



**UNIWERSYTET KARDYNAŁA
STEFANA WYSZYŃSKIEGO
W WARSZAWIE**



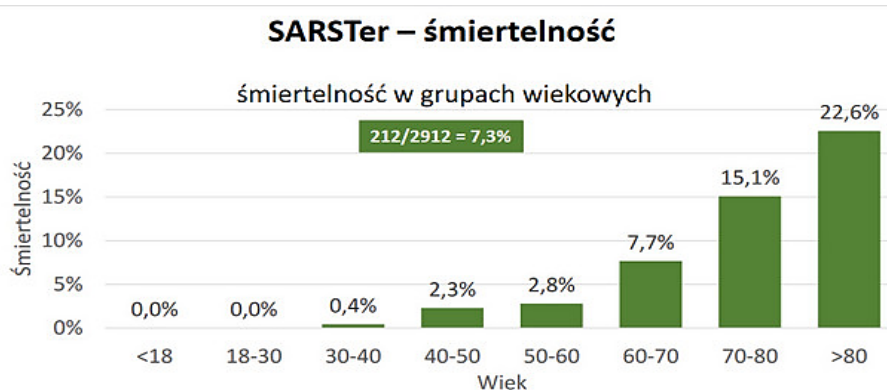
**SKUTKI PANDEMII
WŚRÓD OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH
W WIEKU 60+**

Teresa Hernik

Projekt „Łagodzenie skutków pandemii wśród grup wysokiego ryzyka – osoby 60+”
finansowany ze środków Ministerstwa Edukacji i Nauki na podstawie Decyzji Nr 41/WFSN/2021

Według badań Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) w Europie¹ osoby starsze zostały nieproporcjonalnie bardziej dotknięte skutkami pandemii. Z danych europejskiego biura WHO wynika, że w tym regionie ponad 95% zgonów z powodu COVID-19 dotyczyło 60-latków i osób starszych, a ponad połowa tego wskaźnika to zgony osób w wieku 80 lat lub starszych. Około połowa wszystkich ofiar śmiertelnych COVID-19 w Europie mieszkała w domach opieki dla osób starszych. W Polsce wśród zmarłych z powodu czy przy współdziałaniu COVID-19 niemal jedna czwarta (dokładnie 22,6%) miała powyżej 80 lat, a 15,1% było w wieku od 70 do 80 lat. W przedziale wiekowym 60–70 lat zmarłych było 7,7%. W grupie 50+ odsetek zgonów wyniósł 2,8%, u pacjentów 40+ było to 2,3%.

Wykres 1. Śmiertelność w Polsce na COVID-19.



Źródło: <http://www.pteilchz.org.pl/>

Mimo że na początku pandemii osoby starsze zostały zidentyfikowane przez WHO² jako grupa szczególnie zagrożona, wiele rządów uznało, że pandemia COVID-19 była *mniej warta* ich wzmożonych wysiłków, aby ją powstrzymać właśnie dlatego, że dotyczyła głównie osób starszych. A kiedy prawdziwa skala zachorowań stała się widoczna, osoby starsze, a w szczególności placówki opieki stacjonarnej, nie były traktowane priorytetowo w ośrodkach reagowania³. Doprowadziło to do zaniedbania i naruszenia kilku podstawowych praw osób starszych, między innymi prawa do życia, zdrowia, życia rodzinnego, pracy i uczestnictwa. Jak wspominał dyrektor WHO ds. Regionu Europejskiego, *ta pandemia*

¹ Kluge H.H.P. (2020). Statement: Older people are at highest risk from COVID-19, but all must act to prevent community spread, [WHO/Europe | Coronavirus disease \(COVID-19\) outbreak - Statement – Older people are at highest risk from COVID-19, but all must act to prevent community spread](#) (dostęp: 11.11.2021)

² Wystąpienie dyrektora generalnego WHO na briefingu dla mediów na temat COVID-19, 25 marca 2020 r.

³ Kluge H. H. P. Oświadczenie dla prasy. Kopenhaga, 23 kwietnia 2020 r.

zwróciła uwagę na przeoczone i niedoceniane komórki naszego społeczeństwa⁴. COVID-19 ujawnił w tragiczny sposób, w jaki sposób ageizm⁵ jest głęboko osadzony w naszej kulturze, społecznościach, instytucjach, politykach, a ostatecznie w naszej zbiorowej reakcji na kryzysy, takie jak COVID-19.

W Polsce funkcjonują 824 domy pomocy społecznej (DPS) prowadzone przez samorządy, w których mieszka 80 tys. osób. Głównie są to osoby starsze oraz osoby z niepełnosprawnościami. Na przełomie marca i kwietnia 2020 roku, czyli w pierwszych tygodniach rozwoju epidemii w Polsce, krajowe media przekazywały alarmujące informacje o kolejnych DPS-ach, w których dochodziło do zakażeń wśród mieszkańców oraz personelu. Niektóre placówki były obejmowane kwarantanną, a pozostali wewnątrz personel miał poważne trudności w zapewnieniu należytej opieki⁶.

Pandemia koronawirusa dotyka wszystkich, ale to osoby starsze i osoby niepełnosprawne są najbardziej narażone na zarażenie. Odsetek zgonów wśród osób starszych z COVID-19 osiągnął 15%. Osoby starsze są nie tylko bardziej podatne na wszelkiego rodzaju infekcje, ale są również bardziej narażone na ciężki przebieg tej choroby. Dlatego ochrona osób starszych podczas pandemii COVID-19 jest niezwykle ważna. Ostatni okres pokazał, że nie każdy mógł otrzymać potrzebną pomoc. W czasach, gdy duża część życia zawodowego i usług przenosi się do internetu, to osoby starsze – zwłaszcza samotne – są najbardziej narażone na wykluczenie cyfrowe, a tym samym na pozbawienie dostępu do podstawowych usług, takich jak telemedycyna, usługi opiekuńcze i usługi specjalistyczne.

W czerwcu 2020 roku Komisja Europejska opublikowała sprawozdanie na temat zmian demograficznych, które jest podstawą do pracy nad *zieloną księgą* dotyczącą starzenia się. Rozpoczęto szerokie konsultacje społeczne i poddano analizom wymagane reakcje polityczne, również w świetle sytuacji po epidemii COVID-19.

W następstwie wniosku Komisji Europejskiej uzgodniono nowy zestaw środków umożliwiających pełną elastyczność w korzystaniu z europejskich funduszy strukturalnych i inwestycyjnych, na przykład łączenie funduszy, przenoszenie między regionami i umożliwienie 100% finansowania w celu ochrony życia i źródeł utrzymania w odpowiedzi na

⁴ Kluge H.H.P.: *Inwestuj w to, co pomijane i niedoceniane: buduj zrównoważoną opiekę długoterminową skoncentrowaną na ludziach w następstwie COVID-19* (tłumaczenie autorki). *Statement...*, dz. cyt.

⁵ Ageizm oznacza dyskryminację ze względu na wiek. Za twórcę tego pojęcia uznaje się Roberta Butlera, szefa Instytutu ds. Starości i Starzenia, który w 1969 roku właśnie w ten sposób określił *proces systematycznego tworzenia stereotypów i dyskryminowania ludzi z tego powodu, że są starzy*.

⁶ Helsińska Fundacja Praw Człowieka (2020). *Domy pomocy społecznej w dobie pandemii. Doświadczenia, potrzeby, wyzwania*.

koronawirusa. W dniu 27 maja 2020 roku Komisja zaproponowała również tymczasowe uzupełnienie tego wniosku o awaryjny europejski instrument naprawy (*UE nowej generacji*) w celu zwiększenia budżetu UE⁷. Te dodatkowe fundusze przyczynią się do wsparcia środków niezbędnych do przezwyciężenia skutków kryzysu COVID-19 dla obywateli UE.

Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób opublikowało wytyczne dotyczące zapobiegania i kontroli zakażeń COVID-19 w placówkach opieki długoterminowej⁸ oraz wytyczne dotyczące rozwoju nadzoru nad COVID-19 w placówkach opieki długoterminowej⁹. W kontekście wybuchu epidemii przedstawiono europejskie partnerstwo innowacyjne na rzecz aktywnego i zdrowego starzenia się oraz program aktywnego i wspomaganego życia¹⁰.

Europejski program uczenia się dorosłych¹¹ i program na rzecz umiejętności¹² również pomagają osobom starszym w zdobywaniu umiejętności uczestnictwa w społeczeństwie.

Wreszcie, Komisja Europejska bada również kwestię samotności w wielu aspektach, w kontekście obecnej pandemii, ale także poza nią i zastanawia się, jak najlepiej zaradzić temu zjawisku.

CZYM JEST NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ

Niepełnosprawność to ograniczenie lub brak zdolności do wykonywania czynności w sposób lub w zakresie uważanym za normalny dla człowieka, wynikające z uszkodzenia i upośledzenia funkcji organizmu.

Jest to definicja przyjęta w 1980 roku przez Światową Organizację Zdrowia (WHO). Określenie *niepełnosprawność* jest (było) często używane wymiennie z określeniem *inwalidztwo*, choć zakresy obu pojęć nie w pełni się pokrywają, niepełnosprawność jest pojęciem szerszym, obejmującym także aspekt aktywności życiowej.

Za osoby niepełnosprawne według WHO uważa się osoby, które nie mogą samodzielnie, częściowo lub całkowicie, zapewnić sobie możliwości normalnego życia – indywidualnego i społecznego, na skutek wrodzonego lub nabytego upośledzenia fizycznego, intelektualnego lub psychicznego. Przyjęto podział skutków choroby na: uszkodzenia,

⁷ https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/ip_20_940.

⁸ https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Infection-prevention-control-for-the-care-of-patients-with-2019-nCoV-healthcare-settings_update-31-March-2020.pdf (dostęp: 11.11.2021).

⁹ <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/covid-19-long-term-care-facilities-surveillance-guidance.pdf> (dostęp: 11.11.2021).

¹⁰ <http://www.aal-europe.eu/available-aal-solutions-supporting-older-adults-to-cope-with-the-consequences-of-the-coronavirus-outbreak/> (dostęp: 11.11.2021).

¹¹ <https://epale.ec.europa.eu/en/policy-in-the-eu/implementing-the-european-agenda-for-adult-learning> (dostęp: 11.11.2021).

¹² <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1223> (dostęp: 11.11.2021).

niezdolność i ograniczenie w rolach. Uszkodzenie dotyczy nieprawidłowości budowy i wyglądu ciała oraz funkcji narządów lub układów, niezależnie od przyczyny – oznacza więc zaburzenie na poziomie narządu. Niezdolność odzwierciedla skutki uszkodzenia w wykonywaniu czynności i aktywności danej osoby. Ograniczenia w rolach są zaś następstwami uszkodzenia i niezdolności, które mają wpływ na międzyludzkie interakcje i przystosowanie do otoczenia.

Nadal jednak termin niepełnosprawność nie jest idealny, ale nie znaleziono do tej pory lepszego określenia. Termin ten zastępuje wiele dotychczasowych pojęć przyjętych w społeczeństwie, takich jak: ułomność, upośledzenie, niedołążność, które nabrały pejoratywnego znaczenia.

Dotychczas niepełnosprawność, jako następstwo choroby lub urazu, rozpatrywano z medycznego punktu widzenia. Postrzegano ją jako problem jednostkowy, którego rozwiązaniem jest poprawa stanu zdrowia i stanu funkcjonalnego organizmu. Aspekty psychospołeczne obejmujące rzeczywiste, życiowe problemy osób niepełnosprawnych, jak na przykład usuwanie barier ograniczających uczestnictwo w życiu społecznym, nie były dotąd w pełni uwzględniane. Kwestie te wymagają zmiany postaw społecznych i przestrzegania praw człowieka.

Problemami niepełnosprawności zajmowało się także w roku 1994 Europejskie Forum Niepełnosprawności Parlamentu Europejskiego, które zdefiniowało osobę niepełnosprawną jako *jednostkę w pełni swych praw, znajdującą się w sytuacji upośledzającej ją na skutek barier środowiskowych, ekonomicznych i społecznych, których, z powodu występujących u niej uszkodzeń, nie może przewycięzać w taki sposób, jak inni ludzie. Bariery te są zbyt często wzmacniane przez deprecjonujące postawy ze strony społeczeństwa.*

W Międzynarodowej Klasyfikacji Niepełnosprawności (ICF) ogłoszonej przez WHO w 2001 roku przyjmuje się całościowy model niepełnosprawności, łączący wymiar medyczny i społeczny. Obejmuje on zależności między uszkodzeniami, ograniczeniem aktywności oraz utrudnieniem lub ograniczeniem uczestnictwa w życiu społecznym, uwarunkowane czynnikami osobniczymi i środowiskowymi.

Osoba niepełnosprawna jest więc postrzegana nie tylko jako jednostka z problemami chorobowymi, wymagająca odpowiedniej opieki medycznej, ale jako członek społeczności, realizujący swoje prawa ludzkie na równi z resztą społeczeństwa. Współczesne definicje niepełnosprawności oscylują pomiędzy ujęciem tego zagadnienia w sposób czysto biologiczny (uszkodzenia narządów i ich czynności, które powodują naruszenie lub obniżenie sprawności, a

co za tym idzie ograniczenie funkcjonowania całego organizmu) i społeczny (konsekwencje uszkodzenia i obniżenie sprawności funkcjonowania w różnych sferach życia). Tworzone dla różnych celów definicje podkreślają, w zależności od potrzeb, aspekty prawne, kulturowe czy ekonomiczne. Wydaje się zatem, że dopóki nie zostaną ustalone wyraźne granice między zdrowiem a chorobą oraz chorobą a niepełnosprawnością trudno będzie o kompromis w tej kwestii.

OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNE W DOBIE PANDEMII

Wraz z pojawieniem się pandemii COVID-19 na początku 2020 roku wiele krajów na świecie popadło w recesję gospodarczą, która doprowadziła do utraty setek milionów miejsc pracy. Zwiększone zagrożenie dla zdrowia w miejscu pracy może ograniczyć możliwości zatrudnienia wielu osób niepełnosprawnych z chorobami, które czynią ich bardziej podatnymi na COVID-19. Jednak szybkie przejście do handlu *online* i pracy zdalnej może sprawić, że wcześniej nierentowne miejsca pracy będą dostępne dla osób z problemami związanymi z mobilnością.

Wiele osób niepełnosprawnych ma dodatkowe, podstawowe potrzeby zdrowotne, co zwiększa u nich ryzyko poważnego przebiegu COVID-19. Zagrożenie rośnie, jeśli informacje o chorobie, w tym o objawach i profilaktyce, nie są udostępniane w dostępnych formatach, takich jak materiały drukowane w alfabecie Braille'a, tłumaczenie na język migowy, podpisy, materiały audio i grafiki. Również choroby współistniejące powodują większe ryzyko zakażenia.

Osoby niepełnosprawne często wymagają opieki długoterminowej z uwagi na niesamodzielność. W Europie są kraje, gdzie problem wsparcia dla osób niesamodzielnych jest od dawna rozpoznany i panuje polityczna zgoda oraz społeczna akceptacja dla finansowania określonego zakresu świadczeń ze środków publicznych, oraz takie, gdzie dyskusja nad możliwymi rozwiązaniami jeszcze trwa lub znajduje się w początkowej fazie. Do drugiej grupy należy Polska. Jako kraj aspirujący do odgrywania ważnej roli w Unii Europejskiej, nie możemy pozwolić sobie na zaniedbanie tego obszaru polityki publicznej i odkładanie budowy spójnego systemu opieki długoterminowej. Ekonomiczne i społeczne konsekwencje takiego zaniechania okazałyby się w przyszłości trudne do udźwignięcia. Pierwsze kroki zostały zrobione. Wyznaczają je ratyfikowana przez Polskę *Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych* i opracowany przez ONZ, a zaakceptowany przez nasz kraj *Międzynarodowy plan działania w kwestii starzenia się społeczeństw* (tzw. plan madrycki).

Szybko rosnące zapotrzebowanie na świadczenia opiekuńcze i pielęgnacyjne (proces ten będzie trwać przez dziesięciolecia, charakteryzując się niezmiennie wysoką dynamiką) stanowi we współczesnej polityce społecznej zupełnie nową jakość. Ta nowa sytuacja wymaga nowych jakościowo rozwiązań. Muszą one wykraczać poza istniejące obecnie, gdyż wydolność i skuteczność opieki długoterminowej w jej obecnym kształcie są ograniczone¹³.

SENIORZY I OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNE W WIEKU 60+ W POLSCE

Pod koniec 2019 roku liczba ludności Polski wyniosła 38,4 mln, w tym ponad 9,7 mln stanowiły osoby w wieku 60 lat i więcej (ponad 25%). W subpopulacji osób starszych najliczniejszą grupę (28,4%) stanowią najmłodszy seniorzy, czyli osoby w wieku 60–64 lata. Drugą pod względem liczebności grupę stanowią osoby w wieku 65–69 (ponad 1/4 osób w wieku senioralnym). Mniej liczną, ale najszybciej rosnącą (w stosunku do roku poprzedniego) jest grupa osób w wieku 70–74 lata. W Polsce liczba osób w wieku 70 lat i więcej (rok 2019) wynosi 4 484 582¹⁴. W kolejnych dziesięcioleciach populacja osób starszych w UE będzie wzrastać. Obecnie osoby w wieku powyżej 65 lat stanowią 20% ludności, a w 2070 roku wskaźnik ten ma wynieść 30%. Odsetek osób w wieku powyżej 80 lat natomiast ma wzrosnąć ponad dwukrotnie i w roku 2070 osiągnąć 13%. Podobnie szacuje się, że liczba osób potencjalnie potrzebujących opieki długoterminowej wzrośnie z 19,5 mln w 2016 roku do 23,6 mln w 2030 i 30,5 mln w 2050 roku (UE-27).

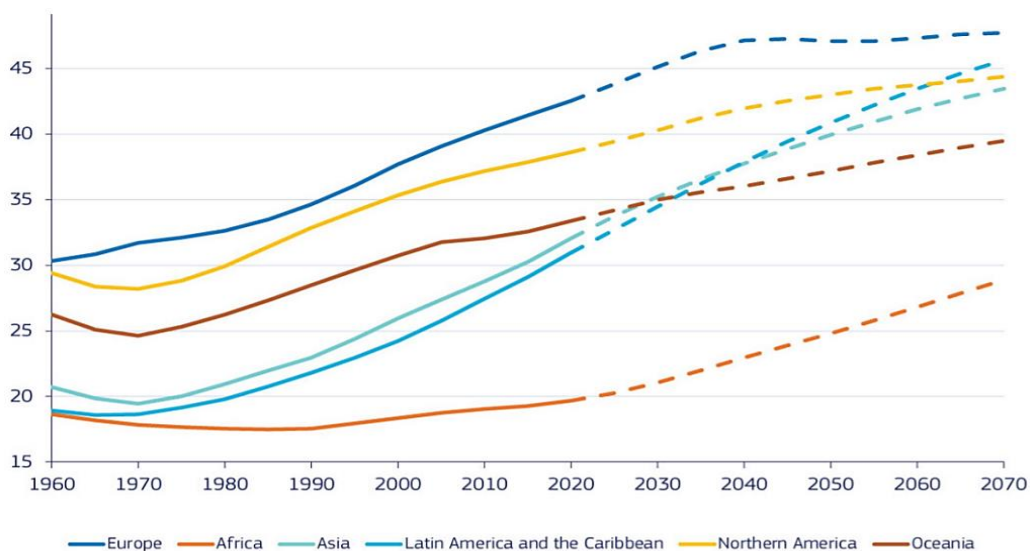
Starzenie się jest powszechnym i naturalnym procesem życiowym. Zmiany, które ze sobą niesie ten proces są stopniowe, ale nieodwracalne i uniwersalne, a co ważne, dotyczą wielu sfer życia. Starzenie się oraz współwystępujące choroby, mogą prowadzić do niepełnosprawności osoby starszej, a nawet jej niesamodzielności. Niesamodzielność powoduje konieczność korzystania z pomocy innych, a rehabilitacja i działania terapeutyczne nierzadko umożliwiają osobie niesamodzielnej *doświadczanie* siebie i świata. Przez niesamodzielność rozumiem więc niemożność samodzielnego wykonywania codziennych czynności i konieczność korzystania z pomocy osób trzecich. Należy traktować ten stan jako niezdolność do samodzielnej egzystencji, powodującej konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy. Niesamodzielność może wynikać z uszkodzeń organizmu, stanów

¹³ Błędowski P. (red.). (2020). *Opieka długoterminowa w Polsce. Dzisiaj i jutro*. Raport Koalicja Na pomoc niesamodzielnym, www.niesamodzielnym.pl (dostęp: 10.11.2021).

¹⁴ Według danych GUS.

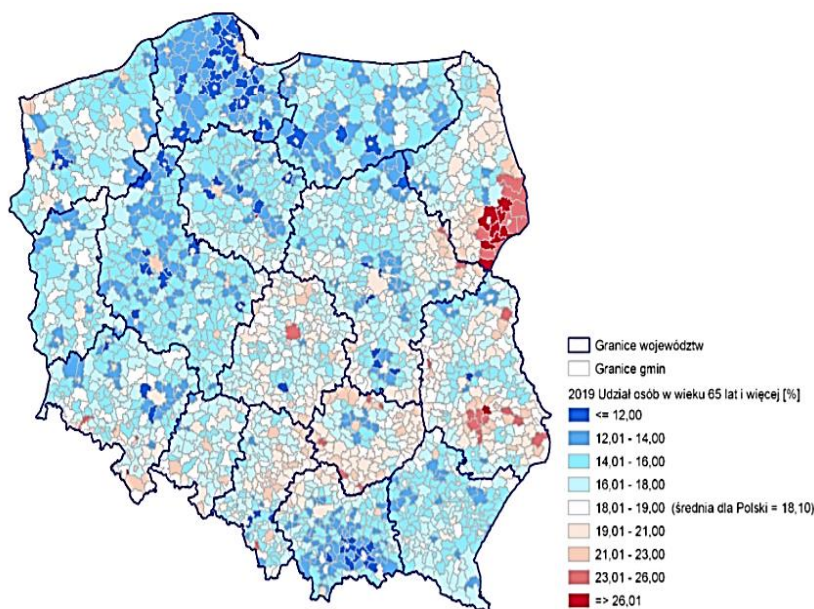
chorobowych czy starczej niewydolności organizmu. Pojęcie to jest często używane dla określenia trudności, które ujawniają się w okresie starości.

Wykres 1. Mediana wieku ludności świata według kontynentów 1960–2070.



Źródło: United Nations (2019). Department of Economic and Social Affairs, Population Division

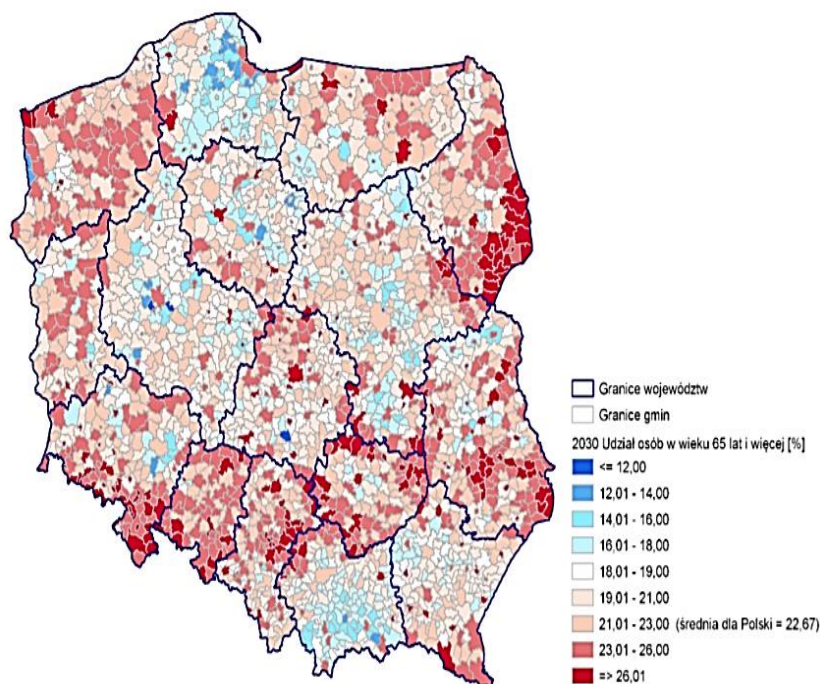
Mapa 1. Odsetek osób w wieku 65 lat i więcej w 2019 roku.



Źródło (wszystkie mapy): D. Kobus i P. Legutko-Kobus, na podstawie danych GUS¹⁵

¹⁵ Kocejko M., Bakalarczyk R., Kubicki P. (2020). *Wpływ pandemii koronawirusa na politykę wobec niepełnosprawności i starości* (ekspertyza na prawach maszynopisu).

Mapa 2. Odsetek osób w wieku 65 lat i więcej w 2030 roku.



Sytuację seniorów często determinują niepełnosprawność i wielochorobowość. Badania GUS wykazują, że trudności przy wykonywaniu prac domowych, wynikające ze stanu zdrowia deklaruje co trzeci 60-latek, wśród 70-latków jest to ponad 60% i prawie 85% osób w wieku 80 lat i więcej. Zwiększa się także liczba osób niepełnosprawnych.

W Polsce mamy system orzecznicy do celów rentowych i pozarentowych. Orzekanie do celów pozarentowych, które dotyczy głównie seniorów, prowadzone jest przez powiatowe lub miejskie zespoły ds. orzekania o niepełnosprawności (PZON/MZON). Uzyskanie takiego orzeczenia skutkuje szeregiem ulg i uprawnień.

Seniorzy, którym przyznano jedną z grup inwalidzkich, są niezdolni do pracy w gospodarstwie rolnym lub niezdolni do pracy zawodowej, mogą złożyć do zespołu ds. orzekania o niepełnosprawności wniosek o ustalenie stopnia niepełnosprawności i różnego rodzaju wskazań. Odbywa się to zazwyczaj w skróconym trybie postępowania. Zespół ds. orzekania o niepełnosprawności ma prawo żądać od właściwych organów rentowych udostępnienia kopii orzeczeń. Według wyników Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań 2011 wśród ogółu ludności Polski prawie 4,7 mln osób (tj. ponad 12% populacji) określiło swój stan zdrowia jako niezadawalający, to znaczy stwierdziło problemy zdrowotne (kalectwo lub chorobę przewlekłą) długotrwale ograniczające możliwość wykonywania codziennych czynności. Wśród tej zbiorowości ponad 2,5 mln osób to ludzie starsi – w wieku

co najmniej 60 lat. W 2011 roku stanowili ponad połowę (54%) zbiorowości osób niepełnosprawnych.

Większość (1,5 mln osób, czyli 60%) niepełnosprawnych osób starszych dysponowała prawnym potwierdzeniem swej niepełnosprawności. Wśród nich najbardziej liczną grupę stanowiły osoby w wieku 60–64 lata oraz w wieku 80 lat i więcej. Należy jednak zaznaczyć, że wśród osób niepełnosprawnych powyżej 80 roku życia grupa z orzeczeniem o niepełnosprawności była niemal równa grupie deklarujących jedynie ograniczenie sprawności (niepełnosprawni tylko biologicznie).

Tabela 1 *Osoby niepełnosprawne w wieku 60 lat i więcej według płci, grup wieku i miejsca zamieszkania w 2011 r.*

Wyszczególnienie	Ogółem	Osoby niepełnosprawne	
		z orzeczeniem prawnym	tylko biologicznie
		w tysiącach	
Ogółem	2 513	1 501	1 012
w tym w wieku:			
60–64 lata	597	411	186
65–69 lat	402	253	149
70–74 lata	463	281	182
75–79 lat	456	259	197
80 lat i więcej	594	296	298
Miasta	1 654	1 041	613
Wieś	859	460	399
Mężczyźni	1 011	669	342
Kobiety	1 502	831	670
Z liczby ogółem osoby mieszkające w 1-osobowych gospodarstwach domowych	613	341	271

Źródło: Narodowy Spis Powszechny 2011

Starsze osoby niepełnosprawne zdecydowanie częściej (prawie 66%) mieszkały w miastach niż na wsi, jak również częściej posiadały orzeczenie potwierdzające niepełnosprawność. Ze względu na przewagę liczebną kobiet w całej populacji osób w wieku 60 lat i więcej, wśród niepełnosprawnych osób starszych także było więcej kobiet i stanowiły one 60%. Kobiety również dominowały w zbiorowości osób niepełnosprawnych tylko biologicznie.

Zarówno problematyka niepełnosprawności, jak i starości jest przedmiotem zainteresowania wielu dyscyplin naukowych, lecz nadal są to zjawiska wymagające badań. Zmiany demograficzne towarzyszące współczesnemu człowiekowi odsłaniają nowe obszary

badawcze. Postęp cywilizacji, wzrost gospodarczy, przeobrażenia społeczne, intensywny rozwój medycyny to tylko niektóre czynniki, jakie doprowadziły do istotnych zmian demograficznych.

Zwiększająca się liczba osób starszych stanowi bardzo istotny problem Polski i pozostałych krajów europejskich. Według danych demograficznych nasz kraj od 1967 roku jest zaliczany do państw starych demograficznie, a w 1980 roku przekroczony został umowny próg starości¹⁶. Wydłużenie ludzkiego życia i jednocześnie spadek liczby urodzeń charakteryzują współczesne piramidy wieku wielu narodów. Według danych Głównego Urzędu Statystycznego¹⁷ w Polsce w latach 1989–2016 nastąpił gwałtowny przyrost liczby osób starszych, szczególnie w grupie 60–64 lata oraz 80+. W 2019 roku nadal utrzymywał się trend spadkowy liczby mieszkańców Polski. Na koniec tego roku liczba ludności Polski wyniosła 38 mln 382,6 tys. i była o 28,6 tys. niższa niż w roku poprzednim. Poza zmniejszaniem się liczby ludności, w dalszym ciągu obserwowane były zmiany w strukturze wieku, wynikające z postępującego procesu starzenia się społeczeństwa¹⁸. Europejski Indeks Aktywnego Starzenia i jego wskaźniki stanowią wytyczne dla państw Unii Europejskiej co do kierunku działań z zakresu polityki senioralnej. Również polska polityka senioralna, odwołując się do zaleceń UE, poszerza obszary swoich działań, podejmując tym samym próbę dostosowania się do europejskich wymogów. Obecnie w naszym kraju polityka senioralna rozumiana jest *szeroko jako ogół działań, w okresie całego życia człowieka, prowadzących do zapewnienia warunków wydłużenia aktywności, zarówno zawodowej, jak i społecznej, oraz zdrowego, bezpiecznego i samodzielnego życia*¹⁹. Pionierskim, ogólnopolskim programem bazującym na powyższej definicji jest *Rządowy Program na Rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych (ASOS)*, którego pierwsza edycja przypadła na lata 2012–2013. Obok postępującego procesu starzenia się społeczeństw bodźcem do zainicjowania takiego typu programu był rok 2012, obchodzony jako Europejski Rok Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej. W edycjach 2014–2020 otwartego konkursu ofert w ramach programu ASOS do dofinansowania przyjęto i

¹⁶ Próg starości to wiek, po osiągnięciu którego można daną osobę zaliczyć do grupy ludności w starszym wieku. Najczęściej jako próg przyjmuje się jednolicie wiek 60 lub 65 lat bądź wprowadza się odrębny próg dla mężczyzn – 65 lat, a dla kobiet – 60 lat. W opracowaniach ONZ stosuje się dla kobiet i mężczyzn wiek jednolity – 65 lat. O starzeniu się danej populacji świadczą malejące – w ogólnej populacji – liczba i udział dzieci (0–14 lat) oraz wzrost liczby i odsetka osób w starszym wieku (65 lat i więcej).

¹⁷ GUS. (2016); GUS. (2017).

¹⁸ GUS. (2021). *Sytuacja osób starszych w Polsce w 2019 r.*

¹⁹ Uchwała Nr 238 Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2013 r. w sprawie przyjęcia dokumentu Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020. M.P. 2014 poz. 118.

zrealizowano 2706 projektów na łączną kwotę 265,9 mln zł. W ramach dofinansowanych projektów (cztery priorytety) objęto wsparciem prawie 1,4 mln uczestników (beneficjentów ostatecznych), w tym ponad 1,3 mln seniorów – beneficjentów ostatecznych. Wiele państw Wspólnoty podjęło wtedy liczne działania skoncentrowane na seniorach i ich potrzebach. W Polsce powołano do życia Departament Polityki Senioralnej przy Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej (obecnie: Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej) oraz na mocy *Ustawy z dnia 11 października 2013 r. o zmianie ustawy o samorządzie gminnym* wprowadzono możliwość tworzenia gminnych rad seniorów jako organu doradczego i konsultacyjnego. Współczesna polska polityka senioralna bazuje na *Założeniach Długofalowej Polityki Prosenioralnej na lata 2014–2020* (ZDPP). Dokument ten odwołuje się do koncepcji aktywnego starzenia i wyznacza kierunki działań, które powinny być realizowane w celu polepszenia jakości życia osób starszych. Wśród naglących problemów, które wymagają realizowania spójnej i horyzontalnej polityki, wskazano:

- działania ukierunkowane na wydłużenie aktywności zawodowej seniorów;
- potrzebę wykorzystania i zagospodarowania potencjału osób starszych poprzez zaangażowanie obywatelskie i społeczne;
- konieczność przygotowania na postępujące konsekwencje starzenia się zarówno w obszarze społecznym, jak i ekonomicznym;
- zapotrzebowanie na wypracowanie rozwiązań umożliwiających osobom po 50 roku życia utrzymanie pracy zawodowej i łączenia opieki nad rodzicami/osobami niesamodzielnymi z rodziny.

W myśl ZDPP celem polityki senioralnej w Polsce stało się *wspieranie i zapewnienie możliwości aktywnego starzenia się w zdrowiu oraz możliwości prowadzenia w dalszym ciągu samodzielnego, niezależnego oraz satysfakcjonującego życia, nawet przy pewnych ograniczeniach funkcjonalnych*²⁰. W związku z realizowanym programem ASOS w latach 2014–2020 wypracowane zostały rekomendacje dotyczące m.in zintensyfikowania działań w zakresie:

- rozwijania aktywnych form spędzania czasu wolnego przez seniorów,
- promowania wolontariatu w środowisku senioralnym,
- zwiększania kompetencji cyfrowych wśród seniorów,
- zmiany postaw w społeczeństwie w zakresie odbierania starości w pozytywny sposób,

²⁰ Uchwała Nr 238, dz. cyt.

- promowania współpracy międzypokoleniowej.

Mając na uwadze przedstawione powyżej rekomendacje należy stwierdzić, że znalazły one odzwierciedlenie w programie *Aktywni+*, który od roku 2021 realizowany jest przez MRiPS.

Powyższy program, który został skierowany do środowiska senioralnego jest w dużej mierze kontynuacją programu ASOS i jest oparty na dokumencie przyjętym uchwałą Rady Ministrów w sprawie przyjęcia dokumentu *Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. BEZPIECZEŃSTWO – UCZESTNICTWO – SOLIDARNOŚĆ*²¹.

Głównym celem programu wieloletniego *Aktywni+* na lata 2021–2025 jest zwiększenie uczestnictwa osób starszych we wszystkich dziedzinach życia społecznego. Na program w każdym roku jego funkcjonowania przeznaczono 40 mln złotych – łącznie 200 mln złotych na działania i inicjatywy aktywizujące seniorów w latach 2021–2025. Stanowi to gwarancję kontynuacji zróżnicowanych działań na rzecz środowiska senioralnego po zakończeniu realizacji programu ASOS w latach 2014–2020²².

Na koniec 2016 roku osoby w wieku 60+ stanowiły w Polsce blisko 24% ogółu mieszkańców. Wartość wypłaconych w tym roku emerytur i rent wyniosła 210,1 mld zł. Ponadto popyt efektywny tej grupy ludności zwiększała kwota wypłaconych rent strukturalnych (10,3 mln zł), posiadanych oszczędności oraz dochody osiągane z pracy. Na koniec 2016 roku odsetek osób w wieku 60+, aktywnych na rynku pracy, wyniósł nieco ponad 18%²³.

W perspektywie do 2050 roku przewiduje się znaczne zmniejszenie liczby dzieci i młodych dorosłych, zwiększy się natomiast liczba osób w wieku senioralnym. W 2050 roku w Polsce będzie mieszkać 13,7 miliona osób w starszym wieku, stanowiąc ponad 40% naszego społeczeństwa. W końcu prognozowanego okresu 23,5% ogółu populacji będzie mieszkańcami miast w wieku 60+, osoby w tym samym wieku ze wsi będą stanowić 16,8% ogólnej liczby ludności Polski.

²¹ Uchwała Nr 161 Rady Ministrów z dnia 26 października 2018 r. w sprawie przyjęcia dokumentu *Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. BEZPIECZEŃSTWO – UCZESTNICTWO – SOLIDARNOŚĆ*. M.P. 2018 poz. 1169.

²² Sprawozdanie z realizacji Rządowego Programu na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych (ASOS) na lata 2014–2020, http://senior.gov.pl/program_asos/strona/6 (dostęp: 30.09.2021).

²³ GUS. (2018). *Gospodarka senioralna w Polsce – stan i metody pomiaru*.

Tabela 1 Prognoza ludności: % udział osób w wieku 60 lat i więcej w populacji ogółem

Rok prognozy	Grupy wieku	Ogółem	Miasta	Wieś	Mężczyźni	Kobiety
		ogółem = 100				
2030	Ogółem	100,0	58,1	41,9	48,4	51,6
	w tym 60 lat i więcej	29,0	18,0	11,0	12,3	16,7
	60-64 lata	5,7	3,3	2,5	2,8	3,0
	65-69	5,7	3,3	2,4	2,7	3,0
	70-74	6,2	3,9	2,4	2,8	3,5
	75-79	5,4	3,6	1,8	2,2	3,2
	80-84	3,5	2,4	1,2	1,3	2,3
	85 lat i więcej	2,4	1,6	0,8	0,7	1,7
2040	Ogółem	100,0	56,7	43,3	48,5	51,5
	w tym 60 lat i więcej	34,4	20,6	13,7	15,0	19,4
	60-64 lata	7,9	4,7	3,3	3,9	4,0
	65-69	6,7	3,9	2,9	3,2	3,5
	70-74	5,4	3,0	2,3	2,5	2,9
	75-79	4,9	2,9	2,0	2,1	2,8
	80-84	4,7	2,9	1,7	1,8	2,9
	85 lat i więcej	4,8	3,3	1,5	1,5	3,3
2050	Ogółem	100,0	55,5	44,5	48,8	51,2
	w tym 60 lat i więcej	40,4	23,5	16,8	18,2	22,2
	60-64 lata	7,7	4,3	3,4	3,8	3,8
	65-69	8,5	4,9	3,6	4,1	4,3
	70-74	7,7	4,5	3,2	3,7	4,0
	75-79	6,1	3,5	2,6	2,8	3,3
	80-84	4,3	2,5	1,8	1,8	2,5
	85 lat i więcej	6,1	3,8	2,3	2,0	4,1

Źródło: Prognozy GUS

Częstą przyczyną trudności w okresie starości są tak zwane zespoły geriatryczne. Definiuje się je jako *pogarszającą zdrowie/zwiększającą chorobowość starych osób konstelację objawów i oznak, wynikających często z nieznanymi jeszcze interakcji szeregu chorób i wieku*²⁴. Cechą charakterystyczną wielkich zespołów geriatrycznych są przewlekłość, wieloprzyczynowość i trudności w leczeniu. Najczęściej ograniczają one aktywność osób starszych, ich mobilność, aż w końcu powodują stopniową utratę niezależności.

Z punktu widzenia opieki nad osobami starszymi istotny jest niedobór wykwalifikowanych opiekunów osób starszych i niepełnosprawnych oraz pracowników służby zdrowia, w tym pielęgniarek i lekarzy geriatrów. W zakresie ochrony zdrowia niezbędne będzie zwiększanie, wraz z postępującym procesem starzenia się ludności, nakładów zarówno na doraźną pomoc lekarską, jak i opiekę długoterminową. Wzrośnie również zapotrzebowanie na

²⁴ Zych A.A., Zych B.M. (2013). *Przekraczając „smugę cienia”*. Szkice z gerontologii i tanatologii (s. 60–61). Katowice: Wydawnictwo Naukowe Śląsk.

miejsca w placówkach opiekuńczych, to jest 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%²⁵. Powinny wzrosnąć również wydatki na rehabilitację oraz działania prewencyjne, mające na celu zmniejszenie prawdopodobieństwa wystąpienia niektórych schorzeń i niepełnosprawności.

NIERÓWNOŚCI WIEKOWE PODCZAS PANDEMII W EUROPIE I NA ŚWIECIE

Niektóre prawa przekazane przez Europejski Trybunał Praw Człowieka (ETPC) pozwalają na odstępstwa²⁶ w nagłych przypadkach ze względu na interes zdrowia publicznego. Ale środki muszą być zgodne z prawem, ograniczone w czasie, niezbędne, proporcjonalne i niedyskryminacyjne. W rzeczywistości wymagania te zostały spełnione w różnym stopniu przez różne kraje, a kilka z podjętych działań pozbawiło priorytety, dyskryminowało i wykluczało osoby starsze w wieku 60+.

Gdy zasoby były ograniczone osobom starszym odmawiano dostępu do intensywnego leczenia²⁷, takiego jak OIOM i respirator, tylko ze względu na ich wiek²⁸. Podczas gdy niektóre starsze osoby będą cierpiały na choroby współistniejące, które wpływają na ich szanse na przeżycie intensywnej interwencji medycznej, sam wiek nigdy nie powinien być kryterium oceny medycznej. Rasa i płeć tworzą również dodatkowe czynniki ryzyka dla pacjentów z COVID-19, ale jako społeczeństwo bylibyśmy w szoku, gdyby na przykład odmówiono leczenia mężczyznom, którzy stanowią większość zgonów z powodu COVID-19. Każdy, bez wyjątku, ma prawo do interwencji ratujących życie.

Takie środki skupiają ludzi o bardzo zróżnicowanych zdolnościach i potrzebach oraz wzmocniają stereotypowy obraz osób starszych jako słabych, obciążających i niezdolnych do wnoszenia wkładu w społeczeństwo. Mogą również mieć szkodliwy wpływ na zdrowie psychiczne i fizyczne osób starszych oraz ich prawa do życia rodzinnego, pracy i uczestnictwa w życiu społecznym. Co ważne, w większości zostały one narzucone bez konsultacji, gdyż

²⁵ Szukalski P. (2006). Proces starzenia się ludności – przyczyny, etapy, konsekwencje. W: T. Grodzicki, J. Kocemba, A. Skalska (red.), *Geriatrya z elementami gerontologii ogólnej* (s. 13–17). Gdańsk: Via Medica.

²⁶ Information Documents SG/Inf (2020)11,7 April 2020, Respecting Democracy, Rule of Law and Human Rights in the Framework of the COVID-19 Sanitary Crisis. A Toolkit for Member States, [SG Inf\(2020\)7 Speaking Notes SG 1370 Deputies \(coe.int\)](#) (dostęp: 20.01.2021).

²⁷ <https://theconversation.com/coronavirus-allocating-icu-beds-and-ventilators-based-on-age-is-discriminatory--136459> (dostęp: 10.11.2021).

²⁸ Letters to the editor: Rationing covid-19 treatment to the elderly and disabled is illegal and immoral, <https://www.latimes.com/opinion/story/2020-04-30/rationing-covid-19-treatment-triage-elderly-disabled> (dostęp: 10.11.2021).

według Agencji Praw Podstawowych Unii Europejskiej (FRA) tylko trzy kraje UE²⁹ zaangażowały się w tego typu środki, konsultując je z przedstawicielami środowisk działających na rzecz seniorów.

Osoby starsze w placówkach opiekuńczych były również ofiarami dyskryminacji. W niektórych przypadkach nie przewidziano badań w domach opieki³⁰, podczas gdy w innych odmówiono³¹ odpowiedniej opieki, w tym przeniesienia do szpitala³². Podczas epidemii pojawiły się doniesienia³³ o zamykaniu mieszkańców w swoich pokojach w celu ochrony ich przed wirusem, inne osoby zostały porzucone i zaniedbane³⁴. W wielu krajach na kilka tygodni lub miesięcy we wszystkich domach opieki wprowadzono ścisłą politykę zakazu odwiedzin³⁵. Stres spowodowany taką polityką może prowadzić do psychicznego i fizycznego upadku, odnotowano przypadki depresji lub odmowy jedzenia³⁶.

Placówki opieki długoterminowej (nie tylko w Polsce – to uniwersalny trend) już na etapie swojego powstawania nie były co do zasady projektowane w taki sposób, by leczyć pacjentów z poważnymi objawami COVID-19. Placówki te mają więc ograniczone możliwości izolowania pacjentów, nie są także wyposażone w respiratory (wyjątkiem są urządzenia dla pacjentów wentylowanych mechanicznie), a personel nie jest przeszkolony w zakresie opieki nad osobami z ciężką niewydolnością układu oddechowego. Przed wybuchem pandemii nie posiadały one wystarczających zapasów niezbędnego sprzętu ochronnego³⁷. Dodatkowo w placówkach opieki długoterminowej bliski kontakt jest nieunikniony: duże grupy osób, najczęściej starszych i schorowanych, dzielą ograniczoną powierzchnię, w której wydzielone są pomieszczenia do spożywania wspólnych posiłków oraz aktywności społecznych.

²⁹ [Respect older people's rights when exiting the COVID-19 pandemic | European Union Agency for Fundamental Rights \(europa.eu\)](#) (dostęp: 10.11.2021).

³⁰ Berloto S., Notarnicola E., Perobelli E., Rotolo A. (2020). *Italy and the COVID-19 long-term care situation*, <https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/05/LTC-COVID19-situation-in-Italy-30-April-2020.pdf> (dostęp: 10.11.2021).

³¹ Foucart S. [Coronavirus : une association saisit le Conseil d'Etat devant l'« inégalité d'accès aux soins hospitaliers » \(lemonde.fr\)](#) (dostęp: 10.11.2021).

³² Tamże.

³³ [German retirement homes isolate the elderly from COVID-19 threat | Germany | News and in-depth reporting from Berlin and beyond | DW | 09.04.2020](#) (dostęp: 10.11.2021).

³⁴ Rodriguez Martinez M. [Coronavirus: Elderly found 'dead and abandoned' in Spanish nursing homes | Euronews](#) (dostęp: 10.11.2021).

³⁵ Brown B. [US Nursing Home Visitor Ban Isolates Seniors | Human Rights Watch \(hrw.org\)](#) (dostęp: 10.11.2021)

³⁶ Yerlès B. [Faites passer de manière prioritaire un accès rapide aux maisons de repos, lalibre.be](#) (dostęp: 10.11.2021).

³⁷ Gardner W., States D., Bagley N. (2020). The Coronavirus and the Risks to the Elderly in Long-Term Care. *Journal of Aging & Social Policy*. DOI: 10.1080/08959420.2020.1750543.

Pandemia ujawniła również niewidoczność osób starszych w analizie danych publicznych³⁸. Bez odpowiednich, wiarygodnych³⁹ danych z podziałem na wiek trudno jest jednoznacznie ocenić wpływ środków i ostatecznie dyskryminujących wzorców naszej reakcji na pandemię.

POLSCY SENIORZY W DOBIE PANDEMII

Polscy seniorzy w wielu badaniach przeprowadzonych po pierwszej fali pandemii wskazują na obniżenie parametrów subiektywnie ocenianej jakości życia, spadek kondycji psychofizycznej oraz pogłębione osamotnienie.

Na podstawie Europejskiego Badania Warunków Życia Ludności EU-SILC⁴⁰ można stwierdzić, że seniorzy oceniali przed pandemią swoje zdrowie zazwyczaj neutralnie (odpowiedź *ani dobrze, ani źle* wskazało 45,6% respondentów), ale aż 26,5% osób z tej grupy wskazało, że ich zdrowie jest złe lub bardzo złe. Ponadto 45,4% osób 60+ deklaroowało poważne lub niezbyt poważne ograniczenie czynności z powodów zdrowotnych. Wskaźnik potrzeby skorzystania z usług lekarza rodzinnego, lekarza specjalisty, dentysty/ortodonta lub z leczenia szpitalnego, pracowni diagnostycznej czy rehabilitacji w ciągu ostatnich 12 miesięcy przed badaniem wynosił dla całej populacji 16+, łącznie 61,9%, a w wypadku seniorów 73,4%. To osoby starsze, z racji swoich potrzeb, są narażone na niedogodności długiego oczekiwania na konsultacje lekarskie, czyli na funkcjonowanie w tak zwanym systemie kolejkowym.

Z raportu *Jakość życia osób starszych w Polsce 2020*⁴¹ wynika, że osoby starsze są narażone w największym stopniu na izolację społeczną, czyli na funkcjonowanie w sytuacji niewielkiej intensywności lub zupełnego braku kontaktów społecznych z osobami spoza gospodarstwa domowego. Raport szacuje odsetek wyizolowanych społecznie osób 65+ na 9,8%, a wśród 75+ na 14,1%. Osoby 60+ w najwyższym stopniu funkcjonują również w jednoosobowych gospodarstwach domowych, co dodatkowo wzmacnia poczucie samotności i opuszczenia. Realnie nawet do jednego miliona osób w Polsce pozostaje w faktycznej izolacji

³⁸ Policy Brief: The Impact of COVID-19 on older persons. COVID-Older-persons.pdf (un.org) (dostęp: 10.11.2021).

³⁹ Impact of the coronavirus disease (COVID-19) on the enjoyment of all human rights by older persons. A/75/205 - E - A/75/205 -Desktop (undocs.org) (dostęp: 10.11.2021).

⁴⁰ <https://stat.gov.pl/badania-statystyczne/badania-gospodarstw-domowych-i-rolnicze/europejskie-badanie-warunkow-zycia-ludnosci-eu-silc/> (dostęp: 10.11.2021).

⁴¹ <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/warunki-zycia/dochody-wydatki-i-warunki-zycia-ludnosci/jakosc-zycia-osob-starszych-w-polsce,26,2.html> (dostęp: 10.11.2021).

społecznej, często żyjąc samotnie w swoich mieszkaniach i domach. Wykluczone z relacji społecznych innych niż incydentalne osoby te żyją poza systemem wsparcia społecznego, a ich funkcjonowanie nie jest zazwyczaj w żaden sposób monitorowane. Dane są alarmujące: 15,4% osób 65+ nie utrzymywało żadnych kontaktów ze znajomymi, ponadto 7,8% deklaroowało, że rozmawia/spotyka się ze znajomymi rzadziej niż raz w roku, a 20,2% respondentów spotyka się ze znajomymi nie częściej niż raz w roku. Oznacza to, że aż 43,4% osób 65+ w okresie przed pandemią miało zredukowane do minimum lub nie miało w ogóle kontaktu z bliskimi osobami spoza rodziny. Jest też bardzo duża grupa seniorów, która oprócz braku kontaktów towarzyskich, nie ma żadnych relacji z członkami rodzin. Przed pandemią było to 17% seniorów wiejskich i 12% seniorów miejskich. 27,8% osób 65+ deklaroowało, że nie ma przyjaciół, a wśród osób w wieku 75+ było to aż 33,7%. Nic dziwnego, że polscy seniorzy wskazywali na niższy stopień zadowolenia z relacji rodzinnych i pozarodzinnych niż respondenci z innych grup. Podobne wnioski można wyciągnąć na podstawie badania dotyczącego samozadowolenia z życia i poczucia sensu istnienia.

Badania *Potrzeby i zdrowie seniorów podczas COVID-19*, przeprowadzone przez Krajowy Instytut Gospodarki Senioralnej we współpracy z koordynatorami programu społecznego *Adamed dla Seniora*, pokazują znaczne pogorszenie samopoczucia i kondycji zdrowotnej osób starszych z powodu pandemii⁴². W badaniach, przeprowadzonych na przełomie lat 2020/2021, wzięło udział 1147 osób po 60 roku życia. Z raportu wynika, że osoby starsze mają problem z dostępem do stacjonarnej opieki medycznej, szczególnie do lekarzy specjalistów. Co trzeci senior przez ostatnie pół roku nie wykonał nawet podstawowych badań diagnostycznych, chociaż odczuwał taką potrzebę.

Obecna forma opieki zdrowotnej nie satysfakcjonuje badanych. Blisko połowa seniorów ma problem w umówieniu się na tradycyjną wizytę w gabinecie, niezależnie od specjalizacji danego lekarza. Osoby starsze jednoznacznie stwierdziły, że bezpośredni kontakt z lekarzem wzbudza u nich większe zaufanie niż e-wizyta czy teleporada ze względu na ryzyko przeoczenia istotnych dolegliwości. Seniorów martwią także odległe terminy wizyt u lekarzy specjalistów. Zatrważający jest szczególnie utrudniony dostęp do badań, nawet tych podstawowych. Aż 36% ankietowanych przez ostatnie pół roku nie wykonało żadnych badań, a kolejne 30% wykonało jedynie podstawowe badanie moczu, które jest najłatwiej dostępne, ale zostało wskazane jako najmniej istotne.

⁴² Krajowy Instytut Gospodarki Senioralnej. RAPORT Potrzeby i zdrowie seniorów podczas COVID-19, kigs.org.pl (dostęp: 10.11.2021).

Osoby w dojrzałym wieku borykają się z chorobami przewlekłymi i często wymagają stałej opieki lekarskiej. Pandemia COVID-19 drastycznie ograniczyła zakres standardowej opieki medycznej, w szczególności ucierpieli pacjenci wymagający opieki lekarzy specjalistów.

Wprowadzony w roku 2020 program *Wspieraj Seniora*, jest odpowiedzią na potrzeby osób w wieku 70 lat i więcej, zwanych dalej seniorami, w zakresie ochrony przed zakażeniem COVID-19, w związku z utrzymującym się stanem epidemii na obszarze Polski.

Program ma na celu dofinansowanie gmin w zakresie realizacji usługi wsparcia na rzecz seniorów, którzy w obowiązującym stanie epidemii zdecydują się na pozostanie w domu. Usługa polega w szczególności na dostarczeniu zakupów, zgodnie ze wskazanym przez seniora zakresem, obejmującym artykuły podstawowej potrzeby, w tym artykuły spożywcze i środki higieny osobistej.

PROBLEM RÓWNOŚCI WIEKOWEJ

Równość wieku jest ogólną zasadą prawa UE⁴³. Wiek jest jednym z powodów niedyskryminacji, co jest zapisane w prawie traktatowym UE. Mimo to ageizm jest najbardziej rozpowszechnioną formą dyskryminacji w całej Unii⁴⁴, jednak nie jest uważany za równie dotkliwy i ważny jak inne formy dyskryminacji. Jest to jedyna forma nierówności, która jest powszechnie akceptowana jako normalna, uzasadniona, a nawet konieczna⁴⁵.

Przepisy krajowe często nie wykrywają i nie kwestionują praktyk dyskryminacyjnych, takich jak ograniczenia wiekowe w zasiłkach socjalnych, których celem jest pokrycie bezrobocia lub utraty dochodów z powodu pandemii⁴⁶. Na szczeblu europejskim wciąż brakuje aktu prawnego zakazującego dyskryminacji ze względu na wiek – poza sferą zatrudnienia. Na poziomie międzynarodowym nie ma konkretnego instrumentu prawnego poświęconego zwalczaniu dyskryminacji ze względu na wiek ani obowiązku eliminowania stereotypów związanych z wiekiem, w takim samym stopniu jak rasa, płeć czy niepełnosprawność.

Nasze prawa cierpią z powodu tych samych uprzedzeń, z którymi my, jako społeczeństwo spotykamy się, doświadczamy ich i je akceptujemy. Jeśli mamy tendencję do normalizowania, akceptowania i trywializowania tragicznych przypadków zaniedbania i

⁴³ Age discrimination | European Commission (europa.eu) (dostęp: 10.11.2021).

⁴⁴ Shifting perceptions: towards a rights-based approach to ageing | European Union Agency for Fundamental Rights (europa.eu) (dostęp: 10.11.2021).

⁴⁵ Ageing and Health unit (who.int) (dostęp: 10.11.2021).

⁴⁶ COVID-19 Pandemic Unemployment Payment (PUP) COVID-19 Pandemic Unemployment Payment (PUP) (citizensinformation.ie) (dostęp: 10.11.2021)

dyskryminacji osób starszych, które zostały ujawnione podczas pandemii, prawo równościowe również nie zaradzi tym naruszeniom, nie zapewni środków zaradczych i nie zapewni, że się nie powtórzą.

Niestety, również w Polsce dochodzi do dyskryminacji osób niesamodzielnych, przebywających w domach pomocy społecznej. Kontrola NIK pokazała, że w latach 2015–2018 w całym kraju, bez wymaganego zezwolenia funkcjonowało ponad 200 placówek oferujących opiekę całodobową. Mimo wykrycia nielegalnej działalności i nałożenia kar pieniężnych połowa z nich nadal, bez większych problemów świadczyła usługi. Koszty dostosowania działalności do obowiązujących standardów były bowiem znacznie wyższe od orzeczonych kar, których w dodatku większość właścicieli i tak nie płaciła. Nie ponosząc konsekwencji finansowych nielegalnej działalności i nie dostosowując się do warunków określonych prawem, mogli oni pobierać niższe opłaty za usługi niż placówki działające legalnie, tworząc w ten sposób nieuczciwą konkurencję.

Osoby niepełnosprawne, przewlekle chore i w podeszłym wieku są najsłabszymi i najbardziej bezbronnymi grupami społecznymi. Ze względu na swoją niesamodzielność, niewielki kontakt z otoczeniem, a czasami brak takiego kontaktu, nie mogą same bronić swoich praw, co stwarza pole do nadużyć. Jak wykazała kontrola NIK, w wielu przypadkach naruszane są ich dobra szczególnie chronione: zdrowie, życie i godność osobista. Dlatego też, zdaniem Izby, osoby te powinny być otoczone szczególną ochroną prawną.

W latach 2015–2018 najwięcej placówek zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub w podeszłym wieku funkcjonowało w województwach: mazowieckim, śląskim, pomorskim, dolnośląskim i małopolskim. Ich liczba wzrosła z 416 do 564 (35,6%), a liczba oferowanych miejsc z ok. 14 tys. do ponad 20 tys. (47,0%). Domów pomocy społecznej przybyło w tym czasie znacznie mniej – z 819 do 875 (6,8%), a liczba miejsc dla pensjonariuszy wzrosła z niemal 77,5 tys. do prawie 84 tys. (7,9%).

Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły również przyjęcia większej niż wynikało to z pozwolenia wojewody liczby pensjonariuszy; braku wymaganego wyposażenia w pokojach mieszkalnych; nieutrzymywania czystości w pomieszczeniach i higieny osobistej pacjentów; braku odpowiedniego wyżywienia, w tym zapewnienia trzech posiłków dziennie oraz posiłków

dietetycznych, zgodnie ze wskazaniami lekarza; niepodawania leków; pozostawienia pacjentów bez opieki, znęcania się oraz wyłudzenia od nich pieniędzy⁴⁷.

WSPARCIE OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH W DOBIE PANDEMII KORONAWIRUSA

Warto zwrócić uwagę na szybką reakcję polskiego rządu, który, będąc w stałym kontakcie z przedstawicielami środowiska osób z niepełnosprawnością, zajął się sprawą wsparcia w dobie SARS-CoV-2 placówek całodobowych. W 2020 roku rząd przeznaczył 327 mln złotych na wsparcie domów pomocy społecznej w walce z pandemią koronawirusa. Domy pomocy społecznej otrzymały także wsparcie ze środków unijnych, które mogły zostać przeznaczone między innymi na zakup środków ochrony indywidualnej, zapewnienie miejsc tymczasowego pobytu dla mieszkańców i kadry DPS, dopłaty do wynagrodzeń personelu oraz dofinansowanie tymczasowego zatrudnienia nowych osób. Wsparcie otrzymało 866 domów na kwotę blisko 289,5 mln zł.

W związku z ogłoszonym, w okresie od 20 marca 2020 roku do odwołania, stanem epidemii na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej, wywołanym wirusem SARS-CoV-2, Zarząd PFRON rozpoczął w 2021 roku realizację Modułu IV programu *Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi*. Samorządy mogą otrzymać pomoc finansową na działania własne na rzecz osób niepełnosprawnych w celu łagodzenia skutków epidemii, jak i na działania realizowane przez organizacje pozarządowe. Moduł jest adresowany do samorządów powiatowych i gminnych, które w związku z sytuacją epidemiczną prowadzą dodatkowe wsparcie dla osób niepełnosprawnych lub ich otoczenia. Na ten cel w 2021 roku Fundusz zabezpieczył 50 mln zł.

Wsparcie finansowe oferowanych przez samorządy działań może dotyczyć między innymi:

- świadczenia pomocy psychologicznej dla osób niepełnosprawnych albo rodziny osoby z niepełnosprawnością;
- transportu;
- dostarczania osobom niepełnosprawnym leków, produktów żywnościowych oraz innych artykułów pierwszej potrzeby;
- organizacji opieki domowej;

⁴⁷ NIK. (2020). *Działania podejmowane przez wojewodów wobec placówek udzielających całodobowej opieki bez wymaganego zezwolenia*.

- zakupu środków ochrony (płyny do dezynfekcji, przyłbice, odzież ochronna);
- zakupu do placówek dla osób z niepełnosprawnością wyposażenia po wystąpieniu choroby, np. pościeli, ubrań;
- zakupu sprzętu i wyposażenia podnoszącego poziom bezpieczeństwa sanitarnego w placówkach (np. utworzenie odrębnych stołówek);
- utrzymania mieszkania chronionego przeznaczonego na *przejściowe* w okresie stanu epidemii dla osób niepełnosprawnych lub rodziny/opiekunów osoby niepełnosprawnej w związku z nałożoną kwarantanną (np. koszty utrzymania lokalu, zakupu środków ochrony, artykułów żywnościowych);
- zakupu paczek żywnościowych dla osób niepełnosprawnych;
- organizowania aktywności w celu poprawy kondycji osób niepełnosprawnych.

Co ważne, Fundusz nie określa katalogu dofinansowanych działań. Samorzady mogą samodzielnie wybrać taki rodzaj pomocy, jaki jest niezbędny na danym terenie i wynika ze specyficznych potrzeb niepełnosprawnych mieszkańców lub ich otoczenia.

Ministerstwo Rozwoju, Pracy i Technologii umożliwiło dowóz osób potrzebujących wsparcia w zakresie mobilności na szczepienia przeciwko COVID-19 w ramach projektu *Usługi indywidualnego transportu door-to-door oraz poprawa dostępności architektonicznej wielorodzinnych budynków mieszkalnych*, realizowanego przez PFRON. Jednostki samorządu terytorialnego w ramach programu PFRON *Wyrównywanie Różnic Między Regionami III* również mogą być wykorzystywane do transportu do punktów szczepień.

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych finansuje również pomoc psychologiczną w ramach zadania zleconego organizacjom pozarządowym. Dzięki temu w całym kraju, w każdym z 16 województw, można skorzystać z porady psychologa lub terapeuty. Pomocy udziela 68 organizacji, a wsparcie dostępne jest w różnych formach, dostosowanych do potrzeb i sytuacji epidemicznej. Osoba niepełnosprawna może wybrać spotkanie z psychologiem w swoim domu, rozmowę *online* czy terapię indywidualną, w tym również z wykorzystaniem technologii teleinformatycznych.

Wsparcie psychologiczne finansowane przez PFRON ma na celu niwelowanie skutków izolacji i braku możliwości uczestnictwa osób niepełnosprawnych w psychoterapii, spotkaniach w ramach grup wsparcia, grupowych zajęciach terapeutycznych, różnego rodzaju treningach czy integracji sensorycznej.

Od początku pandemii PFRON podjął szereg działań wspierających osoby niepełnosprawne, uczestniczące w warsztatach terapii zajęciowej. Uruchomiony został

specjalny program świadczeń dla pozostających w domach beneficjentów, zapewniona została również płynność finansowa warsztatów w tym trudnym okresie. Wsparcie dla WTZ-ów jest elementem Funduszonego Pakietu Antywirusowego, czyli finansowanego z UE zestawu działań na rzecz walki z koronawirusem i jego skutkami gospodarczymi. Pakiet powstał w Ministerstwie Funduszy i Polityki Regionalnej, we współpracy z marszałkami województw i innymi instytucjami zaangażowanymi we wdrażanie funduszy unijnych. Jego wartość to ponad 14 mld zł. To pieniądze między innymi dla firm, szpitali, służb ratunkowych. W ramach pakietu przeznaczono też prawie 650 mln na wsparcie między innymi podopiecznych i pracowników domów pomocy społecznej, instytucji opieki czy placówek pieczy zastępczej w czasie pandemii.

W związku z zawieszeniem działalności placówek dziennego pobytu: warsztatów terapii zajęciowej, ośrodków dziennego pobytu, środowiskowych domów samopomocy lub innych placówek (np. ośrodków rewalidacyjno-wychowawczych) opiekun osoby niepełnoprawnej może uzyskać zasiłek przysługujący na opiekę nad chorym, dorosłym członkiem rodziny.

PODSUMOWANIE

Paradygmat aktywnego starzenia się, który został przyjęty w polityce społecznej, związany jest w wieloaspektowością wyzwań i zadań, stojących przed *starzejącymi się* państwami, w tym również naszym. Polska polityka społeczna powinna skoncentrować się na spójnym systemie prowadzenia polityki senioralnej, opartym na środowisku lokalnym oraz na zastosowaniu rozwiązań, które umożliwią zwiększenie zaangażowania seniorów w zróżnicowane formy aktywności, w tym wolontariatu. Bardzo ważnymi elementami umożliwiającymi realizację konstruktywnych założeń realizowanej polityki jest dostępność, otwartość oraz wsparcie opiekunów nieformalnych. Czynniki te nabierają szczególnego znaczenia na obszarach wiejskich lub w małych miasteczkach, gdzie występują liczne utrudnienia i bariery w podejmowaniu aktywności przez osoby starsze. Niestety pandemia koronawirusa bardzo pogłębiła problemy równości wiekowej, a szczególnie osób starszych z niepełnosprawnością. Polska na tle innych krajów w Europie i na świecie sprawnie poradziła sobie z organizacją pomocy zarówno dla osób niepełnosprawnych, będących pod opieką placówek całodobowych (DPS), jak również dla osób pozostających pod opieką rodziny.

Osoby dotknięte niepełnosprawnością (szczególnie w stopniu znacznym) w wieku 60+ oraz osoby niesamodzielne bardzo dotkliwie odczuwają trudną sytuację związaną z pandemią koronawirusa. Zdarza się jednak, że z przyczyn losowych opiekun osoby niesamodzielnej nie

jest w stanie pracować. Problem z zapewnieniem natychmiastowej opieki dla takich osób istniał od lat, jednak w czasie pandemii COVID-19 sytuacja dodatkowo się skomplikowała.

Warto zwrócić uwagę, że powodów życiowej niesamodzielności może być mnóstwo i nie dotyczy ona wyłącznie osób sparaliżowanych. Czasem przyczynę mogą stanowić zaburzenia świadomości, osobowości czy problemy psychiczne.

Działania podejmowane przez międzynarodowe organizacje pozwalają jednak mieć nadzieję, że w perspektywie długoterminowej nastąpi poprawa sytuacji osób w wieku 60+. Wraz z przyjęciem przez Narody Zjednoczone (ONZ) Dekady Zdrowego Starzenia się (2021–2030) na 75. Zgromadzeniu Ogólnym 14 grudnia 2020 roku oraz przez 73. Światowe Zgromadzenie Zdrowia 3 sierpnia 2020 roku, kraje zobowiązały się do wspólnego działania na rzecz poprawy życia osób starszych (definiowanych jako osoby w wieku 60 lat i więcej), ich rodzin i społeczności, w których zamieszkują.

Aby umożliwić krajom monitorowanie i ocenę postępów i wpływu Dekady, ważne są standardowe pomiary zdrowego starzenia się, uwarunkowań społecznych, warunków zdrowotnych, postaw i zagrożeń, polityk, programów, a także systemów opieki zdrowotnej i społecznej. Portal danych dotyczących starzenia się⁴⁸ WHO przechowuje i wyświetla krajowe, regionalne i globalne dane dotyczące ważnych wskaźników zdrowia osób starszych. Na portalu już obecnie można zapoznać się z profilem starzejącego się społeczeństwa w danym kraju⁴⁹.

Istnieje jednak większa potrzeba dokonania przeglądu istniejących wskaźników i zidentyfikowania luk w pomiarach, aby wzmocnić działania monitorujące i ewaluacyjne w ramach Dekady Zdrowego Starzenia się ONZ. Wiele wskaźników wymaga operacjonalizacji z perspektywy programowej dla obszarów działań, a wytyczne dotyczące środków, gromadzenia danych, analizy i sprawozdawczości są pilnie potrzebne, aby wspierać globalne, regionalne i krajowe monitorowanie działań, programów i polityk.

Aby rozwiązać ten problem i poprawić globalne pomiary starzenia się i zdrowia, WHO, we współpracy z UNDESA, UNFPA, ITU, ILO, UN Women, powołuje Techniczną Grupę Doradcą ds. Pomiaru, Monitorowania i Oceny Dekady Zdrowego Starzenia się Organizacji Narodów Zjednoczonych (2021–2030).

⁴⁸ Aging (www-who-int.translate.google) (dostęp: 10.11.2021).

⁴⁹ https://www-who-int.translate.google/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/static-visualizations/ageing-country-profile?_x_tr_sl=pl&_x_tr_tl=en&_x_tr_hl=pl&_x_tr_pto=nui (dostęp: 10.11.2021).

Sekretarz generalny ONZ zaapelował⁵⁰, by COVID-19 stał się przypomnieniem konieczności poprawy naszych ram prawnych w celu zapewnienia lepszej ochrony naszych praw, gdy jesteśmy starsi, w czasie pandemii i poza nią.

- Na poziomie krajowym musimy zreformować nasze przepisy, aby wykryć i rozwiązać strukturalne uprzedzenia i dyskryminację we wszystkich dziedzinach naszego życia.
- Na poziomie europejskim musimy rozszerzyć ochronę przed dyskryminacją ze względu na wiek poza obszar zatrudnienia.
- Na poziomie międzynarodowym nowa konwencja ONZ może pomóc nam zakwestionować praktyki, które powstrzymują nas od sprawiedliwego i swobodnego życia jako równych sobie, gdy jesteśmy starsi.

W następstwie pierwszej fali pandemii COVID-19 musimy przyjrzeć się sposobom podejmowania decyzji, wyciągnąć wnioski i upewnić się, że w przyszłych kryzysach prawa są jednakowo przestrzegane niezależnie od wieku.

Tam, gdzie zajdzie taka potrzeba, konieczne może być ustanowienie i skuteczne wdrożenie odpowiednich usług wsparcia, aby zapewnić osiągnięcie *faktycznej* równości osób potrzebujących opieki zdrowotnej lub społecznej. Z pewnością konieczne będzie podejście przekrojowe, aby odzwierciedlić różnorodność starszej populacji i wielorakie formy dyskryminacji, z jakimi spotykają się takie grupy jak starsi ludzie i starsze osoby niepełnosprawne. Równość i niedyskryminacja muszą być narzędziami, które napędzają nowe polityki i prawa, które pomogą nam przejść przez ożywienie⁵¹.

Nie możemy również zapominać o rodzinie niesamodzielnego seniora, są to *domowi wolontariusze*, którzy przez cały czas zmagają się z różnego rodzaju wyzwaniami i obciążeniami. Bardzo często muszą zrezygnować z aktywnego życia, a często również z pracy. Współtowarzysząc niesamodzielnemu seniorowi, sami często doświadczają negatywnych uczuć i poczucia niesprawiedliwości. W konsekwencji mogą popadać w apatię, depresję lub inne problemy zdrowia psychicznego. Osobom tym potrzebne jest profesjonalne wsparcie ze strony psychologa, a czasami również lekarza psychiatry.

⁵⁰ Secretary-General's Policy Brief: The Impact of COVID-19 on older persons | United Nations For Ageing (dostęp: 10.11.2021).

⁵¹ 11 Recommendations for a fair and equal Europe: Rebuilding our Societies after Covid-19 – Equinet (equineteurope.org) (dostęp: 10.11.2021).

ORGANY DS. RÓWNOŚCI ODGRYWAJĄ KLUCZOWĄ ROLE W ZAPEWNIANIU RÓWNOŚCI W PRAKTYCE

Organy ds. równości powinny być wyposażone w niezbędne uprawnienia (np. do prowadzenia postępowań sądowych, dochodzeń i sankcji) i zapewnić wystarczające zasoby, aby we współpracy z organizacjami reprezentującymi osoby starsze zająć się istniejącymi wcześniej barierami dotyczącymi postaw, środowiska i instytucji, które utrwalają dyskryminację ze względu na wiek. Tylko wtedy ludzie w każdym wieku będą mogli w sposób znaczący uczestniczyć w społeczeństwie i podejmować decyzje, które ich dotyczą.

Jakkolwiek niszczycielski był i jest wpływ COVID-19 na osoby starsze, to wywołana nim pandemia jest również okazją do zmiany sposobu radzenia sobie z ageizmem i pogłębianiem nierówności w późniejszym życiu. Ponieważ ONZ obchodziła 30. rocznicę Międzynarodowego Dnia Osób Starszych 1 października 2020 roku, podejmiemy wspólnie działania na rzecz zdemaskowania fałszywych stereotypów i walki z ageizmem.

Rekomendacje wskazane w raporcie *Opieka Długoterminowa w Polsce Dzisiaj i Jutro*⁵² wskazują na:

- Przyjęcie Narodowego Planu Alzheimerowskiego (tzw. strategii alzheimerowskiej), którego integralną częścią byłoby wspomaganie nie tylko osoby chorej, ale także jej opiekunów i to na wszystkich etapach rozwoju choroby. Organizacje alzheimerowskie od lat wysuwają konkretne propozycje zapisów takiej strategii, które z powodzeniem można wykorzystać. Należy również wykorzystać osiągnięcia innych krajów europejskich, które mają większe doświadczenie na tym polu.
- Poprawa sytuacji osób z chorobami otępiennymi oraz ich opiekunów powinna być uwzględniana jako zadanie polityki senioralnej, realizowanej na różnych szczeblach (centralnym, regionalnym i lokalnym).
- Zarówno problemy związane z chorobami otępiennymi, jak również kwestia zdrowia psychicznego opiekunów, powinny być objęte działaniem w ramach programów zdrowia publicznego. Należy przy tym pamiętać nie tylko o samej chorobie, lecz również o różnych stanach, które mogą jej towarzyszyć, na przykład depresji osób, które dowiadują się o chorobie własnej lub osób bliskich.
- Konieczne jest stworzenie szeroko dostępnej sieci poradnictwa i szkoleń dla opiekunów osób z chorobami neurodegeneracyjnymi. Postuluje się zapewnienie

⁵² Błędowski P. (red.), *Opieka Długoterminowa w Polsce Dzisiaj i Jutro*, dz. cyt.

chorym oraz ich opiekunom możliwości udziału w specjalistycznych turnusach o charakterze rehabilitacyjno-wypoczynkowym, podczas których osoby chore otrzymywałyby opiekę, terapię i rehabilitację, zaś opiekunowie wsparcie wytchnieniowe, psychologiczne, społeczne i, jeśli to wskazane, także terapeutyczno-rehabilitacyjne.

- Pożądane jest rozwijanie, wspieranie i koordynowanie wolontariatu oraz różnych nieformalnych usług (np. sąsiedzkich) na rzecz gospodarstw domowych z osobami chorymi na demencję. Często potrzebna jest pomoc przy prostych czynnościach, które są mocno utrudnione właśnie ze względu na konieczność sprawowania opieki. Chodzi na przykład o pomoc przy zakupach czy wyprowadzaniu zwierząt.
- Rekomenduje się szersze niż dotychczas popularyzowanie dobrych praktyk w zakresie opieki nad osobami chorymi (np. na podstawie bazy wiedzy na stronie internetowej Alzheimer Polska).
- Konieczne jest rozwijanie i szersze wykorzystywanie rozwiązań w zakresie szeroko rozumianej teleopieki jako narzędzia opieki, rehabilitacji i wsparcia osoby chorej, jak również opiekunów rodzinnych/nieformalnych.
- Rekomenduje się stworzenie sieci instytucji wsparcia dziennego, dostosowanych do potrzeb osób z zaburzeniami neurodegeneracyjnymi. Rolą takich instytucji ma być nie tylko opieka, czasowo odciążająca opiekunów rodzinnych, ale także stymulowanie aktywności umysłowej osoby chorej oraz podnoszenie jakości jej życia poprzez rozszerzenie kontaktów społecznych.
- Konieczna wydaje się adaptacja istniejących lub stworzenie nowych placówek stacjonarnej opieki w taki sposób, aby były one jak najlepiej sprofilowane na pobyt (czasowy lub stały) osób w zaawansowanych fazach demencji, które z różnych względów nie są w stanie otrzymać adekwatnego wsparcia w dotychczasowym miejscu zamieszkania.
- Postuluje się prowadzenie kampanii rozwijających wiedzę na temat chorób otępiennych, potrzeb osób nimi dotkniętych oraz członków ich rodzin. Kampanie te powinny być adresowane do szerokiego kręgu odbiorców i mieć charakter zarówno informacyjny, jak i destygmatyzujący.
- Konieczne jest zwiększenie wsparcia finansowego, lokalowego, sprzętowego i związanego z know-how dla organizacji i grup samopomocowych działających na rzecz osób z chorobami neurodegeneracyjnymi oraz ich bliskich. Chodzi zarówno

o organizacje o charakterze parasola (np. Alzheimer Polska), jak i te mniejsze, działające na poziomie lokalnym.

REKOMENDACJE W ZAKRESIE DZIAŁAŃ KRAJOWYCH ŁAGODZĄCYCH SKUTKI COVID-19

- Rozszerzenie działań Solidarnościowego Korpusu Wsparcia Seniorów dla osób powyżej 70 roku życia. Program powinien zostać poszerzony o osoby niepełnosprawne i niesamodzielne w wieku 60+. Do współpracy należy zaprosić wspólnoty i spółdzielnie mieszkaniowe, a wsparcie poszerzyć o wolontariat sąsiedzki⁵³.
- Zapewnienie wsparcia psychologicznego dla sprawującej opiekę rodziny niesamodzielnego seniora.
- Dokonanie szczegółowych szacunków dotyczących liczby seniorów niepełnosprawnych i niesamodzielnych, wymagających opieki długoterminowej.
- Wstępne oszacowanie kosztów świadczeń opieki długoterminowej seniorów niepełnosprawnych i niesamodzielnych.
- Określenie zasad regulacji rynku opieki długoterminowej seniorów niepełnosprawnych i niesamodzielnych.
- Opracowanie koncepcji kształcenia kadr na potrzeby opieki długoterminowej osób niepełnosprawnych i niesamodzielnych.
- Zmniejszanie skali zależności od innych poprzez ułatwienie dostępu do usług wzmacniających samodzielność oraz dostosowanie środowiska zamieszkania do możliwości funkcjonalnych niesamodzielnych osób starszych.
- Zapewnienie optymalnego dostępu do usług zdrowotnych, rehabilitacyjnych i opiekuńczo-pielęgnacyjnych, dostosowanych do potrzeb niepełnosprawnych i niesamodzielnych osób starszych.
- Sieć usług środowiskowych i instytucjonalnych udzielanych niepełnosprawnym i niesamodzielnym osobom starszym.
- System wsparcia nieformalnych opiekunów niepełnosprawnych i niesamodzielnych osób starszych przez instytucje zabezpieczenia społecznego.

⁵³ Za wzór może posłużyć Sopotki model wolontariatu sąsiedzkiego, <http://wolontariat.sopot.pl/wp-content/uploads/2017/12/Sopotki-model-wolontariatu-s%C4%85siedzkiego.pdf> (dostęp: 22.11.2021).

BIBLIOGRAFIA

- Berloto S., Notarnicola E., Perobelli E., Rotolo A. (2020). *Italy and the COVID-19 long-term care situation*, <https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/05/LTC-COVID19-situation-in-Italy-30-April-2020.pdf>.
- Błędowski P. (red.). (2020). *Opieka długoterminowa w Polsce. Dzisiaj i jutro*. Raport Koalicja Na pomoc niesamodzielnym, www.niesamodzielnym.pl.
- Bouget D., Spasova, S., Vanhercke B. (2016). *Work-life balance measures for persons of working age with dependent relatives in Europe A study of national policies*, European Social Protection Network. Brussels: European Commission.
- Briain K., Corner L., Robinson L., Bond J. (2010). Ageing in place and technologies of place: the lived experience of people with dementia in changing social, physical and technological environments, *Sociology Health & Illness*, nr 32 (2), s. 272–287.
- Brown B. [US Nursing Home Visitor Ban Isolates Seniors | Human Rights Watch \(hrw.org\)](https://www.hrw.org/news/2020/04/23/us-nursing-home-visitor-ban-isolates-seniors).
- Czas na Konwencję ONZ o prawach osób starszych: jak pandemia COVID-19 pokazała potrzebę ochrony naszych praw w starszym wieku. Dokument do dyskusji.
- Foucart S. [Coronavirus : une association saisit le Conseil d'Etat devant l'« inégalité d'accès aux soins hospitaliers » \(lemonde.fr\)](https://www.lemonde.fr/societe/article/2020/04/23/coronavirus-une-association-saisit-le-conseil-d-etat-devant-l-inegalite-d-acces-aux-soins-hospitaliers_6052112_1.html).
- Gardner W., States D., Bagley N. (2020). The Coronavirus and the Risks to the Elderly in Long-Term Care. *Journal of Aging & Social Policy*.
- [German retirement homes isolate the elderly from COVID-19 threat | Germany | News and in-depth reporting from Berlin and beyond | DW | 09.04.2020](https://www.dw.com/en/german-retirement-homes-isolate-the-elderly-from-covid-19-threat/a-55484747).
- Golinowska S. (2011). „Srebrna gospodarka” i miejsce w niej sektora zdrowotnego. Koncepcja i regionalne przykłady zastosowania. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, nr 1.
- GUS. (2014). *Sytuacja demograficzna osób starszych i konsekwencje starzenia się ludności Polski w świetle prognozy na lata 2014–2050*.
- GUS. (2018). *Gospodarka senioralna w Polsce – stan i metody pomiaru*.
- GUS. (2021). *Sytuacja osób starszych w Polsce w 2019 r.*
- Helsińska Fundacja Praw Człowieka (2020). *Domy pomocy społecznej w dobie pandemii. Doświadczenia, potrzeby, wyzwania*.
- Jurek Ł. (2015). Indeks aktywnego starzenia się jako narzędzie ewaluacji polityki senioralnej, *Acta Universitatis Lodzianensis. Folia Oeconomica* 4, nr 315.
- Kocejko M., Bakalarczyk R., Kubicki P. (2020). *Wpływ pandemii koronawirusa na politykę wobec niepełnosprawności i starości* (ekspertyza na prawach maszynopisu).
- Kluge H.H.P. (2020). Statement: Older people are at highest risk from COVID-19, but all must act to prevent community spread, [WHO/Europe | Coronavirus disease \(COVID-19\) outbreak - Statement – Older people are at highest risk from COVID-19, but all must act to prevent community spread](https://www.who.int/europe/news-room/statement-20200423-older-people-are-at-highest-risk-from-covid-19-but-all-must-act-to-prevent-community-spread)
- Kluge H.H.P. Oświadczenie dla prasy. Kopenhaga, 23 kwietnia 2020 r.

Krajowy Instytut Gospodarki Senioralnej. [RAPORT Potrzeby i zdrowie seniorów podczas COVID-19, kigs.org.pl](https://kigs.org.pl).

NIK. (2020). *Działania podejmowane przez wojewodów wobec placówek udzielających całodobowej opieki bez wymaganego zezwolenia*.

Rodriguez Martinez M. [Coronavirus: Elderly found 'dead and abandoned' in Spanish nursing homes | Euronews](https://www.euronews.com).

Sopocki model wolontariatu sąsiedzkiego, <http://wolontariat.sopot.pl/wp-content/uploads/2017/12/Sopocki-model-wolontariatu-s%C4%85siedzkiego.pdf>.

Sprawozdanie z realizacji Rządowego Programu na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych (ASOS) na lata 2014–2020, http://senior.gov.pl/program_asos/strona/6.

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

Uchwała Nr 238 Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2013 r. w sprawie przyjęcia dokumentu Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020. M.P. 2014 poz. 118.

Uchwała Nr 161 Rady Ministrów z dnia 26 października 2018 r. w sprawie przyjęcia dokumentu Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. BEZPIECZEŃSTWO – UCZESTNICTWO – SOLIDARNOŚĆ. M.P. 2018 poz. 1169.

Wystąpienie dyrektora generalnego WHO na briefingu dla mediów na temat COVID-19, 25 marca 2020 r.

Yerlès B. Faites passer de manière prioritaire un accès rapide aux maisons de repos, [lalibre.be](https://www.lalibre.be).

Zych A.A., Zych B.M. (2013). *Przekraczając „smugę cienia”. Szkice z gerontologii i tanatologii* (s. 60–61). Katowice: Wydawnictwo Naukowe Śląsk.

NETOGRAFIA

Age discrimination | European Commission (europa.eu)

Ageing and Health unit (who.int)

COVID-19 Pandemic Unemployment Payment (PUP) COVID-19

https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/ip_20_940.

https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Infection-prevention-control-for-the-care-of-patients-with-2019-nCoV-healthcare-settings_update-31-March-2020.pdf

<https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/covid-19-long-term-care-facilities-surveillance-guidance.pdf>

<http://www.aal-europe.eu/available-aal-solutions-supporting-older-adults-to-cope-with-the-consequences-of-the-coronavirus-outbreak/>

<https://epale.ec.europa.eu/en/policy-in-the-eu/implementing-the-european-agenda-for-adult-learning>

<https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1223>

<http://www.aal-europe.eu/available-aal-solutions-supporting-older-adults-to-cope-with-the-consequences-of-the-coronavirus-outbreak/>

<https://epale.ec.europa.eu/en/policy-in-the-eu/implementing-the-european-agenda-for-adult-learning>

<https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1223>

<https://theconversation.com/coronavirus-allocating-icu-beds-and-ventilators-based-on-age-is-discriminatory-136459>

<https://stat.gov.pl/badania-statystyczne/badania-gospodarstw-domowych-i-rolnicze/europejskie-badanie-warunkow-zycia-ludnosci-eu-silc/>

<https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/warunki-zycia/dochody-wydatki-i-warunki-zycia-ludnosci/jakosc-zycia-osob-starszych-w-polsce,26,2.html>

Impact of the coronavirus disease (COVID-19) on the enjoyment of all human rights by older persons. A/75/205 - E - A/75/205 -Desktop (undocs.org)

Pandemic Unemployment European Union Agency for Fundamental Right. Shifting perceptions: towards a rights-based approach to ageing Shifting perceptions: towards a rights based approach to ageing (europa.eu)

Payment (PUP) (citizensinformation.ie)

Policy Brief: The Impact of COVID-19 on older persons. COVID-Older-persons.pdf (un.org)

Secretary-General's Policy Brief: The Impact of COVID-19 on older persons | United Nations For Ageing

11 Recommendations for a fair and equal Europe: Rebuilding our Societies after Covid-19 – Equinet (equineteurope.org)