na system ubezpieczeń społecznych, rynek pracy, sferę usług opiekuńczych⁴⁰. W niniejszym rozdziale zostanie przedstawiony system opieki nad osobami starszymi oraz kwestie związane w definiowaniu niesamodzielności, stopniami niesamodzielności oraz skalami pomiaru samodzielności/niesamodzielności. W środowisku naukowym gerontologów, polityków społecznych, demografów istnieją podzielone opinie dotyczące systemu opieki nad osobami starszymi, niesamodzielnymi oraz systemu opieki długoterminowej. Dyskutowane pytanie dotyczy kwestii systemu – czy rozwiązania w funkcjonujące w Polsce mają charakter systemowy, czy też są „zlepkiem” indywidualnych, nie zawsze kompatybilnych rozwiązań. W poniższej publikacji przyjęto perspektywę

³⁹ P. Błędowski, *Lokalna polityka społeczna wobec ludzi starych*, SGH, Warszawa 2002, s. 21.

⁴⁰ C. Żołędowski, *Uwarunkowania polityki społecznej*, [w:] *Polityka społeczna*, G. Firlit-Fesnak, M. Szyłko-Skoczny (red.), PWN, Warszawa 2007, s. 60.

systemową, a wnioski z badania mają na celu udoskonalenie i lepsze dopasowanie do potrzeb osób starszych rozwiązań systemowych.

2.1. Logika systemu opieki nad osobami starszymi

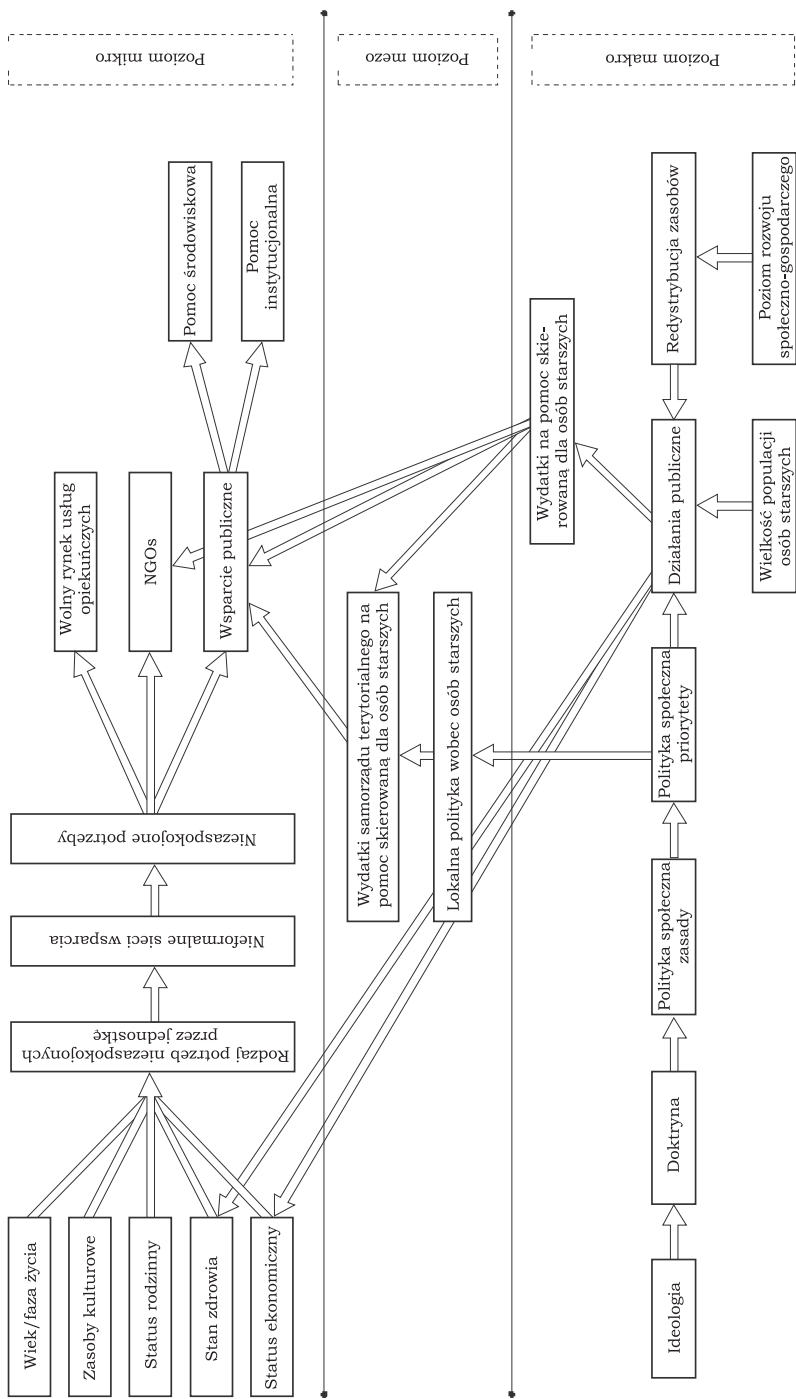
W niniejszym podrozdziale skoncentruję się na zagadnieniach związanych z opieką nad osobami starszymi oraz działaniem systemu wspierania tych spośród nich, które utraciły samodzielność i możliwość niezależnej egzystencji w swoim środowisku. Celem jest przedstawienie najważniejszych determinant wpływających na konieczność korzystania z pomocy innych osób przez seniorów w zakresie codziennego funkcjonowania, elementów systemu wsparcia osób starszych oraz wzajemnych powiązań i interakcji tych elementów. Cel ten zostanie osiągnięty poprzez budowę schematu przedstawiającego model analizowanego zagadnienia⁴¹.

Podejście modelowe to uproszczone odzwierciedlenie rzeczywistości z podkreśleniem najważniejszych determinant zachodzących procesów na poziomie mikro, mezo i makro oraz interakcji pomiędzy nimi⁴².

Przedstawiony poniżej schemat 1 obrazuje czynniki wpływające na rodzaj pomocy udzielanej osobie starszej oraz powiązania pomiędzy nimi. Czynniki te należy rozpatrywać na wymienionych trzech poziomach.

⁴¹ Z. Szweđa-Lewandowska, *Logika systemu opieki nad osobami starszymi*, „Polityka Społeczna”, 10/2013, s. 1–5.

⁴² *Słownik socjologii i nauk społecznych*, G. Marshall (red.), PWN, Warszawa 2006, s. 198.



SCHEMAT 1. SYSTEM OPIEKI NAD OSOBAMI STARSZYMI

Źródło: Opracowanie własne.

Poziom **mikro** związany jest z indywidualnymi charakterystykami jednostek wpływającymi na konieczność korzystania przez nie z pomocy innych osób przy wykonywaniu codziennych czynności oraz interakcjami w obrębie małych grup społecznych (które mogą zapewnić wsparcie osobie starszej), takich jak rodzina, sieć kontaktów sąsiedzkich i przyjacielskich. To na poziomie mikro świadczona jest też pomoc środowiskowa oferowana przez pomoc społeczną oraz pomoc instytucjonalną. Poziom **mezo** odzwierciedla działalność samorządu lokalnego przejawiającą się w realizacji programów centralnych oraz lokalnych inicjatyw samorządu terytorialnego i budową strategii w zakresie pomocy społecznej uwzględniającej potrzeby społeczności lokalnej. To na tym poziomie ustalone są priorytety w zakresie lokalnej polityki społecznej. Poziom **makro** wiąże się z działalnością na szczeblu rządowym, ustalaniem priorytetów w zakresie polityki społecznej, odzwierciedla zasady polityki społecznej kształtujące się pod wpływem wyznaczającej priorytety ideologii i możliwości realizacji wyznaczonych celów.

Należy również wspomnieć o niewłączonym do schematu poziomie mega. Kraje realizujące model państwa opiekuńczego jako członkowie organizacji międzynarodowych (Unii Europejskiej, Organizacji Narodów Zjednoczonych itp.) są zobligowane do implementacji regulacji wyznaczanych przez te organizacje. W perspektywie najbliższych lat do schematu wprowadzony powinien być poziom mega, ponieważ dyrektywy np. Unii Europejskiej wpływają na wybór celów i zasad polityki społecznej. Wraz z postępującą integracją w obrębie Unii Europejskiej wzrastać będzie znaczenie zmian wprowadzanych do regulacji prawnych poszczególnych krajów członkowskich pod wpływem dyrektyw uchwalanych na forum UE.

Wzajemne oddziaływanie poziomów mikro, mezo, makro i mega wpływa na rodzaj i jakość pomocy udzielanej

osobie starszej. Prawidłowe funkcjonowanie każdego z poziomów jest gwarantem stabilnej sytuacji w zakresie pomocy seniorom.

Na poziomie makro kształtują się priorytety polityki społecznej. Ustalenie najważniejszych problemów społecznych oraz grup społecznych, które będą beneficjentami działań prowadzonych w ramach polityki społecznej, jest jedną z najistotniejszych kwestii determinujących strukturę pomocy oraz wielkość i sposób dystrybucji środków finansowych. Sposób ustalania priorytetów może być dwójaki: poprzez określenie problemu społecznego, który należy rozwiązać, albo poprzez wskazanie grupy społecznej, której członkowie nie mogą zaspokoić podstawowych potrzeb życiowych. Ustalenie priorytetów odbywa się w ramach zasad polityki społecznej. Podstawowymi zasadami realizowanymi w polityce społecznej w państwie opiekuńczym są⁴³:

- 1) zasada przezorności,
- 2) zasada samopomocy,
- 3) zasada solidarności społecznej,
- 4) zasada subsydiarności,
- 5) zasada uczestnictwa,
- 6) zasada samorządności,
- 7) zasada dobra wspólnego,
- 8) zasada wielosektorowości.

Powyższe reguły wyznaczają cele i sposób ich realizacji, wpływają na model realizowanej przez państwo polityki społecznej. Skutkiem przyjęcia takich zasad jest wyznaczenie określonych priorytetów i dążenie – poprzez działania na szczeblu zarówno centralnym, jak i lokalnym

⁴³ *Leksykon polityki społecznej*, B. Rysz-Kowalczyk (red.), ASPRA-JR, Warszawa 2002, s. 140–141.

– do rozwiązywania problemów społecznych uznanych za najważniejsze.

Jednak społeczeństwa różnią się między sobą w zakresie zasad i priorytetów polityki społecznej. Na wyznaczenie zasad wpływa system wartości podzielany przez większość obywateli danego kraju⁴⁴. System wartości istotnych dla społeczeństwa jest podstawą ideologii, której zadaniem jest nakreślanie społecznych celów i uzasadnianie dokonanego wyboru. Cele, do których dążą różne grupy społeczne, mogą pozostawać ze sobą w sprzeczności. Ideologia legitymizuje wybór danych celów, systematyzuje zbiór idei, poglądów i wyobrażeń odnośnie do porządku społecznego. Porządek społeczny jako zbiór ustalonych przez społeczność reguł prawnych, politycznych, moralnych i obyczajowych jest podstawą spójności danej wspólnoty i solidarności jej członków, fundamentem więzi społecznych. Porządek społeczny, będący wynikiem konsensusu różnych grup społecznych i jednostek, zapewnia sprawne funkcjonowanie i rozwój całej zbiorowości. Ideologia, legitymizując przyjętą przez daną zbiorowość wizję porządku społecznego, jest jednocześnie podstawą uzasadniania programów partii politycznych oraz działań politycznych podejmowanych przez decydentów. Jej zadaniem jest zatem de facto kształtowanie i utrwalanie porządku społecznego. Można wyróżnić trzy główne funkcje ideologii: programową, motywacyjną, legitymizującą⁴⁵. Z punktu widzenia zasad i priorytetów polityki społecznej najistotniejsze są dwie pierwsze funkcje: programowa, ponieważ wyznacza cele, do których dąży dana partia (czyli wpływa na wybór zasad), oraz motywacyjna,

⁴⁴ Niektóre zasady mogą być tożsame z wartościami; zob. J. Supińska, *Wartości i zasady polityki społecznej*, [w:] *Polityka społeczna*, op. cit., s. 78.

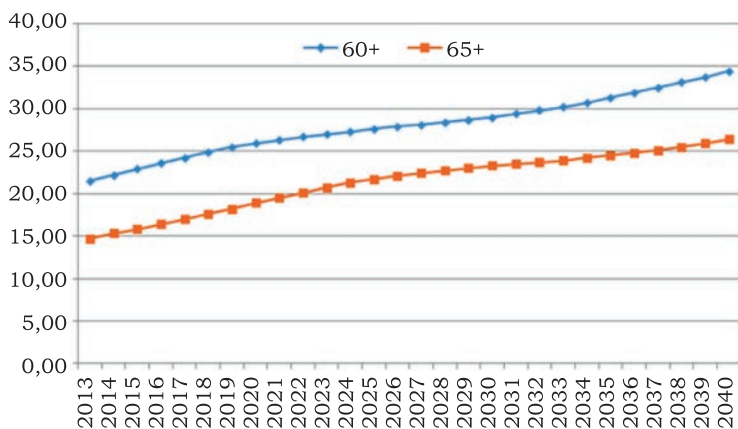
⁴⁵ *Mały leksykon politologiczny*, M. Chmaja, W. Sokoła (red.), Morpol, Lublin 1997, s. 102.

gdyż zwraca uwagę na interesy danej grupy społecznej, na niedostateczne zaspokojenie jej potrzeb (wpływ na wybór priorytetów w zakresie polityki społecznej). Należy zaznaczyć, że ideologia oddziałuje na wybór zasad i priorytetów polityki społecznej w sposób pośredni. Buforem służącym do przekształcenia ideologii na wybór kształtu polityki społecznej jest doktryna.

Doktryna łączy teorię i ideologię, pokazując, jak należy realizować cele wynikające z przesłanek ideologicznych⁴⁶. Doktryna konkretyzuje ideologię, nadaje jej wymiar empiryczny, możliwy do realizacji. To doktryna, pomimo swego teoretycznego wymiaru, przenosi ideologię na praktyczny wymiar realizacji zadań przez nią wyznaczonych, wykształca sposób realizacji celów, nakreśla plan działania, łączy teorię i ideologię, pokazując, jak należy wypełniać zadania wynikające z przesłanek ideologicznych, które są zbudowane na bazie teorii. Rolą doktryny jest zbudowanie programu politycznego na podstawie teorii⁴⁷. Tak więc ideologia przez doktrynę wpływa na dobór zasad, którymi kieruje się polityka społeczna, a te w konsekwencji prowadzą do wyboru priorytetów. Na kształtowanie ideologii, a więc pośrednio na ustalanie priorytetów polityki społecznej, oddziałuje wielkość populacji osób starszych. Duża liczebność tej populacji przekłada się na jej siłę, ponieważ osoby starsze stanowią zasób potencjalnych wyborców. Dlatego też partie polityczne w krajach wysoko rozwiniętych zwracają uwagę na potrzeby tej grupy społecznej oraz włączają jako cel swojego działania reprezentację interesów seniorów.

⁴⁶ *Encyklopedia wiedzy politycznej*, M. Chmaj, J. Marszałek-Kawa, W. Sokoł (red.), Wyd. Adam Marszałek, Toruń 2005, s. 57.

⁴⁷ Z. Tymoszuik, *Doktryna*, [w:] *Mały leksykon politologiczny*, op. cit., s. 61–62.



WYKRES 3. ODSETEK OSÓB W WIEKU 60 I 65 LAT I WIĘCEJ W POLSCE W LATACH 2013–2040

Źródło: GUS, *Prognoza ludności na lata 2014–2050*, Warszawa 2013

Wielkość populacji osób starszych oddziałuje na system dwutorowo. Z jednej strony wpływa na kształtowanie ideologii i zasady polityki społecznej, a z drugiej strony na podejmowane działania publiczne. Ustalone priorytety wyznaczają kierunki i sposoby działań publicznych, które są dostosowane do wielkości populacji osób starszych. Redystrybucja zasobów gromadzonych przez państwo oraz zasady polityki społecznej determinują działania publiczne⁴⁸. Wielkość transferów, które są przeznaczane na pomoc kierowaną do osób starszych, zależy od poziomu rozwoju społeczno-gospodarczego (wielkości posiadanych przez społeczeństwo zasobów). Wielkość populacji osób starszych jest wynikiem dynamicznie zachodzącego procesu starzenia się populacji mieszkańców Polski. Proces ten, czyli wzrostu udziału osób w wieku 60 lub

⁴⁸ A. Kurzynowski, *Związki polityki społecznej z polityką gospodarczą*, [w:] *Polityka społeczna*, A. Kurzynowski (red.), Wyd. SGH, Warszawa 2006, s. 41–42.

65⁴⁹ lat i więcej w populacji, jest dużym wyzwaniem nie tylko w kontekście starzenia się zasobów siły roboczej, funkcjonowania systemu emerytalnego, lecz także w kontekście zapewnienia godnej opieki w ostatniej fazie życia seniorów.

W 2015 roku odsetek osób w wieku 60 lat i więcej wyniósł w Polsce 22,9%, a 2040 już co trzecia osoba będzie miała 60 lat lub więcej (wykres 3). Natomiast odsetek osób w wieku 65 lat i więcej wzrośnie z 15,8% w 2014 roku do 24,5% w 2035 roku i 26,4% w 2040 roku.

Jednocześnie dynamicznie wzrastać będzie odsetek najstarszych seniorów, tj. osób w wieku 80 lat i więcej. W 2015 roku 4,1% ludności Polski było w tym wieku, ale po 2028 roku nastąpi szybki wzrost osób w tej grupie wieku⁵⁰. Akceleracja procesu podwójnego starzenia się – jak nazywany jest znaczny przyrost osób najstarszych w populacji – jest wynikiem działania czynnika kohortowego, czyli dożywania sędziwej starości przez osoby należące do generacji powojennego wyżu demograficznego. Generacja *baby boomers* będzie pierwszym tak liczным pokoleniem, którego doświadczeniem będzie zaawansowana starość i zapewne będzie ona inna od doświadczeń poprzednich pokoleń.

Zgodnie z prognozą GUS w 2035 roku jedna piąta populacji naszego kraju będzie w wieku poprodukcyjnym⁵¹. Jednak najistotniejsze z punktu widzenia stanu zdrowia i samodzielności seniorów jest dynamicznie postępujący proces podwójnego starzenia się populacji, czyli wzrost odsetka osób w wieku 80 lat i więcej. W ostatnim roku prognozy sporządzonej przez GUS odsetek osób w wie-

⁴⁹ Ze względu na różnie przyjmowaną granicę starości w polskim ustawodawstwie podane są dwie granice starości.

⁵⁰ GUS, *Prognoza ludności na lata 2014–2050*, Warszawa 2013.

⁵¹ Przy założeniu, że wiek emerytalny pozostanie na poziomie 67 lat.

ku 80 lat i więcej wyniesie ponad 7%. Subpopulacja osób starszych wymagających opieki i wsparcia w codziennym funkcjonowaniu przewyższy subpopulację wnuków, których potrzeby opiekuńcze są często zaspokajane przez tę samą grupę kobiet w wieku 45–64 lata, która świadczy wsparcie osobom najstarszym⁵².

Z drugiej strony, ze względu na proces starzenia się kobiet należących do pokolenia powojennego wyżu demograficznego, zmniejszeniu ulegać będzie populacja kobiet będących potencjalnymi opiekunkami zarówno najstarszych seniorów, jak i najmłodszego pokolenia. Osoby na przedpolu starości, tj. w wieku 45–64 lata, to tzw. pokolenie *sandwich* i to osoby należące do tego pokolenia świadczą nie tylko opiekę w ramach sieci rodzinnej, lecz również z tej grupy wieku rekrutują się opiekunki osób starszych. Zmniejszanie się zasobów siły roboczej spowoduje nie tylko problemy z uzyskaniem wsparcia w obrębie sieci rodzinnej, lecz również niewystarczające zasoby opiekunów osób starszych. Tendencje w tym zakresie będą się nasilały, a braki w zasobach potencjalnych opiekunów pogłębia i pogłębiać jeszcze będą procesy migracyjne.

Poziom makro oddziałuje na sferę mezo na dwa sposoby. Po pierwsze, priorytety polityki społecznej ustalone na poziomie makro wpływają na cele i sposób konstruowania oraz realizacji lokalnej polityki wobec osób starszych. Po drugie, wydatki budżetu państwa kierowane na pomoc do osób starszych są komplementarne w stosunku

⁵² Ze względu na heterogeniczność subpopulacji osób starszych w demografii przyjmuje się następujący podział: 'młodszy starzy' to osoby w wieku 65–74, często aktywne zawodowo i społecznie, 'starsi starzy' – 75–80/85 lat, oraz 'najstarsi starzy' – 80/85 lat i więcej to osoby wymagające wsparcia w wykonywaniu codziennych czynności; *Handbook of Gerontology. Evidence-based Approaches to Theory, Practice, and Policy*, J.A. Blackburn, C.N. Dulmus (eds.), John Wiley & Sons, Inc, Hoboken 2007.

do wydatków samorządu terytorialnego na zaspokojenie potrzeb tej grupy społecznej. Lokalną politykę wobec osób starszych determinuje również wielkość transferów z budżetu jednostek samorządu terytorialnego przeznaczanych na pomoc seniorom.

Na poziomie mezo kształtowane są priorytety w zakresie polityki społecznej, przy czym uwzględniane są potrzeby lokalnej społeczności (wynika to z zasad polityki społecznej, którymi kierują się państwa opiekuńcze). Lokalna polityka wobec starości kształtuje działania podejmowane przez władze samorządowe w zakresie pomocy środowiskowej i instytucjonalnej. Poziom mezo odpowiada również na potrzeby lokalnej społeczności, co oznacza, że polityka lokalna powinna brać pod uwagę specyfikę populacji seniorów zamieszkujących dany obszar i specyfikę samego regionu.

Z kolei na poziomie mikro spośród podstawowych charakterystyk jednostek wyznaczających możliwość ich samodzielnej realizacji potrzeb szczególne znaczenie posiadają: wiek (faza cyklu życia), zasoby kulturowe, status rodzinny, stan zdrowia oraz status ekonomiczny (tabela 4). Pomędzy poszczególnymi składowymi zachodzą sprzężenia zwrotne. Przykładowo poziom wykształcenia, będący częścią zasobów kulturowych, jest skorelowany z dochodami, które są najistotniejszym elementem statusu ekonomicznego. Wykształcenie wpływa również na stan zdrowia – im wyższy poziom wykształcenia, tym większa świadomość możliwości wystąpienia problemów zdrowotnych oraz tym lepsze rozeznanie w zakresie leczenia. Wiek jest zmienną niezależną wpływającą na pozostałe cztery obszary i będącą główną ich determinantą. Status rodzinny determinuje możliwość otrzymania wsparcia w postaci opieki nad osobą starszą. Brak potencjalnych opiekunów sprawia, że jednostka musi poszukiwać innych źródeł wsparcia. Stan zdrowia może wymagać

specjalistycznej opieki pielęgniarsko-lekarskiej lub infrastruktury, np. łazienki przystosowanej do potrzeb osoby niesamodzielnej. Czynniki te uniemożliwiają sprawowanie opieki nad seniorem w jego miejscu zamieszkania. Należy wspomnieć o miejscu zamieszkania jako o istotnej determinancie wpływającej na dostęp do pomocy środowiskowej i instytucjonalnej. Mieszkańcy wsi mają utrudniony dostęp do sektora prywatnego świadczącego usługi opiekuńcze. Niższe świadczenia emerytalne wypłacane z KRUS wpływają na możliwości zakupu tychże. Dodatkowo na obszarach wiejskich funkcjonuje przekonanie, że seniorem powinna opiekować się rodzina.

Jednostka stara się zaspokoić potrzeby samodzielnie, jednak pojawiają się trudności i nie każdy rodzaj potrzeb senior może samodzielnie zaspokoić. Niemożność zaspokojenia niektórych potrzeb (np. wymagających pewnej sprawności fizycznej, jak zakupy) powoduje, że osoby starsze poszukują wsparcia ze strony sąsiadów, kolegów, znajomych. W przypadku osób starszych należy wziąć pod uwagę podział wsparcia na: postrzegane (*perceived social support*) oraz otrzymywane (*received social support*)⁵³. Pierwszy rodzaj wsparcia to wsparcie potencjalne. Osoba starsza wie, do kogo może się zwrócić z prośbą o pomoc i zakłada, że dana osoba udzieli jej wsparcia. Istotne są tutaj dwa czynniki – dostępność i szybkość reakcji sieci wsparcia na potrzeby osoby starszej. Drugi rodzaj wsparcia to rzeczywiste wsparcie, które otrzymuje jednostka. Należy brać pod uwagę, że wsparcie badane pod kątem subiektywnych odczuć jednostki uzyskującej pomoc i jej udzielającej oraz pod kątem obiektywnie otrzymywanej pomocy działanie sieci wsparcia może być różnie oceniane przez jednostki będące jej częściami. Dlatego często trudno ocenić, czy wsparcie otrzymywane przez jednostkę

⁵³ H. Sęk, R. Cieślak, *Wsparcie społeczne*, op. cit., s. 20.

jest wystarczające. Brak nieformalnych sieci wsparcia lub ich nieskuteczność powoduje, że potrzeby osoby starszej w zakresie opieki nie mogą być zaspokojone w ramach naturalnego środowiska.

Seniorzy, których potrzeby nie zostały zaspokojone w ramach nieformalnych sieci wsparcia, mogą, a nawet muszą, skorzystać ze wsparcia oferowanego przez inne podmioty działające w ramach sektora publicznego, prywatnego lub sektora organizacji non-profit.

W ramach wsparcia publicznego osoby starsze mogą korzystać ze świadczeń pomocy społecznej oraz usług opieki zdrowotnej. Świadczenia oferowane przez pomoc społeczną mogą przyjmować dwie główne formy: świadczenia pieniężnego oraz świadczenia niepieniężnego (w tym usług opiekuńczych). Z punktu widzenia opieki nad osobami starszymi istotne są dwie formy pomocy: usługi opiekuńcze świadczone w miejscu zamieszkania seniora (pomoc środowiskowa) oraz pomoc instytucjonalna. Pomoc środowiskowa obejmuje swoim zakresem codzienne czynności domowe umożliwiające osobie starszej dalsze zamieszkiwanie w dotychczasowym środowisku (np. robienie zakupów, sprzątanie, załatwianie spraw administracyjnych itp.). Gdy ta forma pomocy jest niewystarczająca lub nieskuteczna, osoba starsza może zostać umieszczona w domu pomocy społecznej. Forma pomocy instytucjonalnej jest ostatnim ogniwem łańcucha wsparcia udzielonego osobie starszej. Zgodnie z zasadą subsydiarności, zanim osoba starsza zostanie umieszczona w domu pomocy społecznej (DPS), powinny być wykorzystane inne formy pomocy i dopiero gdy są one nieefektywne, należy skierować seniora do DPS.

Sektor organizacji non-profit obejmuje zarówno organizacje pozarządowe (NGOs), jak i związki wyznaniowe, fundacje, stowarzyszenia, kościoły różnych wyznań świadczące usługi opiekuńcze wobec osób starszych.

Organizacje działające w ramach tego sektora charakteryzują się tym, że przeznaczają w całości dochód na realizację swoich celów. W ramach tego sektora – podobnie jak w przypadku dwóch pozostałych – osoba starsza może otrzymać wsparcie środowiskowe lub instytucjonalne. Źródłem finansowania pomocy udzielanej osobom starszym może być dotacja przekazywana z budżetu instytucji państwowych, wsparcie osób prywatnych, firm itp. W przeszłości organizacje wyznaniowe świadczyły pomoc najczęściej na rzecz swoich członków, obecnie sytuacja powoli ulega zmianie i pomoc jest kierowana również do innych osób.

Ostatnim sektorem świadczącym usługi na rzecz seniorów jest sektor prywatny. Sektor prywatny oferuje usługi opiekuńcze w postaci instytucjonalnej, półinstytucjonalnej lub środowiskowej. W Polsce pomoc instytucjonalna jest świadczona przez sektor prywatny w formie placówek całodobowego wsparcia funkcjonujących na bazie przepisów o działalności gospodarczej⁵⁴. Należy zaznaczyć, że główny cel, którym kierują się podmioty prywatne, to zysk. Podmiotami świadczącymi usługi opiekuńcze w ramach tego sektora mogą być zarówno osoby fizyczne, jak i firmy. Do sektora prywatnego będą również zaliczane usługi opiekuńcze świadczone w ramach „szarej strefy”.

Lista składników systemu jest stała, jednakże w zależności od przyjętej aksjologii, zasobów oraz sytuacji demograficznej zmienia się siła oddziaływania poszczególnych elementów, zmianie ulega zakres odpowiedzialności poszczególnych podmiotów udzielających wsparcia seniorom. W długim okresie widoczne jest zmniejszanie się

⁵⁴ *Co każdy powinien wiedzieć o „domach seniorów”*, <http://www.mpips.gov.pl/aktualnosci-wszystkie/pomoc-spoeczna/art,4397,co-kazdy-powinien-wiedziec-o-8222domach-seniorow8221.html>, dostęp: 2.02.2017.

znaczenia czynników operujących na poziomie mikro, a jednocześnie następuje wzrost znaczenia czynników składających się na poziom makro i mezo. Jest to związane z przemianami zachodzącymi w obrębie rodziny, jej struktury i funkcji. Atrofia więzi społecznych zmniejsza znaczenie sieci koleżeńskich i sąsiedzkich, a postępująca indywidualizacja wymusza zaspokajanie potrzeb tylko w oparciu o własne środki. Zwiększone wymagania odnośnie do standardów opieki nad osobami starszymi, przy jednoczesnej atomizacji rodziny i zmniejszeniu się liczby potencjalnych opiekunów, powodują, że członkowie rodziny udzielający tradycyjnie wsparcia seniorowi nie mogą zapewnić oczekiwanego standardu opieki. Powstała „niszę” wypełnia działalność samorządu terytorialnego, czyli sprawowanie opieki nad seniorem przejmuje państwo, zapewniając wsparcie środowiskowe lub instytucjonalne.

Działanie przedstawionego systemu opieki nad osobami starszymi może ulegać zmianie w zależności od dominującego poziomu, jednak jego elementy pozostają niezmiennie. Modyfikacji może ulegać tylko istotność poszczególnych elementów oraz wzajemne ich oddziaływanie. Dominacja poszczególnych poziomów jest uzależniona od poziomu rozwoju społeczno-ekonomicznego kraju. W przypadku współczesnych państw opiekuńczych dominuje poziom makro, na którym są ustalane priorytety polityki społecznej, a priorytety wyznaczone na niższych szczeblach nie mogą się zasadniczo różnić od tych wyznaczanych na poziomie makro. Dodatkowo realizacja poszczególnych zadań polityki społecznej jest podporządkowana zasadom wyznaczonym na poziomie makro.

Podsumowanie

Przedstawiony powyżej schemat pomocy osobom starszym jest uniwersalny dla państw opiekuńczych. Wpływ na jego funkcjonowanie oraz znaczenie poszczególnych elementów mają uwarunkowania kulturowo- ekonomiczne poszczególnych krajów oraz kontekst prawny i demograficzny. Jak już wspomniano, schemat ten może ulegać modyfikacjom w zależności od zmian wprowadzonych do niego.

Poszczególne komponenty, elementy składające się na system pomocy osobom starszym charakteryzują się zmiennym zakresem w zależności od przyjętej perspektywy teoretycznej będącej podstawą dla budowy systemu. Przejdźmy zatem do przedstawienia form pomocy osobom starszym zarówno tych formalnych, jak i nieformalnych.

2.2. Formy pomocy osobom starszym

Główna oś podziału w zakresie pomocy osobom starszym przebiega pomiędzy sferami **nieformalnego i formalnego wsparcia**. Do sfery nieformalnego wsparcia zalicza się pomoc udzielaną osobie starszej przez rodzinę, dalszych i bliższych krewnych, powinowatych oraz osoby niespokrewnione, ale zaliczające się do bliskich osoby starszej, tj. sąsiadów, znajomych, przyjaciół, kolegów z pracy. Formalna pomoc to przede wszystkim wsparcie oferowane w ramach pomocy społecznej, ale także usługi świadczone w ramach systemu ochrony zdrowia. Ogniwem pośrednim pomiędzy wsparciem nieformalnym a formalnym są działania podejmowane przez organizacje pozarządowe i związki wyznaniowe. Ze względu na wzajemne przenikanie się wszystkich trzech sfer opieki oraz dodatkowe

interakcje pomiędzy systemem ochrony zdrowia i pomocy społecznej w niniejszym rozdziale zdecydowano się podzielić formy pomocy osobom starszym ze względu na miejsce ich świadczenia (dom osoby starszej, instytucja świadcząca wsparcie w ciągu dnia i placówki całodobowej opieki). System ochrony zdrowia oraz pomocy społecznej są ze sobą ściśle powiązane, a problem niedostatecznej komunikacji między systemami wpływa na rodzaj usług oferowanych osobie starszej⁵⁵.

2.2.1. Pomoc świadczona w miejscu zamieszkania osoby starszej

W Polsce ponad 80% opiekunów niesamodzielnych osób starszych stanowią ich krewni. Pierwszymi osobami udzielającymi wsparcia w momencie pojawienia się niesamodzielności są współmałżonkowie, następnie dzieci i dalsi krewni. Zapotrzebowanie na opiekę wzrasta wraz z wiekiem. W sytuacji, gdy osoba starsza nie ma rodziny mogącej ją wspierać w codziennym funkcjonowaniu, to pomoc społeczna i jej instytucje w postaci usług opiekuńczych albo gdy pomoc świadczona w miejscu zamieszkania seniora jest niewystarczająca – domów pomocy społecznej, zakładów stacjonarnej pomocy społecznej lub rodzinnych domów pomocy społecznej – jest źródłem wsparcia. Opieka w ramach powyższych instytucji jest adresowana nie tylko do osób starszych. Jednak ze względu na zwiększony wśród seniorów odsetek osób nie radzących sobie z wykonywaniem codziennych czynności większość klientów opieki instytucjonalnej w krajach rozwiniętych to osoby starsze. Uzyskują one najczęściej pomoc w swoim środowisku zamieszkania, a polityka Unii Europejskiej ukierunkowana jest na rozwój lokalnych

⁵⁵ V. Timonen, *Ageing Societies. A Comparative Introduction*, Open University Press, London 2008, s. 109.

sieci wsparcia⁵⁶. Gdy jednak instytucje pomocy środowiskowej, sieć rodzinna oraz sieć kontaktów koleżeńskich nie mogą zapewnić należytej opieki w dotychczasowym środowisku seniora, niezbędna staje się pomoc instytucjonalna.

Pomoc świadczona w miejscu zamieszkania osoby starszej to głównie pomoc nieformalna rodziny, sąsiadów i znajomych. Zakres czynności jest zróżnicowany w zależności od potrzeb osoby starszej i jej warunków mieszkaniowych, np. jeśli osoba starsza mieszka na czwartym piętrze w budynku bez windy nieposiadającym centralnego ogrzewania, to pomoc w przynoszeniu opału jest niezbędna nawet jeśli stan zdrowia jest dobry. Pomoc w postaci robienia zakupów czy wykonywania cięższych prac domowych jest także świadczona przez wolontariuszy organizacji pozarządowych oraz fundacji i stowarzyszeń działających przy kościołach i związkach wyznaniowych.

Natomiast pomoc formalna świadczona w ramach systemu pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 2016 r., poz. 930) dzieli się na dwie kategorie: świadczenia pieniężne i świadczenia niepieniężne. Do pierwszej grupy zaliczają się między innymi wszelkiego rodzaju zasiłki⁵⁷:

⁵⁶ Lokalne sieci wsparcia tworzone są przez organizacje pozarządowe (fundacje i stowarzyszenia), organizacje samopomocowe, związki wyznaniowe.

⁵⁷ Do świadczeń pieniężnych zaliczają się także:

- świadczenie pieniężne na utrzymanie i pokrycie wydatków związanych z nauką języka polskiego dla cudzoziemców, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach;
- wynagrodzenie należne opiekunowi z tytułu sprawowania opieki przyznane przez sąd.

- zasiłek stały,
- zasiłek okresowy,
- zasiłek celowy i specjalny zasiłek celowy,
- zasiłek i pożyczka na ekonomiczne usamodzielnienie,
- pomoc na usamodzielnienie oraz na kontynuowanie nauki.

A także inne świadczenia pieniężne.

Do drugiej grupy należą zarówno świadczenia rzeczowe, jak i usługi w postaci pomocy środowiskowej lub instytucjonalnej. Świadczenia niepieniężne to zgodnie z art. 36 pkt 2 wzmiankowanej ustawy:

- praca socjalna,
- bilet kredytowany,
- składki na ubezpieczenie zdrowotne,
- składki na ubezpieczenia społeczne,
- pomoc rzeczowa, w tym na ekonomiczne usamodzielnienie,
- sprawienie pogrzebu,
- poradnictwo specjalistyczne,
- interwencja kryzysowa,
- schronienie,
- posiłek,
- niezbędne ubranie,
- usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania, w ośrodkach wsparcia oraz w rodzinnych domach pomocy,
- specjalistyczne usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania oraz w ośrodkach wsparcia,
- mieszkanie chronione,
- pobyt i usługi w domu pomocy społecznej,

- pomoc w uzyskaniu odpowiednich warunków mieszkaniowych, w tym w mieszkaniu chronionym, pomoc w uzyskaniu zatrudnienia, pomoc na zagospodarowanie – w formie rzeczowej dla osób usamodzielnianych.

Dla osób starszych wymagających pomocy w wykonywaniu czynności dnia codziennego najistotniejsza jest możliwość korzystania z usług opiekuńczych oraz specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania. Usługi świadczone w ośrodkach wsparcia zgodnie z przyjętą w niniejszej pracy klasyfikacją zaliczamy do wsparcia półinstytucjonalnego (semiinstytucjonalnego), natomiast pobyt i usługi w domu pomocy społecznej oraz usługi opiekuńcze w rodzinnych domach pomocy zaliczamy do pomocy instytucjonalnej.

Przed przyznaniem wsparcia oferowanego przez instytucje pomocy społecznej niezbędna jest dogłębna diagnoza sytuacji osoby starszej, tak aby zaoferowana pomoc była „dopasowana” do potrzeb i powstałej luki opiekuńczej. Diagnozy dokonuje najczęściej pracownik socjalny zatrudniony w strukturze ośrodka pomocy społecznej poprzez przeprowadzenie wywiadu środowiskowego. Wywiad – w przypadku osób posiadających rodzinę – obejmuje także krewnych, którzy pomagają seniorowi lub potencjalnie mogliby pomagać. Zgodnie z zasadą subsydiarności pomoc społeczna nie powinna przejmować funkcji rodziny, lecz oferowana przez nią pomoc powinna być komplementarna w stosunku do wsparcia już otrzymywanego.

Osoby starsze w ramach pomocy środowiskowej korzystają najczęściej ze wsparcia w zakresie codziennej egzystencji poprzez świadczenia opiekuńcze realizowane w domu osoby starszej, specjalistycznego poradnictwa oraz pracy socjalnej.

Pierwsza grupa świadczeń jest najczęściej wykonywana przez opiekunki środowiskowe, a zakres czynności jest ustalany przez lokalne ośrodki pomocy społecznej. Zakres oferowanych usług opiekuńczych różni się w zależności od miasta i regionu Polski, np. w Łodzi i na Śląsku ze względu na starą infrastrukturę, a także fakt, że osoby starsze częściej zamieszkują w starych zasobach lokalitywnych, gdzie nie ma kanalizacji lub centralnego ogrzewania, konieczne jest udzielanie pomocy przy wynoszeniu nieczystości i paleniu w piecu nie tylko osobom niesamodzielnym, lecz także osobom starszym niemającym wystarczającej siły fizycznej do wykonania wymagających znacznej siły i sprawności fizycznej⁵⁸. Usługi opiekuńcze są bardzo zróżnicowaną formą pomocy ze względu na konieczność ich dostosowania do indywidualnych potrzeb beneficjenta⁵⁹.

Specjalistyczne poradnictwo oraz praca socjalna są świadczeniami, których przyznanie nie jest uzależnione od sytuacji finansowej beneficjentów. Głównym zadaniem tych usług jest udzielanie wsparcia jednostkom tego potrzebującym, które obejmuje poradnictwo psychologiczne, prawne i rodzinne. Z punktu widzenia osób starszych najistotniejszym zadaniem poradnictwa specjalistycznego jest informowanie o obowiązujących przepisach prawnych, w tym o świadczeniach z zakresu pomocy społecznej przysługujących danej jednostce.

Wsparcie środowiskowe jest także oferowane w ramach systemu ochrony zdrowia. Pomoc oferowaną w ramach systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, podobnie jak w przypadku pomocy społecznej, można

⁵⁸ T. Śmiłowska, J. Włodarczyk, *Wybrane aspekty warunków życia osób starszych w świetle badań GUS*, GUS, Łódź 2010, s. 22–24.

⁵⁹ Przykładowa lista usług opiekuńczych została przedstawiona w rozdziale 2.

podzielić na formy instytucjonalne oraz pomoc środowiskową udzielaną w domu danej osoby. Opieka domowa jest zapewniana w ramach pielęgniarstwa długoterminowego domowego, domowych hospicjów oraz usług świadczonych przez pielęgniarki środowiskowe, terapeutów i rehabilitantów. Osoby, które zostały objęte pielęgniarstwem długoterminowym domowym, otrzymały na skali Barthel 40 punktów lub mniej⁶⁰. Pomoc osobom starszym jest również udzielana w ramach poradni geriatrycznych, rehabilitacyjnych oraz poradni medycyny paliatywnej. Korzystanie z powyższych form pomocy jest uzależnione zarówno od stanu zdrowia, jak i statusu rodzinnego. Jeśli stan zdrowia osoby starszej nie pozwala na dalsze samodzielne zamieszkiwanie w dotychczasowym środowisku, zaś pomoc oferowana przez rodzinę, sieci wsparcia, ośrodki pomocy społecznej oraz NFZ (w ramach opieki środowiskowej) jest niewystarczająca, to dopiero wtedy, zgodnie z zasadą pomocniczości, uruchomione powinny być procedury mające na celu umieszczenie osoby starszej w systemie pomocy instytucjonalnej świadczącej długookresowe usługi opiekuńcze.

2.2.2. Pomoc semiinstytucjonalna

Pomoc semiinstytucjonalna świadczona w ramach systemu pomocy społecznej to opieka zapewniana seniorowi w domach dziennego pobytu (DDP) oraz sieci Dziennych Domów pobytu „Senior-WIGOR”, w których osoba starsza przebywa przez kilka godzin w ciągu dnia. Domy działające w ramach programu „Senior-WIGOR” oferują przynajmniej ośmiogodzinną możliwość pobytu od poniedziałku

⁶⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 lipca 2014 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz.U. z 2014 r., poz. 960).

do piątku⁶¹. W ramach wsparcia odbywają się różnorodne zajęcia ruchowe i takie koncentrujące się na rozwijaniu zainteresowań osób starszych. Ta forma wsparcia jest przewidziana dla osób sprawnych ruchowo, które wychodzą ze swojego mieszkania. Natomiast dla osób, które samodzielnie nie opuszczają swojego miejsca zamieszkania, np. ze względu na zaburzenia funkcji poznawczych, tworzone są domy oferujące specjalistyczne usługi i pomoc, a ich celem jest nie tylko dbanie o stan psychofizyczny osoby starszej, lecz także ułatwienie opiekunom tych osób godzenie pracy zawodowej z opieką nad członkiem rodziny dotkniętym tą chorobą lub umożliwienie wykonania w tym czasie innych zajęć lub chwilowe odpoczęcie od opieki. Przykładem takiej formy opieki są np. domy dla osób z chorobą Alzheimera.

W ramach pomocy semiinstytucjonalnej należy także wspomnieć o klubach seniora i wszelkiego rodzaju aktywnościach prowadzonych przez samorząd terytorialny w ośrodkach kultury, domach kultury itp. Kluby seniora są adresowane do aktywnych i cieszących się dobrym zdrowiem osób starszych, spełniają ważną rolę w przeciwdziałaniu osamotnieniu i organizacji czasu wolnego osoby starszej. Należy także wspomnieć o istotnej funkcji, jaką pełnią zarówno kluby seniora, jak i Uniwersytety Trzeciego Wieku – tj. upowszechnianie wiedzy o kwestiach zdrowotnych i promowanie działań (w tym badań) profilaktycznych.

W ramach pomocy semiinstytucjonalnej, która jednocześnie jest usługą opiekuńczą świadczoną w miejscu zamieszkania seniora, jest przynoszenie przez opiekunki środowiskowe posiłków osobom nieopuszczającym

⁶¹ Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Seniorzy, <https://www.mpips.gov.pl/aktualnosci-wszystkie/seniorzy/art,8040,ruszy-l-senior-wigor-2016.html>, dostęp: 20.11.2016.

swojego miejsca zamieszkania przyrządzanych w domach dziennego pobytu⁶².

W przypadku opieki oferowanej przez NFZ można wyróżnić placówki:

- 1) opieki zamkniętej,
- 2) opieki ambulatoryjnej,
- 3) opieki dziennej.

Trudno jednak zakwalifikować usługi świadczone w ramach tych placówek jednoznacznie do pomocy semiinstytucjonalnej. Uzupełnieniem powyższej typologii są oddziały rehabilitacyjne oraz geriatryczne, na których seniorzy przebywają czasowo, ale nie kilka godzin, tylko przez całą dobę i stanowią najliczniejszą grupę pacjentów na tych oddziałach. W systemie ochrony zdrowia stosowany jest często podział na usługi domowe – świadczone w miejscu zamieszkania seniora oraz usługi stacjonarne świadczone w instytucjach sprawujących zarówno opiekę całodobową, jak i tylko przez czas wykonywania zabiegu⁶³.

2.2.3. Pomoc instytucjonalna

Pomoc instytucjonalna świadczona w ramach systemu pomocy społecznej to głównie opieka sprawowana w jednym z siedmiu typów domów pomocy społecznej⁶⁴:

- 1) osób w podeszłym wieku,
- 2) osób przewlekle somatycznie chorych,

⁶² W Kanadzie, Wielkiej Brytanii funkcjonują usługi pt. „Meals on wheels” polegające na przywożeniu posiłku do miejsca zamieszkania seniora.

⁶³ Zob. Ministerstwo Zdrowia, <http://www.mz.gov.pl/leczenie/swiadczenia-pielegnacyjne-i-opiekuncze>, dostęp: 20.11.2016.

⁶⁴ Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, Dz.U. z 2016, poz. 930, rozdział 2. „Domy Pomocy Społecznej”.

- 3) osób przewlekle chorych psychicznie,
- 4) dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie,
- 5) osób niepełnosprawnych fizycznie,
- 6) osób uzależnionych od alkoholu,
- 7) dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie.

Ustawodawca umożliwia także łączenie niektórych typów domów; i tak na przykład można połączyć dom dla osób w podeszłym wieku oraz dom dla osób przewlekle somatycznie chorych.

Domy pomocy społecznej są jednostkami organizacyjnymi pomocy społecznej. DPS zajmują się świadczeniami usług opiekuńczych osobom wymagającym całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności, czyli osobom, które nie są zdolne do samodzielnego funkcjonowania⁶⁵. Domy pomocy społecznej wywodzą się z dawnych szpitali, które pełniły głównie rolę zamkniętych domów opieki⁶⁶. Instytucje te ulegały przemianom w poszczególnych okresach historycznych. Znaczne przemiany tych instytucji zaszły w Polsce w drugiej połowie XX wieku. Początkowo po wojnie funkcjonował tylko jeden typ domu – dom opieki. Później przyjęła się nazwa „domy pomocy społecznej” i została ona zastrzeżona w ustawie z dnia 29 listopada 1990 r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 1990 r., Nr 87, poz. 593) dla stacjonarnych instytucji

⁶⁵ Ustawa o pomocy społecznej z dn. 12 marca 2004 r., Dz.U. z 2016, poz. 930, z późn. zm., rozdział 2. „Domy Pomocy Społecznej”; J. Szumlicz, *Pomoc społeczna w badaniach empirycznych*, *Studia i Materiały*, IPiSS, Warszawa 1989, s. 23.

⁶⁶ Już w piśmiennictwie średniowiecznym, jak podaje E. Leś, istnieją wzmianki wskazujące na pewne zróżnicowanie szpitali w zależności od grupy społecznej, której miały służyć. Szpitale, które zapewniały schronienie starcom, to tzw. Gerontoconium; E. Leś, *Zarys historii dobroczynności i filantropii w Polsce*, Prószyński i S-ka, Warszawa 2001, s. 38.

opiekuńczych mających zezwolenie na prowadzenie działalności od właściwego wojewody i znajdujących się w rejestrze, a osoby korzystające z opieki, czyli dawni pensjonariusze, zostali nazwani mieszkańcami⁶⁷. Zmiana nazwy, jeszcze w okresie PRL, była związana z przemianami tych instytucji, które polegały na poprawie warunków bytowych i przybliżeniu warunków życia do warunków w domu rodzinnym. Stopniowo domy pomocy społecznej o charakterze opiekuńczym przekształcono na początku lat 90. XX wieku w placówki rehabilitacyjno-leczniczo-opiekuńcze. Przełomem w działalności DPS było uchwalenie ustawy o pomocy społecznej z dnia 29 listopada 1990 r. Od tego czasu domy pomocy społecznej przestały podlegać resortowi zdrowia, a zostały przesunięte do resortu pracy. Organizacja i zakres zadań DPS zostały uregulowane Rozporządzeniem Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej z dnia 2 lutego 1993 (Dz.U. z 1993 r., nr 13, poz. 63). W rozporządzeniu tym stwierdzono, że „zakres i poziom świadczeń domu powinien uwzględnić stopień psychicznej i fizycznej sprawności mieszkańców, ich prawo do intymnego, godnego życia, ochronę dóbr osobistych oraz możliwość zachowania samodzielności i wyboru stylu życia”. Jak wskazuje Z. Szarota, zwrócono wówczas uwagę na konieczność podmiotowego traktowania mieszkańca domów pomocy społecznej w odniesieniu do potrzeb socjalno-opiekuńczych i społeczno-kulturalnych⁶⁸.

Osoby starsze zamieszkują praktycznie we wszystkich typach DPS z wyjątkiem ostatniego. Zgodnie z tym aktem prawnym, 70% emerytury, renty bądź innych

⁶⁷ A. Leszczyńska-Rejchert, *Człowiek starszy i jego wspomaganie – w stronę pedagogiki starości*, Wyd. Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, Olsztyn 2005, s. 2.

⁶⁸ Z. Szarota, *Wielofunkcyjna działalność domów pomocy społecznej dla osób starszych*, Wyd. Naukowe WSP, Kraków 1998, s. 80–88.

dochodów, np. zasiłku mieszkańca, jest przeznaczane na pokrycie kosztów pobytu w DPS, pozostałą część kosztów powinni ponieść członkowie rodziny, ale jeśli nie mają środków finansowych na pokrycie pełnych kosztów przebywania osoby starszej w DPS lub osoba starsza nie posiada rodziny zobowiązanej do alimentacji, to obowiązek ten przejmuje budżet gminy, na terenie której zamieszkiwał klient. Średni miesięczny koszt pobytu mieszkańca w domu pomocy społecznej wahał się w granicach 3000–5000 zł w 2016 roku, podczas gdy średnia miesięczna emerytura wypłacana przez ZUS wynosiła 2154 zł (średnia miesięczna renta wynosi odpowiednio 1536 zł)⁶⁹. Gminy w większości przypadków muszą pokrywać część kosztów związanych z pobytem osoby starszej w DPS.

W Polsce pod koniec 2015 roku funkcjonowało 1655 stacjonarnych zakładów pomocy społecznej, w tym 853 domów pomocy społecznej, z czego 795 to domy prowadzone przez jednostki samorządu terytorialnego, a 223 to domy prowadzone przez podmioty niepubliczne, tj. związki wyznaniowe, Kościoły osoby fizyczne, stowarzyszenia, fundacje i inne osoby prawne⁷⁰. Podmioty prowadzące domy pomocy społecznej muszą na swoją działalność uzyskać zezwolenie właściwego ze względu na miejsce położenia placówki wojewody.

Należy również zwrócić uwagę na placówki zapewniające całodobową opiekę osobom w podeszłym wieku, niepełnosprawnym lub przewlekle chorym prowadzone w ramach działalności gospodarczej. Powstawanie tych

⁶⁹ ZUS, *Ważniejsze informacje z zakresu ubezpieczeń społecznych 2015 r.*, Warszawa 2016, s. 27.

⁷⁰ *Pomoc społeczna i opieka nad dzieckiem i rodziną w 2016 r.*, GUS, Warszawa 2014, s. 65.

placówek wpisuje się w szersze ramy przekazywania zadań publicznych podmiotom prywatnym (tzw. prywatyzacja zadań publicznych)⁷¹. Zakres usług świadczonych przez tego typu instytucje jest podobny do tych oferowanych przez DPS. Placówki te zapewniają przez całą dobę następujące usługi⁷²:

- opiekuńcze:
 - udzielanie pomocy w podstawowych czynnościach życiowych,
 - pielęgnacja, w tym pielęgnacja w czasie choroby,
 - opieka higieniczna,
 - niezbędną pomoc w załatwianiu spraw osobistych,
 - kontakty z otoczeniem;
- bytowe:
 - miejsce pobytu,
 - wyżywienie,
 - utrzymanie czystości.

Przy czym, jeśli nie ma wystarczającej liczby miejsc w domach pomocy społecznej, ośrodek pomocy społecznej może podpisać umowę z daną placówką świadczącą całodobową opiekę wyłonioną w otwartym konkursie i skierować do niej klienta oczekującego na miejsce w DPS.

W zakresie instytucjonalnej opieki nad osobami starszymi występuje przenikanie się systemu pomocy społecznej oraz opieki zdrowotnej. Brak jednoznacznych

⁷¹ I. Sierpowska, *Ustawa o Pomocy Społecznej. Komentarz*, Wolter Kluwer Polska, Warszawa 2007, s. 249–250; Ustawa o pomocy społecznej z dn. 12 marca 2004 r., Dz.U. z 2004 r. nr 64, poz. 593, z późn. zm.

⁷² Ustawa z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej, Dz.U. z 2016 r., poz. 930.

kryteriów przyjmowania do poszczególnych typów instytucji oferujących pomoc długookresową sprawia, że często pełnią one wobec siebie rolę substytutów, np. osoby kierowane do domów pomocy społecznej dla osób somatycznie chorych oraz do zakładów opiekuńczo-leczniczych (ZOL) i zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych (ZPO) charakteryzują się podobnym stanem zdrowia⁷³.

Opieka w placówkach zamkniętych, zapewniających usługi opiekuńcze finansowane przez NFZ, jest świadczona w ramach⁷⁴:

- 1) oddziałów opieki paliatywnej,
- 2) oddziałów dla osób przewlekle chorych,
- 3) hospicjów stacjonarnych,
- 4) zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczy (ZPO),
- 5) zakładów opiekuńczo-leczniczych (ZOL).

Na szczególną uwagę zasługują ZOL i ZPO, które – jak już wspomniano – często zastępują domy pomocy społecznej dla osób somatycznie chorych osobom starszym. Obecnie w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych nie ma już ograniczenia dotyczącego czasu przebywania w tych placówkach (ograniczenie to wynosiło sześć miesięcy z możliwością przedłużenia pobytu do dwunastu miesięcy).

Problemy w zakresie podziału zadań pomiędzy systemem ochrony zdrowia a systemem pomocy społecznej występują obecnie praktycznie we wszystkich krajach Unii Europejskiej. Badacze zajmujący się tą tematyką wskazują na konieczność wypracowania zintegrowanych

⁷³ *Opieka długoterminowa w Polsce: ocena stanu obecnego oraz rozwiązania na przyszłość*, A. Koziarkiewicz, K. Szczerbińska, (red.), TerMedia, Poznań 2007, s. 23.

⁷⁴ *Tamże*, s. 10.

rozwiązań systemowych pomocy osobie starszej, tak aby następowało płynne przechodzenie pomiędzy systemami, a nie dublowanie instytucji.

2.2.4. Pomoc świadczona w ramach nieformalnych rodzinnych i nierodzinnych sieci wsparcia

W Europejskim Sondażu Społecznym 40% kobiet i 9% mężczyzn w wieku 45–64 lata deklaruje zajmowanie się domem, opiekę nad dziećmi lub innymi osobami⁷⁵. Oznacza to, że nadal to głównie kobiety sprawują opiekę nad wnukami lub starymi rodzicami i to one są opiekunkami, poświęcając swój wolny czas na wykonywanie czynności opiekuńczych. Kobiety najczęściej sprawują pomoc poprzez wykonywanie czynności, których osoba starsza sama nie może wykonać. Mężczyźni natomiast, jeśli czują się zobligowani do wsparcia osoby starszej, to są bardziej skłonni zapłacić opiekunce za wykonanie czynności opiekuńczych niż samodzielnie je wykonywać. Opieka świadczona przez członków rodziny to zarówno pomoc w wykonywaniu czynności wymagających siły fizycznej, jak i – w miarę utraty samodzielności osoby starszej – wszystkie czynności dnia codziennego. Opieka ta bywa uzupełniana poprzez zakup usług na wolnym rynku lub korzystanie przez pewien czas z opieki instytucjonalnej (choć nadal oferta instytucji prywatnych w tym zakresie jest uboga, a placówki prowadzone przez jednostki samorządu terytorialnego nie świadczą praktycznie takich usług).

Zmniejszenie się liczby posiadanego potomstwa, nie trwałość małżeństw i rozpowszechnianie się kohabitacji wpływają na relacje wewnątrzrodzinne i gotowość do udzielania wsparcia w sytuacji, gdy jest ono potrzebne.

⁷⁵ D. Duch-Krzysztozek, *Praca płatna w życiu kobiet i mężczyzn*, [w:] P. Szukalski, *Przygotowanie do starości. Polacy wobec starzenia się*, ISP, Warszawa 2008, s. 95.

W przypadku rozpadu związku dzieci pozostają najczęściej pod opieką matki, która musi się zmagać z obowiązkami wychowawczymi samodzielnie i jest dodatkowo obciążona. Z drugiej strony wytwarzają się słabsze więzi pomiędzy ojcem a potomstwem i w starości dzieci nie są skłonne do sprawowania opieki nad niesamodzielnym ojcem. W kontekście opieki nad osobami starszymi pojawia się dodatkowo problem emigracji młodszego pokolenia⁷⁶. Osoby, które założyły rodzinę w Wielkiej Brytanii, mogą liczyć na pomoc dziadków w opiece nad wnukami tylko w ograniczonym stopniu lub, ze względu na odległość, nie mogą liczyć na nią wcale. Podwyższanie się efektywnego wieku przechodzenia na emeryturę, szczególnie wśród kobiet, powoduje, że babcie mają mniej czasu dla wnuków. Z drugiej strony, ze względu na rozluźnianie więzi rodzinnych, dzieci odczuwają coraz mniejszą presję, aby opiekować się starzejącymi rodzicami, a korzystanie z instytucjonalnych form opieki nad osobami starszymi przestaje stygmatyzować rodzinę.

Coraz ważniejsza w kontekście przemian rodziny zdaje się być pomoc udzielana przez nieformalne nierodzinne sieci wsparcia. Osoby starsze często korzystają także z pomocy sąsiadów i znajomych. Najczęściej ich pomoc ogranicza się do zrobienia zakupów. Często osoby wspierające seniora są w zbliżonym do niego wieku. Można zatem mówić o samopomocy w obrębie grupy rówieśniczej; zdrowsze jednostki pomagają mniej sprawnym osobom.

⁷⁶ Z. Ciupijus, *Mobile central eastern Europeans in Britain: successful European Union citizens and disadvantaged labour migrants?*, Work Employment & Society, vol. 25, no. 3, 2011.

Podsumowanie

Proces starzenia się populacji Polski powoduje wzrost zapotrzebowania na różne formy pomocy społecznej. Wraz ze wzrostem parytetu nabywczego dochodów osób starszych rośnie zapotrzebowanie na różnorodność form opieki. To właśnie różnorodność istniejących w krajach Europy Zachodniej form opieki oferowanych ludziom starszym jest główną różnicą pomiędzy tymi państwami a Polską. Jednak można się spodziewać, że wraz ze wzrostem możliwości Polaków oraz zmniejszaniem się potencjału opiekuńczego rodziny będzie również pojawiać się bardziej zróżnicowana oferta opieki nad osobami starszymi oraz będzie się poprawiać jakość tej już istniejącej. Dyspersji form odpowiada zróżnicowanie kosztów owej opieki w skali makro; udział wydatków na opiekę nad osobami starszymi tylko w czterech krajach Unii Europejskiej przekracza 1% produktu krajowego brutto. W Szwecji wynosi 2,8% PKB, w Danii 1,78% PKB, w Wielkiej Brytanii 1,4%, a w Austrii 1,03%⁷⁷.

Zróżnicowanie form pomocy osobom starszym powoduje, że płynna jest granica pomiędzy długookresowym wsparciem a incydentalną pomocą udzielaną przez rodzinę i państwo. Natomiast wielość typów domów dla osób starszych powoduje, że klasyfikacja poszczególnych rodzajów domów jest trudna.

Należy zwrócić uwagę, że zapotrzebowanie na opiekę wzrasta wraz z wiekiem. Odsetek osób wymagających pomocy przy wykonywaniu codziennych czynności wśród osób będących w wieku 75 lat i więcej jest spowodowany częstszym występowaniem niepełnosprawności. Opieka długoterminowa jest adresowana nie tylko do osób starszych. Jednak ze względu na zwiększony odsetek wśród

⁷⁷ *Long-term Care for Older People*, OECD, Paris 2005, s. 26–29.

seniorów osób nieradzących sobie z wykonywaniem codziennych czynności w krajach rozwiniętych większość klientów opieki instytucjonalnej to osoby starsze. Osoby starsze najczęściej uzyskują pomoc w swoim środowisku zamieszkania, a polityka Unii Europejskiej ukierunkowana jest na rozwój lokalnych sieci wsparcia. Gdy jednak instytucje pomocy środowiskowej, sieć rodzinna oraz sieć kontaktów koleżeńskich nie mogą zapewnić należytej opieki w dotychczasowym środowisku seniora, niezbędna staje się pomoc instytucjonalna. Opieka długoterminowa obejmuje zgodnie z założeniami OECD zarówno opiekę środowiskową, jak i instytucjonalną. W skali wydatków przeznaczanych na opiekę długoterminową w krajach wysoko rozwiniętych przodują kraje skandynawskie – Szwecja i Norwegia⁷⁸. Jest to związane z rozwiniętym zakresem obowiązków państwa opiekuńczego, a tym samym realizowanym modelem polityki społecznej. Dodatkowo zwiększonym nakładom na pomoc instytucjonalną towarzyszą zmiany modelu rodziny. Państwo przejmuje funkcje dawniej należące do rodziny. Najniższe wydatki na opiekę długoterminową są w krajach, gdzie rodzina jest nadal głównym podmiotem sprawującym opiekę nad osobami niesamodzielnymi, które wymagają pomocy w codziennej egzystencji, tj. w Polsce, Irlandii, Hiszpanii, Japonii. Można jednak przypuszczać, że konieczne będzie znaczące zwiększenie nakładów na opiekę nad osobami starszymi w Polsce, szczególnie, gdy do wieku charakteryzującego się zwiększonym zapotrzebowaniem na wsparcie zaczną dochodzić rodzice emigrantów z fali postakcesyjnej do Unii Europejskiej.

⁷⁸ *Tamże*.

2.3. Opieka nad osobami starszymi z perspektywy osób starszych i opiekunów w świetle istniejących badań

Informacje dotyczące tego, jakie są potrzeby opiekuńcze osób starszych, kto sprawuje opiekę, w jakim wymiarze oraz kwestii odpowiedzialności za sprawowanie opieki, można znaleźć zarówno w badaniach panelowych, np. takich jak Diagnoza Społeczna, jak i jednorazowych badaniach przeprowadzanych zarówno na reprezentatywnych próbach dla mieszkańców całej Polski, jak i społeczności lokalnych. Nie ma jednak kompleksowego przeprowadzonego na reprezentatywnej próbie badania poświęconego tylko opiece nad osobami starszymi. W niniejszym rozdziale przedstawiony zostanie obraz dotyczący kwestii opiekuńczych na podstawie wybranych badań.

Wsparcie w postaci pielęgnacji i opieki nad niesamodzielną osobą starszą świadczą głównie kobiety w wieku 45–64 lata. Jednocześnie kobiety te często angażowane są przez własne dzieci do opieki nad wnukami, ponieważ w rolę społeczną babci wpisana jest opieka nad najmłodszym pokoleniem. Zgodnie z badaniami Eurobarometr na pytanie, w jakim stopniu ludzie w wieku 55 lat i więcej wnoszą wkład w dziedzinie życia społecznego, jaką jest opieka nad wnukami, 83% Polaków odpowiada, że wnoszą duży wkład, 65% odpowiada, że wnoszą duży wkład jako podpora finansowa dla swoich rodzin oraz 64% jako opiekunowie chorych lub niepełnosprawnych członków rodziny⁷⁹. Eurobarometr potwierdza zatem powszechne przekonanie, że osoby starsze wnoszą największy wkład w opiekę nad niesamodzielnymi członkami rodziny.

⁷⁹ European Commission, Eurobarometr 2009, <http://www.europarl.europa.eu/aboutparliament/pl/00191b53ff/Eurobarometer.html>, dostęp: 20.10.2016.

Osobom starszym przypisywane są powszechnie cechy, takie jak cierpliwość, obowiązkowość, doświadczanie. Cechy te w oczach społeczeństwa predysponują osoby starsze do sprawowania opieki nad innymi członkami rodziny, a często występuje swoisty przymus pomagania innym członkom rodziny. Na pytanie, jakie byłyby najbardziej użyteczne środki, jakie rząd mógłby wprowadzić, aby pomóc osobom, które opiekują się starszymi członkami rodziny, respondenci wskazują otrzymywanie wynagrodzenia finansowego za zapewnianą opiekę – 35%, możliwość pracy w elastycznych godzinach – 31%, opłacanie przez rząd składek emerytalnych za czas zapewnienia opieki – 33%, ale już tylko niecała jedna piąta respondentów uważa, że osoba opiekująca się starszym członkiem rodziny powinna mieć możliwość tymczasowego odejścia z pracy z prawem późniejszego powrotu na to samo stanowisko, 13% osób wskazało na coroczne uprawnienie do urlopu z opieką zastępczą na ten czas finansowana z funduszy publicznych jako na możliwe do wprowadzenia udogodnienie w sprawowanej opiece. Najmniejszym powodzeniem wśród respondentów cieszyła się pomoc państwa w zakresie zapewniania bezpłatnych szkoleń dotyczących sposobów zapewniania opieki, tylko co dziesiąty respondent wybrał taką możliwość⁸⁰. Niedocenianie znaczenia odpowiedniej wiedzy dotyczącej pielęgnacji, którą można nabyć podczas profesjonalnych szkoleń wskazuje, że postrzegamy osoby na przedpolu starości lub osoby starsze zajmujące się opieką nad sędziwymi seniorami jako posiadające wystarczającą wiedzę i umiejętności niezbędne w udzielaniu wsparcia. Mądrość zdobyta w trakcie całego życia jest postrzegana jako wystarczające źródło wiedzy do udzielania pomocy. Przedstawione wyniki badania Eurobarometr pokazują, że kulturowo ukształtowana jest

⁸⁰ *Tamże*.

rola osób starszych jako opiekunów wnuków, a rola opiekunów osób niesamodzielnych lub chorych jest dopiero na trzecim miejscu.

Jeśli postrzegamy osoby na przedpolu starości i młodych starych⁸¹ jako osoby zapewniające opiekę wnukom, to na kogo liczymy w sytuacji własnej starości lub niedołęstwa? Odpowiedzi na to pytanie mogą udzielić wyniki badania przeprowadzonego przez Instytut Spraw Publicznych pt. „To idzie starość” na reprezentatywnej próbie osób w wieku 45–65 lat, a więc z jednej strony potencjalnych opiekunów małych dzieci i niesamodzielnych seniorów, a z drugiej strony osób, które już zaczynają myśleć nad swoją starością. Prawie 59% respondentów uważało, że opieka nad niesamodzielnymi rodzicami jest obowiązkiem dzieci. Częściej taką odpowiedź podawali mieszkańcy wsi i małych miasteczek oraz osoby z niższym wykształceniem⁸². Ale już tylko niespełna 40% respondentów uważało, że opieka nad starszym niesamodzielnym krewnym jest powinnością całej rodziny. Natomiast 30% respondentów uważa, że opieka jest powinnością całego społeczeństwa i powinna być sprawowana poprzez instytucje społeczne specjalnie do tego powołane. Większość respondentów chciałaby zamieszkiwać samodzielnie, nawet jeśli nie byłby całkowicie samodzielni, a ewentualnej pomocy oczekiwaliby od rodziny, przyjaciół lub sąsiadów. Co czwarty respondent chciałby zamieszkiwać ze swoimi dziećmi i wnukami. Zgodnie z teorią wymiany, jeśli senior poświęci swoje zasoby czasu na opiekę nad wnukami, to w przyszłości zwiększa prawdopodobieństwo otrzymania pomocy, wsparcia w codziennym funkcjonowaniu od swoich

⁸¹ Osoby na przedpolu starości to osoby w wieku 45–60/64 lata, a młodzi starszy do osoby w wieku 60/65–74/79 lat.

⁸² E. Bojanowska, *Opieka nad ludźmi starszymi*, [w:] P. Szukalski, *Przygotowanie, op. cit.*, s. 212.

dzieci i wnuków⁸³. Zamieszkując z dziećmi i wnukami, z jednej strony może opiekować się najmłodszym pokoleniem, z drugiej przy wspólnym zamieszkiwaniu na pewno uzyska wsparcie w momencie utraty samodzielności.

Łączenie pracy zawodowej i obowiązków opiekuńczych przeanalizowane zostało w badaniu AZER. Z badania wynika, że kobiety poświęcają na obowiązki opiekuńcze 10,5 godziny tygodniowo, podczas gdy mężczyźni tylko 4,7 godziny. Jeśli w gospodarstwie domowym była osoba dorosła wymagająca opieki, to kobiety poświęcały średnio 18,2 godziny na tydzień na sprawowanie opieki, mężczyźni tylko 9,3 godziny⁸⁴. Badania pokazują również, że następuje wymiana pomiędzy czasem poświęcanym na sprawowanie funkcji opiekuńczych a pracą zawodową. Jeśli tylko w gospodarstwie nie ma dzieci wymagających opieki i dorosłych niesamodzielnych, to zwiększa się aktywność zawodowa kobiet.

Badanie pt. „PolSenior Aspekty medyczne, psychologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce” pokazało, że prawie połowa 70-latków, 62% 80-latków i ponad 80% 90-latków otrzymywało pomoc od osób trzecich⁸⁵. Jednocześnie badanie potwierdziło wyniki wcześniej cytowanych badań, że pomoc najczęściej jest świadczona przez rodzinę osoby niesamodzielnej przy znikomym albo żadnym wsparciu struktur formalnych. Wyniki uzyskane w badaniu PolSenior wskazują, że około 75 roku życia następuje znaczne pogorszenie stanu zdrowia i konieczność

⁸³ *Współczesne teorie wymiany społecznej*, M. Kempny, J. Szmatka (red.), PWN, Warszawa 1992, s. 43–44.

⁸⁴ B. Bobrowicz, *Alokacja czasu: praca i edukacja versus funkcje opiekuńcze i prace domowe*, [w:] I.E. Kotowska, U. Sztanderska, I. Wóycicka, *Aktywność zawodowa i edukacyjna a obowiązki rodzinne w Polsce w świetle badań empirycznych*, Wydawnictwo SCHOLAR, Warszawa 2007, s. 85.

⁸⁵ P. Błędowski, *Potrzeby opiekuńcze osób starszych*, [w:] *PolSenior. Aspekty medyczne*, op. cit., s. 449–455.

uzyskiwania wsparcia. O ile w grupie 65–69 lat niespełna 15%, a w grupie 70–74 lata 19% wymaga pomocy innych osób, o tyle w grupie wieku 75–79 lat już prawie co trzeci senior potrzebuje pomocy (tabela 5).

TABELA 5. ODSETEK OSÓB STARSZYCH WYMAGAJĄCYCH POMOCY INNYCH OSÓB (W %)

Grupa wieku	Odsetek
65–69	14,5
70–74	19,1
75–79	31,5
80–84	48,6
85–89	62,5
90+	80,4

Źródło: P. Błędowski, *Potrzeby opiekuńcze osób starszych*, [w:] *PolSenior*, op. cit., s. 454.

Z badania wynika także, że kobiety zdecydowanie częściej deklarowały potrzebę uzyskiwania pomocy. Czynnikiem różnicującym konieczność otrzymywania wsparcia był poziom wykształcenia. Osoby legitymujące się wykształceniem podstawowym częściej deklarowały, że potrzebują wsparcia (42% respondentów), tylko niespełna 20% z wyższym wykształceniem deklarowało konieczność uzyskiwania pomocy⁸⁶. Zgodnie z wynikami badania PolSenior tylko 8% osób starszych wymagających wsparcia było go pozbawione. Można jednak podejrzewać, że nie wszystkie osoby uzyskujące wsparcie otrzymują je w wystarczającej wysokości, tj. część osób

⁸⁶ *Tamże*, s. 455.

może zbyt rzadko lub w zbyt małym wymiarze czasowym otrzymywać pomoc, aby wszystkie potrzeby opiekuńcze były zaspokojone.

Badanie przeprowadzone w Łodzi⁸⁷ na całej populacji osób w wieku 60 lat i więcej oczekujących na miejsca w domach pomocy społecznej potwierdzają dane uzyskane na reprezentatywnych dla całej Polski próbach. Jednak przeprowadzone badanie pozwala na głębsze spojrzenie na kwestie potrzeb opiekuńczych i ich zaspokojenia w ramach nieformalnych rodzinnych i nierodzinnych sieci wsparcia. Wśród badanych dominowały kobiety, które stanowiły 72,4% badanych (wśród mieszkańców Łodzi w wieku 60 lat i więcej kobiety stanowią 64%⁸⁸). Jest to pochodna statusu rodzinnego starszych kobiet, wśród których występuje częstsze wdowieństwo, dodatkowo populacja Łodzi była i jest bardzo sfeminizowana ze względu na strukturę migrantów w latach 70. XX wieku. Analiza wieku osób otrzymujących pomoc wskazuje, że najmniejszą potrzebę w zakresie pomocy w wykonywaniu codziennych czynności mają osoby w wieku 70–79 lat. Jest to zgodne z wcześniejszymi analizami pokazującymi, że osoby te charakteryzują się stosunkowo dobrym stanem zdrowia i nie wymagają tak intensywnego wsparcia ze strony innych, jak osoby w wieku 80 lat i więcej. Z pomocy członków rodziny częściej korzystają osoby oczekujące na miejsce w domach dla osób somatycznie chorych (54,8%), ponieważ ich stan zdrowia ogranicza możliwość samodzielnej egzystencji (tabela 6). Pozostali ze względu na główny powód ubiegania się o miejsce w domu pomocy społecznej – chęć zabezpieczenia swojej przyszłości

⁸⁷ Badanie PolSenior było badaniem reprezentatywnym dla mieszkańców Polski. Natomiast badanie w Łodzi dotyczyło tylko mieszkańców Łodzi oczekujących na przyjęcie do domu pomocy społecznej.

⁸⁸ P. Błędowski, *Potrzeby opiekuńcze*, *op. cit.*, s. 449–455.

i antycypacja utraty samodzielności – w trakcie badania nie wymagali pomocy innych osób w wykonywaniu codziennych czynności (tylko 22,1% tych seniorów uzyskiwało wsparcie od rodziny). Brak pomocy ze strony rodziny nie musi być oznaką słabych więzów czy niemożności otrzymania tej pomocy, lecz wynikiem tego, że w przypadku dobrego zdrowia nie występuje potrzeba korzystania z takiego wsparcia.

TABELA 6. POMOC UDZIELANA PRZEZ RODZINĘ WEDŁUG TYPU DPS (W %)

Typ domu pomocy społecznej	Rodzina udziela pomocy			Razem
	Tak	Nie	Nie dotyczy	
Dla osób w podeszłym wieku	22,1	54,7	23,2	100,0
Dla osób somatycznie chorych	54,8	26,2	19,0	100,0

Źródło: Badania własne.

Pomoc w ramach rodziny najczęściej jest świadczona przez kobiety. Wsparcie od swoich córek otrzymywało 14,5% seniorów, syn pomagał w 10,9% przypadków, zaś współmałżonkowie – w 7,2%. Najmniej liczna była frakcja osób otrzymujących pomoc ze strony wnuków (2,7%). Jest to spowodowane zarówno małą liczebnością grupy posiadającej wnuki, jak i zapewne relacjami wewnątrzrodzinnymi. Pomoc wnuków jest zazwyczaj skorelowana z pomocą ze strony dzieci. Jeśli dzieci nie utrzymują kontaktów z rodzicami lub im nie pomagają, wnuki również nie będą wspierały dziadków. Prawie 11% badanych otrzymywało wsparcie ze strony innych krewnych, głównie synowej lub rodzeństwa zmarłego współmałżonka.

Najczęstszym rodzajem pomocy świadczonej badanym przez krewnych w ramach pomocy rodzinnej są zakupy

(91,1%) oraz sprzątanie mieszkania (80,0%) (tabela 7). Są to czynności wymagające odpowiedniej siły fizycznej oraz sprawności. Dodatkowo robienie zakupów i załatwianie spraw administracyjnych (takich jak: płatności, umawianie wizyty do lekarza, itp.) to czynności wymagające wyjścia z mieszkania i przejścia pewnego odcinka. Ponad 1/4 seniorów korzystała z pomocy krewnych przy wykonywaniu codziennej toalety, a prawie 1/3 przy braniu leków. Najmniej osób otrzymywało pomoc przy paleniu w piecu, ale głównie ze względu na dużą liczbę osób posiadających ogrzewanie z miejskiej elektrociepłowni.

TABELA 7. ODSETEK OSÓB UZYSKUJĄCYCH POMOC KREWNÝCH PRZY WYKONYWANIU WYBRANYCH CZYNNOŚCI W ZBIOROWOŚCI SENIORÓW UZYSKUJĄCYCH WSPARCIE (W %)

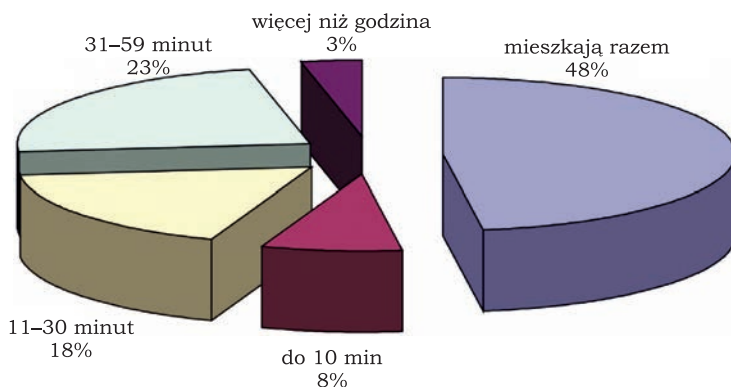
Czynności	Odsetek
Robienie zakupów	91,1
Sprzątanie mieszkania	80,0
Gotowanie posiłków	56,7
Codzienna toaleta	23,3
Palenie w piecu	3,3
Podawanie leków	32,2
Załatwianie spraw administracyjnych	62,2

Źródło: Badania własne.

Rodzaj pomocy oferowanej przez rodzinę różni się również w zależności od wieku seniorów. Najstarsi korzystają najczęściej z pomocy w postaci robienia zakupów, sprzątania mieszkania oraz załatwiania spraw administracyjnych. Z pomocy przy wykonywaniu codziennej toalety korzystają częściej osoby w wieku do 75 lat (w tej grupie wieku było więcej osób niesamodzielnych niż wśród starszych).

Na fakt udzielania pomocy osobie starszej przez rodzinę składa się z jednej strony zapotrzebowanie na taką formę pomocy ze strony seniora, z drugiej zaś możliwości rodziny w zakresie udzielania takiego wsparcia. Ponad 1/4 osób badanych otrzymywała pomoc codziennie. Były to najczęściej osoby leżące, wymagające asysty przy wykonywaniu najprostszych nawet czynności codziennych, najczęściej zamieszkujące z rodziną. W pozostałych przypadkach rodzina najczęściej pomagała raz w tygodniu. Jest to związane z wykonywaniem większych zakupów w hipermarketach. Seniorzy najczęściej nie posiadają samochodów, dojazd zatem do odległego sklepu, a następnie przyniesienie zakupów do domu, jest praktycznie niemożliwe. Pomoc udzielana raz w miesiącu dotyczyła załatwiania spraw administracyjnych, czyli wszelkiego rodzaju opłat związanych z bieżącymi rachunkami.

Determinantą możliwości uzyskania wsparcia od potomstwa jest przede wszystkim płeć dziecka. Kobiety częściej udzielają wsparcia w postaci usług opiekuńczych niż mężczyźni. Nie jest to jednak jedyny czynnik wpływający na fakt otrzymywania wsparcia. Istotna z punktu widzenia zagadnień opieki nad seniorami jest odległość zamieszkania osoby udzielającej wsparcia od jego beneficjenta. Najczęściej wsparcie uzyskują osoby wspólnie zamieszkujące z potencjalnymi opiekunami (47,8% osób otrzymujących wsparcie mieszkało z opiekunem). Prawie 45% badanych mieszkało w odległości do 1 godziny drogi od opiekuna (wykres 4). Niespełna 8% otrzymujących pomoc mieszkało dalej niż godzina drogi. Pracownicy socjalni w trakcie przeprowadzanych wywiadów zwracali uwagę, że część seniorów ma dzieci, jednak nie mogą one sprawować opieki, ponieważ wyemigrowały za granicę lub do innego miasta i ich wizyty u seniorów są sporadyczne.

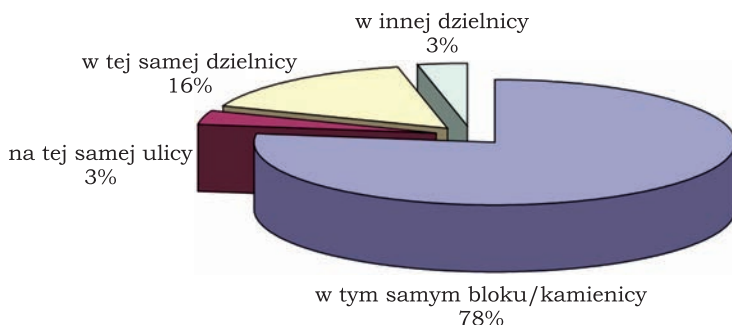


WYKRES 4. ODLEGŁOŚĆ MIEJSCA ZAMIESZKANIA SENIORA I KREWNEGO UDZIELAJĄCEGO WSPARCIA

Źródło: Badania własne.

Sąsiedzi stanowili drugą – po rodzinie – najważniejszą grupę wsparcia, głównie ze względu na bliskość zamieszkania. Dla osób otrzymujących wsparcie ze strony osób niespokrewnionych najczęstszymi świadczeniodawcami były osoby mieszkające w tym samym budynku, w którym mieszkał senior (wykres 5). W przypadku osób posiadających rodzinę sieci te pełnią jedynie rolę komplementarną. W przeprowadzonym badaniu pytano również o prywatne opiekunki udzielające wsparcia odpłatnego. Odsetek osób uzyskujących wsparcie ze strony nieformalnych, nierodzinnych sieci wsparcia wynosił w badanej populacji 26,2%. Wśród osób udzielających wsparcia dominowali sąsiedzi (79,3% badanych otrzymujących wsparcie uzyskiwało pomoc ze strony sąsiadów) oraz znajomi i przyjaciele (13,8%), natomiast z usług prywatnej opieki korzystało tylko 6,9% badanych seniorów.

Sąsiedzi najczęściej wykonywali cięższe zakupy (77,9%). Tylko niespełna 1/5 osób otrzymujących wsparcie pozarodzinne uzyskuje pomoc w sprzątaniu mieszkania (tabela 8). Czynności takie jak podawanie leków i codzienna toaleta



WYKRES 5. ODLEGŁOŚĆ MIEJSCA ZAMIESZKANIA SENIORA I NIE-SPOKREWNIONEJ OSOBY UDZIELAJĄCEJ WSPARCIA

Źródło: Badania własne.

były świadczone przez prywatną opiekunkę. Dodatkową formą pomocy, głównie sąsiedzkiej, jest doglądanie osoby starszej. Sąsiedzi zostają w domu z seniorem wówczas, gdy członkowie rodziny muszą gdzieś wyjść. W przypadku osób mieszkających samodzielnie sąsiedzi informują rodzinę, gdy pojawiają się jakieś problemy, lub gdy nastąpi wypadek.

TABELA 8. RODZAJ POMOCY ZE STRONY OSÓB NIE-SPOKREWNIONYCH (JAKO % OSÓB UZYSKUJĄCYCH WSPARCIE)

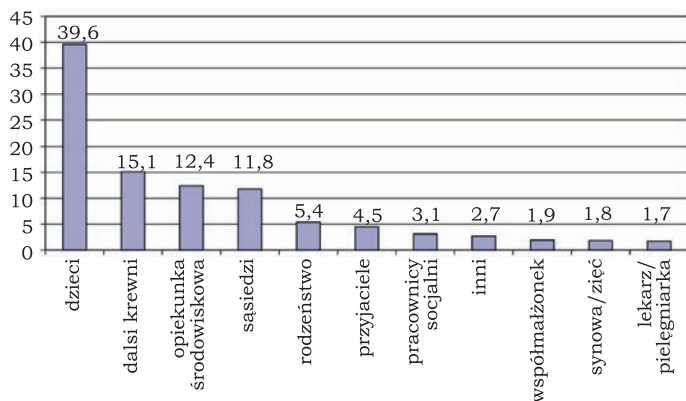
Czynności	Odsetek
Robienie zakupów	77,6
Sprzątanie mieszkania	19,0
Gotowanie posiłków	22,4
Codzienna toaleta	1,7
Palenie w piecu	3,4
Podawanie leków	1,7
Załatwianie spraw administracyjnych	13,8
Doglądanie osoby starszej	13,8

Źródło: Badania własne.

Pomoc sąsiadów i znajomych jest najczęściej świadczona dwa razy w tygodniu. W badaniu pytano o liczbę dni w miesiącu, ponieważ ustalenie dokładnego wymiaru godzinowego było niemożliwe ze względu na zmienność trwania pomocy. Odsetek osób uzyskujących pomoc codziennie wynosił 12,1% i dotyczył tych seniorów, którzy uzyskiwali pomoc w przygotowaniu posiłków. Natomiast pomoc w wymiarze jednego dnia w miesiącu dotyczyła seniorów uzyskujących wsparcie w zakresie załatwiania spraw administracyjnych.

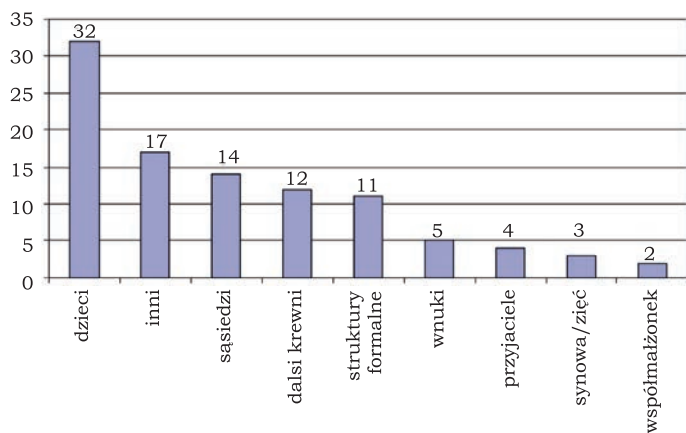
Istnieją znaczne różnice pomiędzy kobietami i mężczyznami w zakresie otrzymywania pomocy ze strony osób niespokrewnionych. Tylko 14,7% mężczyzn uzyskuje taką pomoc, podczas gdy prawie 1/3 kobiet korzysta ze wsparcia osób niespokrewnionych. Tak znaczne różnice są pochodną dysproporcji w zakresie stanu cywilnego (jak już wspomniano tylko 17,5% kobiet posiadało współmałżonka, a 39,3% mężczyzn było żonatych).

Wagę nieformalnych, nierodzinnych sieci w systemie wsparcia osoby starszej potwierdzają także badania przeprowadzonego przez P. Szukalskiego w 2004 r. w Łodzi (pokazuje sytuację osób po 75. roku życia korzystających z pomocy społecznej). W przypadku zajścia nagłej potrzeby lub problemów zdrowotnych większość respondentów pomocy oczekiwałaby od dzieci. Jednak sieci wsparcia sąsiedzkiego były dla prawie 12% (w przypadku zajścia nagłej potrzeby) i 14% (w momencie wystąpienia problemów zdrowotnych) badanych potencjalnym źródłem pomocy (wykresy 6 i 7). Tylko w przypadku problemów finansowych sieci sąsiedzkie nie odgrywają istotnej roli i tylko 3% badanych brało pod uwagę sąsiadów, a 5% przyjaciół jako źródło pomocy. Jedna piąta respondentów twierdziła, że nie miałaby się do kogo zwrócić o pomoc w przypadku tych problemów. Większość respondentów deklarowała samodzielność w zaspokajaniu potrzeb związanych



WYKRES 6. POTENCJALNE ŹRÓDŁA WSPARCIA OSÓB W WIEKU 75 LAT I WIĘCEJ KORZYSTAJĄCYCH Z POMOCY SPOŁECZNEJ W ŁÓDZI W 2004 R. W PRZYPADKU ZAJŚCIA NAGŁEJ POTRZEBY (%)

Źródło: obliczenia własne na podstawie: Status rodzinny a sytuacja bytowa i zdrowotna osób sędziwych w środowisku wielkomiejskim (grant KBN 2H2OE03424), zrealizowane w 2004 r.



WYKRES 7. POTENCJALNE ŹRÓDŁA WSPARCIA OSÓB W WIEKU 75 LAT I WIĘCEJ KORZYSTAJĄCYCH Z POMOCY SPOŁECZNEJ W ŁÓDZI W 2004 R. W PRZYPADKU PROBLEMÓW ZDROWOTNYCH (%)

Źródło: obliczenia własne na podstawie: Status rodzinny a sytuacja bytowa i zdrowotna osób sędziwych w środowisku wielkomiejskim (grant KBN 2H2OE03424), zrealizowane w 2004 r.

z codzienną egzystencją. Jako podstawowe źródło wsparcia wskazywali na rodzinę, przede wszystkim współmałżonka, dzieci i wnuki, jednak sąsiedzi byli istotnym i często branym pod uwagę źródłem potencjalnej pomocy.

Podsumowanie

Z zaprezentowanych badań wynika, że obowiązek opieki nad wnukami i niesamodzielnymi seniorami spada głównie na kobiety. Subpopulacja kobiet w wieku 45–64 lata zostaje więc obciążona potrójnymi obowiązkami: zawodowymi, opiekuńczymi w stosunku do najmłodszego pokolenia i opiekuńczymi w stosunku do osób starszych. Z populacji kobiet należących do wspomnianej już tzw. *sandwich generation* rekrutują się także opiekunki świadczące odpłatną pomoc. Zmniejszająca się populacja potencjalnych opiekunek powoduje dodatkowy deficyt w podaży⁸⁹ usług opiekuńczych.

Grupa sąsiedzka jest istotnym ogniwem w łańcuchu pomocy osobie starszej i coraz częściej stanowi nie tylko uzupełnienie wsparcia rodzinnego, lecz jest substytucyjna w stosunku do niego szczególnie, gdy osoba starsza jest samotna. W obrębie grup rówieśniczych, koleżeńskich lub sąsiedzkich seniorzy najczęściej szukają wsparcia, gdy nie mogą go uzyskać w obrębie rodziny lub nie posiadają rodziny.

Z kwestią zapewnienia opieki wiąże się również konieczność właściwej oceny potrzeb seniorów oraz diagnoza ich sytuacji życiowej. Brak kompleksowej charakterystyki

⁸⁹ Dwa pozostałe główne czynniki to niskie płace w sektorze opiekuńczym oraz fakt, że jest to ciężka zarówno fizycznie, jak i obciążająca psychicznie praca.

populacji osób starszych powoduje, że często oferowana im pomoc nie jest optymalna, np. oczekiwanie na przyjęcie do domu pomocy społecznej średnio trzy lata sprawia, że stan zdrowia seniora w momencie kierowania do tej instytucji jest zazwyczaj lepszy niż w momencie zamieszkania i okazuje się, że w momencie zamieszkania osoba starsza powinna być umieszczona w domu pomocy społecznej dla osób somatycznie chorych lub w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, a nie w domu pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku.

3. Zapotrzebowanie na opiekę wśród najstarszych seniorów

Informacje o stanie zdrowia ludzi starych – jak już wspomniano we wcześniejszych rozdziałach – można uzyskać, np. analizując badania przeprowadzone przez Główny Urząd Statystyczny⁹⁰. W 2009 roku przeprowadzono – po raz pierwszy – Europejskie Ankietowe Badanie Zdrowia (EHIS⁹¹). Badanie zostało zaprojektowane zgodnie z wytycznymi Eurostatu i umożliwiło pozyskanie aktualnych informacji na temat stanu zdrowia ludności oraz analizę zmian zachodzących w tym zakresie w Polsce. Badanie prowadzone cyklicznie – dzięki standaryzacji narzędzia

⁹⁰ W latach 1996 i 2004 przeprowadzane zostały badania ankietowe dotyczące stanu zdrowia ludności na reprezentatywnej grupie Polaków; GUS, Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r., Warszawa 2011, s. 3.

⁹¹ European Health Interview Survey.

– umożliwia porównania międzynarodowe. Obecnie dostępne są wyniki z 2014 roku.

Dane dotyczące samooceny stanu zdrowia Polaków – w tym osób starszych – można także znaleźć w panelowym badaniu Diagnoza Społeczna przeprowadzanym cyklicznie co dwa lata od 1991 roku⁹².

Na tle wymienionych badań szczególnie interesujące – ze względu na wielość informacji – jest wspomniane już badanie „Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludności w Polsce” funkcjonujące pod skróconą nazwą PolSenior, w którym to zespół medyków, demografów, socjologów, polityków społecznych, ekonomistów, architektów przeprowadził ankietę oraz badanie medyczne 5695 osób w wieku 55–59 lat i 65 lat i więcej⁹³. Jest to kompleksowe badanie seniorów przeprowadzone w ostatnich latach w Polsce. Ocena stanu zdrowia osoby starszej jest tylko punktem wyjścia do oszacowania odsetka osób niesamodzielnych. Stan zdrowia oraz niepełnosprawność są głównymi czynnikami wpływającymi na wystąpienie niesamodzielności. Nie każda osoba odczuwająca problemy zdrowotne oraz nie każda osoba niepełnosprawna jest osobą wymagającą pomocy w wykonywaniu czynności niezbędnych do samodzielnego funkcjonowania. Dlatego też z punktu widzenia zapotrzebowania na opiekę istotne jest wystąpienie stanu uniemożliwiającego samodzielne egzystowanie.

Niezdolność do samodzielnej egzystencji, którą można utożsamić z niesamodzielnością, orzeka się zgodnie z art. 13 ust. 5 Ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r.

o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń

⁹² Np. Cykliczne badanie Diagnoza Społeczna.

⁹³ E. Piechór, A. Manikowski, M. Mossakowska, T. Zdrojewski, *Podstawowe wskaźniki realizacji badania PolSenior*, [w:] *PolSenior. Aspekty medyczne*, op. cit., s. 45.

Społecznych (Dz.U. z 2016 r., poz. 887, z późn. zm.) „w przypadku stwierdzenia naruszenia sprawności organizmu w stopniu powodującym konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych”. Odsetek osób legitymujących się orzeczeniem o niezdolności do samodzielnej egzystencji może być jednym ze wskaźników zapotrzebowania na usługi opiekuńcze świadczone całodobowo. Dlatego też do oszacowania liczby osób niesamodzielnych wykorzystane zostały statystyki Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej (MR, PiPS) w zakresie liczby osób pobierających dodatki i zasiłki pielęgnacyjne⁹⁴.

Do oszacowania zapotrzebowania na różnorodne formy pomocy oprócz danych z badania PolSenior wykorzystane zostały także statystyki Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, natomiast Legitymacją do uzyskania zasiłku lub dodatku pielęgnacyjnego jest posiadanie orzeczenia o niezdolności do samodzielnej egzystencji oraz niezdolności do pracy wydanego przez uprawniony do tego organ⁹⁵. Oczywiście podstawą takiego orzeczenia jest stan zdrowia danej jednostki uniemożliwiający jej samodzielne egzystowanie. Dlatego też w poniższym rozdziale przy szacowaniu odsetków osób niesamodzielnych wśród osób starszych wykorzystane zostały oba źródła informacji,

⁹⁴ Z. Szweida-Lewandowska, *Zapotrzebowanie na usługi opiekuńcze w kontekście starzejącej się populacji*, [w:] *Wprowadzenie do gerontometrii*, A. Rossa (red.), Wyd. Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2012, s. 102–104.

⁹⁵ Dodatek pielęgnacyjny jest wypłacany wszystkim osobom po 75. roku życia uprawnionym do pobierania świadczeń z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. Zasiłek pielęgnacyjny jest przyznawany niepełnosprawnemu dziecku, osobie niepełnosprawnej powyżej 16. lat posiadającej orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub o umiarkowanym stopniu, jeśli niepełnosprawność powstała przed ukończeniem 21 lat, osobie która ukończyła 75 lat.

a wskaźnik niesamodzielności uzyskany został przez podzielenie liczby osób niesamodzielnych przez liczbę osób w danej grupie wieku.

W statystykach udostępnianych przez ZUS ujmowane są tylko osoby, które mają prawo do pobierania dodatku pielęgnacyjnego. Jeśli natomiast użyjemy danych Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej odnośnie do liczby osób, którym przyznano zasiłek pielęgnacyjny, to pomijamy osoby niesamodzielne, które otrzymują dodatek pielęgnacyjny. Te dwa zbiory są jednak rozłączne, ponieważ można pobierać tylko jedno świadczenie (tabela 9). Należy jednak zaznaczyć, że wskaźnik niesamodzielności obliczony na podstawie tych dwóch źródeł danych w przypadku osób w wieku powyżej 75 lat może być nieadekwatny, ze względu na fakt, że wszystkie osoby uprawnione do pobierania świadczenia z ZUS otrzymują dodatek pielęgnacyjny po ukończeniu 75. roku życia, więc jeśli niesamodzielność pojawiła się po 75. roku życia, senior lub jego rodzina raczej nie będzie występował o formalne potwierdzenie niesamodzielności.

Do oszacowania liczby niesamodzielnych seniorów wykorzystane zostaną dane dotyczące odsetków niesamodzielności w poszczególnych grupach wieku uzyskane w badaniu PolSenior (tabela 10).

Z powodu braku informacji o tym, jaki odsetek osób w wieku 60–64 lata uzyskał wynik poniżej dwóch punktów w skali ADL, przyjęto, że odsetek osób w wieku 65 i 66 lat z najniższym wynikiem w skali ADL będzie równy wynikowi przyjętemu dla środka przedziału – 0,1%. Problem z określeniem odsetka osób niesamodzielnych występuje również dla osób powyżej 93 lat. W tym przypadku przyjęto założenie, że osoby w wieku 93 lata i więcej będą się charakteryzowały takim odsetkiem osób niesamodzielnych jak osoby 92 lata – 12,8%. Otrzymany w ten sposób wskaźnik niesamodzielności obrazuje odsetek osób w danym

TABELA 9. WSKAŹNIK NIESAMODZIELNOŚCI SUBPOPULACJI W WIEKU 65 LAT I WIECEJ W ROKU 2011 I 2009

Wiek	Liczba osób pobierających dodatek pielęgnacyjny z tytułu niezdolności do samodzielnej egzystencji w 2011 r.	Liczba osób pobierających zasiłek pielęgnacyjny w 2009 r.	Wskaźnik niesamodzielności obliczony na podstawie liczby osób pobierających dodatek pielęgnacyjny	Wskaźnik niesamodzielności obliczony na podstawie liczby osób pobierających zasiłek pielęgnacyjny
1	2	3	4	5
65	9 063	7 336	2,33	2,61
66	7 257	7 435	2,59	2,75
67	7 719	7 857	2,85	2,99
68	7 836	8 902	3,02	3,22
69	8 428	9 967	3,35	3,48
70	9 900	10 897	3,76	3,84
71	11 421	11 551	4,21	4,18
72	13 059	12 517	4,88	4,58
73	14 337	13 438	5,52	4,94
74	24 493	13 707	9,60	5,28
75	11 281	5 669	4,48	2,31
76	11 736	3 733	4,91	1,61

cd. tab. 9

1	2	3	4	5
77	12 300	3 842	5,50	1,66
78	12 824	3 813	6,13	1,71
79	14 107	3 650	6,81	1,69
80	15 023	3 177	7,65	1,67
81	15 110	2 725	8,05	1,58
82	14 424	2 263	8,88	1,52
83	13 434	1 988	9,26	1,47
84	12 198	1 814	9,92	1,44
85	11 065	1 437	10,10	1,40
86	10 297	1 226	10,31	1,36
87	8 214	1 016	10,31	1,36
88	6 393	674	9,37	1,23
89	4 926	541	8,99	1,20
90+	10 238	1 559	7,46	1,37

Źródło: ZUS, Departament Statystyki i Prognoz Aktuariatnych, Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej
Departament Analiz Ekonomicznych i Prognoz.

wieku niesamodzielnych, wymagających pomocy w życiu codziennym. Wskaźnik ten jest podstawą do dalszej estymacji zapotrzebowania na różnorodne formy wsparcia.

TABELA 10. WYNIKI OCENY ZDOLNOŚCI WYKONYWANIA PODSTAWOWYCH CZYNNOŚCI ŻYCIOWYCH WEDŁUG SKALI ADL W BADANIU POLSENIOR

Grupa wieku	Uzyskany wynik		
	6–5 pkt	4–3 pkt	≤ 2 pkt
65–69	99,9	–	0,1
70–74	98,9	0,5	0,5
75–79	97,2	1,7	1,1
80–84	94,1	2,9	2,9
85–89	88,3	4,3	7,4
90+	79,1	8,1	12,8

Źródło: B. Wizner i in., *Stan zdrowia*, op. cit., s. 82–83.

Szacunki zapotrzebowania na wsparcie oparte są na wielkości populacji osób obecnie korzystających z pomocy instytucjonalnej i środowiskowej. Zakładamy, że seniorzy mieszkający w instytucjonalnych formach wsparcia (np. domach pomocy społecznej) to osoby niesamodzielne, natomiast osoby korzystające z usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania są jeszcze sprawnymi osobami niemogącymi jednak samodzielnie wykonywać wszystkich czynności niezbędnych do całkowicie samodzielnej egzystencji. Założymy również, że odsetek osób w wieku 75 lat i więcej korzystających z usług pomocy środowiskowej i instytucjonalnej będzie taki sam przez cały okres prognozy. W pierwszym kroku wykorzystane zostaną wskaźniki niesamodzielności z tabeli 11 oraz prognoza liczby ludności według wieku wykonana przez GUS.

TABELA 11. LICZBA OSÓB NIESAMODZIELNYCH W WIEKU 75 LAT I WIĘCEJ W LATACH 2015–2034

	2015	2020	2025	2030	2034
75	10 891	10 152	17 520	19 627	18 656
76	9 775	8 827	14 804	16 857	17 243
77	10 177	8 988	15 061	17 507	18 388
78	10 897	9 380	14 915	18 375	19 429
79	11 427	10 295	14 014	18 607	20 224
80	11 414	11 005	10 417	18 206	19 926
81	11 039	11 046	10 138	17 239	19 663
82	10 654	10 851	9 747	16 585	19 291
83	12 340	12 206	10 702	17 309	21 198
84	13 271	13 369	12 282	17 042	22 037
85	14 030	13 608	13 400	12 948	21 813
86	13 165	13 384	13 691	12 837	21 476
87	12 592	12 925	13 482	12 376	19 940
88	11 251	12 998	13 172	11 817	17 685
89	10 523	12 369	12 793	12 030	12 407
90	11 952	14 119	14 092	14 252	13 727
91	7 609	9 292	9 753	10 286	9 556
92	6 615	8 006	8 510	9 192	8 487
93	5 328	6 433	7 725	8 137	7 962
94	3 776	5 363	6 563	7 095	7 209
95	2 932	4 482	5 543	5 806	6 121

96	1 940	3 224	4 144	4 588	4 980
97	1 039	2 444	3 134	3 531	4 000
98	740	1 709	2 198	2 821	3 156
99	548	1 041	1 594	2 090	2 324
100+	1 085	1 440	2 681	3 833	4 555
75+	217 009	228 956	262 076	310 991	361 451

Źródło: Obliczenia własne na podstawie: GUS, *Prognoza liczby ludności w Polsce 2008*, Warszawa 2009.

Do szacowania zapotrzebowania na usługi opiekuńcze można wykorzystać wyliczenia dotyczące trwania życia w zdrowiu. Wraz z wydłużaniem się życia w zdrowiu moment konieczności korzystania z pomocy osób trzecich będzie się również opóźniał. W poniższych estymacjach założono jednak, że odsetek korzystających z różnorodnych form pomocy nie zmieni się w prognozowanym okresie i pozostanie na poziomie z roku 2015. W 2015 roku 31 334 osób w wieku 75 lat i więcej korzystało z zakładów stacjonarnej pomocy społecznej⁹⁶. Załóżmy, że odsetek osób zamieszkujących w zakładach stacjonarnej pomocy społecznej lub przebywających w zakładach opieki długoterminowej pozostanie taki sam przez cały prognozowany okres oraz, że osoby te należą do populacji osób niesamodzielnych. Jeśli przyjąć takie założenie, to okaże się, że w 2015 roku 14,5% wśród osób niesamodzielnych stanowiły osoby korzystające z instytucjonalnego wsparcia. W 2034 roku liczba osób wymagających pomocy instytucjonalnej wzrośnie do 52 tys. osób (tabela 12).

⁹⁶ GUS, *Pomoc społeczna i opieka nad dzieckiem i rodziną w 2015 r.*, Warszawa 2016, s. 208.

TABELA 12. PROGNOZA ZAPOTRZEBOWANIA NA POMOC INSTYTUCJONALNĄ WŚRÓD OSÓB W WIEKU 75 LAT I WIĘCEJ W LATACH 2015–2034

Osoby	2015	2020	2025	2030	2034
75+	217 009	228 956	262 076	310 991	361 451
Liczba osób wymagających pomocy instytucjonalnej	31 334	33 059	37 841	44 904	52 190

Źródło: Obliczenia własne na podstawie: GUS, Prognoza liczby ludności w Polsce 2008, Warszawa 2009.

Inną metodą szacowania zapotrzebowania na pomoc instytucjonalną i usługi opiekuńcze świadczone w środowisku seniora jest przyjęcie odsetków osób z danym stopniem niesamodzielności takich jak są odnotowywane w Niemczech⁹⁷. W Niemczech populacja osób niesamodzielnych jest podzielona na trzy stopnie w zależności od stanu zdrowia. Osoby wymagające pomocy przez pięć godzin dziennie stanowią 11,3% wśród osób niesamodzielnych (III stopień niesamodzielności), osoby o średnim stopniu niesamodzielności wymagające codziennej pomocy w postaci usług opiekuńczych przez trzy godziny dziennie stanowią 31,1% (II stopień niesamodzielności), osoby niesamodzielne, które też muszą korzystać ze wsparcia w postaci usług opiekuńczych, ale w mniejszym wymiarze czasowym (90 minut w ciągu dnia) niż poprzednie dwie grupy, stanowią największą część osób niesamodzielnych – 57,2% (I stopień niesamodzielności)⁹⁸. Należy zauważyć, że pomoc może być

⁹⁷ Stan zdrowia populacji RFN jest lepszy niż mieszkańców Polski jednak nie dysponujemy innymi punktami odniesienia. Dlatego też w badaniach nad niesamodzielnością i jej stopniami korzystamy z doświadczeń niemieckich.

⁹⁸ Statistisches Bundesamt 2015, <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Pflege/Tabellen/PflegebeduerftigePflegestufe.html>, dostęp: 15.04.2017.

świadczona nie tylko w domu osoby starszej, ale także jeśli przebywa ona w instytucji. W Niemczech ze względu na różnorodność form wspierania osób starszych w instytucjach zamieszkują często osoby sprawne niewymagające lub wymagające nieznacznej pomocy. Instytucje zapewniają większą autonomię i są bardziej zróżnicowane, co sprawia, że są lepiej dopasowane do różnorodnych potrzeb seniorów. Dane dotyczące korzystania z usług opiekuńczych w Niemczech wykorzystane zostaną do oszacowania zapotrzebowania na usługi opiekuńcze. W Polsce zazwyczaj stopnie niesamodzielności oznacza się odwrotnie niż w systemie niemieckim i II stopień oznacza największe zapotrzebowanie na pomoc. W szacunkach przedstawionych w tabeli 13 przyjęto jednak oznaczenia używane w Niemczech.

TABELA 13. PROGNOZA ZAPOTRZEBOWANIA NA USŁUGI OPIEKUŃCZE WŚRÓD OSÓB W WIEKU 75 LAT I WIĘCEJ W ZALEŻNOŚCI OD GRUPY NIESAMODZIELNOŚCI W LATACH 2015–2034

	2015	2020	2025	2030	2034
Osoby w wieku 75 lat i więcej wymagające pomocy	217 009	228 956	262 076	310 991	361 451
Liczba osób wymagających pomocy instytucjonalnej	31 334	33 059	37 841	44 904	52 190
III stopień niesamodzielności	106 206	112 053	128 262	152 202	176 897
II stopień niesamodzielności	57 745	60 924	69 737	82 753	96 180
I stopień niesamodzielności	20 981	22 136	25 339	30 068	34 946

Źródło: Obliczenia własne na podstawie: GUS, Prognoza liczby ludności w Polsce 2008, Warszawa 2009.

W 2015 roku z usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych w całej Polsce korzystało 106 tys. osób we wszystkich grupach wieku, a według przedstawionych szacunków liczba ta odpowiada tylko liczebności populacji w wieku 75 lat i więcej z III stopieniem niesamodzielności⁹⁹. Przedstawione szacunki pokazują wzrastające zapotrzebowanie zarówno na wsparcie instytucjonalne, jak i zwiększenie zapotrzebowania na usługi opiekuńcze.

Posumowanie

Już teraz istnieje wyższe zapotrzebowanie na pomoc instytucjonalną oraz środowiskową niż możliwość jej zaspokojenia w ramach istniejących struktur pomocy społecznej. Dlatego też wzrasta zapotrzebowanie na usługi świadczone przez podmioty prywatne. Niestety nie ma dokładnych informacji dotyczących liczby podmiotów prywatnych świadczących usługi całodobowej opieki oraz oferujących pomoc w miejscu zamieszkania. Brak szczegółowych informacji zarówno o strukturze świadczonej pomocy (wymiar czasu, rodzaj usług), jak i strukturze opiekunek świadczących wsparcie. Niedostatki w tym zakresie utrudniają ocenę rzeczywistego rynku usług opiekuńczych oraz tworzenie prognoz w zakresie zapotrzebowania na konkretne rodzaje pomocy. Jednak zaprezentowane szacunki pokazują, że już obecnie rozmija się zapotrzebowanie na usługi opiekuńcze i pomoc instytucjonalną z podażą opieki. Zapotrzebowanie zostaje zapewne w części zaspokojone przez rodzinę i krewnych, jednak zwiększa się także grupa osób – nie tylko samotnych – które nie otrzymują wystarczającej pomocy ze strony rodziny ani samorządu.

⁹⁹ GUS, *Pomoc społeczna i opieka nad dzieckiem i rodziną w 2015 r.*, Warszawa 2016, s. 222.

Część II

Badanie potrzeb opiekuńczych osób starszych oraz krewnych udzielających pomocy

1. Opieka nad osobami starszymi z perspektywy dwóch pokoleń wspierających i wspieranych

1.1. Cel i metodologia badania

Celem badania, które składało się z dwóch części – badania jakościowego oraz ilościowego, były diagnoza sytuacji osób w wieku 75 lat i więcej w zakresie potrzeb opiekuńczych oraz sposobu ich zaspokajania, a także perspektywa krewnych, którzy wsparcia udzielają.

W pierwszej fazie badania przeprowadzone zostały indywidualne wywiady pogłębione 15 diadami wspierany-wspierający (30 wywiadów). Celem indywidualnych

wywiadów pogłębionych z osobami starszymi otrzymującymi wsparcie było ustalenie opinii respondentów w zakresie podmiotów świadczących pomoc (kto, jakie instytucje), zakres tej pomocy (jakie usługi) oraz wymiar (ile godzin w tygodniu).

Szczegółowe pytania badawcze obejmowały następujące obszary:

- 1) Jakie są potrzeby opiekuńcze? W jaki sposób są zaspokajane (kto świadczy pomoc)?
- 2) Jakie potrzeby nie są zaspokojone?
- 3) Jakie są źródła informacji o możliwych źródłach wsparcia?
- 4) W jaki sposób następuje rozdział obowiązków pomiędzy poszczególne osoby świadczące wsparcie?
- 5) Jakie są bariery korzystania z określonego rodzaju wsparcia, np. z prywatnej opieki, z domów pomocy społecznej, usług opiekuńczych MOPS?

Plan indywidualnego wywiadu pogłębionego z osobą starszą wyglądał następująco:

1. Informacje o respondencie
2. Sytuacja zdrowotna
3. Sytuacja rodzinna
4. Potrzeby opiekuńcze i pomoc krewnych
5. Wsparcie udzielane przez osoby bliskie niespokrewnione
6. Pomoc ze strony instytucji formalnych
7. Sytuacja ekonomiczna
8. Plany migracyjne osób starszych

Aby uzyskać wyczerpującą informację o potrzebnych usługach opiekuńczych i wsparciu niezbędne jest ustalenie stopnia samodzielności respondenta, dlatego też

pytano o ocenę stanu zdrowia i dodatkowo o samodzielne poruszanie się w obrębie mieszkania i poza nim.

W celu ustalenia, z jakich form pomocy może korzystać senior, należy ustalić status rodzinny oraz wiedzę o dostępnych formach pomocy. Pytano seniorów o wszystkie rodzaje wsparcia, tj. zarówno o wsparcie ze strony rodziny, jak i nieformalnych, niespokrewnionych sieci wsparcia, znajomych, przyjaciół, sąsiadów, trzeciego sektora, czyli organizacji pozarządowych, związków wyznaniowych, kościołów oraz formalnych sieci wsparcia. Aby uzyskać informację na temat możliwości skorzystania z niektórych form wsparcia, np. prywatnej opieki, niezbędne jest ustalenie możliwości finansowych respondentów, dlatego też umieszczony został blok pytań dotyczących sytuacji ekonomicznej i bytowej seniora.

Celem przeprowadzanych indywidualnych wywiadów pogłębionych z krewnymi wspierającymi osobę starszą było uzyskanie informacji kto, w jakim wymiarze i jakiego rodzaju pomoc świadczy osobom starszym. Badanie pozwoliło uzyskać także informacje dotyczące łączenia przez opiekuna pracy zawodowej i opieki. Dzięki badaniu uzyskane zostały informacje o podziale obowiązków opiekuńczych pomiędzy krewnych, kto i dlaczego wykonuje dane czynności opiekuńcze.

Szczegółowe pytania badawcze obejmowały następujące obszary:

- 1) Kto udziela wsparcia i jaki jest podział obowiązków pomiędzy krewnymi świadczącymi opiekę? Jak wygląda rozkład zajęć opiekuńczych pomiędzy krewnych?
- 2) Czy opiekunowie i od jakich instytucji uzyskują wsparcie w opiece nad niesamodzielnym seniorem?
- 3) Jakie potrzeby pozostają niezaspokojone pomimo świadczonego wsparcia i dlaczego?

- 4) Jakie czynniki są uwzględniane przy podziale obowiązków pomiędzy krewnych świadczących wsparcie?

Wywiady z krewnymi udzielającym wsparcia były podzielone na podobne moduły jak wywiady z osobą starszą, tak aby uzyskać informacje o sytuacji w zakresie opieki z perspektywy wspierającego. Dodatkowo w wywiadzie z krewnym udzielającym wsparcia zawierały blok pytań dotyczących wpływu opieki nad osobą starszą na inne sfery życia wspierającego, tj. sferę zawodową, życie rodzinne, kontakty ze znajomymi.

Plan indywidualnego wywiadu pogłębionego z krewnym świadczącym wsparcie:

1. Informacje o respondencie
2. Sytuacja zdrowotna podopiecznego
3. Sytuacja rodzinna podopiecznego
4. Potrzeby opiekuńcze podopiecznego i pomoc krewnych
5. Wsparcie udzielane przez osoby bliskie niespokrewnione z podopiecznym
6. Wsparcie udzielane przez organizacje pozarządowe i związki wyznaniowe
7. Pomoc ze strony instytucji formalnych
8. Sytuacja ekonomiczna podopiecznego
9. Świadczona pomoc a inne sfery życia opiekuna

W badaniu wykorzystano metodę kuli śniegowej, tj. korzystano z informacji o osobach otrzymujących wsparcie i pomoc rodziny od seniorów, z którymi przeprowadzono wywiad (polecali oni innych swoich znajomych do udziału w badaniu). Ze względu na cel badania, jakim było głębsze poznanie zjawiska, oraz użytą metodę badań jakościowych – która nie jest metodą reprezentatywną,

metoda kuli śniegowej wydaje się być zasadna. Na terenie Łodzi przeprowadzono 14 wywiadów (7 par osoba starsza i jej krewny udzielający pomocy), a na terenie Warszawy 16 wywiadów (8 par). Wśród krewnych badanych w Warszawie były trzy osoby zajmujące się dwiema osobami niesamodzielnymi (dwojgiem starszych rodziców, dwojgiem starszych teściów, starszą matką i starszym mężem – wszystkie osoby były w wieku powyżej 75 lat). Osoby przeprowadzające wywiady dysponowały kartami pomocniczymi zawierającymi spis czynności skonstruowany na bazie usług opiekuńczych świadczonych przez ośrodki pomocy społecznej z opcją na wpisanie dodatkowych czynności, które świadczą krewni (spis czynności okazał się jednak kompletny). Po wywiadzie osoby przeprowadzające wywiad krótko opisywały stan budynku i otoczenie, w którym mieszka senior (czy są bariery architektoniczne, jak daleko jest do sklepu itp.).

Przeprowadzane badania jakościowe posłużyły do skonstruowania wywiady kwestionariuszowego dotyczącego potrzeb opiekuńczych osób starszych i ich zaspokajania przez rodzinnych opiekunów, nieformalne sieci wsparcia, organizacje pozarządowe oraz pomoc społeczną. Wywiady pozwoliły na dopasowanie zadawanych pytań do percepcji szczególnie osób starszych i pozwoliły na włączenie zagadnień, które nasunęły się podczas przeprowadzania wywiadów pogłębionych z osobami starszymi i ich rodzinnymi opiekunami (np. kwestii godzenia życia zawodowego i rodzinnego przez osoby opiekujące się dwoma osobami starszymi zależnymi mieszkającymi w różnych miejscach).

W drugiej części badania jako metodę badawczą zastosowano wywiad kwestionariuszowy. Respondenci zostali wybrani losowo, a badanie było realizowane techniką PAPI, a następnie digitalizowano dane, wykorzystując procedurę *double data entry*. Badanie zostało

przeprowadzone wśród 200 losowo wybranych gospodarstw domowych z seniorem powyżej 75 lat i 200 wskazanych przez seniorów ich rodzinnych opiekunów. Wywiady kwestionariuszowe zostały przeprowadzone w 2016 roku w Łodzi i Warszawie. Najpierw rekrutowany był senior, a następnie rodzinny opiekun. Ze względu na populację badanych przed przeprowadzeniem badania odbyło się szkolenie ankierów. Starsi respondenci wymagają zazwyczaj wolniejszego zadawania pytań, np. ze względu na problemy ze słuchem, a wywiad zazwyczaj trwa dłużej niż z osobami młodszymi. Dodatkową trudność stanowił fakt, że badane osoby były w wieku 75 lat i więcej. W trakcie badania przeprowadzone zostały dodatkowe szkolenia ze względu na konieczność poszerzenia zespołu ankierskiego. Osoby starsze jako respondenci są zazwyczaj nieufni i trudno ich pozyskać do badania. Dlatego też w badaniu wsparto się instytucjami i organizacjami mającymi kontakt z osobami starszymi wymagającymi pomocy. Zwrócono się do ośrodków pomocy społecznej, pielęgniarek środowiskowych, organizacji charytatywnych oraz kościelnych, aby uzyskać rekomendacje i przeprowadzić wywiad z osobą starszą.

W trakcie przeprowadzania badania ankierzy musieli przezwyciężyć następujące trudności:

- podejrzliwość, nieufność zarówno badanych seniorów, jak i ich opiekunów, którzy podejrzewali, że ankierzy próbują oszukać, wyłudzić pieniądze lub podejrzewali ankierów o bycie przedstawicielami handlowymi próbującymi namówić osoby starsze na badania lub zakup niepotrzebnych im sprzętów;
- problem ze skompletowaniem pary wywiadów wspierający – wspierany – głównie ze względu na brak czasu opiekunów, którzy często kilkakrotnie umawiali się na wywiad i odwoływali;

- konieczność uzyskania rekomendacji od instytucji, takich jak pomoc społeczna czy też organizacje pozarządowe, aby przełamać niechęć respondentów;
- respondenci skarżyli się na pytania, ich ilość, a także tematyką – ich zadaniem – dotyczącą sfer wrażliwych, jak np. dochody;
- dla niektórych respondentów – szczególnie osób starszych – kwestionariusz był zbyt obszerny;
- osoby starsze miały problem z określeniem wieku swojego opiekuna i podkreślały, że nie są pewne informacji podawanej przez siebie;
- respondenci skarżyli się także na zakres kontroli pracy ankierów. Pod koniec wywiadu ankier prosił o podanie numeru telefonu, tak aby można było skontrolować jego pracę. Część seniorów nie chciała podać numeru telefonu i były także przypadki cofnięcia zgody na wykorzystanie już uzyskanych w wywiadzie danych (życzenie seniora było respektowane i był przeprowadzany wywiad z kolejną osobą).

Kontrola jakości pracy ankierów przeprowadzających wywiady kwestionariuszowe została wykonana dwuetapowo. W pierwszym etapie sprawdzano kompletność oraz poprawność wypełnionego kwestionariusza. W drugim weryfikowano, czy wywiad faktycznie się odbył poprzez wykonanie telefonu do respondenta i zadania pytania o fakt przeprowadzenia przez ankiera wywiadu, płeć ankiera oraz czas badania. Zgodnie z procedurą, jeśli z respondentem nie udało się dwukrotnie skontaktować, to wywiad uznawano za nieprzeprowadzony. Po zakodowaniu kwestionariuszy przeprowadzono także sprawdzenie kompletności i poprawności bazy danych.

Celem badania ilościowego było uzyskanie informacji dotyczących potrzeb opiekuńczych osób w wieku 75 lat

i więcej mieszkających w Łodzi i Warszawie, struktury podmiotów udzielających wsparcia, sposobów radzenia sobie w sytuacji, gdy pomoc krewnych jest niewystarczająca. Zamyśl badania, jakim była analiza sieci wsparcia łódzkich i warszawskich seniorów, bardziej szczegółowo można wyrazić za pomocą następujących pytań badawczych:

- czy i w jakim zakresie rodzina udziela wsparcia seniorowi?
- jakiego rodzaju jest to pomoc?
- jak często rodzina udziela pomocy?
- kto z rodziny udziela wsparcia?
- jaka jest odległość miejsca zamieszkania osoby pomagającej od miejsca zamieszkania seniora?

W przypadku opiekunów zamierzeniem było także uzyskanie informacji o godzeniu opieki nad zależnym seniorem z innymi sferami życia.

Badanie miało również na celu poznanie struktury sieci pozarodzinnego wsparcia nieformalnego. Podobnie jak w przypadku sieci wsparcia rodzinnego, istotne było ustalenie, kto pomaga seniorowi (znajomi, sąsiedzi, prywatna opiekunka), jaki jest zakres pomocy i jej wymiar czasowy. Dodatkowo pojawiło się pytanie, czy pomoc świadczona w ramach nieformalnych sieci wsparcia jest odpłatna, czy też nie.

Kolejnym zadaniem szczegółowym było wskazanie czynników determinujących korzystanie z pomocy społecznej. Znajomość podstawowych determinant korzystania z pomocy formalnej jest istotnym elementem niezbędnym przy konstrukcji strategii pomocy osobom starszym. Wskazanie tych determinant jest możliwe poprzez analizę sytuacji zdrowotnej, rodzinnej oraz sieci wsparcia sąsiedzkiego czy koleżeńskiego. Analiza ta pozwoli stwierdzić, jak

problemy zdrowotne i kontakty społeczne wpływają na zapotrzebowanie na usługi oferowane zarówno przez pomoc środowiskową, jak i instytucjonalną.

Ostatnim celem częściowym badania była analiza pomocy środowiskowej udzielanej badanym seniorom przez MOPS w Łodzi i Warszawie. Pytanie badawcze dotyczyło zależności pomiędzy stanem zdrowia, sytuacją rodzinną a przyznaniem usług opiekuńczych oraz ich zakresem i wymiarem czasowym.

1.2. Sytuacja społeczno-demograficzna badanych

W populacji badanych osób starszych przeważały kobiety, które stanowiły 70,5% badanych. Wśród opiekunów odsetek kobiet był jeszcze wyższy i wyniósł 73,5%. Wynika to zarówno z feminizacji starości, jak i feminizacji populacji opiekunów osób starszych (zarówno rodzinnych, jak i zawodowych). Jest to przede wszystkim pochodna statusu rodzinnego starszych kobiet (częstsze wdowieństwo). Dodatkowo kobiety, żyjąc dłużej, dożywają wieku, w którym niezbędna jest pomoc innych osób w codziennej egzystencji i bardzo utrudnione lub niemożliwe jest samodzielne zamieszkiwanie. Mężczyźni rzadziej niż kobiety pozostają we wdowieństwie, zaś współmałżonki są zazwyczaj od nich młodsze, więc prawdopodobieństwo udzielania wsparcia przez najbliższą osobę jest znacznie wyższe niż w przypadku kobiet.

Średnia wieku badanych osób starszych wynosiła 82 lata, a opiekunów rodzinnych 48,6 lat, połowa badanych seniorów miała nie więcej niż 81 lat, a opiekunów 50 lat. Dyspersja wieku seniorów była znacznie niższa niż opiekunów ze względu na zawężenie badanej populacji

osób starszych do seniorów w wieku 75 lat i więcej. Najliczniejszą grupę badanych stanowiły osoby starsze w wieku 75–79 lat – 40,5% (tabela 1). Można podejrzewać, że są to jeszcze dość sprawne osoby, a ankieterowi było zapewne łatwiej takie osoby przekonać do wyrażenia zgody na uczestnictwo w badaniu. Najmniej liczną grupą byli najstarsi i zapewne wymagający największego wsparcia seniorzy.

TABELA 1. WIEK RESPONDENTÓW
– SENIORZY (W %)

Przedział wieku	Odsetek
75–79	40,5
80–84	26,0
85–89	20,5
90–94	11,5
95–100	1,5

Źródło: Badanie własne.

Wśród opiekunów najliczniejszą grupę stanowiły osoby należące do wzmiankowanej już tzw. *sandwich generation*, czyli osoby w wieku 45–64 lata. Mało liczną, bo stanowiącą niespełna 5% grupę opiekunów tworzyli wnuki i wnuczki badanych.

Aby możliwe było określenie potrzeb opiekuńczych seniora oraz stopnia ich zaspokojenia, niezbędne było określenie stanu zdrowia osoby starszej. Ze względu na wybraną technikę badawczą – wywiad kwestionariuszowy – ocena stanu zdrowia została dokonana na podstawie samooceny osoby starszej oraz o ocenę jej stanu zdrowia przez rodzinnego opiekuna. Dodatkowo zadano pytanie o to, czy osoba starsza wychodzi na zewnątrz, a jeśli tak, to czy samodzielnie, czy przy wsparciu osoby trzeciej. Pytanie to pozwala w pewnym stopniu na zobjektywizowanie

odpowiedzi dotyczącej stanu zdrowia. Ocena stanu zdrowia przez respondenta i jego rodzinnego opiekuna oraz pytanie o stopień samodzielności przy opuszczaniu miejsca zamieszkania pozwala na trafniejszą ocenę stanu zdrowia i wyeliminowanie odpowiedzi skrajnych, np. senior twierdzi, że wychodzi samodzielnie, a opiekun tego nie potwierdza. W ocenie stanu zdrowia pomocna mogłaby być ocena specjalistów, tzn. orzeczona niepełnosprawność oraz jej stopień. Stopień niepełnosprawności zgodnie z obowiązującymi przepisami określa się jako znaczny, umiarkowany lub lekki. Osoba z orzeczoną znaczną stopniem niepełnosprawności i niezdolnością do samodzielnej egzystencji wymaga pomocy osób trzecich przy wykonywaniu codziennych czynności, wymaga stałej długotrwałej opieki i nie może wypełniać przypisanych jej ról społecznych. Umiarkowany stopień niepełnosprawności to ograniczenie w wypełnianiu ról społecznych i konieczność korzystania z czasowej opieki innych osób. Osoba mająca lekki stopień niepełnosprawności ma problemy ze sprawnością, ale nie wymaga pomocy innych osób w codziennej egzystencji i może wypełniać swoje role społeczne. Posiadanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności pozwala jednoznacznie określić występowanie problemów jednak, jak wspomniano w poprzedniej części publikacji, osoby starsze najczęściej nie występują o orzeczenie niepełnosprawności. Nie można zatem bazować na orzeczeniu o niepełnosprawności, gdyż zapewne większość badanych seniorów otrzymałaby status osoby niepełnosprawnej, gdyby wystąpiła o jego formalne potwierdzenie. Dlatego też w przeprowadzonym badaniu bazowano na trzech pytaniach dotyczących stanu zdrowia:

- subiektywnej ocenie stanu zdrowia,
- samodzielności w funkcjonowaniu poza miejscem zamieszkania,

- trudności w wykonywaniu czynności w gospodarstwie domowym.

Najliczniejszą grupę badanych seniorów stanowiły osoby, które twierdziły, że ich stan zdrowia jest taki sobie – 42,5%. Natomiast 31% twierdziło, że stan zdrowia ich zdrowia jest dobry (tabela 2). W ocenie stanu zdrowia opinie opiekunów i osób starszych były zbieżne. Różnice wystąpiły w ocenie stanu zdrowia, jako bardzo dobry i zły. Opiekunowie częściej twierdzili, że stan zdrowia podopiecznego jest bardzo dobry – 5,5% i rzadziej, że jest zły – 19%.

TABELA 2. STAN ZDROWIA OSÓB STARSZYCH Z PESPEKTYWY SENIORÓW I OPIEKUNÓW (W %)

Stan zdrowia	Osoby starsze – samoocena	Opiekunowie – ocena stanu zdrowia seniora
Bardzo dobry	1,5	5,5
Dobry	31,0	31,0
Taki sobie	42,5	41,5
Zły	22,0	19,0
Bardzo zły	3,0	3,0

Źródło: Badanie własne.

Należy podkreślić, że z badania wyłączone zostały osoby z zaburzeniami funkcji poznawczych, chorobami otępiennymi tj. demencją, chorobą Alzheimera itp. Ze względu na to, że jednostką sprawozdawczą była osoba starsza, jej stan zdrowia psychicznego musiał być na tyle dobry, aby wiarygodnie odpowiedzieć na zadawane pytania. Tak więc w badaniu nie została uwzględniona populacja osób cierpiących na wzmiankowane choroby.

Większość osób starszych wychodzi z domu (60,5%) bez asysty osób trzecich, 25% wychodzi z domu tylko

w towarzystwie innej osoby, a 14,5% nie opuszcza swojego miejsca zamieszkania.

Dodatkowo, aby ustalić w wykonywaniu, jakich czynności osoby starsze wymagają wsparcia, zapytano o czynności dnia codziennego, które sprawiają starszym respondentom trudności (tabela 3). Prawie 2/3 osób starszych miało trudności z utrzymywaniem mieszkania w porządku i czystości, a prawie 75% z robieniem zakupów. Największe trudności – obok wykonywania prac domowych wymagających siły fizyczne – osobom starszym sprawiało załatwianie spraw bieżących – 74,5% seniorów miło z tymi czynnościami największe trudności.

TABELA 3. CZYNNOŚCI SPRAWIAJĄCE NAJWIĘKSZE TRUDNOŚCI OSOBIE STARSZEJ (W %)

Czynność	Osoby starsze	Opiekunowie
Utrzymywanie mieszkania w porządku i czystości	63,0	64,5
Dokonywanie zakupów	72,5	74,5
Załatwianie spraw bieżących np. dokonywanie opłat administracyjnych, umawianie wizyty lekarskiej itp.	69,5	69,5
Przygotowywanie posiłku	42,0	38,5
Ubieranie się	17,5	17,5
Zabiegi higieniczne	23,5	26,5

Źródło: Badanie własne.

Najmniej problemów sprawiało ubieranie się oraz zabiegi higieniczne, co jest zapewne związane ze stosunkowo dobrym stanem zdrowia badanych i nieznacznym odsetkiem osób charakteryzujących się bardzo złym i złym stanem zdrowia. Oprócz najczęściej wskazywanych odpowiedzi pojawiły się także inne czynności, z którymi seniorzy sobie

nie radzą, tj. dźwiganie, chodzenie czy też trudności w pilnowaniu, aby regularnie przyjmować leki.

TABELA 4. CZYNNOŚCI, W OCENIE OPIEKUNA, SPRAWIAJĄCE NAJWIĘKSZE TRUDNOŚCI OSOBIE STARSZEJ WEDŁUG PŁCI POD OPIECZNEGO (W %)

Czynności	Odsetek kobiet	Odsetek mężczyzn
Utrzymywanie mieszkania w porządku i czystości	66,0	55,9
Dokonywanie zakupów	78,0	59,3
Załatwianie spraw bieżących np. dokonywanie opłat administracyjnych, umawianie wizyty lekarskiej itp.	72,3	62,7
Przygotowywanie posiłku	38,3	50,8
Ubieranie się	17,0	18,6
Zabiegi higieniczne	23,4	23,7
Inne	8,5	6,8

Źródło: Badanie własne.

W trakcie badania ustalono także sytuację rodzinną osoby starszej, aby móc ocenić sieć potencjalnych opiekunów lub osób mogących świadczyć wsparcie niesamodzielnemu seniorowi. Pomimo rozwoju instytucjonalnych form pomocy osobom starszym i większej ich dostępności rodzina pozostaje pierwszym i najważniejszym ogniwem łańcucha wsparcia seniora. Zanim zostanie przeprowadzona procedura przyznania wsparcia przez ośrodek pomocy społecznej (tzn. zostanie przeprowadzony wywiad środowiskowy w ramach diagnozy sytuacji jednostki), upływa pewien okres, w trakcie którego senior otrzymuje wsparcie zazwyczaj ze strony rodziny. Rodzina posiada często lepsze rozeznanie potrzeb seniora i potrafi szybko

udzielić wsparcia. Jednak, zgodnie z przedstawionymi wcześniej danymi demograficznymi, zmniejszający się potencjał opiekuńczy rodziny (tj. zmniejszanie się liczby potencjalnych opiekunów, a zwiększanie się liczby osób wymagających wsparcia) będzie wpływał na możliwość uzyskania wsparcia ze strony krewnych.

W badanej grupie 17,5% seniorów miało nadal żyjącego współmałżonka, a zdecydowana większość, bo aż 93,5% badanych posiada dzieci, natomiast 82,5% ma wnuki (tabela 5). Brak żyjącego partnera życiowego wpływa na konieczność korzystania ze wsparcia innych osób lub ośrodków pomocy społecznej. W dalszej kolejności, jeśli osoba potrzebująca wsparcia nie posiada współmałżonka lub jego zaawansowany wiek i stan zdrowia uniemożliwiają udzielenie pomocy, to dzieci, wnuki i dalsi krewni są potencjalnymi elementami sieci wsparcia. W literaturze gerontologicznej dominuje pogląd, że to właśnie dzieci (zaraz po współmałżonku) są najbardziej skłonne do udzielenia pomocy rodzicom. Jednak jak już wspomniano osoby te należą do tzw. *sandwich generation* i dzielą opiekę pomiędzy swoje wnuki, a swoich rodziców. Obciążone opieką nie tylko nad seniorem, lecz również nad swoimi wnukami dzieci seniorów muszą poświęcić czas na opiekę nad dwoma generacjami oraz pracę zawodową.

TABELA 5. STATUS RODZINNY OSOBY STARSZEJ (W %)

Krewny/powinowaty	Odsetek
Współmałżonek	17,5
Dzieci	93,5
Wnuki	82,5
Synowe/zięciovie	55,0
Inni bliscy (np. siostry żony, bratanica)	15,5

Źródło: Badanie własne.

Wśród respondentów dominowały osoby posiadające jedno dziecko – 48,7% badanych. Stosunkowo duży był także udział respondentów posiadających dwójkę żyjących dzieci – 35,3% (tabela 6). Wielodzietni, czyli osoby posiadające przynajmniej trójkę dzieci, stanowiły 9,6% grupy posiadającej dzieci.

TABELA 6. ODSETEK OSÓB STARSZYCH POSIADAJĄCYCH DZIECI WEDŁUG LICZBY DZIECI (W %)

Liczba	Odsetek
1	48,7
2	35,3
3	8,0
4	1,1
5	0,5
Brak danych	6,4

Źródło: Badanie własne.

Na możliwość oraz częstość udzielanej pomocy wpływa – oprócz liczby posiadanych krewnych i relacji z nimi – odległość pomiędzy miejscem zamieszkania osoby starszej a wspierającej go osoby. Jeśli wspierający i wspierany zamieszkują razem, to pomoc jest udzielana praktycznie codziennie. Wspólnie z członkiem rodziny mieszka 60,5% badanych. Spośród osób, które zamieszkiwały z członkiem rodziny największą część stanowiły osoby mieszkające z dziećmi (62,8%) oraz z wnukami (30,6%). Mniejszą natomiast stanowiły osoby zamieszkujące z małżonkiem (26,4%). Jest to pochodna faktu, że tylko 17,5% osób w całej badanej populacji miało żyjącego współmałżonka. Najczęściej krewny wspierający seniora, który z nim nie

zamieszkiwał mieszkał w odległości do 5 km. Niespełna 30% opiekunów mieszkało w odległości powyżej 5 km, ale mniej niż 10 km (tabela 7).

TABELA 7. OSOBY STARSZE WEDŁUG ODLEGŁOŚCI MIEJSCA ZAMIESZKANIA OPIEKUNÓW (W %)

Odległość miejsca zamieszkania krewnego i wspieranej osoby starszej	Odsetek
mniej niż 5 km	56,5
od 5 do 9 km	28,7
od 10 do 19 km	9,3
powyżej 20 km	5,6

Źródło: Badanie własne.

1.3. Potrzeby opiekuńcze osób badanych i otrzymywane wsparcie

Przedstawione powyżej informacje dotyczące trudności z wykonywaniem czynności takich jak robienie zakupów, sprzątanie mieszkania, załatwianie spraw bieżących czy przygotowanie posiłku to główne obszary, na których osoba starsza wymaga wsparcia. Są to obszary deficytowe i potrzeb w ich zakresie senior nie może zaspokoić samodzielnie. Na tych polach wymagana jest pomoc innych osób – krewnych, prywatnych opiekunek, opiekunek świadczących pomoc w ramach przyznanych usług opiekuńczych lub w ramach zamieszkiwania w instytucji świadczącej całodobowe wsparcie np. domu pomocy społecznej, zakładzie opiekuńczo-leczniczym. Poniżej przedstawione zostały wyniki badania w zakresie wsparcia jakie osoba starsza uzyskuje ze strony krewnych i instytucji.

1.3.1. Wsparcie udzielane przez krewnych i powinowatych

Zgodnie z przedstawionymi w poprzedniej części pracy koncepcjami teoretycznymi dotyczącymi nieformalnych sieci wsparcia, najważniejszą rolę w ich strukturze odgrywa rodzina. Rodzaj i częstość udzielanej seniorowi pomocy przez rodzinę zależy nie tylko od wielkości, lecz również od relacji z poszczególnymi członkami rodziny mogącymi potencjalnie sprawować opiekę nad osobą starszą. W poprzednim podpunkcie przedstawione zostały elementy struktury sieci rodzinnej badanych seniorów. Teraz natomiast należy przyrzeć się pomocy otrzymywanej przez seniorów ze strony rodziny.

Z punktu widzenia opieki nad osobami starszymi istotna jest nie tylko liczba dzieci i jakość kontaktów z nimi, ale także płeć dziecka. Większa liczba dzieci to większe prawdopodobieństwo, że któreś z nich będzie mieszkało blisko seniora i będzie mogło udzielać wsparcia. Ze względu na wymogi badania wszyscy seniorzy otrzymywali pomoc ze strony rodziny, która jest dla nich głównym źródłem potencjalnego wsparcia. Wraz z wiekiem zmniejsza się liczba żyjących dzieci, czyli potencjalnych opiekunów osób starszych. Jak wspomniano wcześniej, płeć dziecka determinuje możliwość uzyskania od niego pomocy. Kobiety częściej udzielają wsparcia w postaci usług opiekuńczych niż mężczyźni, o czym świadczy chociażby bardzo mocno sfeminizowana grupa respondentek – krewnych wspierających seniora. Wśród bliskich udzielających pomocy córki stanowiły 58,5%, a synowie 24%. Jeśli senior zamieszkiwał ze swoim dzieckiem, to często pomoc była świadczona także przez wnuki, a ściśle wnuczki 29% (tabela 8). Pomoc wnuków jest zazwyczaj skorelowana z pomocą ze strony dzieci. Jeśli dzieci nie utrzymują kontaktów z rodzicami lub im nie pomagają, wnuki również nie będą wspierały dziadków. Prawie 11% badanych otrzymywało wsparcie ze

strony innych krewnych, głównie synowej i zięcia – 7%. Nie zaskakuje niski odsetek wsparcia uzyskiwanego ze strony rodzeństwa. Zazwyczaj są to także osoby w starszym wieku i zapewne same wymagają pomocy.

TABELA 8. OPIEKUNOWIE WEDŁUG STOPNIA POKREWIEŃSTWA/POWINOWACTWA Z PODOPIECZNYM (W %) ¹⁰⁰

Osoba	Odsetek
Współmałżonek	13,0
Siostra	3,0
Brat	0,5
Córka	58,5
Syn	24,0
Synowa	10,5
Zięć	7,0
Inni bliscy:	
Wnuk/wnuczka	29,0
Kuzyn/kuzynka	4,0
Siostrzeniec/siostrzenica	2,5
Bratanica	0,5

Źródło: Badania własne.

Najczęstszym rodzajem pomocy świadczonej badanym przez krewnych są zakupy (21,9%), załatwianie spraw bieżących (20%) oraz utrzymywanie mieszkania w porządku i czystości (19,3%) (tabela 9). Są to czynności wymagające sprawności fizycznej. Dodatkowo robienie zakupów i załatwianie spraw administracyjnych (takich jak: płatności,

¹⁰⁰ Ze względu na możliwość wyboru więcej niż jednej odpowiedzi nie sumują się one do 100%.

umawianie wizyty do lekarza itp.) to czynności wymagające wyjścia z mieszkania i przejścia pewnego odcinka, stania w kolejne, np. w banku czy na poczcie, aby dokonać opłat. Ponad 1/10 seniorów korzystała z pomocy krewnych przy przygotowywaniu posiłku, a prawie 6% przy zabiegach pielęgnacyjnych. Najmniej osób otrzymywało pomoc przy paleniu w piecu i wynoszeniu nieczystości, ale głównie ze względu na dużą liczbę osób posiadających ogrzewanie z miejskiej elektrociepłowni. Tutaj występują różnice pomiędzy respondentami z Warszawy i Łodzi ze względu na starą tkankę miejską w Łodzi.

TABELA 9. ODSETEK OSÓB UZYSKUJĄCYCH POMOC KREWNYCH PRZY WYKONYWANIU WYBRANYCH CZYNNOŚCI (W %)

Czynności	Odsetek
Utrzymywanie mieszkania w porządku i czystości	19,3
Dokonywanie zakupów	21,9
Załatwianie spraw bieżących np. dokonywanie opłat administracyjnych, umawianie wizyty lekarskiej itp.	20,0
Zapewnianie i podanie posiłku	11,3
Noszenie do pralni i zmiana bielizny	5,9
Przynoszenie opału i palenie w piecu	2,5
Przynoszenie wody i wynoszenie nieczystości	2,9
Zabiegi pielęgnacyjne	6,0
Pomoc przy ubieraniu	4,4
Zabiegi medyczne	4,0
Inne	1,7

Źródło: Badania własne.

Rodzaj pomocy oferowanej przez rodzinę różni się również w zależności od wieku seniorów. Najstarsi korzystają najczęściej z pomocy w postaci robienia zakupów, sprzątania mieszkania oraz załatwiania spraw administracyjnych. Z pomocy przy wykonywaniu codziennej toalety korzystają częściej osoby w wieku do 85 lat (w tej grupie wieku było więcej osób niesamodzielnych niż wśród starszych).

Częstość pomocy udzielanej przez rodzinę jest wypadkową z jednej strony zapotrzebowania na taką formę pomocy ze strony seniora, z drugiej zaś możliwości rodziny w zakresie udzielania takiego wsparcia. Ponad połowa osób badanych otrzymywała pomoc codziennie. Były to najczęściej osoby najczęściej zamieszkujące z rodziną (tabela 10). W pozostałych przypadkach rodzina najczęściej pomagała jeden, dwa razy w tygodniu. Jest to związane z wykonywaniem większych zakupów w hipermarketach. Seniorzy – jak już wspomniano – często nie posiadają samochodów lub nie są chętni do kierowania pojazdem, dojazd zatem do odległego sklepu, a następnie przyniesienie zakupów do domu, jest praktycznie niemożliwe. Pomoc udzielana raz w miesiącu dotyczyła załatwiania spraw administracyjnych, czyli wszelkiego rodzaju opłat związanych z bieżącymi rachunkami. Jak już wspomniano, rodzaj wsparcia jest skorelowany z odległością lub wspólnym zamieszkiwaniem seniora oraz opiekuna. Osoby zamieszkujące z opiekunami otrzymują najczęściej pomoc w zapewnieniu posiłku, sprzątaniu i wykonywaniu zakupów.

W trakcie badania zadano także pytanie o motywację udzielania wsparcia osobie starszej. Ponad 82% badanych odpowiedziało, że jest to ich obowiązek. Takiej odpowiedzi udzielały głównie dzieci seniorów. Jedna piąta respondentów stwierdziła, że nie ma nikogo innego, kto mógłby pomóc, a 8,5% przyznało, że osoba starsza wspiera go finansowo. Jako inne powody wsparcia wymieniana była zażyłość, miłość do podopiecznego, bliskość zamieszkania. Tak więc

badanie potwierdza silnie zinternalizowanie przez dzieci norm społecznej jaką jest obowiązek opieki nad niesamodzielnym lub wymagającym wsparcia rodzicem. Najczęściej badani udzielali wsparcia ponad pięć lat – 35% (tabela 11).

TABELA 10. CZĘSTOŚĆ UDZIELANEJ POMOCY PRZEZ RODZINĘ

Czynności	Średnia liczba godzin tygodniowo
Utrzymywanie mieszkania w porządku i czystości	4,3
Dokonywanie zakupów	3,8
Załatwianie spraw bieżących, np. dokonywanie opłat administracyjnych, umawianie wizyty lekarskiej itp.	2,1
Zapewnienie i podanie posiłku	5,5
Noszenie do pralni i zmiana bielizny	3,3
Przynoszenie opału i palenie w piecu	3,9
Przynoszenie wody i wynoszenie nieczystości	2,9
Zabiegi pielęgnacyjne	4,4
Pomoc przy ubieraniu	3,4
Zabiegi medyczne	3,0
Inne	5,8

Źródło: Badania własne.

TABELA 11. DŁUGOŚĆ OPIEKI (W %)

Czas trwania	Odsetek
krócej niż rok	6,5
od 1 roku do 2 lat	25,0
od 3 lat do 4 lat	33,5
powyżej 5 lat	35,0

Źródło: Badania własne.

Z punktu widzenia systemu opieki nad osobami starszymi ważne jest zdiagnozowanie przyczyny konieczności udzielenia wsparcia. Najczęstszą przyczyną konieczności udzielania wsparcia było pogorszenie stanu zdrowia. W 38,5% była dająca się wyraźnie wyróżnić przyczyna konieczności udzielania wsparcia i był to najczęściej wylew, udar, zawał serca, złamanie, utrata przytomności, śmierć bliskiej osoby. Część z tych przyczyn może zostać zredukowana poprzez profilaktykę zdrowotną lub – jak w przypadku zapobiegania upadkom – dostosowanie mieszkania do wymagań osób starszych, np. zamontowanie otwieranej wanny, usunięcie śliskich dywanów itp.

Tylko niespełna 7% opiekunów rodzinnych uzyskuje jakąś formę wsparcia ze strony organizacji pozarządowych, kościoła lub pomocy społecznej. Najczęściej są to usługi opiekuńcze i wsparcie finansowe.

Interesujący z perspektywy systemu opieki nad osobami starszymi jest też podział obowiązków opiekuńczych pomiędzy krewnych. W 38,5% przypadkach inni krewni, poza osobą udzielającą wsparcia, z którą został przeprowadzony wywiad kwestionariuszowy, także udzielają wsparcia. Przyczyny nieudzielania pomocy przez innych krewnych to głównie zaspokojenie potrzeb opiekuńczych przez osobę już pomagającą seniorowi (30,1%), zbyt duża odległość miejsca zamieszkania potencjalnego opiekuna od potencjalnego wspierającego (18%). Jeśli inny krewny udziela pomocy, to jest to najczęściej współmałżonek, kolejno córka, syn lub synowa. W badaniu brały udział także osoby, które otrzymują wsparcie od czterech osób.

Wsparcie rodzinne jest uzupełniane poprzez wsparcie sąsiedzkie, wsparcie znajomych i przyjaciół. Przyjrzyjmy się zatem jak wygląda wsparcie, które uzyskują seniorzy ze strony nieformalnych, nierodzinnych sieci wsparcia.

1.3.2. Wsparcie udzielane przez osoby bliskie niespokrewnione

Sieci wsparcia sąsiedzkiego i koleżeńckiego są często dla osób nieposiadających krewnych substytutem sieci rodzinnej. W przypadku osób posiadających rodzinę sieci te pełnią jedynie rolę komplementarną. W przeprowadzonym badaniu pytano nie tylko o rodzaj pomocy udzielanej przez sąsiadów i znajomych, lecz do grupy nieformalnego wsparcia zaliczono również prywatne opiekunki udzielające wsparcia odpłatnego oraz przedstawicieli organizacji pozarządowych. Opiekunki te działają najczęściej w „szarej strefie”. Odsetek osób uzyskujących wsparcie ze strony nieformalnych, nierodzinnych sieci wsparcia wynosił w badanej populacji 13,5%.

TABELA 12. OSOBY UDZIELAJĄCE WSPARCIA INNE NIŻ KREWNI SENIORA (JAKO % GRUPY UZYSKUJĄCEJ TAKIE WSPARCIE)¹⁰¹

Wspierający	Odsetek
Sąsiedzi	63,0
Znajomi	3,7
Przyjaciele	18,5
Przedstawiciele organizacji pozarządowych	3,7
Przedstawiciele kościoła	0,0
Prywatna opiekunka	14,8

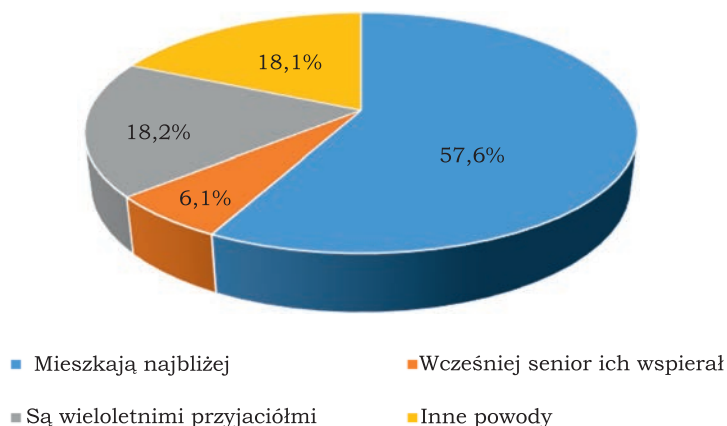
Źródło: Badania własne.

Wśród osób udzielających wsparcia dominowali sąsiedzi (63% badanych otrzymujących wsparcie od osób niespokrewnionych uzyskiwało pomoc ze strony sąsiadów) oraz znajomi i przyjaciele (22%), natomiast z usług

¹⁰¹ Możliwość wskazania więcej niż jednej odpowiedzi.

prywatnej opiekunki korzystało tylko niespełna 15% badanych seniorów uzyskujących pomoc ze strony innych niż krewni osób (tabela 12).

Sąsiedzi – jak już wspomniano – stanowili najważniejszą grupę wsparcia głównie ze względu na bliskość zamieszkania. Zgodnie z teorią zmiany ról społecznych oraz teorią wycofywania się świat społeczny osób starszych kurczy się, a w konsekwencji maleje również liczba kontaktów społecznych. Dlatego też sąsiedzi, jako osoby mieszkające najbliżej seniora, w naturalny sposób pozostają częścią jego świata społecznego, podczas gdy kontakty z kolegami z pracy, znajomymi i przyjaciółmi zanikają. Dla osób otrzymujących wsparcie ze strony osób niespokrewnionych najczęstszymi świadczeniodawcami były osoby mieszkające w tym samym budynku, w którym mieszkał senior. Jest to też główna przyczyna pomagania (wykres 1). Innymi wymienianymi powodami było także otrzymywanie wynagrodzenia za pomoc.



WYKRES 1. PRZYCZYNA POMAGANIA SENIOROWI PRZEZ OSOBĘ NIESPOKREWNIONĄ

Źródło: Badania własne.

Wsparcie sąsiedzkie nie jest tak rozbudowane jak wsparcie rodzinne. Najczęściej świadczoną usługą w tym przypadku była pomoc w robieniu zakupów i – podobnie jak w przypadku wsparcia rodzinnego – wykonuje je zwykle sąsiad posiadający samochód (25,4%). Istnieje natomiast znaczna różnica pomiędzy typem wsparcia udzielanego seniorom przez osoby niespokrewnione a wsparciem udzielonym przez rodzinę. Tylko 15,3% osób otrzymujących wsparcie pozarodzinne uzyskuje pomoc w sprzątaniu mieszkania (tabela 13). Pomoc w przygotowaniu posiłków najczęściej polega na tym, że sąsiadka gotuje dla siebie i osoby starszej, która pokrywa koszty wykorzystanych produktów. Czynności takie jak podawanie leków i codzienna toaleta były świadczone przez prywatną opiekunkę. Dodatkową formą pomocy, głównie sąsiedzkiej, jest doglądanie osoby starszej. Sąsiedzi zostają w domu z seniorem wówczas, gdy członkowie rodziny muszą gdzieś wyjść. W przypadku osób mieszkających samodzielnie sąsiedzi informują rodzinę, gdy pojawiają się jakieś problemy lub gdy nastąpi wypadek. Dodatkowo w innych formach pomocy wymieniano pomoc w wykonywaniu ćwiczeń rehabilitacyjnych, pomoc przy remoncie, drobnych naprawach oraz wspólne spędzanie czasu.

TABELA 13. ODSETEK OSÓB UZYSKUJĄCYCH POMOC OSÓB NIESPOKREWNIONYCH PRZY WYKONYWANIU WYBRANYCH CZYNNOŚCI (W %)

Czynności	Odsetek
Utrzymywanie mieszkania w porządku i czystości	15,3
Dokonywanie zakupów	25,4
Załatwianie spraw bieżących np. dokonywanie opłat administracyjnych, umawianie wizyty lekarskiej itp.	10,2
Zapewnianie i podanie posiłku	10,2

Noszenie do pralni i zmiana bielizny	1,7
Przynoszenie opału i palenie w piecu	1,7
Przynoszenie wody i wynoszenie nieczystości	0,0
Zabiegi pielęgnacyjne	5,1
Pomoc przy ubieraniu	10,2
Zabiegi medyczne	1,7
Inne	18,6

Źródło: Badania własne.

Istnieją nieznaczne różnice pomiędzy kobietami i mężczyznami w zakresie otrzymywania pomocy ze strony osób niespokrewnionych. Wsparcie ze strony osób niespokrewnionych uzyskuje 15% mężczyzn i 13% kobiet. Wpływ na możliwość uzyskania pomocy ze strony sąsiadów i znajomych ma przede wszystkim jakość i częstość kontaktów. Znajomości zawierane przez mężczyzn mają najczęściej charakter zawodowy i wraz z ustaniem pracy w naturalny sposób stopniowo wygasają (rzadsze spotkania). Podstawą kontaktów zawieranych przez kobiety jest większa bliskość emocjonalna, co prowadzi do uzyskania bardziej trwałych więzi. Kontakty w diadzie kobieta–kobieta są zatem trwalsze niż w przypadku diad, w których jedną ze stron jest mężczyzną¹⁰². Istnieje również różnica w zakresie rodzaju i częstości wsparcia udzielanego przez kobiety i mężczyzn. Kobiety są bardziej skłonne do udzielania wsparcia systematycznie, a pomoc ze strony mężczyzn ma raczej charakter incydentalny. Dodatkowo, jeśli senior potrzebuje wsparcia w postaci usług, takich jak sprzątanie, gotowanie posiłków (czyli czynności kulturowo przypisywane kobietom), to szanse, że pomoc uzyska ze strony mężczyzn, są

¹⁰² P. Szukalski, *Przepływy międzypokoleniowe i ich kontekst demograficzny*, Wyd. Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2002, s. 46–47.

znacznie niższe niż możliwość uzyskania pomocy ze strony kobiet, a ponieważ kontakty ze znajomymi i sąsiadami opierają się na wzajemnej wymianie, mężczyznom, którzy nie byli zaangażowani w głębsze relacje sąsiedzkie, trudniej uzyskać pomoc. Mężczyźni również rzadziej niż kobiety są skłonni poprosić o pomoc osoby niespokrewnione.

Jeśli sąsiedzi i znajomi świadczą pomoc, to najwięcej godzin poświęcają na pomoc w sprzątaniu i porządkowaniu mieszkania (tabela 14). Tak więc jeśli wsparcie jest świadczone przez osoby niespokrewnione, to jego wymiar jest znaczny, jeśli chodzi o utrzymanie mieszkania w czystości i porządku oraz zapewnienie posiłku. Należy jednak pamiętać, że odsetek osób, które takie wsparcie otrzymują jest nieznaczny, i często jest ono uzupełnieniem wsparcia rodzinnego, a nie substytutem tego wsparcia.

TABELA 14. CZĘSTOŚĆ UDZIELANEJ POMOCY PRZEZ OSOBY NIESPOKREWNIONE

Czynności	Średnia liczba godzin tygodniowo
Utrzymywanie mieszkania w porządku i czystości	6,7
Dokonywanie zakupów	2,4
Załatwianie spraw bieżących, np. dokonywanie opłat administracyjnych, umawianie wizyty lekarskiej itp.	1,3
Zapewnianie i podanie posiłku	6,3
Noszenie do pralni i zmiana bielizny	3,0
Przynoszenie opału i palenie w piecu	3,0
Przynoszenie wody i wynoszenie nieczystości	0,0
Zabiegi pielęgnacyjne	3,3
Pomoc przy ubieraniu	1,0
Zabiegi medyczne	1,0
Inne	4,1

Źródło: Badania własne.

1.3.3. Wsparcie instytucji formalnych

Zgodnie z przytaczanymi już zapisami w ustawie o pomocy społecznej usługi opiekuńcze czy skierowanie do domu pomocy społecznej powinny nastąpić w momencie utraty samodzielności i niemożności zapewnienia wystarczającej pomocy przez rodzinę lub w miejscu zamieszkania seniora. Zatem jeśli osoby starsze mają ograniczoną samodzielność i rodzina nie ma możliwości zapewnienia odpowiedniego wsparcia, senior powinien otrzymywać pomoc ze strony ośrodka pomocy społecznej w postaci usług wsparcia środowiskowego, a w dalszym kroku w postaci całodobowej opieki w instytucjonalnych formach wsparcia (np. DPS lub ZOL). W sytuacji gdy osoba starsza zaczyna korzystać z pomocy oferowanej przez ośrodki pomocy społecznej, należy rozważyć również działanie teorii wymiany i tzw. *woodwork effect*. Zgodnie z koncepcją *woodwork effect* raz udzielone formalne wsparcie osobie starszej powoduje, że wzrasta postawa roszczeniowa ze strony rodziny (jeśli osoba starsza posiada rodzinę) oraz samej osoby starszej. Członkowie rodziny oraz osoba starsza uczą się, jak korzystać z pomocy oferowanej przez ośrodki pomocy społecznej, poznają możliwości, jakimi dysponują władze samorządowe w zakresie opieki nad osobami starszymi. Rodzina lub osoba starsza dąży do rozszerzenia usług opiekuńczych i zwiększenia ich wymiaru czasowego, przestaje de facto obowiązywać zasada subsydiarności, ponieważ jednostka otrzymuje większą pomoc niż jest jej w rzeczywistości niezbędna. Jednak w Polsce podstawową kwestią jest znajomość podmiotów świadczących lub mogących potencjalnie świadczyć pomoc osobom potrzebującym wsparcia i ich rodzinom. Dlatego też zanim zadano respondentom – zarówno wspierającym jak i wspieranym – blok pytań dotyczących korzystania z formalnej pomocy, zbadano, jaki jest stopień rozeznania osób starszych i ich opiekunów w zakresie podmiotów mogących świadczyć pomoc. Na wstępie zapytano badanych

o znajomość podmiotów, które świadczą pomoc osobom niesamodzielnym, wymagającym pomocy w codziennym funkcjonowaniu. Z analizy odpowiedzi wynika, że 39,5% badanych osób starszych i 58% ich rodzinnych opiekunów posiada wiedzę w tym zakresie. W opinii większości z nich instytucją udzielającą wsparcia osobom starszym jest Ośrodek Pomocy Społecznej. W dalszej kolejności wskazywano: pielęgniarce środowiskowe, PCK, fundacje, organizacje pozarządowe, kościół oraz Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON), służbę zdrowia, dom pomocy społecznej, zakony, stowarzyszenia, urzędy dzielnicowe, uniwersytety trzeciego wieku, ale niektórzy respondenci wskazywali ogólnie – państwo. Jednak na pytanie, jakiego rodzaju pomoc mogą od tych instytucji uzyskać tylko 23% osób starszych potrafiło wskazać, jakiego rodzaju jest to wsparcie. Najczęściej respondenci-seniorzy wskazywali, że mogą uzyskać wsparcie/pomoc:

- finansowe,
- pomoc medyczną,
- opiekuńcze,
- pomoc pielęgniarstwa,
- zapewnienie: jedzenia, ubrania, lekarstw,
- gotowanie posiłków, sprzątanie, wynoszenie z łóżka,
- modlitwę,
- pomoc w załatwianiu spraw,
- pomoc doraźną,
- odpłatną pomoc opiekuńczą,
- pomoc w podstawowych czynnościach,
- pomoc przychodni lekarskiej.

Większość – 91% badanych seniorów nie korzystała ze wsparcia instytucji formalnych, tylko 6,5% otrzymywało pomoc materialną w postaci zasiłków, a 2,5% usług opiekuńczych świadczonych przez opiekunkę środowiskową oraz specjalistycznych usług opiekuńczych.

TABELA 15. CZĘSTOŚĆ UDZIELANEJ POMOCY ZE STRONY OŚROD-
KA POMOCY SPOŁECZNEJ

Czynności	Średnia liczba godzin tygodniowo
Utrzymywanie mieszkania w porządku i czystości	4,3
Dokonywanie zakupów	5,0
Załatwianie spraw bieżących, np. dokonywanie opłat administracyjnych, umawianie wizyty lekarskiej itp.	5,7
Zapewnianie i podanie posiłku	7,8
Noszenie do pralni i zmiana bielizny	1,5
Przynoszenie opału i palenie w piecu	0,0
Przynoszenie wody i wynoszenie nieczystości	5,0
Zabiegi pielęgnacyjne	5,0
Pomoc przy ubieraniu	2,0
Zabiegi medyczne	0,0
Ćwiczenia rehabilitacyjne	15,0

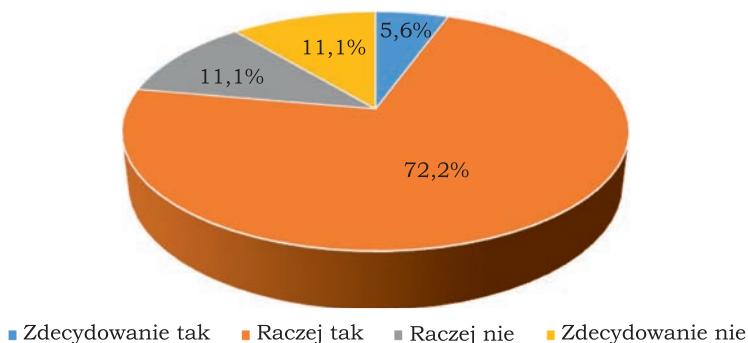
Źródło: Badania własne.

Najczęstszą usługą, z której korzystały osoby starsze, było zapewnianie i podawanie posiłku, a przyznana liczba godzin w tygodniu wynosiła ponad pięć. Najczęściej i w największym wymiarze czasu przyznawane były także takie usługi jak: dokonywanie zakupów, załatwianie spraw bieżących, czyli usługi wymagające wyjścia z domu oraz utrzymywaniem mieszkania w porządku i czystości, czyli czynność wymagająca wysiłku fizycznego i sprawności fizycznej.

Chociaż 72% opiekunów osób korzystających z usług oferowanych w ramach systemu pomocy społecznej i 83% osób starszych korzystających ze wsparcia pomocy

społecznej jest zadowolonych z usług, to 39% opiekunów i 33% osób starszych twierdzi, że są one niewystarczające, aby zaspokoić potrzeby niesamodzielnych seniorów (wykres 2). Gdy pytano o to, co powoduje, że pomoc w postaci usług środowiskowych świadczonych w miejscu zamieszkania osoby starszej jest niewystarczająca respondenci (zarówno wspierający jak i wspierani) wskazywali na:

- braki w zakresie pomocy medycznej np. rehabilitacji,
- niesumienność osób świadczących usługi (często nie przychodziły, spóźniały się),
- zbyt małe środki na zaspokojenie wszystkich potrzeb osób wymagających pomocy,
- zbyt długi czas oczekiwania na umieszczenie w domu spokojnej starości¹⁰³.



WYKRES 2. ZADOWOLENIE Z JAKOŚCI USŁUG ŚWIADCZONYCH W RAMACH POMOCY SPOŁECZNEJ

Źródło: Badania własne.

¹⁰³ Zarówno osoby starsze, jak i ich rodzinni opiekunowie rzadko używali określenia domy pomocy społecznej, posługiwali się określeniami dom spokojnej starości, dom opieki, dom seniora.

1.4. Hierarchia podmiotów udzielających wsparcia

Jednym z celów badania było także uzyskanie informacji dotyczącej hierarchii podmiotów zobowiązanych do wspierania osób niesamodzielnych. Zgodnie z już kilkakrotnie wzmiankowaną zasadą subsydiarności obowiązek pomocy spoczywa na rodzinie, a w następnej kolejności na nieformalnych, nierodzinnych sieciach wsparcia, organizacjach pozarządowych, a w ostatniej kolejności dopiero na instytucjach formalnych, takich jak pomoc społeczna. Przedstawione we wcześniejszych rozdziałach dane pokazują, że zasada ta jest zachowana. Również w przypadku badanej grupy główny ciężar wsparcia i zapewniania pomocy spoczywa na rodzinie. Seniorzy zapytani o to, kto powinien w pierwszej kolejności świadczyć pomoc, w 98,5% wskazywali na rodzinę, ale na drugim miejscu (87,5%) wskazali gminę, a tylko niespełna 60% sąsiadów i 63% znajomych. Osoby starsze dostrzegają też istotną rolę związków wyznaniowych i kościołów; 63,5% wytypowało je jako źródło wsparcia. Fundacje i stowarzyszenia są postrzegane, przez 79% jako ważne ogniwo łańcucha pomocy.

TABELA 16. HIERARCHIA PODMIOTÓW ŚWIADCZĄCYCH WSPARCIE WEDŁUG SENIORÓW (W %)

Podmiot	Odsetek
1. Rodzina	98,5
2. Gmina (pomoc społeczna)	87,5
3. Fundacje, stowarzyszenia	79,0
4. Związki wyznaniowe, kościoły	63,5
5. Znajomi, przyjaciele	63,0
6. Sąsiedzi	60,0

Źródło: Badania własne.

Ostatnią formą pomocy skierowaną do osób, dla których usługi opiekuńcze świadczone w ich miejscu zamieszkania są niewystarczające, jest pomoc instytucjonalna. Jednym z głównych celów ustawy o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 roku była stymulacja rozwoju środowiskowej pomocy społecznej. Aby zwiększyć zakres i formy tejże pomocy, zmieniono między innymi sposób finansowania pobytu mieszkańca w DPS. Zaangażowanie rodziny oraz gminy w partycypację w kosztach utrzymania mieszkańca miało spowodować efektywniejsze zarządzanie środkami przeznaczonymi na pomoc udzielaną w instytucjach, takich jak domy pomocy społecznej. Przytoczone w poprzednich rozdziałach badanie Diagnoza Społeczna 2013 pokazuje, że rośnie odsetek osób twierdzących, że nie ma nic złego w umieszczeniu rodzica w domu pomocy społecznej. W badaniu zapytano respondentów, czy rozważaliby możliwość zamieszkania/umieszczenia w domu pomocy społecznej lub innej formie świadczącej całodobową opiekę. Wśród opiekunów osób starszych odsetek odpowiedzi „tak” wynosił 9% i był wyższy niż w przypadku osób starszych, wśród których tylko 6% rozważałoby taką opcję. Wśród czynników, które skłoniłyby do takiego rozwiązania dominowała odpowiedź pogorszenie stanu zdrowia oraz brak wystarczającej pomocy ze strony krewnych (tabela 17).

TABELA 17. CZYNNIKI DECYDUJĄCE O SKORZYSTANIU Z POMOCY INSTYTUCJONALNEJ (W %)

Czynnik	Osoby starsze	Opiekunowie
1. Pogorszenie stanu zdrowia	83,3	94,4
2. Brak wystarczającej pomocy ze strony krewnych	25,0	72,2
3. Brak wystarczającego wsparcia ze strony znajomych, pomocy społecznej	8,3	0,0

4. Samotność	8,3	11,1
5. Trudności finansowe	8,3	0,0
6. Inne powody, jakie: czekam na miejsce, przyzwolenie ze strony krewnych	16,7	94,4

Źródło: Badania własne.

Wśród odpowiedzi dotyczących skorzystania z pomocy instytucjonalnej obok domu pomocy społecznej wymienianym był także zakład opiekuńczo-leczniczy i prywatne domy spokojnej starości.

Oddzielną kwestią jest pomijanie zarówno przez osoby starsze, jak i ich opiekunów, możliwości zakupu usług na wolnym rynku. Tylko 6 respondentów korzystało z odpłatnych usług opiekuńczych, tłumacząc, że pomoc krewnych jest niewystarczająca lub że nie chcą obciążać opieką rodziny. Jednak niekorzystanie nie wynikało z niewiedzy, jak z takich usług skorzystać. Jednocześnie tylko 9% opiekunów oceniało sytuację materialną podopiecznego jako złą i taką, która nie pozwala na zakup usług na wolnym rynku (tabela 18).

TABELA 18. OCENA SYTUACJI MATERIALNEJ OSÓB STARSZYCH (W %)

Ocena	Osoby starsze	Opiekunowie
Bardzo dobra	1,5	1,5
Dobra	22,5	25,5
Średnia	68,5	64,0
Zła	6,5	9,0

Źródło: Badania własne.

Szansą na uzupełnienie luki w hierarchii podmiotów świadczących pomoc jest zatrudnianie w obszarze opieki

obcokrajowców. Jednak osoby starsze zapytane o to, czy zatrudniłyby obcokrajowca do świadczenia usług opiekuńczych, w większości odpowiedziały przecząco (74%). Odsetek ten jest znacznie niższy wśród opiekunów, ale nadal jest powyżej połowy i wynosi 53%. Należy jednak wskazać, że 66% opiekunów w ogóle nie byłoby skłonnych nikogo zatrudnić do opieki nad niesamodzielnym rodzicem. Wśród opiekunów 16,2% stanowiły osoby, które zdecydowałyby się na zatrudnienie imigranta, obcokrajowca, ale pod pewnymi warunkami:

- aby pasował do zadania,
- aby był z tego samego kręgu kulturowego,
- tylko z bloku wschodniego,
- tylko z bloku wschodniego, i z polecenia innej osoby, z dobrą opinią,
- aby umiał mówić po polsku.

Najchętniej w roli opiekunki osoby starszej opiekunowie rodzinni widzieliby Ukrainki. Jest to zapewne związane z tym, że Ukrainki kojarzą się ze sferą usług opiekuńczych oraz z rozpowszechnioną opinią, że są rzetelne i sumienne w wykonywaniu swojej pracy i ze względu na bliskość językową łatwo się z nimi porozumieć.

Opiekunowie zapytani o to, kto i w jakim stopniu powinien odpowiadać za opiekę i bezpieczeństwo socjalne osób starszych wskazywali głównie na rodzinę i państwo (tabela 19).

TABELA 19. PODMIOTY ODPOWIEDZIALNE ZA OPIEKĘ I BEZPIECZEŃSTWO SOCJALNE OSÓB STARSZYCH

Wyszczególnienie	Średnia ocena
Sami seniorzy	2,47
Ich rodziny	4,15
Państwo	4,00
Władze lokalne	3,96

Źródło: Badania własne.

W wywiadach pogłębionych respondenci – zarówno osoby starsze, jak i ich rodzinni opiekunowie – wskazywali głównie na rodzinę jako instytucję, na której spoczywa największa rola w zakresie opieki. Inne podmioty były wymieniane, jako te, na których ciąży konieczność zapewnienia opieki, jeśli osoba starsza była samotna i nie miała krewnych mogących zaspokoić potrzeby opiekuńcze.

Rodzina, rodzina, rodzina. Teraz są liche zarobki, mój Boże. To te dzieci się skumlą i córka robi tyle godzin i lichą ma pensję. W ogóle i co gadać jeszcze o dzieciach. A Państwo to bida wszędzie, ludzi tyle, przy pomocy społecznej, to tych jak się nieraz idzie, tyle ludzi obiady dostaje, Boże, Matko Boska (Wspierany 1).

No rodzina, myślę, że najwięcej rodzina. Jak nie ma rodziny, to państwo (Wspierany 2).

Część respondentów zwracała jednak uwagę na konieczność większego zaangażowania samorządu lub państwa w opiekę nad osobami starszymi. Rolę innych

podmiotów postrzegali jako uzupełnienie świadczonej przez nich pomocy i to częściej w postaci wsparcia materialnego np. dopłat do leków itp.

Na pewno najbliższa rodzina, to najpewniejsze jest, bo nigdy osoby postronne czy obce tego nie dopełnią. Ale też są te uwarunkowania, każdy ma swoje życie i tu jest problem czasowy i finansowy (Wspierający 1).

Jak by można było to tak, nie ma o czym gadać. Nie będę chodzić nigdzie, nie będę żebrać. A tam, kiedyś byłam dawniej żeby mi do leków dołożyli. Nie ma o czym gadać. Więcej człowiek się nachodzi, nadenerwował się jakby coś uzyskał (Wspierający 2).

Opiekunowie zwracali także uwagę na możliwość skorzystania z usług opiekuńki. Cześć respondentów tych lepiej sytuowanych korzystała z opiekuńki, a dwie osoby mieszkające z opiekunami z Ukrainy, które zajmowały się pomocą i pracami domowymi.

Niemniej ludzi, którzy potrzebują takiej pomocy jest na pewno wielu i myślę, że wiele instytucji powinno zaangażować się w pomoc ludziom starszym, tym bardziej że średnia do życia wydłuża się i to bardzo. No my z siostrą, na razie, mając jeszcze mężów do pomocy, jakoś sobie finansowo radzimy i jesteśmy w stanie mamusi pomóc, mamy jakie takie emerytury, ale w wielu rodzinach niestety ta sytuacja jest bardzo, bardzo trudna. Gdyby nie to, że nie pracujemy już, to zaangażowanie prywatnej opiekuńki, byłoby dla nas niesamowicie kosztowne i bardzo obciążało by nasz budżet (Wspierający 3).

No jak ona ma 1400 emerytury, no to wszystkie świadczenia, pampersy, opłaty, poza tym płacimy jeszcze prywatną opiekę to na pewno na tym poziomie to jest za niska stawka pieniężna. To trzeba i tak dokładać z rodziny. Bo oprócz tej opiekunki, tej z PCK jest druga opiekunka, przychodzi wieczorem też położyć ją spać, za darmo nie przyjdzie. Opłacamy ją (Wspierający 4).

1.5. Godzenie życia zawodowego i rodzinnego – perspektywa opiekunów osób starszych

Ostatni moduł badania osób udzielających wsparcia osobom starszym dotyczył godzenia przez nich opieki nad osobą zależną oraz innych sfer życia. Szczególnie interesujące jest łączenie z opieką życia zawodowego oraz życia własnej nuklearnej rodziny. Większość to jest 78% opiekunów osób starszych pracowało zawodowo, niespełna 10,5% stanowiły osoby pracujące na część etatu. Biorąc pod uwagę, że opiekunowie byli na przedpolu starości, tj. głównie w wieku 45–64 lata (średnia wieku 48,6 lat, a mediana 50 lat), można podejrzewać, że są obciążeni nie tylko opieką nad swoimi rodzinami, czy też starszymi krewnymi, lecz także wnukami. 10% rodzinnych opiekunów zajmowało się także inną osobą zależną i byli to głównie wnukowie, małżonek, rodziniec, dorosła osoba niepełnosprawna (syn, synowa). Zapytani o kolejność osób, którym poświęcają czas na pierwszym miejscu byli ich rodzice, następnie niepełnosprawne osoby dorosłe i w trzeciej kolejności wnuki.

Chociaż większość (76%) respondentów twierdziło, że udaje jej się godzić życie zawodowego z opieką na starszym krewnym, to jednak 19% przyznało, że robi to z trudem, a 4,5%, że jest to niemożliwe. Odsetek mających trudności

złączeniem życia zawodowego i rodzinnego był skorelowany ze stanem zdrowia podopiecznego. Im większej opieki wymagał senior, tym trudniej było pogodzić opiekę nad nim nie tylko z życiem zawodowym, lecz także z innymi sferami życia, np. ze spotkaniami z przyjaciółmi czy czasem spędzanym z innymi krewnymi przede wszystkim wnukami. Opiekunowie poproszeni o wymienienie największych problemów w godzeniu życia zawodowego z opieką nad osobą starszą wskazywali na:

- brak czasu dla siebie,
- uciążliwe dojazdy,
- brak opieki nad seniorem podczas pracy zawodowej opiekuna,
- brak wsparcia medycznego,
- częste zwalnianie się z pracy – sprawy opiekuńcze do załatwienia w godzinach pracy,
- zmęczenie,
- pogodzenie pracy z opieką w domu,
- pogorszenie stanu zdrowia seniora i konieczność dłuższej opieki,
- pogorszenie relacji rodzinnych,
- dodatkowe godziny pracy, które opiekun musi godzić z obowiązkami opiekuńczymi,
- sprawy lokalowe – jest ciasno w mieszkaniu dwupokojowym,
- trudności w skoordynowaniu opieki świadczonej przez dwóch pracujących opiekunów rodzinnych,
- zbyt niskie zarobki, aby pokryć koszty opiekunki,
- mniej czasu na załatwianie spraw urzędowych.

Jako główne konsekwencje wpływające na inne, pozazawodowe sfery życia opiekunowie wskazywali przede wszystkim na brak czasu dla siebie, brak czasu na

samorozwój, brak życia osobistego i rodzinnego, mniejszą mobilność i mniej czasu na spotkania ze znajomymi, wyczerpanie psychiczne, brak siły, zmęczenie częstym przebywaniem z podopiecznym. Opiekunowie podkreślali także, że przy planowaniu innych czynności czy aktywności zawsze myślą o zapewnieniu opieki seniorowi i czasie, którym muszą mu poświęcić.

Opiekunowie nie tylko potrafia zdiagnozować problemy, które wynikają z konieczności opieki nad osobą starszą, lecz także wiedzą jakie rozwiązania mogłyby im ułatwić sprawowanie opieki i choć trochę odciążyć ich w obowiązkach opiekuńczych. Najczęściej opiekunowie wymieniali pomoc innej osoby w niektóre dni, np. opiekunki środowiskowej, pielęgniarce, pomoc w rehabilitacji czy też wykonywaniu zabiegów medycznych – np. podawanie lub nauka podawania insuliny, robienie lub nauka robienia zastrzyków, większa dostępność służby zdrowia. Opiekunowie często skarżyli się na niestałość i niesumienność opiekunek i to zarówno opiekunek środowiskowych wykonujących przyznane usługi opiekuńcze, jak i prywatnych opiekunek, których praca w całości jest opłacana przez rodzinę lub osobę starszą. Jeśli opiekunowie chcieli szukać wsparcia, wymieniali następujące instytucje, do których by się udali: dom dziennej opieki, pomoc społeczna, fundacje, stowarzyszenia, sąsiedzi, znajomi.

W indywidualnych wywiadach pogłębionych opiekunowie zapytani o wpływ opieki nad osobą starszą na sferę życia zawodowego i rodzinnego podkreślali nie tylko trudności w łączeniu pracy zawodowej z opieką, lecz także wpływ na inne sfery życia np. czas wolny. Jedna z rozmówczyń podkreślała konieczność znajdowania osoby, która na chwilę zajęłaby się osobą starszą, przy czym raczej chodziło o doglądanie czy nic złego się nie dzieje, a nie zaangażowanie opiekuńcze.

Nie zostawiamy mamusi już samej. Staramy się jakoś tam opiekę załatwić. Znaczy, w tej chwili jej stan zdrowotny jest taki, że można ją zostawić samą na godzinę lub dwie czy trzy. Natomiast gdy chcemy wyjść gdzieś wieczorem, to angażujemy albo dzieci, albo też wychodzimy o takiej porze, gdy już mamusię pokładamy spać (Wspierający 5).

Wnuczka, która opiekuje się ponad 90-letnią babcią wskazała na wpływ na jej decyzję prokreacyjną konieczności sprawowania opieki nad niesamodzielną osobą. Dodatkowym czynnikiem utrudniającym łączenie opieki nad niesamodzielną babcią i własnym dzieckiem byłyby trudne warunki lokalowe i bark wystarczającej liczby pomieszczeń dla poszerzonej rodziny.

(...) pierwsza sprawa: potencjalne plany co do własnych dzieci. Troszeczkę psychicznie Babcia ogranicza mi te plany, bo nie do końca wyobrażam sobie dzisiaj dwuletnie czy tam roczne dziecko, które o trzeciej czy o drugiej w nocy co dziesięć minut płacze, w sytuacji gdy za ścianą jest kobieta 93-letnia, która potrzebuje niczego innego, jak po prostu się dobrze wyspać. Bo jak wiadomo dla starszych ludzi najlepszym lekarstwem jest sen. Natomiast myślę, że nie, że tak jak moi Dziadkowie, moi Rodzice, tak i my, jeżeli już będzie konieczność, na takie dzieci się na również zdecydujemy, co nie zmienia faktu że na pewno będzie to pewnego rodzaju utrudnienie w mieszkaniu pod jednym dachem właśnie z noworodkiem i z osobą, która ma 93 lata. Właśnie od strony, właśnie nieprzespanych nocy czy w ogóle większego zaangażowania naszego, bo wiadomo że takie dziecko wymaga takiego zaangażowania, tak (Wspierający 6).

Także opiekunowie, którzy nie zamieszkują wspólnie z seniorem, podkreślali wpływ opieki na ich życie

zawodowe, rodzinne i czas wolny. Głównym czynnikiem ograniczającym inne sfery była niepewność związana z wykonywaniem ciężących na nich obowiązków opiekuńczych. Osoby świadczące pomoc mówiły, że nie wiedzą, kiedy stanie się coś, co będzie wymagało natychmiastowej reakcji i pojechania do podopiecznego. Tym samym planowanie wyjazdów poza miejsce zamieszkania jest praktycznie niemożliwe.

To jest ograniczenie własnego czasu, bo to trzeba zawsze być do dyspozycji, nie wiadomo w którym momencie, w jakiej chwili, będzie telefon że trzeba jechać z pomocą, w tym układzie życie osobiste na pewno jest w pewnym stopniu ograniczone. Nie można sobie pozwolić na wiele rzeczy, bo trzeba wziąć pod uwagę, że w każdej chwili może się coś dziać. Kobieta 88 lat, to pewne ryzyko, duże, istnieje zdrowotne (Wspierający 2).

Należy też podkreślić, że opiekunowie odpowiadali także, że opieka nie wpływa na ich inne sfery życia, bo potrafią odpowiednio zorganizować sobie obowiązki i zaplanować czas, a sprawowanie opieki traktują jako obowiązek, który jest priorytetowy do wypełnienia.

1.6. Podsumowanie wyników badania

Zarówno wśród badanych seniorów, jak i ich rodzinnych opiekunów, w badaniu jakościowym jak i ilościowym dominowały kobiety. Wynika to ze sfeminizowania starości (nadumieralności mężczyzn) oraz znacznego sfeminizowania populacji opiekunek (tradycyjnie przypisywanie cech opiekuńczych kobietom oraz niższe zarobki

sprawiają, że trudno w zawodzie opiekunów znaleźć mężczyzn).

Najwięcej badanych (42%) opiekunów oceniło stan zdrowia osób starszych jako przeciętny, a 31% uznało, że jest on dobry, a większość wspieranych osób starszych wychodzi z domu samemu (60,5%). Do czynności, które najczęściej sprawiają podopiecznym trudności, rodzinni opiekunowie zaliczyli: dokonywanie zakupów, załatwianie spraw bieżących i utrzymywanie mieszkania w porządku i czystości, czyli czynności wymagające sprawności fizycznej.

Najczęściej osobami starszymi opiekują się dzieci, a dokładnie córki. Ponad połowa badanych nie zamieszkuje wspólnie z seniorem. Większość respondentów zadeklarowała, że udzielanie pomocy podopiecznemu to ich obowiązek. Co piąty badany stwierdził natomiast, że nie ma nikogo innego, kto mógłby opiekować się seniorem. Opiekunowie wspierają osoby starsze najczęściej poprzez dokonywanie zakupów, załatwianie spraw bieżących i utrzymywanie mieszkania w porządku i czystości, czyli wykonają te czynności, które seniorom sprawiają największe trudności. Większość badanych opiekunów pomaga seniorowi ponad pięć lat, co oznacza, że trudności w wykonywaniu niektórych czynności są stanem długotrwałym. Dokonując oceny stopnia zaspokojenia potrzeb seniorów, 87% opiekunów stwierdziło, że pomoc przez nich świadczona jest wystarczająca, a zdecydowana większość osób starszych nie korzysta ze wsparcia innych podmiotów działających w trzecim sektorze np. organizacji pozarządowych, kościoła czy też pomocy społecznej. Spośród nielicznych osób, które zadeklarowały, że otrzymują wsparcie od instytucji powołanych do wspierania osób niesamodzielnych lub wymagających opieki, dokładnie połowa korzysta z usług opiekuńczych, a 42,9% opiekunów otrzymuje wsparcie finansowe.

W większości przypadków badani nie korzystają z pomocy innych krewnych. Spośród innych krewnych, którzy nie są głównymi wspierającymi udzielających pomocy osobom starszym, 63,6% stanowią ich córki, a tylko 39,9% seniorów korzysta natomiast z pomocy synów. Osoby te najczęściej udzielają pomocy w zakresie dokonywania zakupów, utrzymywania mieszkania w porządku i czystości oraz załatwiania spraw bieżących. Zgodnie z przedstawionymi we wcześniejszych częściach zagadnieniami związanymi z rodziną więzy pomiędzy ojcem a dziećmi są mniej trwale niż pomiędzy matką a potomstwem. Dlatego też mężczyźni w mniejszym zakresie mogą liczyć na pomoc swoich dzieci i częściej muszą korzystać z pomocy osób trzecich w sytuacji własnej niesamodzielności. Jednak większość badanych opiekunów zadeklarowało, że ich podopieczny nie otrzymuje pomocy od innych osób niespokrewnionych. Badani, których podopieczni korzystają ze wsparcia takich osób, najczęściej deklaruwali, że pomoc świadczą sąsiedzi, przyjaciele i prywatne opiekunki.

Ponad połowa badanych wspierających posiada wiedzę na temat instytucji formalnych, które świadczą pomoc osobom niesamodzielnym, wymagającym pomocy w codziennym funkcjonowaniu. W opinii większości z nich instytucją udzielającą wsparcia osobom starszym jest ośrodek pomocy społecznej, wysoki jest także stopień zadowolenia z usług świadczonych seniorowi przez pomoc społeczną.

Zgodnie z zasadą subsydiarności to rodzina w pierwszej kolejności powinna udzielać wsparcia seniorowi, a grupą osób trafiających do systemu pomocy społecznej są ci, którzy nie może liczyć na pomoc bliskich lub zakres tej pomocy jest niewystarczający. Pracownik socjalny poprzez wywiad środowiskowy ustala, czy taka sytuacja rzeczywiście występuje. W przypadku badanych osób

starszych i ich rodzinnych opiekunów 91% nie rozważało umieszczenia podopiecznego w domu pomocy społecznej lub innej formie całodobowej opieki. Spośród badanych, którzy zadeklarowali taką możliwość, większość wskazuje na pogarszający się stan zdrowia jako na czynnik decydujący o rozpatrywaniu takiej opcji opieki, natomiast pozostała część badanych argumentowała to brakiem wystarczającej ilości czasu na opiekę nad osobą starszą.

Sytuacja finansowa seniorów była oceniana jako średnia przez opiekunów, jednak 59,5% opiekunów zadeklarowało, że seniora nie stać na skorzystanie z odpłatnych usług opiekuńczych lub mogą je opłacić tylko w pewnym zakresie. Prawie $\frac{1}{4}$ respondentów opiekujących się osobami starszymi wspiera finansowo podopiecznego, także podobny odsetek seniorów deklaruje wsparcie finansowe krewnych, którzy się nimi opiekują.

Większość badanych opiekunów (78,0%) pracuje zawodowo. Ponad $\frac{3}{4}$ spośród nich zadeklarowało, że udaje im się pogodzić życie zawodowe z opieką nad seniorem. 87% respondentów nie ma wiedzy na temat form pomocy, jaką mogą uzyskać, będąc opiekunem osoby starszej.

Badanie wskazuje także na obciążenie osób opiekujących się seniorami opieką nad innymi krewnymi głównie dorosłymi osobami niepełnosprawnymi i wnukami. Dlatego też chętnie skorzystaliby z pomocy innych osób w wypełnianiu obowiązków opiekuńczych. Większość opiekunów – a szczególnie tych łączących pracę zawodową z opieką – byłoby skłonnych zatrudnić osobę do pomocy przy opiece nad członkiem rodziny. Spośród osób, które biorą pod uwagę taką możliwość, prawie dwie trzecie przyznało, że wyznaczenie miałoby dla nich znaczenie. Dla większości badanych istotna byłaby również narodowość potencjalnego opiekuna.

Zdecydowana większość badanych seniorów nie korzystała ze wsparcia świadczonego przez pomoc społeczną

czy też przez organizacje pozarządowe, kościoła czy pomocy społecznej. Spośród osób, które zadeklarowały, że otrzymują wsparcie od instytucji publicznych, dokładnie połowa korzysta z usług opiekuńczych.

Natomiast respondenci-seniorzy najczęściej wskazywali, iż uzyskują pomoc w następujących czynnościach: utrzymywanie mieszkania w porządku i czystości, dokonywanie zakupów, załatwianie spraw bieżących, zapewnianie i podanie posiłku. Krewni udzielający pomocy najczęściej czasu poświęcają na zapewnienie i podanie posiłku oraz utrzymywanie mieszkania w porządku i czystości. Niemal wszystkie wspierane osoby starsze (93%) twierdzą, że uzyskiwana od krewnych pomoc jest wystarczająca. W roli opiekuna osoby starsze najchętniej widzą córki oraz wnuczki. Większość osób starszych odpowiedziało, że nie otrzymuje pomocy od osób niespokrewnionych. Wśród osób, które otrzymują pomoc ze strony kogoś innego niż krewni, najczęściej wskazywano na pomoc udzielaną przez sąsiadów. Zdecydowana większość badanych nie otrzymuje pomocy od przedstawicieli organizacji pozarządowych.

Większość respondentów nie posiada wiedzy na temat podmiotów, które świadczą pomoc osobom niesamodzielnym, potrzebującym pomocy. Słaba była również znajomość badanych w zakresie form pomocy, jakie mogą uzyskać od instytucji. Badanie wskazuje na ważną rolę lekarzy pierwszego kontaktu w zdobywaniu wiedzy gdzie lub do kogo udać się po pomoc. Na pytanie, skąd badani dowiedzieli się o możliwości uzyskania pomocy ze strony ośrodka pomocy społecznej i organizacji zarządowych, ponad połowa seniorów (57,1%) odpowiedziała, że był to lekarz pierwszego kontaktu. W opinii 31% badanych korzystanie z pomocy organizacji świadczących pomoc jest podyktowane faktem, że pomoc krewnych jest niewystarczająca. Tyle samo ankietowanych argumentowało to

niechęcią nadmiernego obciążania krewnego udzielającego wsparcia. Od organizacji pozarządowych ankietowani najczęściej uzyskują wsparcie w zakresie zabiegów pielęgnacyjnych i zabiegów medycznych.

Odsetek badanych seniorów deklarujących korzystanie z usług pomocy społecznej – podobnie jak w przypadku organizacji pozarządowych – jest nieznaczny. W ramach usług opiekuńczych, które są najczęstszą formą pomocy otrzymywaną ze strony ośrodków pomocy społecznej, seniorzy najczęściej korzystają z pomocy w zakresie dokonywania zakupów oraz zapewniania i podania posiłku. Większość respondentów (83%) jest zadowolona z usług świadczonych przez pomoc społeczną.

Z odpłatnych usług opiekuńczych korzysta jedynie 3% badanych seniorów. Jest to zapewne pochodną samooceny sytuacji finansowej przez osoby starsze. Większość badanych osób starszych średnio ocenia swoją sytuację finansową, a dobrze lub bardzo dobrze sytuację materialną ocenia tylko 23,0% badanych seniorów. Ponadto 19,0% ankietowanych osób ma możliwości finansowe, aby skorzystać z usług płatnej opieki. Głównym motywem korzystania z takiego wsparcia świadczonego przez prywatne opiekunki jest niewystarczająca pomoc ze strony krewnych (71,4%). Biorąc pod uwagę rodzaj pomocy, jaka jest im udzielana, najwięcej respondentów wskazało na utrzymanie mieszkania w porządku i czystości i dokonywanie zakupów.

Badanie potwierdziło niechęć do zatrudniania w roli opiekuna cudzoziemców. Tylko nieco ponad 25% seniorów biorących udział w badaniu byłoby skłonnych zatrudnić imigranta w charakterze opiekuna. Najchętniej ankietowani zatrudniliby osoby z Ukrainy, a dla większości ankietowanych (73,7%) istotne znaczenie miałoby wyznaczenie opiekuna.

Osoby starsze nie chcą także zmieniać swojego miejsca zamieszkania, motywując to głównie zerwaniem

kontaktów z sąsiadami i trudnościami z nawiązaniem nowych kontaktów ze względu na pogarszający się stan zdrowia i ograniczenia w wychodzeniu z domu. Jedynie 10,0% ankietowanych osób starszych jest skłonnych do zmiany miejsca zamieszkania w przyszłości, a do przeprowadzki zmusiłoby ich pogorszenie się stanu zdrowia uniemożliwiające samodzielne funkcjonowanie, bądź zmiana miejsca zamieszkania przez członków rodziny opiekujących się nimi. Potencjalna zmiana miejsca zamieszkania, w opinii respondentów, warunkowana byłaby przede wszystkim potrzebą opieki ze strony rodziny lub instytucji.

2. Implikacje dla systemu opieki nad niesamodzielnymi osobami starszymi

Przeprowadzone badania, chociaż potwierdzają, że podstawą wsparcia osób starszych jest pomoc rodziny, a wsparcie ze strony instytucji formalnych jest nieznaczne, to jednak wskazują na konieczność większego zaangażowania instytucji i stworzenia kompleksowego systemu nie tylko opieki nad osobami starszymi, lecz także systemu wsparcia rodziny i rodzinnych opiekunów w wykonywanych funkcjach opiekuńczych. Na podstawie analizy dostępnych badań oraz analizy materiału zebranego w trakcie realizacji projektu można sformułować postulaty i rekomendacje, które powinny zaowocować dopasowaniem już istniejących instytucji rozwiązań do potrzeb opiekuńczych starzejącej się ludności. Postulaty i rekomendacje można podzielić np. według sektorów, w których jest świadczona pomoc na ochronę zdrowia i pomoc

społeczną, według miejsca świadczenia pomocy na pomoc środowiskową i instytucjonalną, według podmiotów udzielających pomocy.

W zakresie ochrony zdrowia niezbędne będzie zwiększanie wraz z postępującym procesem starzenia się populacji nakładów, zarówno na profilaktykę, doraźną pomoc lekarską, jak i na opiekę długoterminową. W zakresie opieki długoterminowej niezbędne jest rozwinięcie sieci oddziałów opieki geriatrycznej i paliatywnej oraz sieci hospicjów. Wzrośnie również zapotrzebowanie na miejsca w placówkach opiekuńczych, tj. w zakładach opiekuńczo-leczniczych oraz pielęgnacyjno-opiekuńczych. Według szacunków badaczy, aby usługi medyczne pozostały na dotychczasowym poziomie, niezbędne jest ich relatywne zwiększenie w ciągu najbliższych dwóch dekad o 13%¹⁰⁴. Powinny wzrosnąć również wydatki na rehabilitację oraz działania prewencyjne, mające na celu zmniejszenie prawdopodobieństwa wystąpienia niektórych schorzeń i niepełnosprawności.

W najbliższej przyszłości konieczny będzie rozwój szerszej współpracy ośrodków pomocy społecznej z sektorem prywatnym oraz organizacjami pozarządowymi zajmującymi się świadczeniem wsparcia seniorom. Kontrakty podpisywane przez ośrodki pomocy społecznej z organizacjami, dotyczące umieszczania osób wymagających całodobowej opieki w prowadzonych przez nie ośrodkach, pozwalają na uniknięcie braku dostatecznej oferty w zakresie usług środowiskowych oraz długich kolejek oczekujących na miejsce w samorządowych domach pomocy społecznej. Taka forma współpracy zwiększa elastyczność systemu pomocy instytucjonalnej i sprawia, że może być

¹⁰⁴ P. Szukalski, *Proces starzenia się ludności – przyczyny, etapy, konsekwencje*, [w:] *Geriatra z elementami gerontologii ogólnej*, T. Grodzicki, J. Kocemba, A. Skalska (red.), Via Medica, Gdańsk 2006, s. 13–17.

on lepiej dostosowany do wielkości populacji seniorów, która jest uzależniona między innymi od działania czynnika kohortowego.

Wyzwania wynikające z braku spójnego systemu pomocy instytucjonalnej kierowanej do osób starszych powodują niemożność zapewnienia optymalnej formy pomocy osobie starszej. Wydaje się, że podstawą jest stworzenie kompleksowego programu polityki społecznej wobec starości i starzenia się, którego częścią byłaby opieka instytucjonalna. Konieczność nawiązania ściślejszych relacji pomiędzy dwoma sektorami oferującymi wsparcie instytucjonalne, tj. sektorem ochrony zdrowia i polityki społecznej, wpłynie pozytywnie na efektywność udzielanej pomocy. Jednocześnie dzięki tej kooperacji będzie możliwe dopasowanie optymalnej formy pomocy do sytuacji zdrowotnej seniora.

Z powyższą kwestią wiąże się również konieczność właściwej oceny potrzeb seniorów oraz diagnoza ich sytuacji życiowej. Brak kompleksowej charakterystyki populacji seniorów powoduje, że często oferowana im pomoc nie jest optymalna np. oczekiwanie na przyjęcie do DPS, które trwa średnio trzy lata, sprawia, że stan zdrowia seniora w momencie kierowania do tej instytucji jest zazwyczaj lepszy niż w momencie zamieszkania i osoba, która została skierowana do domy dla osób w podeszłym wieku powinna być umieszczona w domu dla osób somatycznie chorych. Również dane zebrane przez pracownika socjalnego dotyczące statusu rodzinnego seniora w trakcie kilku lat ulegają często zmianom. Badanie sytuacji osób starszych wspieranych przez rodzinnych opiekunów pokazuje, że część seniorów potrzebuje nieznacznej pomocy, a części wystarczą usługi opiekuńcze tylko np. w zimie, gdy trzeba przynieść węgiel. W zakresie wsparcia seniorów pracownicy socjalni najczęściej ograniczają się tylko do przyznawania usług opiekuńczych lub kierowania do

DPS, nie dostrzegając roli, jaką może pełnić pomoc pólinstytucjonalna (np. domy dziennego pobytu).

W obszarze pomocy społecznej niezbędne jest stworzenie sieci pomocy środowiskowej, która będzie odpowiedzialna na lokalne zapotrzebowanie na pomoc udzielaną w miejscu zamieszkania osoby starszej. Niezbędne będzie zwiększenie nakładów na tego typu pomoc. Wzrośnie również rola pracowników socjalnych jako osób pozostających w bezpośredniej interakcji z seniorem i znających jego potrzeby.

W dziedzinie instytucjonalnej pomocy społecznej potrzebna jest rozbudowa sieci różnorodnych instytucji świadczących całodobową opiekę w różnym zakresie, takich jak domy pomocy społecznej, mieszkania dla osób starszych, apartamenty, placówki rehabilitacyjne itp. Zarówno domy pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku, jak i domy dla osób somatycznie chorych będą musiały przygotować się na przyjęcie większej liczby mieszkańców o stosunkowo gorszym stanie zdrowia. Już obecnie w DPS obserwuje się zwiększanie liczby mieszkańców w wieku 75 lat i więcej, a stan zdrowia osób w tej grupie wieku jest gorszy niż osób w młodszych grupach wieku starszego. Przemiany społeczne spowodują konieczność poszerzenia oferty w zakresie instytucjonalnej pomocy dla osób starszych. Wzrost zamożności społeczeństwa będzie skutkował zwiększeniem wymagań odnośnie do standardu świadczonych usług opiekuńczych w środowisku i zamieszkiwania w instytucji.

Jednak największym wyzwaniem stojącym przed wszystkimi formami wsparcia osób starszych jest kwestia ich finansowania, dalszej rozbudowy koszyka świadczonych usług oraz dopasowanie ich do heterogenicznej populacji osób starszych. Nieostrzeganie heterogeniczności populacji seniorów wymagających wsparcia powoduje brak dostatecznego rozeznania w ich sytuacji

i dopasowania kierowanej pomocy i wsparcia do potrzeb osób starszych. Zróżnicowanie, jak pokazało przeprowadzone badanie, występuje praktycznie na wszystkich płaszczyznach (zarówno w zakresie wspomnianego już stanu zdrowia, sytuacji rodzinnej, jak i sieci nieformalnego wsparcia). Konsekwencją stratyfikacji grupy osób starszych wymagających wsparcia jest zapotrzebowanie na różnorodne formy pomocy zarówno środowiskowej, jak i instytucjonalnej – np. osoby charakteryzujące się lepszym stanem zdrowia mogą zamieszkiwać w specjalnych mieszkaniach dostosowanych do ich potrzeb, a nie w domu pomocy społecznej. Głównym problemem w zakresie rozwoju innych form pomocy instytucjonalnej jest konieczność zwiększenia przez samorząd terytorialny nakładów na rozwój systemu pomocy osobom starszym. Dodatkowo samorządy gmin i powiatów powinny zbudować i wprowadzić plan kompleksowej pomocy seniorom, oparty na zdiagnozowaniu sytuacji i potrzeb osób starszych, a nie ograniczać się do doraźnej pomocy. Niezbędne jest przygotowanie się do zwiększenia się populacji seniorów, szczególnie tych najstarszych, którzy charakteryzują się zwiększonym prawdopodobieństwem korzystania ze wsparcia innych osób przy wykonywaniu codziennych czynności.

Polityka społeczna w Polsce, podobnie jak w całej Unii Europejskiej, zmierza w kierunku ograniczania liczby osób korzystających z pomocy instytucjonalnej na rzecz wsparcia udzielonego w miejscu zamieszkania seniora. Jednak kolejki oczekujących na przyjęcie do domu pomocy społecznej i odsetek osób w wieku powyżej 75 lat korzystających z systemu pomocy instytucjonalnej wskazują, że nie jest on optymalnie dostosowany do potrzeb populacji seniorów.

Poruszone w powyższej pracy kwestie zapewne już nie długo pojawiają się w szerszym dyskursie politycznym, gdy

zgodnie z koncepcją *gray power* to seniorzy będą decydowali, kto będzie sprawował władzę¹⁰⁵. Choć zakładanie partii postulujących tylko obronę interesów seniorów nie sprawdziło się, to jednak rosnący elektorat osób po 60. roku życia i ich potrzeby nie mogą być ignorowane przez istniejące partie. Jednym z zagadnień, które będzie się pojawiało w dyskursie publicznym coraz częściej, będzie zapewne system opieki nad osobami starszymi.

¹⁰⁵ M. Kohli, *Generational Changes and Generational Equity*, [w:] *The Cambridge Handbook of Age and Ageing*, M. Johnson (red.), Cambridge University Press, Cambridge 2005.

Bibliografia

- Błędowski P., *Lokalna polityka społeczna wobec ludzi starych*, SGH, Warszawa 2002.
- Błędowski P., *Potrzeby opiekuńcze osób starszych*, [w:] *PolSenior. Aspekty medyczne, psychologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski (red.), TerMedia, Poznań 2012.
- Bobrowicz B.B., *Alokacja czasu: praca i edukacja versus funkcje opiekuńcze i prace domowe*, [w:] I.E. Kotowska, U. Sztanderska, I. Wóycicka, *Aktywność zawodowa i edukacyjna a obowiązki rodzinne w Polsce w świetle badań empirycznych*, Wydawnictwo SCHOLAR, Warszawa 2007.
- Bojanowska E., *Opieka nad ludźmi starszymi*, [w:] P. Szukalski, *Przygotowanie do starości. Polacy wobec starzenia się*, ISP, Warszawa 2008.
- Brockehurst J.C., Tallis R., Filit H., *Geriatric medicine and gerontology*, Churchill Livingstone, Edinburgh 1998.
- Carstensen L.L., *Social and Emotional Patterns in Adulthood: Support for Socioemotional Selectivity Theory*, „Psychology and Ageing”, 1992 (7), s. 331–338.

- Ciupijus Z., *Mobile central eastern Europeans in Britain: successful European Union citizens and disadvantaged labour migrants?*, *Work Employment & Society*, vol. 25, nr 3, 2011.
- Co każdy powinien wiedzieć o „domach seniorów”, <http://www.mpips.gov.pl/aktualnosci-wszystkie/pomoc-spoeczna/art,4397,co-kazdy-powinien-wiedziec-o-8222domach-seniorow8221.html>, dostęp: 2.02.2017.
- Dean W., Morgan R., *In defence of the concept of biological ageing measurement – current status*, *Arch. Gerontol. Geriatr.*, 1988, 7, s. 191–210.
- Duch-Krzysztozek D., *Praca płatna w życiu kobiet i mężczyzn*, [w:] P. Szukalski, *Przygotowanie do starości. Polacy wobec starzenia się*, ISP, Warszawa 2008.
- Encyklopedia wiedzy politycznej*, M. Chmaj, J. Marszałek-Kawa, W. Sokół (red.), Wyd. Adam Marszałek, Toruń 2005.
- Ershler W., Longo D., *The biology of aging*, *Cancer*, 1997, 80, s. 1284–1294.
- European Commission, Eurobarometr 2009, <http://www.europarl.europa.eu/aboutparliament/pl/00191b53ff/Eurobarometer.html>, dostęp: 20.10.2016.
- European Health Interview Survey.
- Grotowska-Leder J., *Osoby w wieku sędziwym a materialne wsparcie rodzinne (na przykładzie podopiecznych łódzkiej pomocy społecznej)*, [w:] *Starość i starzenie się jako doświadczenia jednostek i zbiorowości ludzkich*, J.T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), Łódź 2006.
- GUS 2015, *Zdrowie i zachowanie zdrowotne mieszkańców Polski w świetle Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (EHIS) 2014*.
- GUS, *Aktywność ekonomiczna ludności Polski III kwartał 2016*, Warszawa 2017.

- GUS, *Budżety gospodarstw domowych w 2015 r.*, Warszawa 2016.
- GUS, *Pomoc społeczna i opieka nad dzieckiem i rodziną w 2015 roku*, Warszawa 2016.
- GUS, *Pomoc społeczna i opieka nad dzieckiem i rodziną w 2016 roku*, Warszawa 2014.
- GUS, *Prognoza ludności na lata 2014–2050*, Warszawa 2013.
- GUS, *Raport z wyników. Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2011*, Warszawa 2012.
- GUS, *Rocznik Demograficzny 2016*, Warszawa 2016.
- GUS, *Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r.*, Warszawa 2011.
- GUS, *Trwanie życia w 2015 r.*, Warszawa 2016.
- Handbook of Gerontology. Evidence-based Approaches to Theory, Practice, and Policy*, J.A. Blackburn, C.N. Dulmus (eds.), John Wiley & Sons, Inc, Hoboken 2007.
- Hayflick L., *The limited in vitro lifetime of human diploid cell strains*, Exp. Cell Res., 1965, 37.
- Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego. Liczba świadczeniobiorców KRUS i osób podlegających ubezpieczeniu społecznemu rolników w latach 1991–2015, <http://www.krus.gov.pl/krus/krus-w-liczbach/ze-stawienie-liczby-swiadczeniobiorcow-krus-i-osob-objetych-ubezpieczeniem-spoiecznym-rolnikow-w-latach-1991-2014>, dostęp: 15.03.2017.
- KNF, *Wysokość emerytur w nowym systemie ubezpieczeń społecznych*, Warszawa 2003.
- Kohli M., *Generational Changes and Generational Equity*, [w:] *The Cambridge Handbook of Age and Ageing*, M. Johnson (red.), Cambridge University Press, Cambridge 2005.
- Kurzynowski A., *Związki polityki społecznej z polityką gospodarczą*, [w:] *Polityka społeczna*, A. Kurzynowski (red.), Wyd. SGH, Warszawa 2006.

- Leksykon polityki społecznej*, B. Rysz-Kowalczyk (red.), ASPRA-JR, Warszawa 2002.
- Leszczyńska-Rejchert A., *Człowiek starszy i jego wspomaganie – w stronę pedagogiki starości*, Wyd. Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, Olsztyn 2005.
- Leś E., *Zarys historii dobroczynności i filantropii w Polsce*, Prószyński i S-ka, Warszawa 2001.
- Long-term Care for Older People*, OECD, Paris 2005.
- Mały leksykon politologiczny*, M. Chmaja, W. Sokoła (red.), Morpol, Lublin 1997.
- Miller C.A., *Nursing for Wellness in Older Adults*, Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia 2009.
- Miller R.A., *The aging immune system: primer and prospectus*, Science, 1996, 273.
- Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Seniorzy <https://www.mpips.gov.pl/aktualnosci-wszystkie/seniorzy/art,8040,ruszyl-senior-wigor-2016.html>, dostęp: 20.11.2016.
- Ministerstwo Zdrowia, <http://www.mz.gov.pl/leczenie/swiadczenia-pielegnacyjne-i-opiekuncze>, dostęp: 20.11.2016.
- Myśliwski A., *Proces starzenia – przebieg i konsekwencje*, Kosmos, 1999, 243.
- Opieka długoterminowa w Polsce: ocena stanu obecnego oraz rozwiązania na przyszłość*, A. Kozierekiewicz, K. Szczerbińska (red.), TerMedia, Poznań 2007.
- Piechór E., Manikowski A., Mossakowska M., Zdrojewski T., *Podstawowe wskaźniki realizacji badania PolSenior*, [w:] *PolSenior. Aspekty medyczne, psychologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski (red.), TerMedia, Poznań 2012.
- Rose M., *Evolutionary biology of aging*, Oxford University Press, New York, Oxford 1991.

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 lipca 2014 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz.U. z 2014 r., poz. 960).
- Sęk H., Cieślak R., *Wsparcie społeczne – sposoby definiowania, rodzaje i źródła wsparcia, wybrane koncepcje teoretyczne*, [w:] *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*, H. Sęk, R. Cieślak (red.), PWN, Warszawa 2004.
- Sierpowska I., *Ustawa o Pomocy Społecznej. Komentarz*, Wolter Kluwer Polska, Warszawa 2007, s. 249.
- Słownik socjologii i nauk społecznych*, G. Marshall (red.), PWN, Warszawa 2006, s. 198.
- Statistisches Bundesamt 2015, <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Pflege/Tabellen/PflegebeduerftigePflegestufe.html>, dostęp: 15.04.2017.
- Supińska J., *Wartości i zasady polityki społecznej*, [w:] *Polityka społeczna*, G. Firlit-Fesnak, M. Szyłko-Skoczny (red.), PWN, Warszawa 2007.
- Szarota Z., *Wielofunkcyjna działalność domów pomocy społecznej dla osób starszych*, Wyd. Naukowe WSP, Kraków 1998.
- Szatur-Jaworska B., *Ludzie starzy i starość w polityce społecznej*, ASPRA-JR, Warszawa 2000.
- Szatur-Jaworska B., *Propozycje założeń do diagnozy i prognozy sytuacji warszawskich seniorów*, Warszawa 2008.
- Szumlicz J., *Pomoc społeczna w badaniach empirycznych*, Studia i Materiały, IPiSS, Warszawa 1989.
- Szukalski P., *Proces starzenia się ludności – przyczyny, etapy, konsekwencje*, [w:] *Geriatrya z elementami gerontologii ogólnej*, T. Grodzicki, J. Kocemba, A. Skalska (red.), Via Medica, Gdańsk 2006.

- Szukalski P., *Przepływy międzypokoleniowe i ich kontekst demograficzny*, Wyd. Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2002.
- Szweda-Lewandowska Z., *Domy pomocy społecznej i sieci wsparcia seniorów*, „Polityka Społeczna” nr 7/2009.
- Szweda-Lewandowska Z., *Logika systemu opieki nad osobami starszymi*, „Polityka Społeczna”, 10/2013.
- Szweda-Lewandowska Z., *Zapotrzebowanie na usługi opiekuńcze w kontekście starzejącej się populacji*, [w:] *Wprowadzenie do gerontometrii*, A. Rossa (red.), Wyd. Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2012.
- Śmiłowska T., Włodarczyk J., *Wybrane aspekty warunków życia osób starszych w świetle badań GUS*, GUS, Łódź 2010.
- Timiras P.S., *Development physiology and aging*, Macmillan, New York 1972.
- Timonen V., *Ageing Societies. A Comparative Introduction*, Open University Press, London 2008.
- Tymoszuik Z., *Doktryna*, [w:] *Mały leksykon politologiczny*, M. Chmaj, W. Sokół (red.), Morpol, Lublin 1997.
- Tymowski A., *Polityka starości*, „Człowiek i Światopogląd” 1987, nr 9.
- Ustawa o pomocy społecznej z dn. 12 marca 2004 r., Dz.U. z 2004 r. nr 64. poz. 593, z późn. zm.
- Ustawa o pomocy społecznej z dn. 12 marca 2004 r., Dz.U. z 2016, poz. 930, z późn. zm., rozdział 2. „Domy Pomocy Społecznej”.
- Ustawa z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach, Dz.U. z 2016 r., poz. 1990.
- Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, Dz.U. z 2016, poz. 930, rozdział 2. „Domy Pomocy Społecznej”.
- Ustawa z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej, Dz.U. z 2016 r., poz. 930.

- Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2016 r., poz. 2046).
- Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o osobach starszych (Dz.U. z 2015 r., poz. 1705).
- Wilson D., *Aging hypothesis, aging markers and the concept of biological age*, Exp. Gerontol., 1988, 23.
- Wizner B., Skalska A., Klich-Rączka A., Piotrowicz K., Grodzicki T., *Ocena stanu funkcjonalnego u osób w starszym wieku*, [w:] *PolSenior. Aspekty medyczne, psychologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski (red.), TerMedia, Poznań 2012.
- Współczesne teorie wymiany społecznej*, M. Kempny, J. Szmatka (red.), PWN, Warszawa 1992.
- ZUS, *Informacja o świadczeniach pieniężnych z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych oraz o niektórych świadczeniach z zabezpieczenia społecznego*, Warszawa 2017.
- ZUS, *Ważniejsze informacje z zakresu ubezpieczeń społecznych 2015 r.*, Warszawa 2016.
- Żołędowski C., *Uwarunkowania polityki społecznej*, [w:] *Polityka społeczna*, G. Firlit-Fesnak, M. Szyłko-Skoczny (red.), PWN, Warszawa 2007.