

Rzeczpospolita
Polska



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Zofia Szweda-Lewandowska
Instytut Gospodarstwa Społecznego
Szkola Główna Handlowa

Wzrost zapotrzebowania na usługi środowiskowe – czyli łódzkie za 5, 10 i 20 lat wyzwania i problemy

W kontekście starzenia się populacji coraz częściej mówi się o wyzwaniach, a nie o problemach, zakładając, że na wyzwania można się przygotować i aktywnie na nie odpowiadać. Zatem do największych wyzwań ekonomicznych związanych ze zmianami zachodzącymi w starzejących się populacjach można zaliczyć przede wszystkim zwiększanie się obciążenia systemu emerytalnego, ze względu na konieczność wypłaty większej liczby świadczeń, przy jednoczesnym zmniejszaniu się liczby osób pracujących i płacących składki na ubezpieczenia społeczne. Drugim obszarem wymagającym zwiększenia nakładów finansowych jest system ochrony zdrowia. Wraz z wiekiem rośnie prawdopodobieństwo korzystania z systemu ochrony zdrowia, a koszty leczenia osób starszych stanowią dominującą część kosztów. Jednak zwiększanie nakładów finansowych na system ochrony zdrowia w tym opieki medycznej, profilaktyki, rehabilitacji nadal nie zaspokaja potrzeb starzejącej się populacji. Nakłady na system ubezpieczeń społecznych oraz system ochrony zdrowia już obecnie stanowią znaczną część wydatków budżetu państwa. Wzrost udziału osób starszych ma wpływ praktycznie na wszystkie dziedziny życia społeczno-ekonomicznego i na wszystkie szczeble władzy publicznej tj. zarówno na szczebel centralny, samorządowy, jak i ponadnarodowy (europejski). Dlatego tak ważne jest badanie tego zjawiska i szukanie nowych rozwiązań problemów osób w starszym wieku oraz rozwiązań dostosowujących przestrzeń fizyczną i usługi publiczne do potrzeb zmieniającej się struktury ludności. Z punktu widzenia samorządów, które realizują znaczną część usług publicznych kierowanych do ludności, w tym usługi kierowane do osób starszych i ich rodzin problemy i wyzwania ekonomiczne wynikające ze zmian w strukturze ludności będą dotyczyły głównie: zmniejszania się potencjału opiekuńczego rodziny, zwiększania się kosztów ochrony zdrowia w tym opieki medycznej, profilaktyki, rehabilitacji,

zwiększania się kosztów pomocy środowiskowej, zwiększania się kosztów opieki instytucjonalnej.

Województwo łódzkie, a szczególnie Łódź, która jest trzecim najludniejszym miastem w Polsce należy do obszarów o zaawansowanym procesie starzenia się ludności i charakteryzuje się znaczną dynamiką tego procesu. Dlatego też obszar ten jest swoistym laboratorium doświadczalnym i miejscem gdzie realizowane są/muszą być pionierskie projekty i programy w zakresie wspierania starzejącej się, lokalnej społeczności. Rozwiązania, które przejdą pomyślenie fazę testowania w województwie łódzkim będą mogły posłużyć jako dobre praktyki dla innych obszarów. Szczególnym wyzwaniem jest zapewnienie odpowiedniej opieki osobom z pogarszającym się stanem zdrowia i problemami w zakresie samoobsługi i prowadzenia gospodarstwa domowego. Celem niniejszego opracowania jest wskazanie czynników wpływających na zapotrzebowanie na usługi opiekuńcze zarówno świadczone w miejscu zamieszkania osoby starszej, jak i w instytucjach świadczących całodobową opiekę.

Czynniki wpływające na wzrost zapotrzebowania na usługi opiekuńcze można podzielić na mikrodeterminanty i makrodeterminanty. Na poziomie makro główna determinanta to wydłuża się trwania życia, spadek dzietności oraz procesy migracyjne. Zgodnie z prognozą ludności sporządzoną przez Główny Urząd Statystyczny województwo łódzkie – ze względu na przewidywane utrzymywanie się ujemnego przyrostu naturalnego – będzie się wyludniać w perspektywie roku 2040 i liczba ludności wyniesie mniej niż 2 mln. osób w 2050 roku (spadek z 2231,6 tys. osób w 2035 roku do 1999,1 tys. osób w 2050)¹. Zmieni się także struktura ludności tj. zmniejszać się będzie subpopulacja osób w wieku produkcyjnym, a zwiększać w wieku poprodukcyjnym (odsetek osób w wieku 65 lat i więcej wzrośnie z obecnych 17% do 26% w 2035 i 34,2% w 2050)². Przeciętne trwanie życia w 2035 roku wyniesie 84 lata dla kobiety i 75,6 dla mężczyzny, a w roku 2050 86,7 i 80,8 lat. Przyspieszeniu ulegnie także proces podwójnego starzenia się populacji, czyli wzrost udziału osób najstarszych w ogólnej ludności. Proces starzenia się na terenie powiatów województwa łódzkiego nie będzie przebiegał równomiernie (tabela 1). W 2040 roku najwyższy odsetek osób w wieku 80 lat i więcej w województwie łódzkim będzie zamieszkiwał w Łodzi, Piotrkowie Trybunalskim, Skierniewicach oraz powiatach: kutnowskim, łęczyckim i tomaszowskim. W miastach i wzmiankowanych powiatach ludność w wieku 65 lat i więcej będzie stanowiła około 30%. Tak

¹ Źródło: GUS, Prognoza demograficzna na lata 2014-2050 dla województwa łódzkiego, dostęp na stronie: https://lodz.stat.gov.pl/download/gfx/lodz/pl/defaultaktualnosci/1410/2/1/1/20150924_s_prognoza_lud_woj_2014_2050.pdf

² Tamże.

dynamiczne zmiany wymagają dostosowania usług publicznych do nowych wymagań i potrzeb osób starszych i ich rodzin.

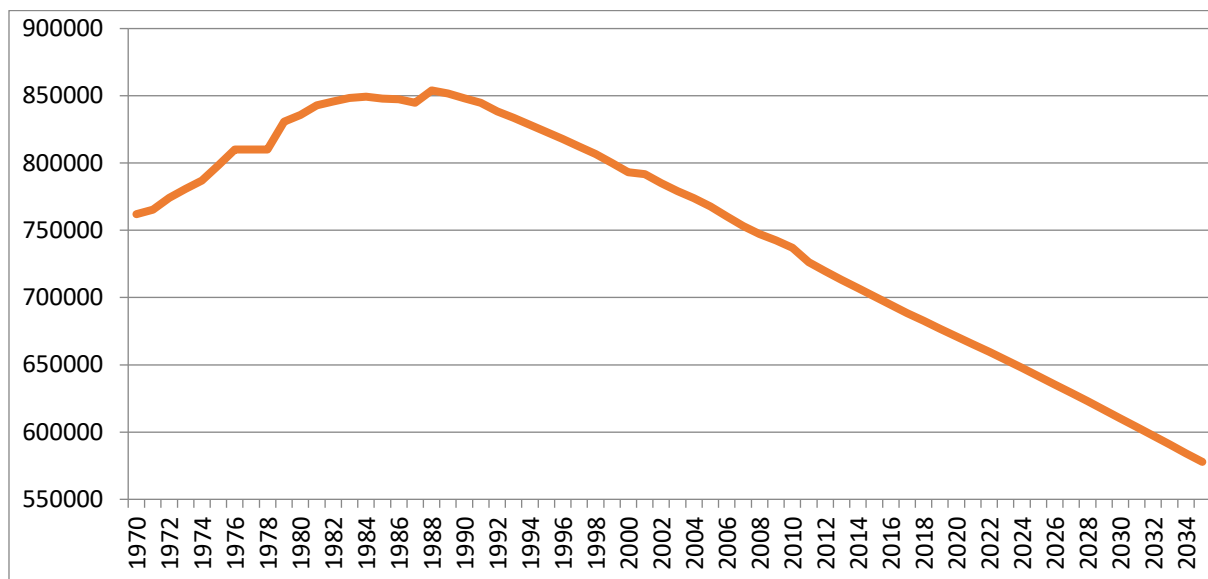
Tabela 1. Prognoza ludności dla powiatów województwa łódzkiego 2020-2040

Powiat	2015		2020		2030		2040	
	65+	80+	65+	80+	65+	80+	65+	80+
bełchatowski	12,4	2,9	16,4	3	22,9	4,5	25,3	9,1
brzeziński	16,4	4,1	19,7	4,3	24	6,1	27,7	9,7
kutnowski	17,8	4,3	21,5	4,7	27,4	7	31,3	11,5
łaski	16,6	4,2	19,3	4,3	23,7	5,9	27,1	9,2
łęczycki	18	4,8	20,3	5,9	25	6,5	28,5	10
łowicki	16,9	4,6	19,7	4,7	23,9	6	26,9	9,4
łódzki wschodni	15	3,5	17,7	3,2	21,5	4,9	24,5	7,6
m. Łódź	20,7	5,6	24,8	5,7	28,4	8,3	30,5	12,5
m. Skierniewice	15,5	3,3	19,9	3,9	25,1	6,2	27,4	10,6
m. Piotrków Tryb.	17,3	3,9	21,5	4,4	25,4	6,9	28,3	10,7
opoczyński	15,2	4,2	17,4	4,4	22,5	5,4	25,8	8,7
pabianicki	18,2	4,6	21,1	4,8	24,6	6,6	27,3	9,7
pajęczański	16,6	4,7	19	4,8	23,2	5,8	27,5	9
piotrkowski	15,5	4,2	17,8	4,3	20,9	5,2	24,4	7,9
poddębicki	17,6	4,4	20,1	4,8	24,3	6,3	28,5	9,5
radomszczański	17,3	4,4	20,3	4,8	24,7	6,5	29,1	9,9
rawski	15,8	4,1	18,6	4,3	23,2	5,7	26,2	9,2
sieradzki	16,2	4,1	18,8	4,3	23,6	5,9	27,4	8,9
skierniewicki	16,5	5,2	18	4,9	21,3	5,2	24	7,8
tomaszowski	17,1	4,6	20,5	4,8	24,8	6,4	29,8	10,4
wieluński	16,4	4,5	19,1	4,5	23,8	5,9	27,4	9,4
wieruszowski	14,9	3,7	17,6	3,8	21,9	5,3	25,7	8,5
zduńskowolski	16,1	3,9	18,9	4,1	23,1	5,9	26,4	9
zgierski	17,1	4	20,2	4,3	23,9	6,3	27,3	9,5

Źródło: GUS, Prognoza dla powiatów i miast na prawie powiatu oraz podregionów na lata 2014-2050.

W obrębie województwa proces starzenia się jest zróżnicowany. Zaawansowanym procesem starzenia się wyróżnia się miasto Łódź. Stan ów pogłębia fakt, że od 1985 roku Łódź znajduje się w fazie depresji demograficznej, której konsekwencją jest spadek liczby mieszkańców (rysunek 1).

Rysunek 1. Liczba ludności Łodzi w latach 1975-2035



Źródło: GUS, Prognoza dla powiatów i miast na prawie powiatu oraz podregionów na lata 2014-2050.

Warto przyjrzeć się bliżej sytuacji demograficznej Łodzi, ponieważ miasto to zamieszkuje 30% ludności województwa łódzkiego, Łódź na tle demograficznej mapy Polski wyróżnia się najbardziej zaawansowanym procesem starzenia się populacji.

Największe miasto województwa łódzkiego – Łódź – na tle demograficznej mapy wielkich miast Polski wyróżniają trzy cechy:

- znaczny odsetek mieszkańców powyżej 60. roku życia;
- wysoki współczynnik feminizacji, szczególnie w grupie wieku 75 lat i więcej;
- najkrótsze w grupie wielkich miast powyżej 500 tys. mieszkańców średnie dalsze trwanie życia w momencie urodzenia.

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 2). 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 pielęgniarstwo-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.

Tabela 2. Czynniki warunkujące konieczność korzystania z usług opiekuńczych i pomocy instytucjonalnej

Stan zdrowia	<ul style="list-style-type: none"> – niepełnosprawność – niesamodzielność – choroby chroniczne
Zasoby kulturowe	<ul style="list-style-type: none"> – kapitał kulturowy – wykształcenie – umiejętności – umiejętności w zakresie relacji interpersonalnych
Status rodzinny	<ul style="list-style-type: none"> – stan cywilny – liczba dzieci – liczba rodzeństwa – dalsi krewni – jakość relacji z członkami rodziny – miejsce zamieszkiwania członków rodziny – współzamieszkiwanie z członkami rodziny
Faza życia	<ul style="list-style-type: none"> – role społeczne
Status ekonomiczny	<ul style="list-style-type: none"> – zasoby majątkowe: własność lokalu, oszczędności – dochody: transfery publiczne, transfery prywatne

Źródło: opracowanie własne

Zmiany demograficzne postępują wraz ze zmianami w strukturze i funkcjach rodziny, która pierwotnie była podstawową instytucją świadcząca opiekę. Modernizacja społeczeństwa zachodząca w epoce industrialnej prowadziła do zmiany funkcji rodziny. Rodzina przestała być

trwałą, stabilną, wielodzietną i wielofunkcyjną instytucją społeczną, zmieniała się stopniowo w małą nuklearną, małodzietną, demokratyczną, niestabilną z ograniczonymi funkcjami. W związku z wydłużaniem się przeciętnego dalszego trwania życia zwiększył się udział osób dorosłych mających żyjących rodziców i dziadków. Pojawiają się rodziny trzy- i czteropokoleniowe, a nawet na krótko pięciopokoleniowe, zwiększyło się prawdopodobieństwo występowania rodzin, w których żyją pradziadkowie, dziadkowie i rodzice. Struktura rodziny przekształcała się z horyzontalnej w wertykalną, a więc wielopokoleniową. Z punktu widzenia systemu opieki nad osobami starszymi wertykalizacja sieci rodzinnej jest jednym z najistotniejszych czynników wpływających na zwiększenie się liczby osób wymagających pomocy przy jednoczesnym zmniejszeniu się liczby potencjalnych opiekunów osób starszych. Oznacza to również, że potencjalna opiekunka osoby starszej (opiekę sprawują najczęściej kobiety w wieku 45–64 lat) będzie jednocześnie posiadała wnuki. Pojawia się w takiej sytuacji dysonans pomiędzy chęcią udzielenia wsparcia dzieciom (opieka nad wnukami) a opieką nad starymi rodzicami. Dodatkowo potencjalna opiekunka to również osoba na przedpolu starości, której stan zdrowia może być przeszkodą w wykonywaniu czynności pielęgnacyjnych (najczęściej wymagających dużego wysiłku fizycznego jak na przykład umycie osoby starszej).

Przedstawione powyżej czynniki determinują konieczność korzystania z pomocy osób trzecich w codziennym funkcjonowaniu i implikują także wzrost zapotrzebowania zarówno na usługi opiekuńcze świadczone w środowisku zamieszkania osoby starszej jak i na pomoc instytucjonalną. Określmy zatem potencjalną wielkość zapotrzebowania na usługi opiekuńcze. Do oszacowania zapotrzebowania na różnorodne formy pomocy oprócz danych z badania PolSenior wykorzystane zostały także statystyki Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. 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. Należy jednak zaznaczyć, że wskaźnik niesamodzielnosci 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 niesamodzielnosc pojawiła się po 75. roku życia senior lub jego rodzina raczej nie będzie występował o formalne potwierdzenie niesamodzielnosci.

Do oszacowania liczby niesamodzielnych seniorów wykorzystane zostaną dane także dotyczące odsetków niesamodzielności w poszczególnych grupach wieku uzyskane w badaniu PolSenior (tabela 3).

Tabela 3. Wyniki oceny zdolności wykonywania podstawowych czynności życiowych według skali ADL w badaniu PolSenior

Grupa wieku	Uzyskany wyniki		
	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, A. Skalska, 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. 82-83.

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

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 oraz prognoza liczby ludności według wieku wykonana przez Główny Urząd Statystyczny.

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 społecznej³. 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. Tabela 4 obrazuje wzrost liczby osób w wieku 75 lat i więcej najbardziej niesamodzielnych, które wymagają pomocy instytucjonalnej lub intensywnej pomocy środowiskowej.

Tabela 4. Prognoza zapotrzebowania na usługi opiekuńcze 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
Województwo łódzkie	15 191	16 027	18 345	21 769	25 302

Zródło: obliczenia własne na podstawie: GUS, Prognoza liczby ludności w Polsce 2008, Warszawa 2009.

W kontekście przytoczonych danych demograficznych dotyczących postępującego procesu starzenia się i procesu podwójnego starzenia się ludności szczególną rolę do odegrania mają samorządy. To na szczeblu gminy przyznawane są usługi opiekuńcze, to na szczeblu gminy przeprowadzany jest wywiad środowiskowy, dzięki któremu instytucje samorządowe mają rozeznanie w zakresie potrzeb osób starszych. To samorząd tworzy sieć wsparcia dla osób starszych, której podstawą mogą być tworzone Centra Usług Społecznych. Instytucje te

³ GUS, Pomoc społeczna i opieka nad dzieckiem i rodziną w 2015 roku, Warszawa 2016, s. 208.

powinny kompleksowo ocenić sytuację osoby starszej i dopasować, „skroić na miarę” danej osoby usługi, które będą jej świadczone. Poprzez współpracę z innymi instytucjami oferującymi usługi np. rehabilitacyjnej, lecznicze powinny opracowywać całonocowy plan pomocy seniorowi i monitorować jego realizację. Poprzez współpracę z wszystkimi podmiotami mogącymi świadczyć pomoc osobie starszej możliwe będzie zrealizowanie koncepcji *ageing in place* zgodnie, z którą osoba starsza powinna zamieszkiwać w swoim dotychczasowym środowisku do momentu, kiedy niezbędne będzie przeniesienie się do instytucji świadczącej usługi opiekuńcze całonocowo.

Zgodnie z zasadą lokalności i subsydiarności, to wspólnoty lokalne mają najlepsze rozeznanie w zakresie potrzeb swoich członków oraz najlepiej potrafią rozwiązywać ich problemy. Dlatego też w zakresie pomocy społecznej najszerszy zakres działania został przypisany gminom jako jednostkom samorządu terytorialnego będącym najbliższymi członkami wspólnoty lokalnej. Zasady polityki społecznej wobec starszej generacji wynikają z systemu wartości charakterystycznego dla doktryny polityki społecznej. Najważniejszymi zasadami, którymi kieruje się polityka społeczna wobec ludzi starych są: zasada pomocniczości (subsidiarności), zasada kompleksowości oceny potrzeb, zasada lokalności.

Zasada pomocniczości zakłada przyjęcie określonego porządku, w jakim różne instytucje społeczne udzielają wsparcia jednostkom niebędącym w stanie zaspokoić samodzielnie swoich potrzeb. Zasada kompleksowości oceny potrzeb zakłada konieczność dokonywania wszechstronnej analizy sytuacji lokalnej społeczności z punktu widzenia jej stanu zdrowia, warunków życiowych i rodzinnych, dochodów, itp. Zbudowana na tej podstawie diagnoza powinna zawierać ocenę sytuacji w zakresie potrzeb danej społeczności oraz powinna określić możliwość zaspokojenia jej potrzeb w ramach istniejącej infrastruktury. Diagnoza odnosi się z jednej strony do możliwości świadczenia pomocy przez środowisko lokalne, a z drugiej do potrzeb osoby starszej. Kompleksowość diagnozy wymaga jej uszczegółowienia. W związku z tym konieczne jest indywidualne podejście do sytuacji osób starszych, polegające przynajmniej na wyodrębnieniu grupy mieszkańców posiadających podobne cechy społeczne lub demograficzne. Następnie ustalenie indywidualnego planu pomocy i dostosowanie służb świadczących pomoc do rzeczywistego zapotrzebowania.

Zasada lokalności w polityce społecznej wobec ludzi starszych wynika z zasady subsydiarności. Lokalność umożliwia lepszą realizację ogólnych celów polityki wobec ludzi starszych. W konkretnych przypadkach odpowiadających lokalnym potrzebom i możliwościom.

Centra Usług Społecznych tworzone lokalnie gwarantują przeprowadzenie kompleksowej diagnozy sytuacji osoby starszej i dopasowanie do jej potrzeb odpowiednich usług. W trakcie opracowywania kompleksowego planu wsparcia seniora w Centrum Usług Społecznych powinny być brane pod uwagę wszystkie czynniki na poziomie mikro, które wpływają na samodzielność/niesamodzielność osoby starszej i możliwość uzyskania przez nią pomocy. Mikrocynniki wpływające na konieczność korzystania przez seniora z pomocy środowiskowej lub instytucjonalnej są jednocześnie czynnikami stratyfikującymi populację osób starszych. Sytuacja ekonomiczna determinuje możliwość wyboru sektora udzielającego wsparcia (prywatny, publiczny). Osoby mające niskie dochody i nieotrzymujące wsparcia ze strony rodziny są wykluczone z korzystania z usług sektora prywatnego. Z drugiej strony osoby, posiadające wystarczające do opłacenia samodzielnie usług opiekuńczych lub kosztów zamieszkania w domu pomocy społecznej dochody, są dyskryminowane przy przyznawaniu usług przez sektor publiczny. Czynniki takie jak stan zdrowia, samodzielność, sytuacja ekonomiczna, wiek, zasoby kulturowe to determinanty konieczności korzystania ze wsparcia osób trzecich przy wykonywaniu codziennych czynności. Ważną rolę odgrywają także nieformalne, nierodzinne sieci wsparcia sąsiedzkiego i koleżeńkiego (bliscy, niespokrewnieni) i powinny być uwzględniane w opracowywaniu całościowego planu pomocy seniorowi. 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. Rola samorządu w takiej sytuacji powinna polegać na wspieraniu rodzinnych opiekunów i kierowaniu do nich także usług w postaci np. poradnictwa dotyczącego pielęgnacji osób starszych. Aktywne wspieranie rodziny i krewnych udzielających pomocy osobie starszej opóźnia moment zamieszkania przez seniora w instytucji świadczącej pomoc całodobową np. w domu pomocy społecznej. 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 nieradzących 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 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.

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 przyniesieniu 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.

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. Coraz częściej jednak – ze względu na zmiany w strukturze i funkcji rodziny – ważnym elementem sieci wsparcia osoby starszej, który powinien być uwzględniany to znajomi, sąsiedzi, przyjaciele. Często sąsiedzi jako osoby mieszkającej najbliżej osoby starszej są podstawowym źródłem wsparcia.

Znaczenie i rola gminy będzie wzrastać wraz ze zwiększaniem się liczby osób starszych. Decentralizacja wielu obszarów polityki społecznej umożliwi trafne diagnozowanie potrzeb oraz lokalną specyfikę przy określaniu hierarchii celów i sposobu ich realizacji. Potrzeby osób starszych mają różny charakter, zależnie od wieku, stanu zdrowia, sytuacji rodzinnej, itp. Wobec tego konieczna jest dywersyfikacja oferowanych świadczeń ze strony lokalnych

podmiotów polityki społecznej. Ponadto potrzeby ludzi są zróżnicowane w zależności od regionu kraju, a także od środowiska (miejskie, wiejskie). Potrzeby te są zaspokajane w środowisku lokalnym przy udziale rodziny i najbliższego otoczenia oraz organizacji pozarządowych i instytucji samorządowych. Dlatego tak ważne jest tworzenie instytucji, które mogą działanie różnych podmiotów spajać i koordynować. Na poziomie lokalnym istnieją najlepsze warunki dla integracji ludzi starszych ze środowiskiem i partycypacji społecznej.