

KONTEKSTY/CONTEXTS

Krystyna Kluzowa

Uniwersytet Jagielloński

Długoterminowa opieka domowa nad niesamodzielnymi seniorami w starzejącej się Europie**Streszczenie**

W starzejących się demograficznie krajach europejskich rośnie w szybkim tempie odsetek osób w sędziwym wieku, które ze względu na pogłębiającą się niesamodzielną funkcjonalną wymagają długoterminowej opieki. Organizowanie i rozwijanie systemu takiej opieki należy obecnie do priorytetowych zadań polityki społecznej w krajach Unii Europejskiej. Największy nacisk kładzie się na rozwój domowej opieki długoterminowej, preferowanej przez zdecydowaną większość Europejczyków. W artykule przedstawiono wybrane aspekty funkcjonowania tej formy opieki w krajach Unii Europejskiej, ze szczególnym uwzględnieniem Polski. Główny nacisk położono na ukazanie roli, jaką w sprawowaniu opieki domowej odgrywają członkowie rodzin niesamodzielnymi seniorów (opiekunowie nieformalni) oraz osoby reprezentujące lokalne ośrodki opieki (opiekunowie formalni).

Słowa kluczowe: starzenie się ludności, niesamodzielnymi seniorzy, domowa opieka długoterminowa

„Podwójne” starzenie się ludności Europy

Z prognoz demograficznych opracowanych przez zespół ekspertów Organizacji Narodów Zjednoczonych (ONZ) jednoznacznie wynika, że proces starzenia się społeczeństw, uznawany za jeden z najbardziej charakterystycznych fenomenów bieżącego stulecia, będzie w kolejnych dekadach przybierał na sile i obejmował swym zasięgiem coraz większą liczbę państw. Już teraz, w prawie wszystkich regionach naszego globu, liczba osób przekraczających umowny próg starości¹ rośnie szybciej niż liczba ludności ogółem. Rocznie próg ten przekracza blisko 58 milionów osób (średnio 2 osoby na sekundę). Wśród osób powyżej 60. roku życia odnotowuje się szybszy przyrost liczby reprezentantów tak zwanego „czwartego wieku”² niż przedstawicieli młodszych grup seniorów. Szczególnie szybko powiększają się zastępy

¹ Mowa tu o osobach, które ukończyły 60 lat. W literaturze przedmiotu można znaleźć różne propozycje określenia wieku (zwanego „trzecim wiekiem”), którego osiągnięcie uznaje się za początek starości. Najczęściej podawany jest wiek 60 lub 65 lat. Takie właśnie jego oznaczenie występuje na przykład w publikacjach demograficznych wydawanych pod auspicjami ONZ, które stanowią najpełniejsze źródło informacji o sytuacji ludnościowej w przekroju ogólnoświatowym.

² Chodzi tu o osoby, które ukończyły 80 lat. Warto jednak dodać, że w wielu publikacjach podawany jest wyższy próg wkroczenia w „czwarty wiek”, to znaczy ukończenie 85 lat życia.

osób co najmniej stuletnich. Przewiduje się, że do 2050 roku ich liczba wzrośnie ponad dziesięciokrotnie – z ponad 300 tysięcy w 2011 roku do ponad 3 milionów w 2050 roku (*Ageing in the Twenty-First Century... 2012, s. 7*).

Poszczególne regiony świata różnią się między sobą pod względem stopnia zaawansowania procesu demograficznego starzenia się zamieszkującej na ich terytorium ludności. Regionem, w którym proces ten poczynił dotąd największe postępy, jest – i będzie także w przewidywanej przyszłości – Europa (tab. 1).

Tab. 1. Ludność w wieku 60 lat i więcej oraz 80 lat i więcej w regionach świata w 2013 i 2050 roku (w procentach)

Region	2013		2050	
	Ludność w wieku 60 lat i więcej	Ludność w wieku 80 lat i więcej	Ludność w wieku 60 lat i więcej	Ludność w wieku 80 lat i więcej
Afryka	5.4	0.5	8.9	0.9
Azja	11.3	1.3	24.0	4.3
Ameryka Północna	20.0	3.7	27.0	8.1
Ameryka Łacińska	11.0	1.6	25.0	5.7
Europa	23.0	4.5	34.0	9.5
Oceania	16.0	2.9	23.0	6.2

Źródło: *World Population Prospects: The 2012 Revision. Highlights and Advanced Tables*, United Nations, New York, 2013, s. 7

Obecnie najliczniej reprezentowana jest w Europie ta grupa krajów, w których poziom starości demograficznej, mierzony udziałem osób sześćdziesięcioletnich i starszych wśród ogółu ludności, mieści się w granicach 20–24%. Znajdują się w niej kraje położone we wszystkich subregionach kontynentu. Mniej liczna jest grupa krajów o niskim – jak na warunki europejskie – odsetku seniorów, nie przekraczającym 20% ogółu ludności, a jedynie w kilku krajach odsetek przedstawicieli „trzeciego wieku” przekracza 24% ogółu ludności (tab. 2).

Tab. 2. Ludność w wieku 60 lat i więcej w krajach europejskich w 2012 roku

Udział osób w wieku 60 lat i więcej w ogólnej liczbie ludności	Kraje	
	należące do Unii Europejskiej	nienależące do Unii Europejskiej
Poniżej 20%	Cypr, Irlandia, Luksemburg, Słowacja	Albania, Białoruś, Czarnogóra, Islandia, Lichtenstein, Macedonia, Mołdawia, Rosja
20–24%	Austria, Belgia, Chorwacja, Czechy, Dania, Estonia, Francja, Hiszpania, Holandia, Litwa, Łotwa, Malta, Polska, Portugalia, Rumunia, Słowenia, Węgry, Wielka Brytania	Bośnia i Hercegowina, Norwegia, Serbia, Szwajcaria, San Marino, Ukraina
Powyżej 24%	Bułgaria, Finlandia, Grecja, Niemcy, Szwecja, Włochy	

Źródło: *Population Ageing and Development 2012*, United Nations, Population Division. Opracowanie własne

Przekroczenie progu starości otwiera przed statystycznym mieszkańcem Europy perspektywę wielu jeszcze lat życia. Sześćdziesięcioletni mężczyzna, przekraczający ten próg w latach 2010–2015, będzie miał przeciętnie do przeżycia 20 lat, a jego równolatka – 24 lata (*Population Ageing and Development 2012*). Oznacza to realną szansę doczekania „czwartego wieku” i wejścia w taką fazę życia, w której samodzielność funkcjonalna człowieka ulega znacznemu ograniczeniu i z reguły potrzebuje on pomocy w wykonywaniu podstawowych czynności umożliwiających codzienne funkcjonowanie. Według danych Eurostatu, w 2012 roku w krajach członkowskich Unii Europejskiej żyło ponad 25,6 miliona osób w tym wieku (5,1% ogółu ludności), natomiast według prognozy *Europop2010* ich liczba wzrośnie do 62,2 miliona w 2060 roku, co będzie stanowić 12,1% ogółu ludności. Wzrośnie także znacznie udział osób w tak zaawansowanym wieku wśród ogółu seniorów (tab. 3).

Tab. 3. Ludność w wieku 65 lat i więcej oraz 80 lat i więcej w krajach Unii Europejskiej w 2012 i 2060 roku (w procentach)

Kraj	2012			2060		
	65 lat i więcej	80 lat i więcej	Odsetek osób w wieku 80+ wśród ludności w wieku 65+	65 lat i więcej	80 lat i więcej	Odsetek osób w wieku 80+ wśród ludności w wieku 65+
Austria	17.8	4.9	27.9	29.2	11.6	39.7
Belgia	17.3	5.2	29.7	25.5	9.9	38.9
Bułgaria	18.8	4.1	22.0	32.6	12.9	39.6
Czechy	16.2	3.8	23.2	30.6	12.3	40.0
Cypr	12.8	2.9	22.4	27.6	9.3	33.8
Dania	17.3	4.1	23.8	25.5	10.1	39.7
Estonia	17.7	4.5	25.6	30.5	11.2	36.7
Finlandia	18.1	4.9	26.9	27.1	10.4	38.3
Francja	17.3	5.5	32.3	26.6	11.0	41.5
Grecja	19.7	5.4	27.6	31.2	13.4	43.0
Hiszpania	17.4	5.3	30.3	31.4	14.3	45.6
Holandia	16.2	4.1	25.2	27.2	11.1	40.8
Irlandia	11.8	2.8	24.0	21.9	9.1	41.4
Litwa	18.1	4.6	25.4	31.2	10.8	34.7
Luksemburg	13.9	3.9	28.0	26.4	10.2	38.7
Łotwa	18.6	4.4	24.2	35.6	12.8	35.9
Malta	16.4	3.6	21.9	31.2	11.3	36.3
Niemcy	20.6	5.4	26.1	32.8	13.5	41.3
Polska	13.8	3.6	26.1	34.6	12.6	36.3
Portugalia	19.0	5.1	26.9	32.0	13.6	42.4
Rumunia	16.3	3.8	23.4	34.8	13.3	38.2
Słowacja	12.8	2.9	22.7	33.5	12.3	36.6
Słowenia	16.8	4.3	25.8	31.5	12.8	40.7

Szwecja	18.8	5.2	27.9	26.3	10.0	37.8
Węgry	16.9	4.0	23.8	32.2	12.7	39.4
Wielka Brytania	16.8	4.6	27.6	24.6	9.3	37.8
Włochy	20.8	6.1	29.5	31.6	14.1	44.6
Unia Europejska (ogółem)	17.9	4.9	27.7	29.5	12.1	40.9

Źródło: 2012 rok – Eurostat; <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submit>; 2060 rok – *The 2012 Ageing report: Underlying Assumption and Projection Methodologies*, European Union 2011, s. 274–302. Opracowanie własne

Zbiorowość osób w „czwartym wieku” charakteryzuje wyraźna przewaga ilościowa kobiet. W 2012 roku ich udział w krajach Unii Europejskiej (ujętych łącznie) wyniósł 65%. Mimo że w kolejnych latach przewidywane jest wydłużanie się czasu trwania życia mężczyzn i zmniejszanie się tym samym dystansu, jaki dzieli ich aktualnie w tym zakresie od kobiet³, to jednak do 2060 roku ilościowa przewaga tych ostatnich zostanie utrzymana, choć będzie mniejsza niż obecnie (tab. 4).

Tab. 4. Ludność w wieku 80 lat i więcej według płci w krajach Unii Europejskiej w 2012 i 2060 roku (w procentach)

Kraj	2012		2060	
	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety
Austria	33.4	66.6	41.2	58.8
Belgia	35.0	65.0	41.5	58.5
Bułgaria	36.1	63.9	40.2	59.8
Cypr	41.0	59.0	36.5	63.5
Czechy	32.3	67.7	41.9	58.1
Dania	36.7	63.3	41.5	58.5
Estonia	24.5	75.5	36.7	63.3
Finlandia	32.8	67.2	41.0	59.0
Francja	34.5	65.5	40.0	60.0
Grecja	40.6	59.4	47.0	53.0
Hiszpania	36.3	63.7	42.9	57.1
Holandia	34.2	64.8	41.4	58.6
Irlandia	37.5	62.5	41.1	58.9
Litwa	26.6	73.4	34.8	65.2
Luksemburg	34.1	64.9	39.2	60.8

³ W 2010 roku różnica między czasem przeciętnego dalszego trwania życia mężczyzny i kobiety w wieku 60 lat wynosiła w krajach Unii Europejskiej (ujętych łącznie) średnio 6 lat, a w odniesieniu do osób w wieku 65 lat – 3.5 roku. W 2060 roku ma ona wynieść odpowiednio: 4.5 roku oraz 3.3 roku. Warto także dodać, że we wszystkich krajach członkowskich UE (z wyjątkiem Szwecji i Wielkiej Brytanii) przewidywany jest większy przyrost lat dalszego trwania życia wśród seniorów płci męskiej niż wśród kobiet należących do tej subpopulacji (*The 2012 Ageing Report: Underlying Assumption and Projection Methodologies* 2011, s. 274–302).

Łotwa	23.8	76.2	36.5	63.5
Malta	35.5	64.5	41.9	58.1
Niemcy	34.4	65.6	42.3	57.7
Polska	30.3	69.7	38.7	61.3
Portugalia	35.4	64.6	41.5	58.5
Rumunia	35.6	64.4	40.5	59.5
Słowacja	30.3	69.7	39.9	60.1
Słowenia	29.6	70.4	42.9	57.1
Szwecja	37.6	62.4	42.9	57.1
Węgry	29.4	70.6	39.2	60.8
Wielka Brytania	37.7	62.3	42.4	57.6
Włochy	35.0	65.0	41.0	59.0
Unia Europejska (ogółem)	35.0	65.0	41.4	58.6

Źródło: 2012 rok – Eurostat; <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submit>; 2060 rok – EUROPOP 2010, <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do>. Obliczenia własne

Zasygnalizowane informacje o kierunkach przeobrażeń w składzie ludności Europy według wieku świadczą wyraźnie o tym, że w tym regionie świata dokonuje się proces tak zwanego „podwójnego” starzenia się ludności. Polega on na powiększaniu się udziału osób w bardzo zaawansowanym, czyli sędziwym wieku, wśród wzrastającego w całej populacji odsetka osób zaliczanych do zbiorowości seniorów. Cechę charakterystyczną tej zbiorowości, a szczególnie najstarszego wiekiem jej odłamu, stanowi ilościowa dominacja kobiet, co daje podstawę do stwierdzenia, że postępujące „podwójne” starzenie się jest ściśle powiązane z feminizacją starości.

Sędziwa starość jako źródło ryzyka społecznego

Sędziwa starość, która w „podwójnie” starzejących się społeczeństwach staje się udziałem coraz liczniejszej rzeszy seniorów, to faza życia nacechowana postępującą niesprawnością, utrudniającą lub wręcz uniemożliwiającą samodzielne wykonywanie podstawowych czynności życiowych, dotyczących zarówno samoobsługi⁴, jak i prowadzenia gospodarstwa domowego⁵. Z tej

⁴ W przeprowadzonym sukcesywnie w kolejnych krajach członkowskich UE Europejskim Ankietowym Badaniu Zdrowia (EHIS) brane są pod uwagę następujące czynności samoobsługowe: wstawanie i kładzenie się do łóżka, mycie się, korzystanie z toalety i spożywanie posiłków. Zdolność do ich wykonywania ocenia się przy pomocy metody ADL (Activity of Daily Living Index). W Polsce badanie to zostało przeprowadzone w 2009 roku (Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r., 2011).

⁵ Chodzi tutaj o takie czynności, jak: przygotowywanie posiłków, robienie zakupów, wykonywanie lekkich prac domowych, zażywanie leków, korzystanie z telefonu, zarządzanie finansami i zajmowanie się innymi sprawami administracyjnymi, również uwzględniane w Europejskim Ankietowym Badaniu Zdrowia (EHIS). Możliwości ich wykonywania ocenia się stosując metodę IADL (Instrumental Activity of Daily Living Index). Warto dodać, że metody ADL i IADL stosuje się przy przeprowadzaniu kompleksowej oceny gerontologicznej, w której

racji sędziwym seniorom potrzebna jest w codziennym funkcjonowaniu pomoc osób trzecich⁶.

Negatywne skutki ograniczeń spowodowanych zaawansowanym wiekiem, odczuwane nie tylko przez samych seniorów, ale także przez ich opiekunów, sprawiły, że starość postrzega się dzisiaj jako „nowe” ryzyko społeczne (Czepulis 2013, s. 11; Kalliomaa-Puha 2013, s. 38). Użycie tego dookreślającego przymiotnika nie oznacza bynajmniej, że dopiero teraz dojrzało przekonanie, iż starość należy włączyć do katalogu sytuacji traktowanych jako źródło ryzyka społecznego. Zagrożenia wynikające ze starości już kilka dekad temu uznano za tak istotne, że zdecydowano się na zabezpieczenie przed ich negatywnymi skutkami, ustanawiając zasady uzyskiwania świadczeń emerytalnych przez osoby wkraczające w tę fazę życia i posiadające określony staż pracy. Zasady te zostały sformułowane w takich aktach normatywnych, jak *Konwencja nr 102 Międzynarodowej Organizacji Pracy dotycząca minimalnych norm zabezpieczenia społecznego* z 1952 roku, czy *Europejski Kodeks Zabezpieczenia Społecznego* z 1964 roku⁷ (Uścińska 2013a, s. 4–5). Świadczenia emerytalne stanowią współcześnie trwały element funkcjonujących w poszczególnych krajach systemów zabezpieczenia społecznego. Uzupełnieniem ochrony przed ryzykiem starości są też świadczenia dostępne dla seniorów w ramach oferty krajowych systemów pomocy społecznej.

Dotychczasowy system zabezpieczeń przed ryzykiem starości okazał się jednak niewystarczający i nieadekwatny w stosunku do aktualnych potrzeb coraz dłużej żyjących ludzi starych. Priorytetowym zadaniem stało się obecnie zapewnienie im opieki, i to opieki z reguły wieloletniej, której zakres musi ulegać poszerzeniu w miarę pogłębiania się niesamodzielności funkcjonalnej podopiecznych. Zapewnienie takiej opieki nie jest współcześnie łatwe, przede wszystkim ze względu na głębokie zmiany w strukturze i sposobie funkcjonowania podstawowego podmiotu opiekuńczego, jakim była dotychczas rodzina, a w jej ramach przede wszystkim kobieta(y). Ograniczenie wydolności opiekuńczej współczesnych rodzin jest w głównej mierze rezultatem aktywizacji zawodowej kobiet, które ze względu na swoje obowiązki związane z pracą nie są w stanie pełnić zadań opiekuńczych w takim stopniu, jak czyniły to niegdyś ich antenatki. Pełnieniu funkcji opiekuńczych nie sprzyja też zredukowana wielkość rodzin. Złożone z niewielkiej liczby członków, zaabsorbowanych różnymi obowiązkami pozadomowymi, nie zawsze mają obiektywne warunki do podjęcia opieki nad swymi sędziwymi członkami rodu, a bywa, że obawiając się nadmiernego obciążenia trudami tej opieki – od jej podjęcia po prostu stronią. Wypełnianie zadań opiekuńczych mogą też utrudniać rozmaite problemy występujące w rodzinie, na przykład poważna choroba, uzależnienia czy samotne rodzicielstwo. Można więc powiedzieć, że współczesne rodziny są, z różnych

bierze się także pod uwagę stan emocjonalny oraz funkcje poznawcze badanych osób (Twardowska-Rajewska 2009, s. 244–245).

⁶ Według „scenariusza demograficznego” opartego na założeniu, że przez najbliższe półwiecze nie nastąpi wzrost poziomu niepełnosprawności wśród osób w wieku 65 lat i więcej, ani nie ulegną zmianie dotychczasowe możliwości otrzymywania instytucjonalnego lub domowego wsparcia opiekuńczego, w 2060 roku opieki będzie wymagało 44,4 miliona mieszkańców w Europie seniorów (*Long-term Care for the Elderly...* 2012, s. 5).

⁷ Obecnie funkcjonuje on w wersji przyjętej w 1990 roku jako *Zrewidowany Europejski Kodeks Zabezpieczenia Społecznego*.

powodów, coraz mniej otwarte na sprawowanie opieki nad swymi niesamodzielnymi funkcjonalnie członkami. Jednocześnie, paradoksalnie, coraz częściej stają przed koniecznością zmierzenia się z tym problemem, bo takich właśnie osób – z których każda jest przecież członkiem jakiejś rodziny – w starzejących się społeczeństwach wciąż przybywa.

Sytuacja osób w zaawansowanym wieku, które są adresatami tej długoterminowej opieki, też nie jest łatwa. Muszą one bowiem ponosić wszelkie konsekwencje ograniczeń wynikających z pogarszającego się z upływem czasu stanu zdrowia i wieść codzienne życie z nie zawsze łatwą do zaakceptowania świadomością swej zależności od innych. Choć pozornie wydaje się, że w relacji „niesamodzielnymi podopieczni – ich opiekunowie” podmiotami zależnymi są wyłącznie ci pierwsi, to w rzeczywistości tak nie jest. W przypadku powiązań rodzinnych między stronami wymienionej relacji występuje także pewnego typu zależność opiekunów od podopiecznych. O jej istnieniu świadczy fakt, że niejednokrotnie opiekunowie, chcąc zaspokoić potrzeby zdanych na ich pomoc podopiecznych, podporządkowują realizację tych potrzeb swoje plany życiowe i swoją aktywność, także na polu zawodowym, co bardzo często prowadzi do rozmaitych napięć wynikających z konfliktu ról.

Przedłużona starość jest więc, jak łatwo dostrzec, fazą życia generującą różne trudne wyzwania, tak dla samych przeżywających ją osób, jak i dla ich bliskich. Jest zatem zrozumiałe, że uznaje się ją za „nowe” ryzyko społeczne⁸, którego negatywne skutki próbuje się łagodzić poprzez wprowadzanie różnych rozwiązań mieszczących się w sferze działania określonych dziedzin polityki społecznej.

Opieka domowa nad sędziwymi seniorami w krajach Unii Europejskiej

Jednym z podstawowych zadań polityki społecznej w warunkach „podwójnego” starzenia się ludności jest tworzenie systemu długoterminowej opieki dla osób w sędziwym wieku. Według definicji OECD⁹, opieka długoterminowa obejmuje cały zakres usług dla osób niesamodzielnymi, potrzebujących przez dłuższy czas pomocy w podstawowych, codziennych czynnościach. Zalicza się do niej rehabilitację, podstawową pomoc medyczną, domową opiekę pielęgniarską, zajęcia ukierunkowane na aktywizację społeczną i zawodową oraz usługi związane z prowadzeniem gospodarstwa domowego i transportem (*Long-term Care in the European Union 2008*, s. 3).

⁸ Charakteryzując starość jako „nowe” ryzyko społeczne zwraca się uwagę na fakt jej sfeminizowania i to nie tylko po stronie podopiecznych, ale także po stronie osób świadczących opiekę. Podkreśla się jednocześnie, że wzrastający popyt na usługi opiekuńcze stwarza realne perspektywy zatrudnienia licznym zastępom kobiet, przez co przyczynia się do realizacji zasady równości płci na rynku pracy (*Long-Term Care for the Elderly...* 2012, s. 145).

⁹ Definicja ta, choć często przywoływana, nie jest jednak wiążąca w sensie prawnym, bo takiej jeszcze ani w prawie międzynarodowym, ani w prawie europejskim nie wypracowano. W rezultacie poszczególne państwa stosują swoje własne definicje przyjmujące bądź bardzo rozbudowaną, bądź też bardzo minimalistyczną i ogólnikową formę (Uścińska 2013b, s. 16).

Wprawdzie zakres podmiotowy opieki długoterminowej jest szeroki i mogą z niej korzystać różne kategorie potrzebujących osób, niezależnie od fazy życia, w jakiej się znajdują, jednak w praktyce największą grupę beneficjentów stanowią reprezentanci „czwartego wieku”. Funkcjonowanie nastawionego na zaspokajanie ich potrzeb systemu opieki długoterminowej jest zależne od wielu czynników, wśród których kluczowe znaczenie ma wybór jednej z dwóch możliwych opcji jej sprawowania – „instytucjonalnej” lub „domowej”. Wybór pierwszej z nich, wynikający z przekonania, że najlepszą opiekę można zapewnić sędziwym seniorom w specjalistycznych domach opieki, oznacza nastawienie na rozwój sieci placówek tego typu. Natomiast wybór opcji „domowej” implikuje ukierunkowanie na rozwój szerokiej gamy usług w środowisku zamieszkania seniorów, co daje im szansę przeżycia lat późnej starości we własnym domu, nieraz nawet do ostatniego dnia życia. Wybór opcji „domowej” nie prowadzi jednak do likwidowania stacjonarnych placówek opieki długoterminowej, ponieważ w przypadku bardzo daleko posuniętej niesprawności seniorów stanowią one zazwyczaj jedyne miejsce, w którym można zapewnić im kompleksową opiekę.

W krajach Unii Europejskiej wyraźnie preferuje się tę właśnie „domową” opcję, uzasadniając jej wybór tak względami społecznymi (jest to opcja w obecnej praktyce opiekuńczej dominująca, a w badaniach opinii społecznej najczęściej wskazywana jako optymalna¹⁰), jak i względami ekonomicznymi (koszty opieki domowej są niższe niż koszty opieki instytucjonalnej). Dąży się do tego, aby dostęp do opieki długoterminowej był powszechny¹¹, a poziom świadczonych usług – jak najwyższy (*Długoterminowa opieka zdrowotna w Unii Europejskiej 2008*, s. 4 i 7). Na gruncie opieki domowej powiązanie zasady powszechności dostępu do usług z zasadą troski o ich wysoką jakość jest szczególnie wyraźne. Ujawnia się przede wszystkim wówczas, gdy osoba w sędziwym wieku nie może liczyć na systematyczną pomoc ze strony nieformalnych opiekunów, to znaczy członków rodziny, przyjaciół czy innych osób z najbliższego otoczenia i zdana jest na pomoc formalną, świadczoną przez osoby reprezentujące lokalne placówki opieki domowej. Jeśli placówek o takim profilu nie ma w miejscu jej zamieszkania, lub gdy istnieją, ale świadczą usługi niskiej jakości, wówczas brak jest obiektywnych warunków do pełnej realizacji powyższych zasad. Podobnie dzieje się w przypadku, gdy osoba w sędziwym wieku, dysponująca niewielkimi środkami finansowymi, nie jest w stanie opłacić sobie usług opiekuńczych o wysokim standardzie i musi zadowolić się korzystaniem z takich, które są wprawdzie darmowe lub tanie i łatwo dostępne, ale ich jakość pozostawia wiele do życzenia.

¹⁰ Świadczy o tym fakt, że w badaniach przeprowadzonych w 2007 roku we wszystkich krajach Unii Europejskiej opcja „instytucjonalna” uzyskała poparcie jedynie niewielkiego odsetka respondentów – w skali całej Unii poparło ją średnio 10%; najwięcej jej zwolenników odnotowano w Słowenii (32%), a najmniej – w Polsce (3%) (*Health and long-term care in the European Union 2007*, s. 67).

¹¹ Chodzi zarówno o powszechną dostępność w sensie przestrzennym, to znaczy możliwość korzystania z usług wchodzących w skład opieki długoterminowej w każdym miejscu zamieszkania (a nie tylko w większych miejscowościach), jak i o to, aby dostęp do nich nie był ograniczany możliwościami finansowymi beneficjentów, ani uzależniony od ich dochodów czy statusu materialnego.

Droga do pełnego wdrożenia w życie słusznych i szlachetnych w założeniu zasad, na których ma się opierać funkcjonowanie systemu opieki długoterminowej w krajach unijnych, nie jest prosta. Podejmuje się jednak działania zmierzające do zmniejszenia dystansu między teoretycznymi założeniami a ich praktyczną realizacją. Dotyczą one przede wszystkim kwestii podstawowej, jaką jest określenie sposobu finansowania systemu opieki długoterminowej, a w jego ramach usług wykonywanych w domach podopiecznych. Generalnie rzecz ujmując, próbuje się wybierać takie rozwiązania, które przyczyniają się do redukcji kosztów opieki ponoszonych przez odbiorców usług. Polegają one na przykład na: zwalnianiu podopiecznych ze współfinansowania usług lub uzależnianiu wysokości współfinansowania od posiadanego przez nich dochodu; pokrywaniu ze środków państwowych wydatków na długoterminową opiekę dla osób z ubogich rodzin; udzielaniu dodatkowego wsparcia finansowego i socjalnego osobom w podeszłym wieku, niesamodzielnymi i niepełnosprawnymi; udzielaniu subwencji państwowych na korzystanie z usług świadczonych przez prywatne placówki opiekuńcze (*Długoterminowa opieka zdrowotna w Unii Europejskiej 2008*, s. 5).

Zakres redukcji kosztów opieki ponoszonych przez beneficjentów zależy przede wszystkim od poziomu jej finansowania z głównego źródła, jakim w większości krajów są fundusze publiczne. Podejmowane przez poszczególne kraje decyzje co do ilości środków przeznaczanych na finansowanie opieki długoterminowej zależą nie tylko od poziomu ich zamożności, ale także od rangi ważności, jaką w hierarchii celów prowadzonej przez nie polityki społecznej zajmuje dążność do zapewnienia opieki najsłabszym członkom społeczeństwa. Z badań przeprowadzonych w 2010 roku pod egidą *European Network of Economic Policy Research Institutes (ENEPRI)* w ramach projektu poświęconego ocenie potrzeb opiekuńczych w krajach Unii Europejskiej wynika, że poziom finansowania całokształtu opieki długoterminowej jest w nich bardzo zróżnicowany. Największy procent PKB (średnio 1,6) przeznaczają na ten cel kraje położone w Europie Północnej i Zachodniej. Pierwsze miejsca na liście krajów wyróżniających się w tym zakresie hojnością zajmują Szwecja i Holandia, które przeznaczają na finansowanie opieki długoterminowej ponad 2% swego PKB, a udział środków zarezerwowanych na opiekę nad seniorami jest w nich wyższy niż w pozostałych krajach zaliczonych do tej grupy. Na przeciwnym biegunie sytuują się byłe kraje socjalistyczne, w których nakłady są niewielkie i wynoszą średnio zaledwie 0,3% PKB (Kraus, Riedel, Mot i wsp. 2011, s. 14–15 i 19).

Wielkość nakładów na opiekę długoterminową¹² nie pozostaje bez wpływu na zakres i formy oferowanych w jej ramach usług. Usługi dostępne w ramach „domowej” opcji sprawowania opieki mogą albo uzupełniać działania członków rodzin podopiecznych lub/i ich innych nieformalnych opiekunów, albo całkowicie je zastępować. W praktyce częściej ma miejsce ta pierwsza sytuacja (tab. 5).

¹² Nakłady te są zdecydowanie wyższe w takich krajach jak Dania, Holandia, Luksemburg czy Norwegia, gdzie osoby starsze i niepełnosprawne mają uprawnienia do korzystania z szerokiego zakresu świadczeń pielęgnacyjnych. W 2009 roku stanowiły tam one około ¼ bieżących wydatków na opiekę zdrowotną. Natomiast w krajach Europy Wschodniej i Południowej, gdzie formalne usługi opiekuńcze są słabo rozwinięte, udział wydatków na opiekę długoterminową w ogólnych wydatkach na opiekę zdrowotną jest znacznie niższy (Baran 2013, s. 50).

Tab. 5. Odsetek osób w wieku 65 lat i więcej korzystających z formalnej długoterminowej opieki domowej w wybranych krajach Unii Europejskiej po roku 2000

Kraj	Rok	Odsetek seniorów korzystających z opieki formalnej
Holandia	2009	21.0
Dania	2008	20.0
Austria	2005	14.4
Szwecja	2008	9.4
Belgia	2004	7.4
Czechy	2006	7.2
Luksemburg	2007	7.0
Wielka Brytania	2004	6.9
Niemcy	2008	6.6
Francja	2007	6.5
Irlandia	2004	6.5
Węgry	2008	6.4
Finlandia	2008	6.3
Grecja	2007	5.6
Włochy	2005	4.9
Hiszpania	2008	4.7
Portugalia	2006	4.3
Malta	2008	4.0
Estonia	2008	2.3
Słowacja	2005	2.3
Słowenia	2009	1.8
Polska	2009	1.7
Łotwa	2008	1.6
Litwa	2007	0.6
Rumunia	2009	0.3

Źródło: *Long-Term Care for the Elderly*, Luxembourg 2012, Publication Office of the European Union, s. 73 i 153–154

Można wskazać co najmniej dwie przyczyny jej występowania. Pierwsza ma swoje źródło w silnie zakorzenionym w świadomości społecznej przekonaniu, że opiekę nad niesamodzielnymi członkami rodziny winni sprawować w pierwszej kolejności ich krewni lub powinowaci¹³, a dopiero w przypadku ich braku, względnie niezdolności do wykonywania czynności opiekuńczych, można decydować się na korzystanie z pomocy osób trzecich. Drugą przyczyną ma związek ze stopniem do-

¹³ Taki pogląd wyraziła ponad połowa (54%) Europejczyków – uczestników badania na temat zdrowia i opieki długoterminowej, przeprowadzonego w 2007 roku we wszystkich krajach członkowskich Unii Europejskiej. Między mieszkańcami poszczególnych krajów zarysowały się jednak spore różnice w tym zakresie. Przekonanie o powinności opieki rodziny nad niesamodzielnymi krewnymi najczęściej wyrażali mieszkańcy dawnych krajów socjalistycznych, a wśród nich przede wszystkim Polacy (86%) i Bułgarzy (80%), najrzadziej natomiast mieszkańcy krajów położonych w północnej Europie, przede wszystkim Szwedzi (17%) i Duńczycy (22%) (*Health and long-term care in the European Union 2007*, s. 67).

stępności domowych usług opiekuńczych. Nie zawsze w miejscu zamieszkania podopiecznych występuje równowaga między zapotrzebowaniem na takie usługi a ich podażą¹⁴. Nawet jednak wtedy, gdy ta równowaga istnieje, to czas przeznaczony na realizację usług w domach poszczególnych podopiecznych jest limitowany, więc siłą faktu ta zewnętrzna pomoc nie może zastąpić w pełni opieki sprawowanej przez rodzinę. Bywa też, o czym już wcześniej wspomniano, że przeszkodę w korzystaniu z usług, za które trzeba płacić, stanowią ograniczone możliwości finansowe seniorów (lub ich rodzin).

Sposób organizacji pozarodzinnej opieki długoterminowej nad niesamodzielnymi seniorami nie jest w krajach unijnych jednolity. Można wyróżnić cztery główne typy tej organizacji. Pierwszy z nich, charakteryzujący się świadczeniem szeroko dostępnych usług wysokiej jakości, wykonywanych przez fachowy personel, lecz wyraźnie limitowanych czasowo¹⁵, występuje w krajach Europy Północnej. Jest przykładem systemu, w którym główną odpowiedzialność za organizowanie usług opiekuńczych ponosi państwo.

Na zupełnie odmiennych zasadach działa system opieki domowej w krajach położonych na południu Europy, takich jak Włochy, Grecja czy Hiszpania. Tam niedobory bezpłatnych lub bardzo tanich, lecz wąsko zakrojonych usług finansowanych z funduszy publicznych rekompensuje praca prywatnie zatrudnianych opiekunek, najczęściej imigrantek pochodzących z krajów o niższej stopie życiowej, między innymi z byłych krajów socjalistycznych. Bardzo często zamieszkują one u swych podopiecznych, sprawując nad nimi całodobową pieczę. Ponieważ z reguły nie posiadają fachowego przygotowania do sprawowania opieki, są nisko opłacane, co sprawia, że na ich zatrudnienie mogą sobie pozwolić nawet mniej zamożne osoby.

Jeszcze inne podejście do rozwiązywania problemów związanych z organizacją domowej opieki długoterminowej prezentują Francja i Belgia, które zdecydowały się na wprowadzenie systemu specjalnych voucherów (bonów) na usługi opiekuńcze. Korzystanie z tych bonów daje nie tylko możliwość poszerzenia zakresu usług formalnie przyznanych osobom w zaawansowanym wieku z tytułu ich niesamodzielnosci i finansowanych ze środków publicznych, ale także umożliwia wybór placówki usługowej, z której oferty chce się skorzystać. W polityce społecznej tych krajów, a w szczególności Francji, kładzie się duży nacisk na wspieranie rozwoju sektora usług domowych, między innymi poprzez zachęcanie do nabywania bonów opiekuńczych¹⁶, a z drugiej strony poprzez stwarzanie osobom chętnym szans na zdobycie kwalifikacji opiekuna (Surdej, Brzozowski 2012, s. 10–11). Powyższe rozwiązania można odczytać jako wyraz pewnego kompromisu między złożeniem całej odpowiedzialności za organizowanie długoterminowej opieki w ręce państwa,

¹⁴ Z tego względu w krajach członkowskich Unii Europejskiej kładzie się obecnie duży nacisk na rozwój lokalnych placówek świadczących usługi opiekuńcze oraz programów kształcenia kadr w tym zakresie (*Long-Term Care in the European Union* 2008, s. 35).

¹⁵ Na przykład w Szwecji podopieczny otrzymuje w skali tygodnia średnio niecałe 3 godziny usług, a w Danii 4–6 godzin (*Long-Term Care for the Elderly...* 2012, s. 94).

¹⁶ We Francji istnieją dwa typy bonów opiekuńczych: takie, które osoba zainteresowana może wykupić w swoim banku oraz takie, które można zakupić jedynie u akredytowanego dostawcy. Te ostatnie mogą być wydawane pracownikom przez prywatne przedsiębiorstwa jako niepieniężna forma dodatkowego wynagrodzenia lub przez firmy ubezpieczeniowe czy fundusze emerytalne (Surdej, Brzozowski 2012, s. 11).

a uznaniem, że jego rola winna być w tej dziedzinie ograniczona, natomiast główna odpowiedzialność spoczywa na barkach samych zainteresowanych i ich bliskich.

Przykład podejścia akcentującego konieczność współdziałania państwa i obywateli w tworzeniu gwarancji długoterminowej opieki w sytuacji niesamodzielności funkcjonalnej stanowi również rozwiązanie przyjęte w Niemczech. Zgodnie z nim, każda osoba ma prawo do takiej opieki w ramach ubezpieczenia opiekuńczego, które ma charakter obligatoryjny i obejmuje zarówno osoby ubezpieczone w kasie chorych, jak i korzystające z prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych (Schulz 2010, s. 1).

Krajom z byłego bloku socjalistycznego, których staż członkowski w Unii Europejskiej jest relatywnie krótki, daleko jeszcze do osiągnięcia takiego stanu w zakresie organizacji domowej opieki długoterminowej, jaki zdołały wypracować przez lata „stare” kraje unijne, uważane za liderów w tej dziedzinie. Byłoby niesprawiedliwością twierdzenie, że nie podejmują one żadnych wysiłków na rzecz polepszenia jakości opieki dla osób w zaawansowanym wieku¹⁷, ale obiektywnie oceniając, trzeba uznać, że istniejący w tym zakresie stan nie jest na razie zadowalający. Sieć placówek świadczących usługi opiekuńcze jest słabo rozwinięta, a w rezultacie dostęp do opieki – ograniczony. Jedynie osoby zupełnie samotne, o znacznym stopniu niesamodzielności funkcjonalnej, mają szansę uzyskać wydatniejszą pomoc opiekuńczą ze strony instytucji zobowiązanych do jej świadczenia. Natomiast pozostali seniorzy muszą albo korzystać z płatnej pomocy (o ile mogą sobie na to finansowo pozwolić), albo liczyć na pomoc rodziny, względnie innych osób z najbliższego otoczenia.

Trzeba tutaj podkreślić, że pomoc ze strony rodziny stanowi ważną formę opiekuńczego wsparcia niesamodzielnych seniorów nie tylko w krajach wschodnioeuropejskich, ale także i tam, gdzie system formalnej opieki domowej jest rozbudowany i działa sprawnie. Wprawdzie z danych zawartych w tabeli 6, ukazujących informacje opracowane na podstawie rezultatów badań przeprowadzonych w roku 2006/2007 w ramach programu SHARE (*Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*)¹⁸ wynika, że są kraje, w których większy udział w opiece nad seniorami mają osoby spoza rodziny niż jej członkowie, ale na gruncie europejskim są one wyjątkiem.

Niesamodzielni seniorzy spędzający swoją późną starość w środowisku domowym, wśród członków rodziny, pozostają najczęściej pod opieką kobiet (przede wszystkim żon lub/i córek). Mężczyźni, generalnie rzecz ujmując, rzadziej podejmują zadania opiekuńcze, ale faktyczny zakres ich aktywności w tej dziedzinie zależy głównie od wieku i związanej z nim sytuacji zawodowej. Starsi wiekiem i przebywający już na emeryturze mężowie dość często angażują się w opiekę nad swoimi potrzebującymi pomocy żonami, natomiast zaangażowanie opiekuńcze młodszych wiekiem i pracujących zawodowo synów jest zdecydowanie mniejsze. Niewielki jest

¹⁷ Wyrazem pozytywnych poczynań w tym zakresie są na przykład podejmowane w Polsce, Słowenii i na Węgrzech prace zmierzające do wprowadzenia obowiązkowego ubezpieczenia opiekuńczego, wzorowanego na rozwiązaniu przyjętym w Niemczech (*Long-Term Care for the Elderly...* 2012, s. 129).

¹⁸ Program SHARE funkcjonuje od 2004 roku. Referowane badania były przeprowadzone w ramach jego drugiej edycji w 14 krajach wśród ponad 32 tysięcy respondentów, reprezentujących ponad 22 tysiące gospodarstw domowych. Badano osoby w wieku 50 lat i więcej oraz ich współmałżonków(ki), niezależnie od ich wieku (*Long-Term Care for the Elderly...* 2012, s. 69).

Tab. 6. Domowa opieka rodzinna i pozarodzinna nad osobami starszymi w wybranych krajach Europy (w procentach)

Kraj	Kategoria opiekunów	Stopień niesprawności podopiecznych	
		Umiarkowany	Znaczny
Austria	Wyłącznie członkowie rodziny	54.3	57.6
	Członkowie rodziny i osoby spoza rodziny	11.4	23.7
	Wyłącznie osoby spoza rodziny	34.3	18.6
Belgia	Wyłącznie członkowie rodziny	35.8	27.5
	Członkowie rodziny i osoby spoza rodziny	9.4	45.0
	Wyłącznie osoby spoza rodziny	54.7	27.5
Czechy	Wyłącznie członkowie rodziny	78.2	79.5
	Członkowie rodziny i osoby spoza rodziny	7.3	16.1
	Wyłącznie osoby spoza rodziny	14.5	4.5
Dania	Wyłącznie członkowie rodziny	23.5	29.7
	Członkowie rodziny i osoby spoza rodziny	13.7	23.4
	Wyłącznie osoby spoza rodziny	62.7	46.9
Francja	Wyłącznie członkowie rodziny	25.6	20.2
	Członkowie rodziny i osoby spoza rodziny	14.0	39.4
	Wyłącznie osoby spoza rodziny	60.5	40.4
Grecja	Wyłącznie członkowie rodziny	89.7	86.7
	Członkowie rodziny i osoby spoza rodziny	0.0	12.0
	Wyłącznie osoby spoza rodziny	10.3	1.2
Hiszpania	Wyłącznie członkowie rodziny	75.2	66.7
	Członkowie rodziny i osoby spoza rodziny	7.7	25.6
	Wyłącznie osoby spoza rodziny	17.1	7.7
Holandia	Wyłącznie członkowie rodziny	32.3	25.9
	Członkowie rodziny i osoby spoza rodziny	6.5	18.5
	Wyłącznie osoby spoza rodziny	61.3	55.6
Irlandia	Wyłącznie członkowie rodziny	55.6	54.5
	Członkowie rodziny i osoby spoza rodziny	25.9	31.8
	Wyłącznie osoby spoza rodziny	18.5	13.6
Niemcy	Wyłącznie członkowie rodziny	81.8	64.6
	Członkowie rodziny i osoby spoza rodziny	6.1	22.9
	Wyłącznie osoby spoza rodziny	12.1	12.5
Polska	Wyłącznie członkowie rodziny	100.0	100.0
	Członkowie rodziny i osoby spoza rodziny	0.0	0.0
	Wyłącznie osoby spoza rodziny	0.0	0.0
Szwecja	Wyłącznie członkowie rodziny	52.4	53.2
	Członkowie rodziny i osoby spoza rodziny	14.3	17.0
	Wyłącznie osoby spoza rodziny	33.3	29.8
Włochy	Wyłącznie członkowie rodziny	78.6	72.1
	Członkowie rodziny i osoby spoza rodziny	4.3	24.0
	Wyłącznie osoby spoza rodziny	17.1	3.9

także wkład opiekuńczy rodzeństwa seniorów, a jeszcze mniejszy – osób bliskich spoza rodzinnego kręgu, na przykład przyjaciół czy sąsiadów¹⁹.

Istotnym wsparciem dla wielu rodzin, które z różnych względów nie mogą zapewnić swoim bliskim wystarczającej opieki na starość, jest pomoc ze strony osób wykonujących usługi opiekuńcze odpłatnie, ale działających poza granicami formalnie zorganizowanego w danym kraju systemu opieki. Taka sytuacja jest typowa, o czym już wcześniej wspomniano, dla krajów Europy Południowej, ale w większym lub mniejszym zakresie występuje także w innych krajach europejskich. Osoby podejmujące odpłatną pracę opiekuńczą (w zdecydowanej większości kobiety) są angażowane albo „na godziny”, z reguły do wykonania ściśle określonych czynności, albo przebywają ze swoimi podopiecznymi przez całą dobę. W tym ostatnim przypadku dochodzi niejednokrotnie do pewnej zażyłości z podopiecznymi, co zmienia w istotny sposób charakter wzajemnych odniesień. Wówczas opiekunki przestają być tylko wykonawczyniami ściśle określonych czynności pielęgnacyjnych czy gospodarczych, lecz stają się także towarzyszami życia swych sędziwych podopiecznych.

Opieka domowa nad sędziwymi seniorami – zadania dla Polski

Dotychczasowe rozważania, poświęcone różnym aspektom opieki nad niesamodzielnymi seniorami w starzejącej się demograficznie Europie, rzuciły pośrednio pewne światło na sytuację panującą w tym zakresie w Polsce. Nie przedstawia się ona korzystnie, jeśli oceniać ją z punktu widzenia wysokości nakładów finansowych przeznaczanych na organizację opieki długoterminowej²⁰ czy rozwój sieci domowych usług opiekuńczych. Poważnym mankamentem polskiego systemu opieki nad seniorami jest też niewystarczający stan opieki geriatrycznej, czego przejawem jest zbyt mała, w stosunku do istniejących potrzeb, liczba personelu medycznego o specjalistycznym przygotowaniu oraz łóżek na szpitalnych oddziałach geriatrycznych. Zdaniem ekspertów, właściwa opieka geriatryczna może być zapewniona wówczas, gdy na 100 tysięcy mieszkańców przypada średnio 2 geriatrów, a na 10 tysięcy ludności w wieku powyżej 65 lat – średnio 1.2 geriatry (Kropińska, Wieczorowska-Tobis 2009, s. 14). Tymczasem w Polsce w 2012 roku przypadało 0.7 geriatry na 100 tysięcy mieszkańców i 0.5 geriatry na 10 tysięcy osób w wieku senioralnym, a liczba łóżek geriatrycznych wynosiła 1.5 na 100 tysięcy mieszkańców i 1.1 na 10 tysięcy osób w wieku 65 lat i więcej (*Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020* 2014, s. 12)²¹.

¹⁹ Według przytaczanych już badań SHARE, przeprowadzonych w 14 krajach europejskich, udział mężów w sprawowaniu opieki nad żoną wynosił średnio 44%, a udział rodzeństwa, przyjaciół i sąsiadów – średnio 25%. W Polsce udział mężów był nieco wyższy od średniej i wynosił 50.4%, natomiast udział pozostałych nieformalnych opiekunów był niższy i wynosił 13% (*Long-Term Care for the Elderly...* 2012, s. 106).

²⁰ Na przykład w 2009 roku nakłady te wynosiły jedynie 5% ogółu wydatków bieżących na opiekę zdrowotną i były ponad dwukrotnie niższe od średniej dla krajów OECD. Warto też dodać, że udział środków publicznych przeznaczonych na finansowanie całokształtu opieki zdrowotnej wynosił w tym czasie w Polsce – w przeliczeniu na 1 osobę – 1006 USD, co stanowiło niespełna 43% średnich wydatków publicznych dla krajów OECD (Baran 2013, s. 50 i 52).

²¹ Tytuł specjalisty z zakresu geriatry posiadało w 2012 roku 275 lekarzy, natomiast tytuł specjalisty z zakresu pielęgniarstwa geriatrycznego (według stanu z października 2013

Ocena istniejącej w Polsce sytuacji w zakresie opieki długoterminowej nad seniorami nie byłaby jednak obiektywna, gdyby skupić uwagę wyłącznie na negatywach. Trzeba też dostrzegać to, co na europejskim tle stanowi jej pozytywny wyróżnik, a mianowicie szeroki udział rodzin w opiece nad swymi sędziwymi krewnymi, wynikający z głęboko zakorzenionego w świadomości zdecydowanej większości Polaków przekonania, że stary człowiek winien spędzać ostatni okres swego życia nie w zakładzie opieki, lecz we własnym domu, wspierany w miarę możliwości głównie przez członków rodziny, a nie wyłącznie przez obce osoby wykonujące usługi pielęgnacyjne i opiekuńcze. Wyniki badań empirycznych dostarczają dowodów na to, że w Polsce poczucie powinności opiekuńczej w stosunku do sędziwych krewnych, znajdujące swój wyraz nie tylko w słownych deklaracjach, ale także w konkretnych czynach, jest bardziej widoczne niż w innych krajach europejskich, w szczególności położonych w zachodniej i północnej części kontynentu²².

Oczywiście możliwe jest też przyjęcie innej interpretacji służącej wyjaśnieniu zjawiska szerokiego udziału polskich rodzin w opiece nad ich sędziwymi krewnymi. Można mianowicie twierdzić, że taki stan rzeczy wynika nie tyle z silnych więzi emocjonalnych łączących młodsze generacje z najstarszym pokoleniem, lecz jest po prostu koniecznością, spowodowaną niedorozwojem innych możliwości zapewnienia starym, niesamodzielnym krewnym godziwej opieki. Choć można by dyskutować, czy interpretacja podająca w wątpliwość znaczenie więzi rodzinnych jako podstawy podejmowania działań opiekuńczych wobec sędziwych krewnych jest w pełni słuszna, nie sposób zaprzeczyć, że argument o niewystarczającym stopniu rozwoju pozarodzinnych form opieki jest jak najbardziej uzasadniony. Dlatego też w katalogu zadań, jakie stoją przed podmiotami odpowiedzialnymi za kształt i kondycję polskiej polityki senioralnej, podjęcie działań ukierunkowanych na niwelowanie tego poważnego braku winno zajmować bardzo ważne miejsce. Równie ważnym zadaniem winno być dążenie do poprawy stanu opieki geriatrycznej.

roku) – 375 pielęgniarek (*Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020* 2014, s. 12). Dla porównania warto podać dane z wybranych krajów europejskich reprezentujących różne modele organizacji opieki długoterminowej dla seniorów. Liczba lekarzy geriatrów w przeliczeniu na 100 tysięcy mieszkańców i 10 tysięcy osób w wieku senioralnym pod koniec lat 2000. wynosiła: w Szwecji – odpowiednio 7.7 i 4.2; w Danii – 3.1 i 2.0; w Hiszpanii – 2.2 i 1.3; w Belgii – 2.9 i 1.7; w Czechach 2.1 i 1.2; w Słowacji – 3.1 i 2.6, zaś wskaźniki obrazujące liczbę łóżek geriatrycznych kształtowały się następująco: Szwecja – 24.4 i 14.0; Dania – 10.5 i 6.7; Belgia – 72.1 i 42.2; Czechy – 5.9 i 3.4; Słowacja – 14.3 i 11.9 (Kropińska, Wieczorowska-Tobis 2009, s. 14). Można przypuszczać, że obecnie wartości analizowanych wskaźników są we wspomnianych krajach jeszcze wyższe niż kilka lat temu.

²² Świadczą o tym, między innymi, dane zawarte w przypisie 10 oraz w tabeli 6 niniejszego tekstu, a także informacje pochodzące z czwartej rundy badań przeprowadzonych w ramach programu SHARE w latach 2011–2012, w których uczestniczyło 14 krajów europejskich. Z badań tych wynika, że odsetek osób, które w ostatnim roku swego życia pozostały pod opieką rodziny był w Polsce wyższy niż w pozostałych krajach (na przykład pod opieką dzieci pozostawało w Polsce 38%, a w całej badanej próbie – 33.8%), natomiast zdecydowanie niższy – w porównaniu z pozostałymi krajami – był w Polsce odsetek osób, które w ostatnim roku życia korzystały z pomocy zawodowego opiekuna (wynosił on odpowiednio 7 i 22%). Polska znalazła się też (obok Grecji i Włoch) w grupie krajów o relatywnie wysokim odsetku osób umierających w domu, a nie w zakładzie opieki czy szpitalu (Kalbarczyk-Stęclik, Nicińska 2013, s. 68–69).

Konieczność realizacji tych zadań wynika przede wszystkim z przesłanek demograficznych („podwójne” starzenie się ludności) i społecznych (ograniczenie możliwości sprawowania opieki przez rodzinę). Nie bez znaczenia jest także i to, że w procesie sprawowania opieki nad coraz dłużej żyjącymi seniorami wzrasta rola działań pielęgnacyjnych, których wykonywanie wymaga specjalnych umiejętności. Nie posiadają ich z reguły członkowie rodzin seniorów, którzy dotąd stanowią główny i najczęściej jedyny podmiot opieki. Dlatego w przyszłości niezbędne stanie się włączanie do procesu opieki domowej osób profesjonalnie przygotowanych do stosowania nowoczesnych sposobów pielęgnacji (Błądowski, Wilmowska-Pietruszyńska 2009, s. 9). Zorganizowanie i rozwój procesu ich kształcenia jawi się więc jako kolejne zadanie do wykonania w ramach budowania spójnego systemu opieki długoterminowej nad osobami starszymi.

Zbudowanie systemu opieki długoterminowej zostało uznane za jeden z priorytetów polskiej polityki senioralnej, której zręby określono w dokumencie *Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020*²³. Wytyczone w tym dokumencie cele działania, merytorycznie powiązane z kwestią opieki długoterminowej, mają w założeniu doprowadzić, m.in., do:

- zapewnienia osobom starszym opieki medycznej przez zbudowanie systemu zintegrowanej opieki zdrowotnej, obejmującego: podstawową opiekę zdrowotną oraz specjalistyczną (ambulatoryjną), dzienną, domową i stacjonarną opiekę geriatryczną,
- poprawy dostępu do usług opiekuńczych, co pozwoli osobom starszym i/lub o ograniczonej samodzielności pozostać jak najdłużej we własnym środowisku,
- zapewnienia wsparcia osobom starszym mieszkającym w jednoosobowych gospodarstwach domowych poprzez systematyczny monitoring ich potrzeb oraz koordynowanie opieki we współpracy z lekarzem, pielęgniarzką rodzinną i innymi podmiotami,
- opracowania minimalnych standardów teleopieki i innych form niebezpośrednich usług opiekuńczych wykorzystujących nowe technologie,
- rozwoju systemu świadczeń pieniężnych, w naturze lub czeków na pokrycie wydatków na usługi i produkty związane z opieką,
- aktywizacji środowisk lokalnych w celu tworzenia społecznych (sąsiedzkich) metod samopomocy przy wykorzystaniu nowych technologii.

W omawianym dokumencie nie ograniczono się wyłącznie (co należy uznać za jego walor) do wyartykułowania tych zadań, których realizacja ma służyć lepszemu zaspokojeniu potrzeb zdrowotnych i opiekuńczych samych osób niesamodzielnych, ale wskazano też kierunki działań umożliwiających budowanie systemu wsparcia dla opiekujących się nimi członków rodzin, a mianowicie:

- opracowanie rozwiązań systemowych umożliwiających opiekunom łączenie pracy i opieki,
- stworzenie szerokiego dostępu do informacji o możliwościach wsparcia dla opiekunów nieformalnych,
- umożliwienie opiekunom udziału w szkoleniach i wymianie doświadczeń dotyczących problemów opieki nad osobami starszymi,

²³ Dokument ten został oficjalnie przyjęty uchwałą Rady Ministrów, która weszła w życie z dniem 4 lutego 2014 roku (*Uchwała nr 238 Rady Ministrów...*, M.P., poz. 118).

- umożliwienie opieki długo- i krótkotrwałej nad osobą starszą, na przykład w przypadku hospitalizacji opiekuna,
- rozwój wolontariatu opiekuńczego w środowisku lokalnym (*Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej...* 2014, s. 18, 20–21).

Jest oczywiste, że osiągnięcie powyższych celów nie jest możliwe od razu, wymaga wielu lat pracy i określenia kolejności ich realizacji. Z przedstawionej w tym opracowaniu analizy wynika, że do zadań szczególnie pilnych, które powinny być podjęte w pierwszej kolejności, należy zaliczyć – obok koniecznego wzmocnienia stanu opieki geriatrycznej – rozbudowę pozarodzinnych form opieki domowej. Ich rozwój winien prowadzić z jednej strony do przynajmniej częściowego odciążenia opiekunów rodzinnych od przekraczającego niejednokrotnie ich siły obowiązku sprawowania opieki nad sędziwymi krewnymi, a z drugiej strony umożliwić zapewnienie opieki domowej tym seniorom, którzy z różnych przyczyn są zupełnie pozbawieni wsparcia rodzinnego. W takim kierunku idą propozycje zawarte w projekcie ustawy o pomocy osobom niesamodzielnym, przygotowanym przez grupę roboczą działającą przy Klubie Parlamentarnym Platformy Obywatelskiej²⁴. Zgodnie z jego założeniami, opieka domowa może być świadczona w formie usług wykonywanych przez profesjonalnych opiekunów, bądź też sprawowana przez członków rodziny osoby niesamodzielnej. Projekt przewiduje wprowadzenie tzw. czeków opiekuńczych na pokrycie należności za świadczone usługi opiekuńcze, określa też konkretne uprawnienia dla opiekunów rodzinnych. Ci, którzy z racji sprawowania opieki zrezygnują z wykonywania pracy zawodowej lub przejdą na urlop bezpłatny, będą mieli pokrywane składki na ubezpieczenie emerytalno-rentowe i zdrowotne, natomiast łączący pracę z opieką będą mogli skorzystać z opieki zastępczej nad podopiecznym w czasie przeznaczonym na swój urlop wypoczynkowy, leczenie szpitalne, sanatoryjne lub rehabilitację. Ponadto pracodawcy opiekunów rodzinnych łączących pracę z opieką będą zobowiązani do zapewnienia im warunków pracy minimalizujących ryzyko kolizji wynikające z równoczesnego pełnienia obu ról (*Ustawa o pomocy niesamodzielnym [projekt]*).

Zarówno priorytety zadaniowe zawarte w przytoczonym powyżej dokumencie rządowym, jak i propozycje zamieszczone w projekcie charakteryzowanej ustawy, wytyczają kierunek działań zmierzających do uzupełnienia istniejących obecnie braków w sposobie organizacji opieki domowej i nadania mu kształtu umożliwiającego uwzględnienie uzasadnionych potrzeb nie tylko samych osób niesamodzielnych, ale również ich opiekunów. Jeśli zamierzenia przedstawione w obu dokumentach uda się wprowadzić w życie, to poziom polskiego systemu opieki domowej przybliży się wyraźnie do stanu odpowiadającego uznanym standardom europejskim. Czy jednak ten ambitny cel zostanie osiągnięty – pokaże dopiero przyszłość.

²⁴ Grupa ta pracowała pod przewodnictwem senatora Mieczysława Augustyna. Projekt ustawy, zaprezentowany oficjalnie na posiedzeniu senackiej Komisji Rodziny i Polityki Społecznej w dniu 23 kwietnia 2013 roku został skierowany do oceny w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej, Ministerstwie Zdrowia i biurze legislacyjnym Senatu.

Bibliografia

- Ageing in the Twenty- First Century. A Celebration and A Challenge. Executive Summary.* (2012). New York: UNFPA.
- Baran A. (2013). *Wydatki na opiekę zdrowotną w krajach OECD.* Wiadomości Statystyczne, 5, s. 42–53.
- Błędowski P., Wilmowska-Pietruszyńska A. (2009). *Organizacja opieki długoterminowej w Polsce – problemy i propozycje rozwiązań.* Polityka Społeczna, 7, s. 9–13.
- Czepulis-Rutkowska Z. (2013). *Nowe ryzyka socjalne.* Polityka Społeczna, 11–12, s. 9–14.
- Długoterminowa opieka zdrowotna w Unii Europejskiej.* (2008). Luksemburg: Urząd Oficjalnych Publikacji Wspólnot Europejskich.
- EUROPOP2010. [online:] <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do>
- Health and long-term care in the European Union.* (2007). Special Eurobarometer, 283. [online] http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_283_en.pdf
- Kalbarczyk-Stęclik M., Nicińska A. (2013). *Ostatni rok życia Polaków w świetle danych SHARE: analiza porównawcza.* Studia Demograficzne, 1(163), s. 53–72.
- Kalliomaa-Puha L. (2013). *Czy Finlandia poradziła już sobie z nowymi ryzykami społecznymi?* Polityka Społeczna, 11–12, s. 38–43.
- Kraus M., Riedel M., Mot E., Willemé P., Röhring G., Czypionka T. (2011). *A Typology of Long-Term Care Systems in Europe.* ENERI Research Report No. 91. [online:] <http://www.ancien-longtermcare.eu>
- Kropińska S., Wieczorowska-Tobis K. (2009). *Opieka geriatryczna w wybranych krajach Europy.* Geriatria, 3, s. 12–16.
- Long-term Care in the European Union.* (2008). [online:] <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=768&langId=en>
- Long-term Care for the Elderly. Provisions and Providers in 33 European Countries.* (2012). Luxembourg: Publication Office of the European Union.
- Population Ageing and Development 2012.* (2012). New York: United Nations.
- Schulz E. (2010). *The Long-Term Care System for the Elderly in Germany.* ENERI Research Report No.78. [online:] <http://www.ancien-longtermcare.eu>
- Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r.* (2011). Warszawa: GUS.
- Surdej A., Brzozowski J. (2012). *Rozwój systemu usług opiekuńczych dla osób niesamodzielnych we Francji: implikacje dla Polski.* Polityka Społeczna, 1, s. 8–13.
- Szwałkiewicz E. (2011). *Opieka długoterminowa w Polsce.* Wspólne Tematy, 1, s. 18–20.
- The 2012 Ageing Report: Underlying Assumption and Projection Methodologies.* European Economy, 4/2011. Brussels: European Commission.
- Twardowska-Rajewska J. (2009). *Opieka nad niesprawnym seniorem w środowisku – rozwiązania modelowe i rzeczywistość.* W: E. Apanel (red.), *Opieka i wychowanie – tradycja i problemy współczesne.* Kraków: Impuls, s. 243–252.
- Ustawa o pomocy niesamodzielnym (projekt).* [online:] <http://www.senat.gov.pl/gfx/senat/userfiles>
- Uścińska G. (2007). *Aktualne problemy systemu zabezpieczenia społecznego w Polsce.* Polityka Społeczna, 7, s. 1–7.
- Uścińska G. (2013a). *Ryzyko jako przesłanka ochrony w systemie zabezpieczenia społecznego.* Polityka Społeczna, 11–12, s. 3–9.
- Uścińska G. (2013b). *Ryzyko niesamodzielnosci w orzecznictwie Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości.* Polityka Społeczna, 11–12, s. 11–17.

World Population Prospects: The 2012 Revision. Highlights and Advanced Tables (2013). New York: United Nations.

Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020. (2014). Załącznik do Uchwały nr 238 Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2013 r. Monitor Polski, poz. 118.

Long-term home care over dependent elderly in ageing Europe

Abstract

The demographically ageing European countries witness a rapid increase in the ratio of very old seniors whose growing functional dependence calls for long-term care. Organizing and developing a long-term care system is among the priorities of social policy in the European Union member states. The strongest emphasis is placed on the development of long-term care in the home, preferred by the overwhelming majority of Europeans. The article presents a few chosen aspects of the functioning of in-home long-term care in EU member countries, with special focus on Poland. The main emphasis is placed on the role in home care of the family members of dependent seniors (informal carers) and the role of people representing the local care services (formal carers).

Key words: population ageing, care-dependent seniors, long-term home care