



RZECZNIK PRAW
OBYWATELSKICH

Wsparcie osób starszych w czasie pandemii

Raport z badania na temat sytuacji osób w wieku 60+
w czasie pandemii COVID-19 w Polsce

Warszawa 2022

BIULETYN RZECZNIKA PRAW OBYWATELSKICH 2022, nr 3
Zasada Równego Traktowania. Prawo i praktyka, nr 33
Wsparcie osób starszych w czasie pandemii, Warszawa 2022

Redakcja merytoryczna serii Zasada Równego Traktowania. Prawo i Praktyka:

Marcin Wiącek, Rzecznik Praw Obywatelskich

Autorzy raportu z badań:

Paweł Kubicki, Szkoła Główna Handlowa

Zofia Szweda-Lewandowska, Szkoła Główna Handlowa

Badanie na zlecenie Rzecznika Praw Obywatelskich zrealizowała metodą CATI firma IPSOS w dniach 19 października – 3 listopada 2021 r. na ogólnopolskiej próbie 1200 osób w wieku 60 lat lub więcej

Komitet redakcyjny w Zespole ds. Równego Traktowania:

Anna Chabiera

Magdalena Kuruś

Anna Mikołajczyk

Wydawca:

Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich

al. Solidarności 77, 00-090 Warszawa

bip.brpo.gov.pl

Infolinia Obywatelska 800 676 676

Publikacja jest dostępna na licencji Creative Commons:

Uznanie autorstwa – na tych samych warunkach 3.0 Polska (CC BY-SA)

Warszawa 2022

ISSN 0860-7958

Oddano do składu i druku w sierpniu 2022 r.

Nakład: 150 egz.

Realizacja:

OMIKRON Sp. z o.o

Spis treści

Wstęp	5
Najważniejsze wnioski	7
Kontekst demograficzny i przebieg pandemii COVID-19 w Polsce	9
Przebieg pandemii w Polsce	13
Opis założeń badawczych oraz badanej populacji	14
Stan zdrowia	16
Życie codzienne w pandemii – ocena dostępnego wsparcia	18
Osamotnienie i kondycja psychiczna	24
Rekomendacje	27
Rekomendacje Rzecznika Praw Obywatelskich	29
Bibliografia	32

Wstęp

Rzecznik Praw Obywatelskich, wykonujący również funkcje organu ds. równego traktowania, jest zobligowany przepisami ustawy o Rzeczniku Praw Obywatelskich do prowadzenia niezależnych badań dotyczących dyskryminacji. Pandemia COVID-19, która objęła Polskę na początku 2020 r. była i jest trudnym doświadczeniem dla całego społeczeństwa. Zwłaszcza na początku pandemii przeważały komunikaty, że na ciężki przebieg choroby i śmierć narażone są przede wszystkim osoby starsze. Dopiero wprowadzenie szczepionek mogło złagodzić to zagrożenie, chociaż nie wyeliminowało go całkowicie. Pandemia stanowiła także test dla rządzących państwem z realizacji tzw. działań pozytywnych (afirmatywnych), które w swoim zamierzeniu mają na celu wyrównanie szans grupom szczególnie narażonym na gorsze traktowanie.



W badaniu, zrealizowanym na zamówienie Rzecznika Praw Obywatelskich przez firmę IPSOS, w którym przygotowanie pytań i opracowanie wyników zostało zrealizowane przez dr. hab. Pawła Kubickiego i dr Zofię Szwedę-Lewandowską ze Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie, skoncentrowano się na osobach starszych ze względu na odrębne wyzwania i zakres problemów dotyczących najmłodszych i najstarszych pokoleń.

Rząd zaproponował osobom starszym pakiet wsparcia. Okazuje się jednak, że znaczna część osób starszych nie słyszała o tej pomocy (39% wszystkich osób starszych, a z tego aż 47% osób w wieku 80 lat i więcej). Ponadto blisko jedna trzecia osób starszych (30%), które nie słyszały o możliwych formach wsparcia, uznały, że potrzebowałyby go więcej, równocześnie tylko 5% osób starszych, które słyszały o możliwym wsparciu uznały, że wsparcie było niewystarczające. Brak łatwo dostępnej i podanej w przystępnej formie informacji o przyjmowanych regulacjach prawnych i innych rozwiązaniach potwierdzały również zgłoszenia osób do Biura RPO. Liczę, że wyniki badania zostaną potraktowane przez decydentów jako element koniecznej ewaluacji podejmowanych działań. Na podstawie tych danych można skonstatować, że aby dotrzeć do beneficjentów wsparcia, należy najpierw dokładnie określić efektywne sposoby komunikacji.

Nie jest też zaskoczeniem, że najtrudniejszy dostęp do wsparcia mają te osoby, które wydawałoby się najbardziej tego potrzebują – osamotnione, o ograniczonych możliwościach samodzielnego funkcjonowania. To zjawisko podkreśla wagę zrozumienia,

czym jest dyskryminacja wielokrotna, czyli sytuacja, w której dana osoba jest narażona na gorsze traktowanie lub wykluczenie ze względu na więcej niż jedną cechę – w tym wypadku wiek i niepełnosprawność powiązaną ze zmniejszającymi się z wiekiem możliwościami fizycznymi i poznawczymi. Niewątpliwie wyniki badania wskazują skalę wyzwania – nie są to jednostki, ale setki tysięcy osób w skali kraju – blisko milion osób. Taka sytuacja wymaga rozwiązań systemowych, zwłaszcza, że liczba osób starszych będzie w najbliższych latach szybko rosła ze względu na wchodzenie w wiek 80+ osób urodzonych w trakcie powojennego wyżu demograficznego.

Przeprowadzone badanie dotyczące sytuacji osób starszych w czasie pandemii miało również na celu zapytanie samych zainteresowanych o ich opinię odnoszącą się do tego, jak funkcjonowali w tym czasie. Chciałbym bowiem podkreślić, że wsłuchiwanie się w głos osób, które mają być adresatami czy beneficjentami działań, powinno być pierwszym etapem kreowania polityk publicznych, zarówno w czasie kryzysu, jak i w spokojniejszych czasach. Jest to jeden ze sposobów zapewniania ze strony organów władzy publicznej realizacji prawa do godności, będącej podstawą i źródłem praw człowieka.

Marcin Wiącek

Rzecznik Praw Obywatelskich

Najważniejsze wnioski

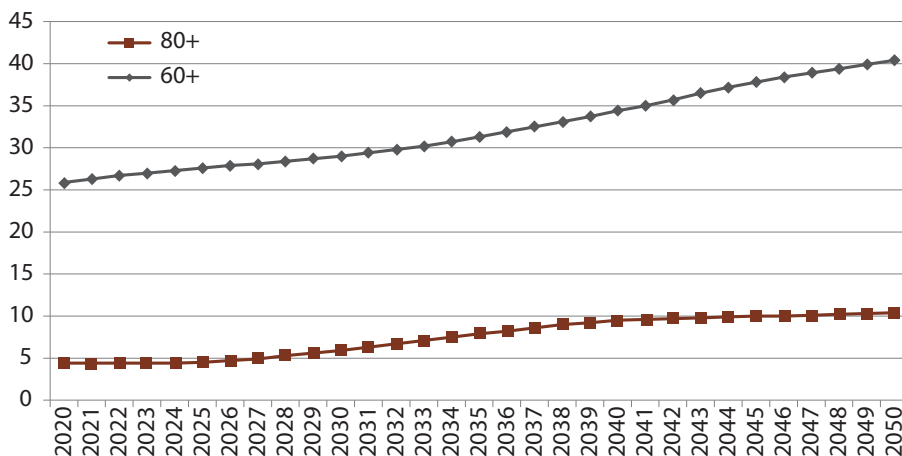
- Osoby starsze najczęściej czerpią informacje o pandemii z telewizji lub radia. Jednak w przypadku osób w wieku 60–79 lat na drugim miejscu jako źródło informacji znajdują się treści internetowe (zarówno strony, jak i media społecznościowe), podczas gdy wśród osób w wieku 80 lat i starszych drugą pozycję (obok krewnych) zajmują gazety.
- Jednocześnie tylko trzy piąte respondentów słyszało o jakichkolwiek rządowych lub samorządowych rozwiązaniach, które miały na celu wsparcie osób starszych w czasie pandemii COVID-19, a zdecydowana większość osób starszych nie korzystała z żadnej formy wsparcia oferowanego w związku z pandemią.
- Największe utrudnienia seniorzy odczuwali w dostępie do usług medycznych, tj. do lekarzy, i to zarówno specjalistów, jak i lekarzy pierwszego kontaktu, planowych zabiegów oraz rehabilitacji. Respondenci wskazywali także na brak oferty lub zbyt mały zakres wsparcia przy robieniu zakupów, w transporcie do lekarza, na szczepienie lub do urzędu oraz przy załatwianiu spraw urzędowych.
- Pandemia wyraźnie ograniczyła również bezpośrednie kontakty międzyludzkie osób starszych (74% badanych wskazało ograniczenie kontaktów, jako działanie prewencyjne przed zarażeniem). Część respondentów, w szczególności w młodszych grupach wieku starszego (60–74 lata), chętnie korzystała z narzędzi internetowych do utrzymywania kontaktu z rodziną i bliskimi.
- Deklarowana wiedza o szczepieniach i zaszczepienie przynajmniej jedną dawką są generalnie wysokie, większe wśród osób z wyższym wykształceniem.
- Dwie trzecie (66,9%) badanych stwierdziło, że nie odczuwa żadnych ograniczeń w wykonywaniu codziennych czynności, 24,2% miało umiarkowane ograniczoną zdolność ich wykonywania, 7,4% poważne ograniczenia, a 1,4% zadeklarowało brak możliwości samodzielnego wykonywania codziennych czynności. Czynnikiem w największym stopniu wpływającym na deklarowany stan zdrowia jest wiek. Jednocześnie ograniczenia zdrowotne są jednym z kluczowych czynników negatywnie wpływających na możliwość uzyskania wsparcia czy poczucie osamotnienia.
- 52% osób 80+ potwierdza, że ma ograniczoną zdolność wykonywania codziennych czynności, jednocześnie aż co 5. osoba w tej grupie (18%) wskazuje, że nie ma wystarczającego wsparcia.

- Niespełna 2,4% badanych (w przeliczeniu około 235 tys. osób) odczuwało bardzo silne osamotnienie. Największe odczuwają osoby z najbardziej organiczną sprawnością oraz osoby po 80. roku życia. Za osamotnione bądź zagrożone osamotnieniem można uznać w zależności od pytania około 10–15% badanych, czyli 1–1,5 mln osób. Z drugiej strony około cztery piąte osób starszych deklaruje, że nie odczuwa osamotnienia.

Kontekst demograficzny i przebieg pandemii COVID-19 w Polsce

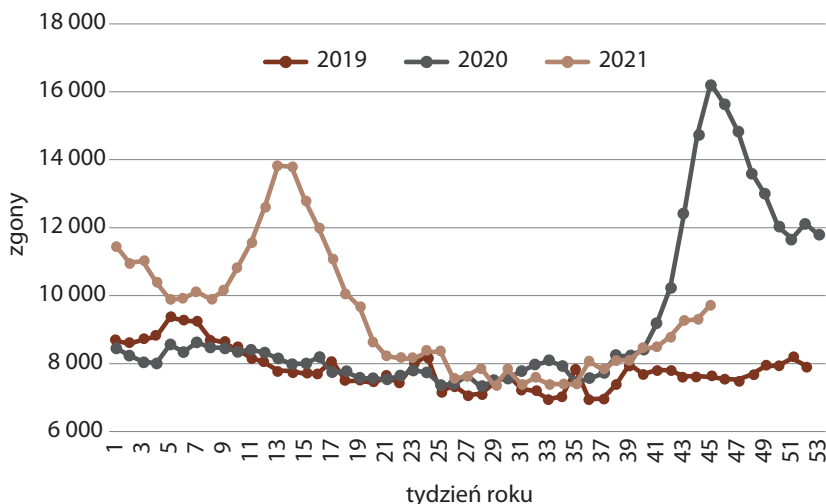
Populacja Polski nie należy do najstarszych w Europie, ale charakteryzuje się szybką dynamiką procesu starzenia się. Proces starzenia się populacji polegający na wzroście odsetka osób w wieku starszym jest w dziejach ludzkości zjawiskiem stosunkowo nowym. Zjawiskiem, które szczególnego przyspieszenia nabrało w XX wieku, kiedy to przeciętne trwanie życia wzrosło o około 25–30 lat. Z powodu tak dynamicznego przyrostu za zmianami demograficznymi nie nadążają zmiany społeczne, a w konsekwencji zmiany w prowadzonych politykach publicznych i systemie prawa (Okólski 2004, Szweda-Lewandowska 2020). Pomimo wzrostu odsetka osób starszych w populacji osoby te i ich potrzeby nadal nie są w dostatecznym stopniu dostrzegane przez społeczeństwo i władze publiczne. Obecnie w Polsce odsetek osób w wieku 60 lat i więcej wynosi około 26%, a osób w wieku 65 lat i więcej około 18%. Szybko wzrasta także populacja osób w wieku 80 lat i więcej: obecnie osoby te stanowią około 4,4% populacji. Prognozy demograficzne wskazują, że w 2050 roku już ponad 40% ludności Polski będzie w wieku powyżej 60 lat, a co dziesiąta osoba będzie w wieku 80 lat i więcej (Wykres 1.).

Wykres 1. Udział osób w wieku 60+ oraz osób w wieku 80 lat i więcej w populacji Polski w latach 2020–2050 (w procentach)



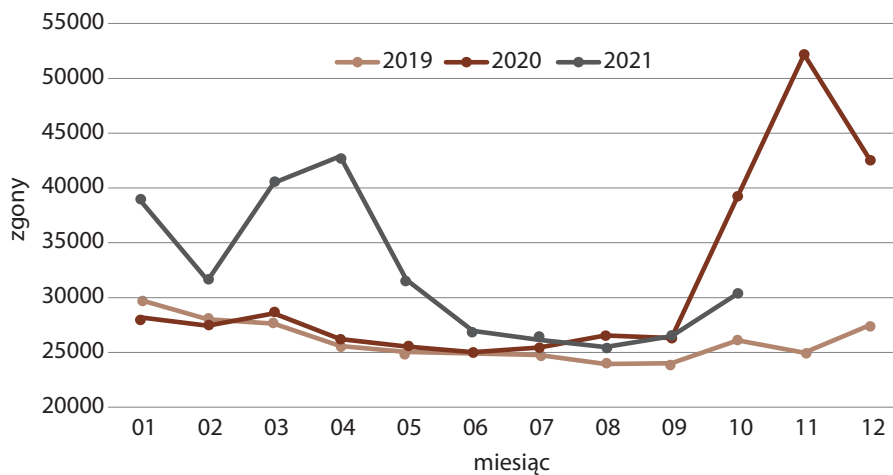
Źródło: GUS, Prognoza ludności rezydującej dla Polski na lata 2014–2050, Warszawa 2016.

Wykres 2. Liczba zgonów w Polsce w latach 2019–2021



Źródło: GUS, Zgony według tygodni, dostęp 1.12.2021, na stronie: <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/zgony-wedlug-tygodni,39,2.html>

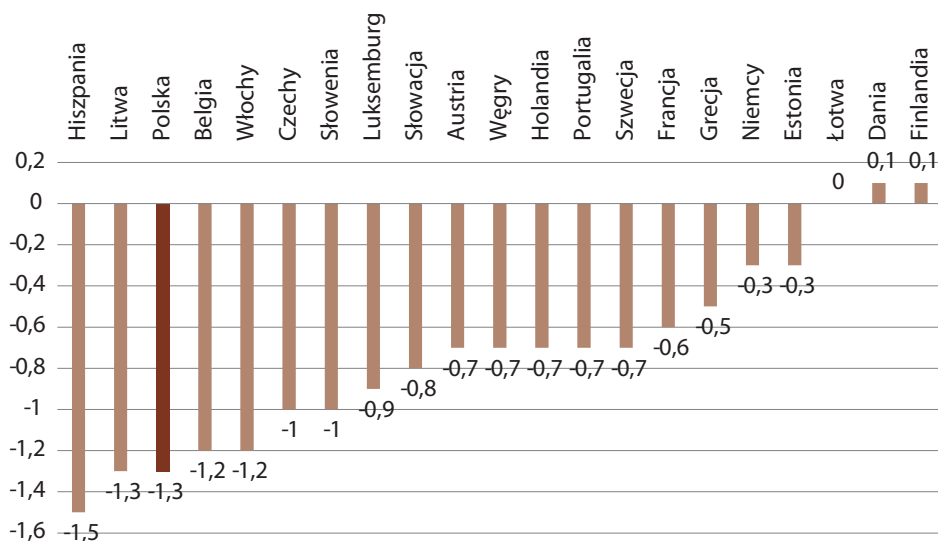
Wykres 3. Liczba zgonów w Polsce osób w wieku 65 lat i więcej w latach 2019–2021



Źródło: Otwarte dane, Liczba zgonów w Rejestrze Stanu Cywilnego od 1 września 2015 r. wg płci i przedziałów wieku – dane miesięczne, dostęp 1.12.2021, na stronie: https://dane.gov.pl/pl/dataset/1953,liczba-zgonow-zarejestrowanych-w-rejestrze-stanu-cywilnego/resource/34230/table?page=1&per_page=20&q=&sort=

Pandemia COVID-19 i jej konsekwencje – przede wszystkim dla stanu zdrowia i umieralności osób starszych spowodowały, że w dyskusji publicznej kwestie związane z osobami starszymi (m.in. ochrona osób starszych przed zarażeniem, pomoc w zrobieniu zakupów, dostarczenie posiłków tak, aby osoby starsze bezkontaktowo miały zabezpieczony byt) wysunęły się na pierwszy plan, w szczególności w pierwszych fazach epidemii. Jednak pomimo działań podejmowanych zarówno przez władze publiczne, same osoby starsze, jak i ich rodziny pandemia spowodowała wzrost liczby zgonów i skrócenie trwania życia. Konsekwencje kolejnych fal pandemii obserwujemy w znaczącym wzroście zgonów (Wykres 2.), których główną część stanowią zgony osób powyżej 65. roku życia (Wykres 3.). Przy czym prawdopodobieństwo zgonu z powodu COVID-19 jest wyższe dla mężczyzn niż kobiet. Wśród mężczyzn liczba nadmiarowych zgonów w 2020 r. wyniosła 39,5 tys. osób, zaś wśród kobiet 31,3 tys. osób (Murkowski 2021).

Wykres 4. Zmiana trwania życia w 2020 w porównaniu z 2019 w państwach UE (z wyjątkiem Irlandii)



Źródło: OECD, Przeciętne dalsze trwanie życia w latach 2019–2020 (Life expectancy at birth. Total, Years, 2019–2020), dostęp 6.11.2021, na stronie: <https://data.oecd.org/healthstat/life-expectancy-at-birth.htm>

Konsekwencją pandemii jest także **dług zdrowotny**, czyli nadumieralność, którą będziemy obserwowali ze względu na opóźnioną diagnostykę i późne wdrożenie leczenia (w zaawansowanym stadium choroby). Polska, obok Hiszpanii i Litwy, należy do czołówki krajów Unii Europejskiej, w których najbardziej skróciło się trwanie życia (Wykres 4.). Trwanie życia Polaków w 2020 r. w porównaniu z 2019 r. skróciło się o 1,3 roku. Wpływ na tę zmianę miała przede wszystkim zwiększona umieralność osób starszych. Pomimo rozmaitych działań podejmowanych w celu ochrony starszych obywateli przed zacho-

rowaniem na COVID-19, ochrona ta okazała się nieskuteczna, a trwanie życia Polaków skróciło się w podobnym zakresie jak w zdecydowanie starszych niż Polski populacjach, np. Hiszpanii, czy też Włoch. Warto również podkreślić, że nadumieralność przynajmniej w części mogłaby ograniczyć skuteczniejsza akcja szczepień wśród osób w wieku 60+, bowiem szczepienia w istotny sposób ograniczają szacowaną liczbę zgonów w tej grupie wieku (Mesle i inni 2021). Należy także zwrócić uwagę, że trwanie życia w Polsce obniżało się już przed pandemią, zatem niekorzystna tendencja została dodatkowo wzmocniona przez pandemię.

Jak podkreślono powyżej, w przypadku Polski wpływ na skrócenie trwania życia miała nie tylko pandemia: najprawdopodobniej był to wynik niedostosowania systemu ochrony zdrowia do starzenia się populacji. Zasadnym zatem jest zbadanie, jak osoby starsze funkcjonowały w pandemii, jak wpłynęła ona na ich codzienne aktywności, relacje z krewnymi i bliskimi, a także na jakie wsparcie w jej trakcie mogli liczyć. Przedstawienie wyników badania warto poprzedzić skrótowym opisem przebiegu pandemii w Polsce.

Przebieg pandemii w Polsce

Za symboliczny początek obecności COVID-19 w Polsce można uznać wykrycie 4 marca 2020 r. pierwszego przypadku osoby chorej, a za oficjalny początek pandemii: wystąpienie premiera Mateusza Morawieckiego oraz opublikowanie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r., poz. 491). Jednak pierwsze obostrzenia polegające na odwołaniu imprez masowych pojawiły się już 10 marca 2020 r., zaraz po nich – 12 marca zamknięto instytucje kultury, szkoły oraz uczelnie przeszły na nauczanie zdalne, a w ostatnim tygodniu marca 2020 r. wprowadzono dalsze restrykcje i tzw. lockdown, który ograniczał możliwość poruszania się do sytuacji niezbędnych, takich jak np. zakupy, wizyta u lekarza czy spacer z psem. W połowie kwietnia wprowadzono również obowiązek zakrywania nosa i ust w miejscach publicznych, a okres największych obostrzeń trwał do pierwszych dni maja, po których stopniowo zaczęto łagodzić kolejne restrykcje. Obecnie nazywamy ten okres pierwszą falą pandemii, choć dla wielu okres od 6 czerwca i zniesienia ostatnich ograniczeń do sierpnia 2020 r. był czasem, w którym pandemia już się zakończyła, a życie w znacznym stopniu wróciło do normy.

Od 8 sierpnia 2020 r. wprowadzono w Polsce podział na tzw. strefy, w zależności od liczby zdiagnozowanych pozytywnie na COVID-19 osób. We wrześniu dla większości Polaków było oczywiste, że nadchodzi kolejna – obecnie nazywana drugą – fala koronawirusa. Za jej symboliczny początek można uznać 24 października 2020 r.: ogłoszenie całej Polski tzw. czerwoną strefą i wprowadzanie kolejnych obostrzeń, w tym ponowne stopniowe przejście od 9 listopada 2020 r. szkół na edukację zdalną i dalsze restrykcje. Koniec drugiej fali przypada na początek roku 2021, ale już 19 lutego minister zdrowia Adam Niedzielski ogłosił trzecią falę, której szczyt przypadł na marzec i kwiecień, czyli dokładnie rok od wybuchu pierwszej. W międzyczasie, od przełomu 2020 i 2021 roku ruszyły szczepienia przeciwko COVID-19. W listopadzie 2021 r. mieliśmy do czynienia, z przesuniętą o około 10–14 dni w porównaniu do poprzedniego roku, czwartą już falą koronawirusa.

Kolejne fale zakażeń przekładały się z jednej strony na działania władz publicznych, zarówno na poziomie krajowym, jak i lokalnym, z drugiej na próby dostosowania się obywateli do nowych i zmieniających się warunków życia codziennego. W szczególnie trudnej sytuacji znalazły się osoby, których codzienne funkcjonowanie było zależne od standardowego funkcjonowania placówek pomocowych i wsparcia innych; do tej grupy zalicza się znaczna część osób starszych. Dodatkowo z wiekiem rosło ryzyko ciężkiego zachorowania i śmierci w przypadku zakażenia koronawirusem. Na następnych stronach zaprezentowano wyniki badania poświęconego wpływowi pandemii na życie codzienne oraz możliwości uzyskania wsparcia przez osoby starsze.

Opis założeń badawczych oraz badanej populacji

Kwestionariusz ze względu na ograniczenia wynikające z wyboru techniki badawczej, jaką jest wywiad telefoniczny ze wspomaganiem komputerowym, musiał być dosyć krótki. Przyjmuje się, że taki wywiad nie powinien trwać dłużej niż kilka, kilkanaście minut, co uwzględniając tzw. pytania metryczkowe, dotyczące zmiennych społeczno-demograficznych takich jak wiek, wykształcenie czy miejsce zamieszkania, pozwala na zadanie maksymalnie około 20 pytań merytorycznych. W badaniu podzielono je na trzy moduły. Pierwszy i jednocześnie najdłuższy z nich dotyczył bezpośrednio pandemii i korzystania z różnych form wsparcia. Dwa pozostałe miały charakter uzupełniający. Pierwszy z nich poświęcony został stanowi zdrowia i zawierał pytanie o to, czy dana osoba jest niepełnosprawna w rozumieniu biologicznym, czyli nie o fakt posiadania odpowiedniego orzeczenia o niepełnosprawności, ale o to, czy ma ograniczoną zdolność wykonywania codziennych czynności spowodowaną problemami zdrowotnymi trwającymi 6 miesięcy lub dłużej. Pytanie to zadano w identycznej formie, jak w tegorocznym Narodowym Spisie Powszechnym (Narodowy Spis Powszechny, kwestionariusz, dostęp 6.11.2021 na stronie: <https://spis.gov.pl/ufaqs/kwestionariusz-osobowy/>). Dopytano również, jakie są główne przyczyny ograniczeń, a w przypadku wystąpienia tychże w stopniu poważnym: czy osoby badane są w stanie samodzielnie lub ze wsparciem wychodzić z domu. Dodanie tego modułu było podyktowane chęcią zbadania, na ile sytuacja osób z niepełnosprawnościami różni się od doświadczeń pozostałych osób starszych. Całość badania zamyka moduł mierzący poczucie osamotnienia oraz aktualną kondycję psychiczną respondentów, co również postrzegane jest jako istotny czynnik wpływający z jednej strony na możliwość uzyskania nieformalnego wsparcia w czasie pandemii, a z drugiej stanowi jedną z konsekwencji przedłużającej się izolacji i restrykcji związanych z pandemią.

Badanie na zlecenie RPO zrealizowała metodą CATI firma IPSOS w dniach 19 października – 3 listopada 2021 r. na ogólnopolskiej próbie 1200 osób w wieku 60 lat lub więcej, reprezentatywnej ze względu na płeć i miejsce zamieszkania. Losowanie próby miało charakter warstwowo-proporcjonalny. Kontrolowano miejsce zamieszkania respondenta pod względem województwa i kategorii wielkości miejscowości. Warto podkreślić, że na skutek przyjętej metody osoby najbardziej niepełnosprawne i wykluczone, które nie korzystają z telefonu bądź ich stan zdrowia uniemożliwia realizację wywiadu tą metodą nie znalazły się w próbie. Może zaniżać to więc liczbę osób z największymi ograniczeniami

i najbardziej wykluczonych ze starszej grupy wieku, w tym seniorów z chorobami demen-
tywnymi, a także liczbę osób z najniższym wykształceniem. **Przekładając to na wyniki
można się spodziewać, że wyniki uzyskane w badaniu prawdopodobnie prezentują
nieco bardziej optymistyczny obraz sytuacji osób starszych niż to ma miejsce w rze-
czywistości.**

W badaniu uczestniczyło 42% mężczyzn i 58% kobiet, co odpowiadało udziałowi po-
szczególnych płci w całej populacji osób powyżej 60. roku życia. W wieku 60–74 lata było
72,5% badanych, 10% stanowiły osoby w wieku 75–79 lat, a udział najstarszych respon-
dentów (80 lat i więcej) wynosił 17%. Respondenci biorący udział w badaniu są relatywnie
lepiej wykształceni od ogółu populacji. Wynika to między innymi ze wspomnianych powy-
żej ograniczeń sondażu telefonicznego oraz przewagi w próbie seniorów w wieku 60–74
lata. Jest to grupa lepiej wykształcona niż poprzednie generacje (wyraźne oddziaływanie
czynnika kohortowego). Niespełna 5% respondentów legitymowało się wykształceniem
podstawowym, niepełnym podstawowym lub gimnazjalnym, 12,9% wykształceniem za-
sadniczym zawodowym, 44,7% średnim lub pomaturalnym, wyższe wykształcenie zade-
klarowało 37,5%. Wśród badanych było 35% mieszkańców wsi; 13,7% mieszkańców miast
do 20 tys. mieszkańców; niepełna 21% mieszkańców miast powyżej 20 tys., ale poniżej
100 tys.; prawie 18% respondentów zamieszkiwało miasta od 100 tys. do 500 tys.; miesz-
kańcy wielkich miast stanowili 12,7% badanych.

Stan zdrowia

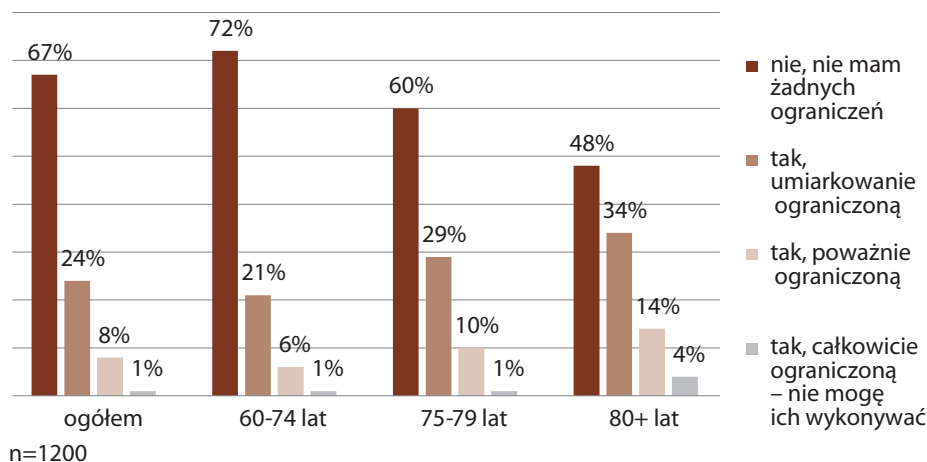
Podstawowym punktem krótkiego bloku pytań o stan zdrowia osób starszych było pytanie o niepełnosprawność biologiczną. Respondentów spytano o to, czy mają ograniczoną zdolność do wykonywania codziennych czynności. Dwie trzecie (66,9%) badanych stwierdziło, że nie odczuwają żadnych ograniczeń, co czwarty rozmówca (24,2%) miał umiarkowaną ograniczoną zdolność do wykonywania codziennych czynności, 7,4% miało poważne ograniczenia, a 1,4% zadeklarowało brak możliwości wykonywania codziennych czynności (Wykres 5.). Czynnikiem w największym stopniu wpływającym na deklarowany stan zdrowia jest wiek, a przynajmniej poważne ograniczenia w wykonywaniu aktywności dnia codziennego odczuwa łącznie 18% osób powyżej osiemdziesiątego roku życia.

Grupie mającej co najmniej poważne ograniczenia (8,8%) zadane zostało dodatkowe pytanie: na ile ich ograniczona zdolność do wykonywania czynności pozwala na samodzielne wychodzenie z domu. W przypadku 2,5% ogółu badanych takich przeszkód nie było, 3% miało utrudnione wyjście z domu, ale było w stanie to zrobić bez asysty innych osób. Możliwość wyjścia z domu tylko w towarzystwie wskazało 2,2%, a 1,1% nie było w stanie opuścić w żaden sposób swojego mieszkania. Przekładając te deklaracje na praktykę i życie codzienne można stwierdzić, że blisko co dziesiątej osobie starszej w Polsce bardzo trudno jest sprostać wszystkim codziennym obowiązkom i aktywnościom. Część z nich to osoby potrzebujące co najmniej okazjonalnej pomocy, w szczególności w aktywnościach wymagających większej sprawności. Jednocześnie ponad połowa tej grupy, czyli więcej niż co dwudziesta osoba starsza, ma problemy z wyjściem z własnego domu, przy czym dla 3% jest to wyzwanie do samodzielnego pokonania, a kolejnych 3,3% wymaga stałej asysty, by móc prowadzić w miarę niezależne życie. Powyższe wyniki pokazują, że **około 300 tys. osób starszych nigdy nie wychodzi z własnego domu, a kolejne 300 tys. wyjdzie tylko, jeśli ktoś im pomoże.**

Dla porównania, w badaniu przeprowadzonym tuż przed wybuchem pandemii, tj. w 2019 r. przez GUS w grupie osób w wieku 60–69 lat, odsetek oceniających swój stan zdrowia jako zły lub bardzo zły wynosił 16,7%, w grupie wiekowej 70–79 lat 27,2%, a w najstarszej grupie, w wieku 80 lat i więcej, prawie 40% respondentów oceniła swój stan zdrowia jako zły lub bardzo zły (GUS 2021). Przy czym mężczyźni lepiej niż kobiety oceniali swój stan zdrowia. Zestawiając oba wyniki widzimy, że w zależności od przyjętej miary (stan zdrowia lub ograniczenia w wykonywaniu czynności) na problemy zdrowotne

skarży się od kilkunastu do kilkudziesięciu procent osób starszych. Należy także zwrócić uwagę na odsetek osób z objawami mogącymi świadczyć o depresji. W badaniu przeprowadzonym w 2019 r. połowa respondentów powyżej 80. roku życia miała wskazania objawów mogących świadczyć o depresji, w grupie wiekowej 70–79 lat była to co trzecia osoba, w grupie 60–69 lat – prawie 22%. Są to nieco wyższe wskazania niż omówione w dalszej części opracowania wskaźniki osamotnienia.

Wykres 5. Czy ma Pan/i ograniczoną zdolność wykonywania codziennych czynności spowodowaną problemami zdrowotnymi trwającymi 6 miesięcy lub dłużej (od braku ograniczeń przez umiarkowane i poważne po całkowite ograniczenie)

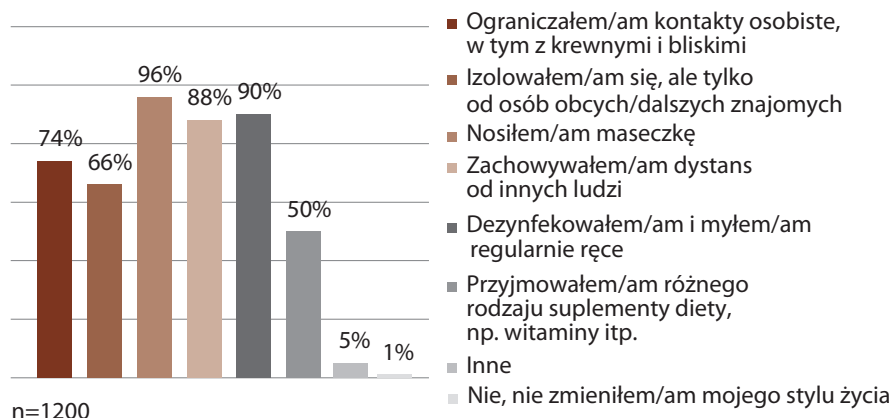


Ostatnie pytanie z bloku pytań o stan zdrowia zadano osobom, które zadeklarowały co najmniej umiarkowane ograniczenia w wykonywaniu codziennych czynności. Badani mieli wskazać nie więcej niż trzy najważniejsze schorzenia, które spowodowały te trudności. Respondenci najczęściej jako przyczynę wskazywali: uszkodzenia i choroby narządu ruchu (70%), choroby układu krążenia (46%), inne schorzenia (27%), uszkodzenia i choroby narządu wzroku (26%) i na końcu choroby neurologiczne (17%). Porównując powyższy rozkład odpowiedzi z pytaniami dotyczącymi osamotnienia można dostrzec, że częściej wśród osób czujących osamotnienie znajdowały się osoby z uszkodzeniami i chorobami narządu ruchu i wzroku, czyli z tymi, które w relatywnie największym stopniu wpływały na mobilność osób badanych. Jednocześnie osoby, które zadeklarowały poważnie oraz całkowicie ograniczoną zdolność wykonywania codziennych czynności spowodowaną problemami zdrowotnymi trwającymi 6 miesięcy lub dłużej, czują się gorzej poinformowane o szczepieniach na COVID-19 oraz regulacjach obowiązujących w związku z pandemią w Polsce.

Życie codzienne w pandemii – ocena dostępnego wsparcia

W głównej części badania chciano zbadać wpływ pandemii na codzienne funkcjonowanie respondentów. Badana była wiedza respondentów o obowiązujących regulacjach (obostrzeniach, ułatwieniach dla seniorów, możliwości otrzymania pomocy) oraz wpływ pandemii na kontakty społeczne osób starszych. Pandemia wyraźnie zmieniła codzienną rutynę osób starszych i sposoby kontaktowania się z krewnymi, bliskimi, znajomymi, przyjaciółmi. W celu ochrony przed zarażeniem wirusem 74% respondentów ograniczyło kontakty osobiste z krewnymi i bliskimi (Wykres 6.).

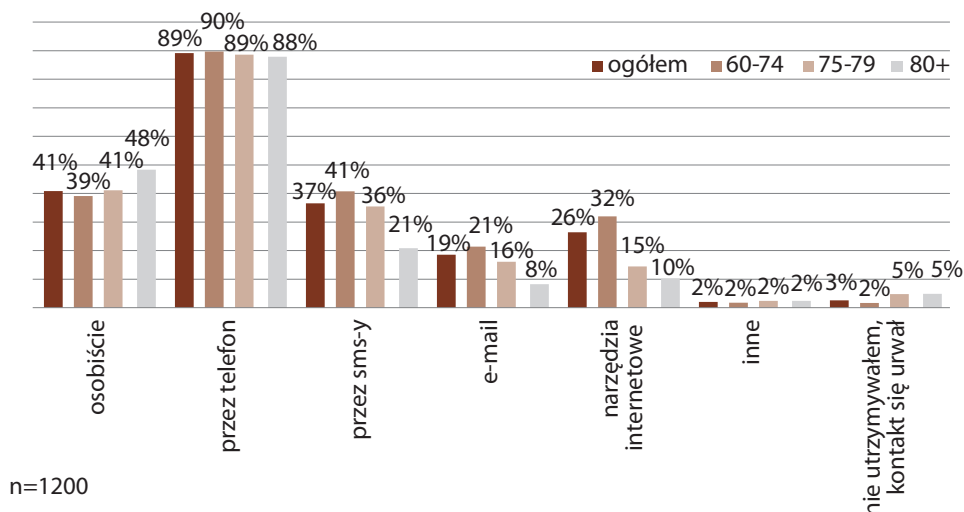
Wykres 6. Czy w okresie od marca 2020 r. do chwili obecnej stosował/a Pan/i któreś z poniższych form ograniczenia ryzyka zachorowania na COVID-19?



W trakcie obowiązywania zalecenia pozostania w domu prawie 90% respondentów utrzymywało telefoniczny kontakt z rodziną i przyjaciółmi, a 41% widywało się z nimi osobiście. Przy czym odsetek utrzymujących kontakt osobiście był wyższy w grupie najstarszej (Wykres 7.). Wynika to zapewne z intensywniejszego zapotrzebowania na wsparcie i przewagi jednoosobowych gospodarstw domowych w grupie wieku 80 lat i więcej (prawie 52% respondentów w tej grupie wieku mieszkało w jednoosobowym

gospodarstwie domowym (częstsze wdowieństwo w porównaniu z młodszymi grupami wieku starszego), podczas gdy przeciętnie odsetek ten wynosił wśród badanych niecałe 30%). Przy czym wystąpiła wyraźna zależność pomiędzy wiekiem respondenta a utrzymywaniem kontaktu poprzez wiadomości tekstowe, wiadomości e-mail oraz narzędzia internetowe. W najmłodszej grupie wieku starszego (60-74 lata) prawie 41% respondentów utrzymywało kontakt z rodziną i przyjaciółmi poprzez sms-y, 21,4% poprzez e-maile i 32% za pomocą narzędzi internetowych. W najstarszej grupie wieku tylko 10% utrzymywało kontakt poprzez narzędzia internetowe. Taki wynik jest zgodny z badaniami dostępu do internetu prowadzonymi przez GUS (przy czym badanie było prowadzone wśród osób w wieku 16–74 lata) (GUS 2020). W ostatnich latach, wraz z wejściem w starość pokolenia powojennego wyżu demograficznego, wyraźnie wzrosło korzystanie z internetu wśród osób starszych (60–74 lata). Posiadanie sprzętu komputerowego i umiejętności jego obsługi oraz dostęp do sieci okazały się szczególnie istotne w dobie pandemii, jako że umożliwiły, szczególnie młodszym seniorom, kontakt z rodziną i bliskimi.

Wykres 7. Jak utrzymywał/a Pan/i kontakt z rodziną i przyjaciółmi w czasie, kiedy obowiązywały zalecenia pozostania w domu z powodu pandemii COVID-19?



Należy zwrócić uwagę, że prawie 5% osób w wieku 75 lat i więcej (czyli około 140 tys. osób w tym wieku) nie utrzymywało w ogóle kontaktu z rodziną i przyjaciółmi. Jest to zapewne wypadkowa z jednej strony częstszego występowania jednoosobowych gospodarstw domowych wśród subpopulacji seniorów w wieku 75 lat i więcej niż w młodszej grupie wieku starszego oraz trudności z wychodzeniem z miejsca zamieszkania, co utrudnia podtrzymywanie istniejących kontaktów społecznych

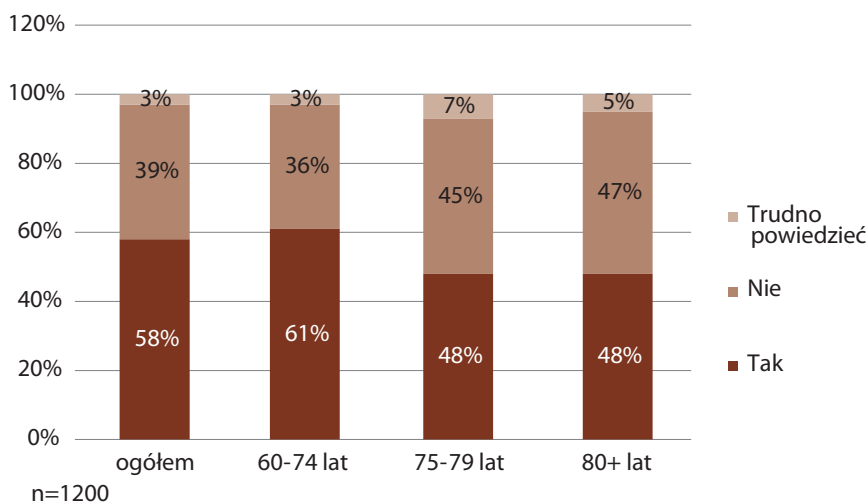
oraz tworzenie nowych. Dodatkowo nakładają się niższe kompetencje informatyczne wśród starszych seniorów, co wpływa na większe osamotnienie w sytuacji konieczności ograniczania kontaktu osobistego. Nie było istotnych różnic w sposobie utrzymywania kontaktu pomiędzy kobietami i mężczyznami, poza odsetkiem deklarujących utrzymywanie kontaktu osobiście (47,3% mężczyzn i 36,3% kobiet zadeklarowało utrzymywanie kontaktów w ten sposób).

W zakresie informacji dotyczących regulacji obowiązujących w Polsce w związku z pandemią 93% respondentów odpowiedziało, że czują się dobrze poinformowani. Nie występuje w tym zakresie zróżnicowanie ze względu na wiek oraz płeć respondenta. Sytuacja wygląda podobnie, jeśli chodzi o **informacje dotyczące szczepień**. Nie ma zróżnicowania ze względu na wiek: 94% respondentów odpowiedziało, że czują się dobrze poinformowani odnośnie szczepień ochronnych przeciw COVID-19. Nie występuje także zróżnicowanie ze względu na miejsce zamieszkania. Badaną populację, jeśli chodzi o poinformowanie odnośnie do szczepień, różnicuje za to wykształcenie. Im wyższy poziom wykształcenia, tym respondent czuł się lepiej poinformowany o szczepieniach (możliwości zapisania się na szczepienie, uprawnieniach do trzeciej dawki, ewentualnych skutkach ubocznych). Wśród osób legitymujących się wykształceniem wyższym 75% czuło się dobrze poinformowanych, zaś wśród osób z wykształceniem podstawowym, niepełnym podstawowym i gimnazjalnym odsetek ten wyniósł niespełna 66%. Deklarowany odsetek zaszczepionych był wyższy także wśród osób z wyższym wykształceniem (92%, podczas gdy w grupie legitymującej się najniższym wykształceniem nie przekroczył 87%) oraz wśród mieszkańców miast (w miastach powyżej 0,5 mln mieszkańców prawie 95% respondentów zadeklarowało zaszczepienie przynajmniej jedną dawką). **Posiadanie wiedzy dotyczącej możliwości wykonania szczepienia i możliwych powikłań idzie w parze z decyzją o przyjęciu szczepionki.** Przy czym odsetek zaszczepionych wśród mężczyzn był wyższy (93,6%) niż w przypadku kobiet (89,1%). Warto zwrócić uwagę, że jest to odsetek wyższy od rzeczywistego, który na dzień 5 listopada wynosił w Polsce odpowiednio: 60–69 lat (72,45%), 70–79 (84,48%), 80+ (64,23%) (Our World in Data 2021). Oznacza to prawdopodobnie, że zarówno próba była lepiej wyszczepiona od ogółu populacji Polski, jak też część osób nie chciała się przyznać, że się nie zaszczepiła.

W badaniu zainteresowano się źródłami, z których respondenci czerpią informacje o pandemii, szczepieniach, a także programach wsparcia dedykowanych osobom najbardziej narażonym na poważne konsekwencje zarażenia. Głównym źródłem informacji były programy telewizyjne lub radiowe (90% respondentów wskazywało na to źródło). Członkowie najbliższej rodziny także stanowili istotne źródło informacji, a wśród osób w wieku 60–79 ważną rolę odgrywały strony internetowe, a także media społecznościowe, podczas gdy najstarsi jako istotne źródło wiedzy wskazywali gazety (podało je 35% respondentów w wieku 80 lat i więcej) oraz krewnych (36%). **Ponad połowa (58%) re-**

spondentów słyszała o rządowych lub samorządowych programach mających na celu wsparcie osób starszych w czasie pandemii (Wykres 8.). Z drugiej strony należy zauważyć, że 39% osób nie słyszało o takich programach, przy czym im starsza grupa wiekowa, tym wyższy był wskaźnik negatywnych odpowiedzi.

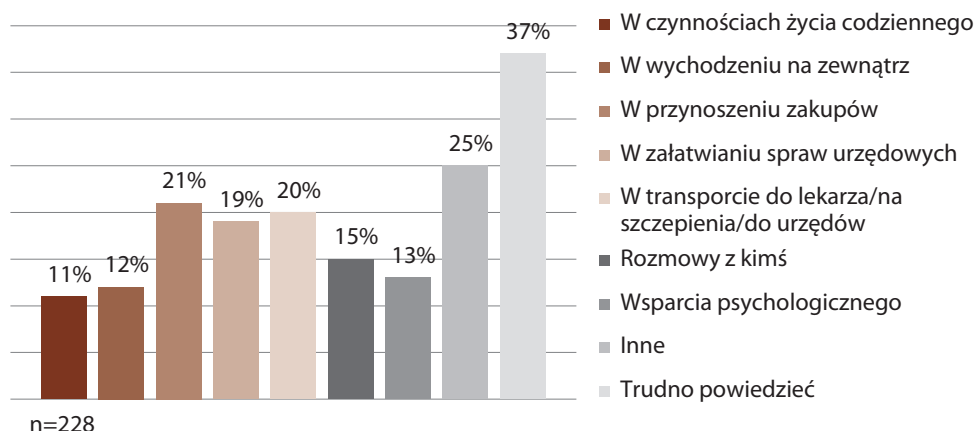
Wykres 8. Czy słyszał/a Pan/i o jakichkolwiek rządowych lub samorządowych rozwiązaniach, które miały na celu wsparcie osób starszych w czasie pandemii COVID-19?



Wraz ze wzrostem ograniczeń w zdolności do wykonywania czynności dnia codziennego maleje odsetek seniorów, którzy słyszeli o jakichkolwiek rządowych lub samorządowych rozwiązaniach mających na celu wsparcie seniorów. W grupie respondentów nieodczuwających ograniczonych zdolności do wykonywania czynności dnia codziennego 59,4% słyszało o takich rozwiązaniach. Natomiast w grupie odczuwającej poważne ograniczenia już tylko 49,4% respondentów deklarowało, że słyszało o takich rozwiązaniach. Do najczęściej wymienianych rozwiązań wspierających seniorów, o których słyszeli respondenci zalicza się przede wszystkim dostarczanie posiłków przez wolontariuszy oraz transport do punktu szczepień. Na trzecim miejscu znalazły się godziny dla seniorów w sklepach i to właśnie z tego rozwiązania najczęściej korzystali badani (12% respondentów). **Prawie 73% respondentów, którzy słyszeli o rozwiązaniach mających na celu wsparcie osób starszych w czasie pandemii COVID-19 twierdziło, że nie korzystało z żadnego rozwiązania dedykowanego seniorom.** A jeśli korzystali, to, bez względu na płeć, najczęściej chodziło o godziny dla seniorów.

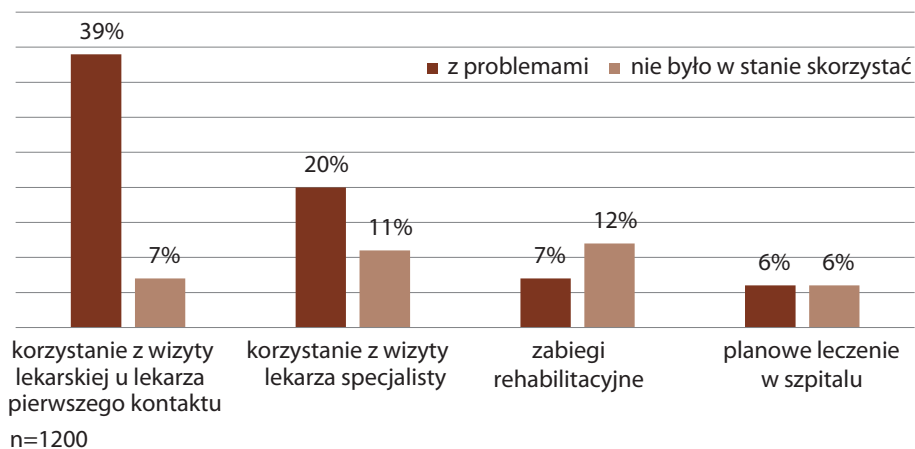
Powstaje zatem pytanie, czy wsparcie, które oferowano seniorom było wystarczające i czy odpowiadało potrzebom osób starszych. Prawie połowa respondentów deklarowała, że oferowane w pandemii wsparcie było wystarczające (zdecydowanie tak – 26%, raczej tak – 22%), a kolejne 26% twierdziło, że nie potrzebowało wsparcia. Jako niewystarczające i zdecydowanie niewystarczające w stosunku do potrzeb wsparcie oceniło prawie 20% respondentów. Wśród osób, które nie słyszały o żadnych programach rządowych lub samorządowych, odsetek oceniających, że wsparcie było niewystarczające wyniósł ok. 20% (jeśli uwzględnić także odpowiedź „raczej nie”, odsetek ten wyniesie 30%), podczas gdy wśród osób, które słyszały o tych programach, odsetek ten to tylko 5%. Jeśli chodzi o konkretne wsparcie, które było oferowane w zbyt małym zakresie, główne wskazanie dotyczyło: przynoszenia zakupów (21%); transportu do lekarza, punktu szczepienia, do urzędu (20%) oraz pomocy w załatwieniu spraw urzędowych (19%) (Wykres 9.).

Wykres 9. Jakiego wsparcia Panu/i zabrakło, bądź oferowano je w zbyt małym zakresie?



Osoby starsze największe trudności z dostępnością w czasie pandemii odczuwały w przypadku korzystania z wizyty lekarskiej u lekarza pierwszego kontaktu (39% osób korzystało z problemami, ograniczeniami, 7% nie było w stanie skorzystać), lekarza specjalisty (20% osób korzystało z problemami, ograniczeniami, 11% nie było w stanie skorzystać), kolejne wskazania to zabiegi rehabilitacyjne (7% osób korzystało z problemami, ograniczeniami, 12% nie było w stanie skorzystać) oraz planowe leczenie w szpitalu (6% osób korzystało z problemami, ograniczeniami, 6% nie było w stanie skorzystać) (Wykres 10.). Respondenci wskazywali także na ograniczony dostęp do oferty Uniwersytetów Trzeciego Wieku, klubów seniora, a także usług opiekuńczych, i to zarówno oferowanych przez ośrodki pomocy społecznej, jak i usług prywatnych.

Wykres 10. Dostępność w czasie pandemii niektórych usług



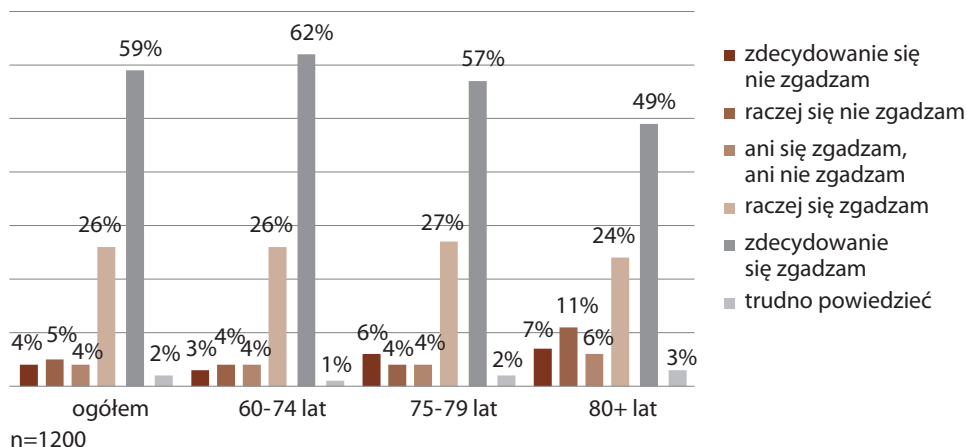
Osamotnienie i kondycja psychiczna

W celu zbadania poczucia zadowolenia osób starszych z ich relacji ze znajomymi i bliskimi oraz tego, czy mogą liczyć na wsparcie tychże, zadane zostały trzy powiązane ze sobą pytania. Tworzyły one syntetyczny wskaźnik osamotnienia. Na jednym krańcu skali znalazły się osoby najmniej osamotnione, które zdecydowanie się zgodziły z opinią, że są zadowolone ze swoich relacji ze znajomymi, mają wokół siebie wystarczająco dużo ludzi, których mogą poprosić o pomoc, a ich relacje z innymi ludźmi ich satysfakcjonują. Osobami najbardziej osamotnionymi były te, które nie zgodziły się z żadnym z tych twierdzeń. Pomysł na wskaźnik został zapożyczony z dużego opracowania przygotowanego w ramach brytyjskiej kampanii na rzecz ograniczania osamotnienia (The Campaign to End Loneliness, Measuring your impact on loneliness in later life, dostęp: 28.10.2021 r.) i poświęconego różnym sposobom pomiaru poczucia osamotnienia. Na marginesie warto rozważyć zorganizowanie podobnych działań, wraz z mechanizmem ich finansowania w Polsce.

W przypadku pytania o zadowolenie z przyjaźni i relacji ze znajomymi ponad cztery piąte osób starszych zgodziło się (raczej lub zdecydowanie) z tym stwierdzeniem (84,3%), a jedynie 6,4% wyraziło (raczej lub zdecydowanie) swój sprzeciw, pozostali nie potrafili się określić. Bardzo podobny odsetek respondentów pozytywnie odpowiedział na pytanie o to, czy ma wokół siebie wystarczająco dużo ludzi, których może w dowolnym momencie i bez skrupowania poprosić o pomoc (84,7%), choć już prawie co dziesiąty badany nie mógł się zgodzić z takim twierdzeniem (9,8%). Analogiczny rozkład dotyczył także pytania o satysfakcję z relacji z innymi (odpowiednio 83,3% zgadzających się i 9,5% niezgadających się). Podsumowując można powiedzieć, że czterech na pięciu badanych ma wokół siebie zadowolający ich krąg znajomych i przyjaciół, a średnio co dziesiąty nie ma jednoznacznej opinii na ten temat lub nie potrafi się określić. Zarazem co dziesiątą osobę można określić jako niezadowoloną ze swojej sytuacji.

Zgodnie z przypuszczeniami kryteria, które w znacznym stopniu wpływają na postrzegane poczucie osamotnienia, to skład gospodarstwa domowego, deklarowane ograniczenia związane z codziennymi aktywnościami oraz wiek osoby badanej. Jest to szczególnie widoczne przy odpowiedziach na pytanie dotyczące możliwości uzyskania wsparcia (Wykres 11.): 7% osób w wieku 80 lat i więcej zdecydowanie się nie zgadza, a 11% raczej się nie zgadza ze stwierdzeniem, że ma wokół siebie wystarczającą liczbę osób, których zawsze może poprosić o pomoc.

Wykres 11. Mam wokół siebie wystarczająco dużo ludzi, których mogę w dowolnym momencie i bez skrupowania poprosić o pomoc

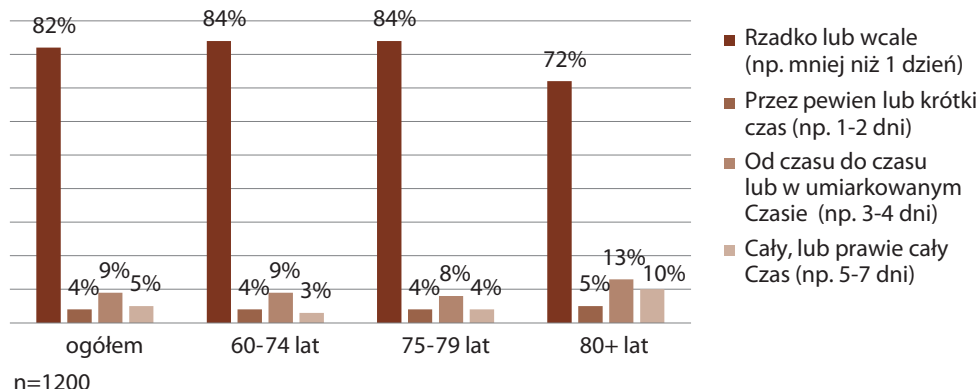


Przechodząc do opisu wskaźnika syntetycznego przyjęto, że osobami skrajnie osamotnionymi są te, które uzyskały od 10 do 12 punktów, gdzie 4 punkty można było uzyskać za wskazanie odpowiedzi „zdecydowanie się nie zgadzam”, 3 – „raczej się nie zgadzam”, 2 za postawę neutralną, 1 za „raczej się zgadzam” i 0 – „zdecydowanie się zgadzam”. Tak zdefiniowane skrajne osamotnienie dotyczy jedynie 2,4% respondentów, w przedziale od 7 do 9 punktów jest 4,4%, a umiarkowane poczucie osamotnienia (4-6 punktów) dotyczy kolejnych 15,6% seniorów. Za osoby, które nie są osamotnione (od 0 do 3 punktów) można uznać ponad trzy czwarte osób (77,6%), co wydaje się całkiem dobrym wynikiem. Może to być związane ze wspomnianą przy opisie próby nadreprezentacją osób z wyższym wykształceniem i w lepszej kondycji psychofizycznej. Poczucie osamotnienia zwiększało się wraz z wiekiem rozmówcy oraz deklarowanym poziomem ograniczeń w czynnościach dnia codziennego.

Ostatnie pytanie z tego modułu również pozwalało na ocenę poczucia osamotnienia, ale było nakierowane bardziej na ocenę bieżącej kondycji psychicznej rozmówców. I tak na pytanie: „czy w ciągu ostatniego tygodnia czuł/a się Pan/i osamotniony/a?” nieco ponad cztery piąte badanych (82,1%) zadeklarowało, że czuło się tak rzadko lub wcale (mniej niż 1 dzień), a 4,3% miało takie odczucie krótko (1–2 dni). Na potencjalne problemy, a z całą pewnością na konieczność monitorowania nastroju, wskazują pozostałe dwie odpowiedzi, czyli umiarkowane (3–4 dni), lub prawie stałe i stałe (5–7 dni) poczucie osamotnienia – odpowiednio 9,3% i 4,3%. Warto zwrócić uwagę, że podobnie jak w przypadku pozostałych pytań częściej deklarowały osamotnienie osoby najstarsze (23% osiemdziesięciolatek czuło się umiarkowanie, lub prawie stale osamotnionymi w ostatnim tygodniu), mające problemy ze zdrowiem i opuszczaniem swojego miejsca zamieszkania, a także mające poczucie, że nie otrzymały takiego wsparcia, jakiego potrzebowały.

Przykładowo przynajmniej umiarkowane osamotnienie zadeklarowała prawie co czwarta osoba (24%) z tych, które zdecydowanie nie zgadzały się ze stwierdzeniem, że otrzymały odpowiednie wsparcie w czasie pandemii. **Innymi słowy możemy mówić o pewnej kumulacji czynników wzmacniających izolację społeczną i poczucie osamotnienia, które łącznie powodują wykluczenie osób starszych.**

Wykres 12. Czy w ciągu ostatniego tygodnia czuł/a się Pan/i osamotniony/a? (na wykresie w kolejności <1 dzień, 1–2 dni, 3–4 dni, 5–7 dni)



Jeśli porównamy to z pierwszym blokiem pytań o relacje z innymi ludźmi i możliwości uzyskania od nich wsparcia, możemy stwierdzić, że **co najmniej co dwudziesta osoba starsza w Polsce jest osamotniona, a kolejne 10–15% jest zagrożonych osamotnieniem**. Z drugiej strony około czterech piątych osób starszych raczej nie ma problemów z osamotnieniem (z wyjątkiem grupy osób najstarszych, wśród których poczucie osamotnienia jest częstsze). Z jednej strony odsetek nie jest tak duży, jak się obawiano, nawet z uwzględnieniem udziału w badaniu osób lepiej funkcjonujących w życiu codziennym niż ogół populacji seniorów. Z drugiej strony, przekładając procenty na populację osób starszych powyżej 60 roku życia, która liczy około 10 mln osób, **można mówić w zaokrągleniu o 500 tysiącach osób starszych, które czują się osamotnione i mają poczucie, że nie mogą liczyć na wsparcie, oraz o co najmniej milionie zagrożonych taką sytuacją**. Oznacza to, że dobrostan relatywnie dużej liczby osób starszych zależy od ewentualnego uzyskania dodatkowego wsparcia, bowiem to istniejące obecnie w ich otoczeniu jest w jakimś stopniu niewystarczające. W szczególności warto podkreślić gwałtownie rosnący odsetek osób deklarujących poczucie osamotnienia w grupie osób powyżej 80 roku życia, bowiem właśnie liczebność tej grupy będzie rosła w Polsce relatywnie najszybciej. Co dziesiątego osiemdziesięciolatka poczucie osamotnienia w zasadzie nie opuszcza, łącznie prawie co czwarty odczuwa je przynajmniej trzy dni w tygodniu.

Rekomendacje

Pierwszą uwagą, która wykracza poza wyniki tego badania, jest stwierdzenie, że część osób znajdujących się w najtrudniejszej sytuacji nie została zrekrutowana do niniejszego badania z uwagi na przyjętą metodologię, czyli wywiady telefoniczne, które w okresie pandemii pozwalają na ograniczenie ryzyka zakażenia. Osoby takie mogą znajdować się także w dużym stopniu poza polem widzenia służb społecznych, ze względu na wielowymiarowe wykluczenie jakiegoś doznają. Przedstawione przekonania oparte więc zostały na uzyskanych w badaniu wynikach, które – co nie zaskakuje – wskazują na relatywnie najtrudniejszą sytuację osób, które są wielowymiarowo wykluczone, tzn. jednocześnie mają największe problemy w aktywnościach dnia codziennego, w tym w opuszczaniu mieszkania. Osoby te są relatywnie częściej osamotnione oraz nie uzyskują adekwatnego wsparcia. Dodając do tego ewentualne wykluczenie cyfrowe, a tym samym odcięcie od części informacji oraz alternatywnych wobec osobistych form kontaktu z najbliższymi, mamy do czynienia z pozostawieniem wielu osób z najstarszej grupy wieku starszego na marginesie życia społecznego. Biorąc pod uwagę proces starzenia się ludności Polski i relatywnie najszybszy wzrost liczebności wśród osób powyżej 80-85 roku życia oraz gospodarstw jednoosobowych wydaje się, że jednym z kluczowych wyzwań dla polityki społecznej jest **lepsze monitorowanie sytuacji życiowej właśnie tej grupy oraz wszelkie działania wzmacniające więzi społeczne na poziomie lokalnej społeczności**. Po pierwsze, służyłoby to ograniczaniu poczucia osamotnienia, a po drugie ułatwiałoby wspomniane monitorowanie i udzielanie ewentualnego wsparcia. Dobrym przykładem takiej działalności jest wspomniana wyżej brytyjska kampania na rzecz ograniczenia osamotnienia.

W szczególności warto wskazać na relatywnie niewielką, ale ze względu na przemiany demograficzne rosnącą grupę **osób, które nie są w stanie same opuścić swojego miejsca zamieszkania** z powodu odczuwanych ograniczeń w wykonywaniu codziennych czynności. W sytuacji pandemii liczba osób, które mogły „zniknąć” z pola widzenia zarówno sąsiadów i znajomych, jak też instytucji wsparcia zwiększyła się też o część z tych, które ograniczyły kontakty osobiste, czy to z własnego wyboru, czy też na skutek zamknięcia wielu instytucji lub ograniczenia ich działalności do przestrzeni wirtualnej. Osoby te nie posiadały przy tym odpowiednich kompetencji cyfrowych, by zastąpić kontakty osobiste z otoczeniem oraz bliskimi kontaktami za pomocą mediów społecznościowych.

W kontekście przeciwdziałania pandemii należy podkreślić dominującą rolę telewizji i radia, jako głównych źródeł informacji, które w przypadku młodszych starszych osób uzupełniane są o media internetowe. Jednocześnie warto podkreślić następującą sprzeczność: choć respondenci deklarują dobrą wiedzę o regulacjach związanych z pandemią, to wielu z nich nie potrafi podać bardziej szczegółowych informacji na temat form wsparcia skierowanych do osób starszych. Może to oznaczać, że deklarowana znajomość regulacji wynika z częstości występowania tematu pandemii w mediach, ale niekoniecznie oznacza umiejętność dotarcia do adekwatnej informacji o dostępnym lokalnie wsparciu i skorzystania z niego.

Rekomendacje Rzecznika Praw Obywatelskich

1. Prawo do godności

Polityki publiczne powinny zawierać jasno sformułowane zasady zapewniające realizację w praktyce prawa do godności – także w starszym wieku – m.in. poprzez uwzględnienie głosu samych zainteresowanych przy tworzeniu i realizacji polityk publicznych, m.in. poprzez realizację reprezentatywnych badań społecznych ułatwiających identyfikację potrzeb oraz odnoszących się do rozwiązań proponowanych przez organy władzy publicznej. Potrzebne są również proaktywne, regularne konsultacje na poziomie lokalnym w oparciu o wystandaryzowane kwestionariusze, także metodą „od drzwi do drzwi”. Należy uwzględnić głos tych osób, które nie opuszczają swoich domów lub mogą to zrobić jedynie przy pomocy osoby trzeciej. Realizacja prawa do godności jest powiązana z realizacją innych praw człowieka.

2. Prawo do informacji

Na poziomie polityk publicznych powinny zostać wdrożone mechanizmy zapewniające efektywny dostęp do informacji osobom starszym, zwłaszcza osobom odczuwającym osamotnienie, zarówno o samym zjawisku wywołującym kryzys w państwie, takim jak pandemia, o indywidualnych sposobach przeciwdziałania jego negatywnym skutkom, takim jak szczepienia, jak również o możliwości pozyskania wsparcia adekwatnego do potrzeb. Konieczne jest wypracowanie efektywnych kanałów i sposobów docierania z informacją do osób osamotnionych, biorąc pod uwagę, że często są to osoby deklarujące ograniczenia w zakresie poruszania się, widzenia i generalnie doświadczających ograniczeń w wykonywaniu czynności życia codziennego. Osobną kwestią jest wypracowanie skutecznych metod docierania z informacją do osób o niższym wykształceniu.

3. Prawo do opieki zdrowotnej

Zapewnienie prawa do opieki zdrowotnej w czasie kryzysu (pandemii), jak i poza nim, jest jedną z podstaw gwarantujących możliwość godnego życia w starszym wieku oraz włączenia społecznego, zdrowego i aktywnego starzenia się, i może mieć też decydujący wpływ na długość trwania życia. Jednym z kluczowych aspektów, oprócz dostępności do

lekarzy pierwszego kontaktu i lekarzy specjalistów, jest także dostęp do opieki w zakresie zdrowia psychicznego, w tym leczenia depresji, często powiązanej z poczuciem osamotnienia. Rozwinięcie dostępnej opieki w tym zakresie na poziomie lokalnym wymaga systemowego wsparcia i odpowiedniej polityki na poziomie krajowym, uwzględniającej w odpowiedni sposób sytuację osób w wieku 80 lat i więcej. Zwiększenie dostępności lekarzy specjalistów, w tym specjalistów geriatrici, zmniejszyłoby kolejki, co z kolei przełożyłoby się na szybkość postawienia diagnozy, a następnie wdrożenia leczenia. Pozwoliłoby to na uniknięcie wielu przedwczesnych śmierci, także w czasie po pandemii. Konieczne jest również przygotowanie służb medycznych i personelu pozamedycznego, już na etapie studiów, do coraz bardziej dynamicznego zwiększania się liczby pacjentów w starszym wieku. Niezbędne jest również uwzględnianie w politykach publicznych zdrowia psychicznego seniorów – w tym sposobów zapewniania dostępności opieki zdrowotnej, także w formie zdalnej. W Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego osoby starsze powinny być ujęte bezpośrednio, z uwzględnieniem specyfiki problemów, z którymi się mierzą, tak jak jest to aktualnie w przypadku dzieci i młodzieży.

4. Prawo do włączenia społecznego

Szczególną uwagę w kontekście realizacji prawa do włączenia społecznego należy zwrócić na osoby osamotnione. Konieczne jest wypracowanie systemowego wsparcia na poziomie lokalnym w postaci usług asystencji osobistej, budowania sieci kontaktów pomiędzy osobami starszymi, ich bliskimi, pracownikami służb publicznych, wolontariuszami. Niezbędne jest również wzmacnianie więzi na poziomie lokalnym poprzez adekwatne programy. Należy zadbać o to, aby usługi oferowane seniorom w stacjonarnych punktach wsparcia (dziennych domach pobytu, domach i klubach seniora, świetlicach społecznych, punktach informacji senioralnej), mogły być w sytuacji kryzysowej, w przypadku zamknięcia tych placówek, świadczone w ich miejscu zamieszkania. Rozszerzeniu powinna ulec – nie tylko w czasie pandemii – oferta usług aktywizacyjnych lub innych form wspólnego spędzania czasu świadczonych w domach.

5. Prawo do równego traktowania

W kontekście dostępności do usług publicznych, w tym usług opieki zdrowotnej, ale też usług wsparcia, polityki publiczne powinny uwzględniać perspektywę dyskryminacji ze względu na wiek, płeć, niepełnosprawność, pochodzenie etniczne i rasowe, orientację seksualną, również w ujęciu krzyżowym, kiedy to nakładające się bariery związane z daną cechą, jak np. wiek i niepełnosprawność, dodatkowo utrudniają dostęp do poszczególnych dóbr i usług. Z tego względu konieczne jest projektowanie działań afirmatywnych dotyczących poszczególnych grup odbiorców, mających na celu wyrównanie szans w dostępie do usług i dóbr oferowanych publicznie. Przykładem takich działań w odniesieniu do wy-

ników niniejszego badania byłoby wprowadzenie ww. systemowych rozwiązań w zakresie asystencji osobistej dla osób osamotnionych, starszych osób z niepełnosprawnościami, w tym również dla osób z chorobami neurodegeneracyjnymi. W przeprowadzonym badaniu stwierdzono też, że dla części osób starszych pomoc oferowana ze strony państwa była niewystarczająca – głównie w przynoszeniu zakupów, transporcie do lekarza, punktu szczepienia, do urzędu oraz pomocy w załatwieniu spraw urzędowych. Są to konkretne wskazania, które należy uwzględnić w projektowaniu lokalnego wsparcia, zwłaszcza w sytuacji wprowadzania ograniczeń w zakresie przemieszczania się w przestrzeni publicznej.

6. Zwiększenie kompetencji cyfrowych seniorów

Aby przeciwdziałać osamotnieniu, a także zapewnić osobom starszym dostęp do informacji konieczne jest zwiększenie kompetencji cyfrowych osób starszych, tak aby większa część seniorów, mogła korzystać z możliwości, jakie daje internet. Narzędzia cyfrowe pozwalają na większy dostęp do różnych form wsparcia, minimalizują ryzyko zakażeń (brak konieczności stania w kolejkach), a także pozwalają odpowiednim służbom na monitorowanie sytuacji osób narażonych na wykluczenie. Nie do przecenienia jest także rola internetu w utrzymywaniu relacji społecznych – włączenie seniorów w większym stopniu w świat cyfrowy przyczyniłoby się do zminimalizowania samotności i poczucia odcięcia od świata zwłaszcza tych osób, które mają problemy lub w ogóle nie mogą opuszczać swojego mieszkania.

7. Lokalne strategie postępowania w sytuacjach kryzysowych

Konieczne jest tworzenie lokalnych strategii postępowania w sytuacjach kryzysowych w odniesieniu do grup osób w szczególny sposób narażonych na wykluczenie, m.in. osób starszych – doświadczenia pandemii COVID-19 będą pomocne, jeśli chodzi o identyfikację zagrożeń dla tych grup osób. Niemniej w procesie tworzenia strategii należy efektywnie badać potrzeby tej grupy osób, a następnie w oparciu o takie rozpoznanie, projektować metody wsparcia, modele reagowania na zagrożenia oraz metody ewaluacji takich strategii – to z kolei pozwoli na wypracowanie standardów, nie tylko lokalnych, ale i ogólnokrajowych. Strategia na poziomie gminy powinna uwzględniać lokalne uwarunkowania, tak społeczne, jak i geograficzne. Aby takie działania mogły dojść do skutku, niezbędne jest również wzmocnienie organizacyjne i finansowe pracowników socjalnych – aktualnie liczebność tej grupy zawodowej w stosunku do zapotrzebowania na ich pracę jest niewystarczająca, również ze względu na mało atrakcyjne wynagrodzenie. Na poziomie gmin/miast w całym kraju należy dążyć do wyróżnienia w strukturze lokalnej administracji pracownika odpowiadającego za sprawy seniorów lub specjalnego pełnomocnika. Zauważalna jest także potrzeba powstawania lub wzmocniania istniejących rad seniorów lub rad ds. seniorów na poziomie gmin, gdzie oprócz samych osób starszych zasiadaliby specjaliści odpowiedzialni za projektowanie i wdrażanie proponowanych przez rady rozwiązań.

Bibliografia

GUS, (2016), „Prognoza ludności rezydującej dla Polski na lata 2014–2050”, Warszawa.

GUS, (2020), „Społeczeństwo informacyjne w Polsce w 2020 r.”, Warszawa, Szczecin.

GUS, „Stan zdrowia ludności Polski w 2019 r. (na podstawie wyników Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia – EHIS 2019 r.)”, dostęp 12.11.2021 na stronie <https://stat.gov.pl>.

Meslé Margaux Ml, Brown Jeremy, Mook Piers, Hagan José, Pastore Roberta, Bundle Nick, Spiteri Gianfranco, Ravasi Giovanni, Nicolay Nathalie, Andrews Nick, Dykhanovska Tetiana, Mossong Joël, Sadkowska-Todys Małgorzata, Nikiforova Raina, Riccardo Flavia, Meijerink Hintia, Mazagatos Clara, Kyncl Jan, McMenamin Jim, Melillo Tanya, Kaoustou Stella, Lévy-Bruhl Daniel, Haarhuis Freek, Rich Rivka, Kall Meaghan, Nitzan Dorit, Smallwood Catherine, Pebody Richard G., (2021), “Estimated number of deaths directly averted in people 60 years and older as a result of COVID-19 vaccination in the WHO European Region, December 2020 to November 2021”. Euro Surveill. 2021;26(47):pii=2101021.

Murkowski R., „Nadumieralność w Polsce podczas pandemii Covid-19 w 2020 roku”, „Wiadomości Statystyczne”, vol. 66, nr 7, 2021, s.7-23.

Okólski M., „Demografia zmiany społecznej”, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2004, s. 14.

Szweda-Lewandowska Z., „Prawo i przemiany demograficzne – o nienadążaniu regulacji i instytucji prawnych za przemianami demograficznymi wynikającymi z procesu starzenia się populacji”, „Polityka Społeczna”, nr 47, 2020 s.10-17.