



Fundusze Europejskie  
dla Rozwoju Społecznego



Rzeczpospolita  
Polska

Dofinansowane przez  
Unię Europejską



# Między polityką a praktyką dnia codziennego: opieka w starzejącym się społeczeństwie

dr hab. Mariola Raclaw, prof. UW

Gdańsk, 25 marca 2026 r.

Forum Analityków Włączenia Społecznego

Wydarzenie współfinansowane ze środków programu

**Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027**

**WŁĄCZAMY**  
pomorskie!

# O czym mówimy?

Opieka - kategoria teoretyczna czy empiryczna?

- Emocja/dyspozycja emocjonalna
- Działanie/akt
- Praca
- Zawód
- Mechanizm organizacji życia społecznego

ZAUFANIE □ społeczna jakość opieki

# Zaufanie a społeczna jakość opieki

## **ZAUFIANIE**

- Powiernicze (powierzamy samych sobie/znaczących innych)
- Antycypacyjne (wybór osoby ze względu na jej wiarygodność)
- Obligujące □  
sprowokowane/odwzajemnione

## **SPOŁECZNA JAKOŚĆ OPIEKI**

- Jakość wytworzona w wyniku międzyosobowych kontaktów  
relacyjny wymiar  
opieki/współzależny wymiar  
opieki

# Dwa konteksty upublicznienia i upolitycznienia opieki - od I. 70. XX w.

## Pozytywny

- Aktywizm ruchów kobiecych
- Dekonstrukcja norm w kontekście płci
- Etyka troski, *social care*, opieka jako dobro polityczne
  - opieka nieformalna, praca opiekuńcza, transformacyjne polityki opiekuńcze (osoby starsze (OS), starość i starzenie się)

## Negatywny

- Ruchy OzN: od modelu medycznego do społecznego;
- Niepełnosprawność a kategoria niezależnego życia
  - zmiany instrumentów (w tym: AOON) (niepełnosprawność, osoby z niepełnosprawnościami)

# Wersje upublicznionej i upolitycznionej opieki

1. OS a zasoby opiekuńcze jako zasoby krytyczne □ próby dowartościowania opieki (kobiety) i zmonetaryzowania; kategoria w politykach publicznych;

-> badanie narracji dot. opiekunów/ek nieformalnych (Funk i in., 2024): rzadkie dyskursy o prawie do ograniczenia zaangażowania, realnej możliwości wyboru; „prawa opiekuna” najczęściej oznaczają: prawo do wsparcia, by móc się dalej opiekować, a nie prawo do alternatywy (zamyka to prawo do renegotjacji opieki i ogranicza prawa obywatelskie)

v.

2. OzN i „ciemna strona opieki”: paternalistyczna opieka a egalitarystyczna opieka (asystencja) przeciw dominacji oczekiwań i interesów opiekuna nad podopiecznym; przeciw “usprawnianiu” organizmu do standardu sprawnego człowieka.

# Zmiany są konieczne? (1)

1. Era „nowej struktury ryzyk socjalnych”: klasyczne ryzyka socjalne (Konwencja MOP nr 102) nie odpowiadają wyzwaniom stawianym przez XXI w.
2. „Nowa struktura ryzyk” a uniwersalność doświadczenia niepełnosprawności, m.in. związanej ze starzeniem się populacji  
zjawisko uniwersalne i zróżnicowane
3. Poszerzenie katalogu ryzyk (np. ryzyko niesamodzielności)

## Zmiany są konieczne? (2)

4. Era „globalnego deficytu opieki”: spadek „tradycyjnego kapitału opiekuńczego rodziny” oraz „drenaż opieki”
5. Odpowiedź sytemu: ochrona ryzyka opieki długoterminowej w formie ubezpieczeniowej i pozaubezpieczeniowej
6. Zjawisko „prywatyzacji zarządzania ryzykiem”: bez zmian systemowych gospodarstwa domowe muszą indywidualnie podejmować wysiłek zaspakajania potrzeb opiekuńczych => refamiliaryzacja

# Opieka długoterminowa

- Brak jednej definicji na poziomie międzynarodowym i krajowym, np. WHO: tradycyjne usługi zdrowotne (leczenie przewlekłych schorzeń geriatrycznych, rehabilitacja, opieka paliatywna, promocja zdrowia i profilaktyka) + usługi opieki wspomagającej (opieka i wsparcie społeczne)  
= zintegrowane i świadczone w kontinuum z zasadami opieki skoncentrowanej na osobie.
- W polskim prawie: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ochronie zdrowia, świadczenia w ramach pomocy społecznej to usługi opiekuńcze różnego rodzaju.



# Sektor opieki długoterminowej: napięcia

1. Szukanie kompromisu p. aspektem ilościowym a jakościowym opieki (redukcja usług publicznych, deregulacja sektora prywatnych usług).
2. Konflikt pomiędzy postulatem profesjonalizacji a re-familizacją (dopuszczenie członków rodzin do opłacanej opieki, migrantów itp.)
3. Opozycja pomiędzy dążeniem do standaryzacji a elastycznością i zróżnicowaniem usług □ od usługi punktualnej do usługi pakietowej po spełnieniu kryteriów; od koncentracji na dostarczaniu opieki do koncentracji na jej dokumentowaniu

# Opieka długoterminowa (LTC) w Polsce

## Filar społeczny

- opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania
- dzienne usługi świadczone w ośrodkach wsparcia
- całodobowe usługi świadczone w DPS i RDP,
- usługi w innych placówkach całodobowej opieki.

## Filar medyczny

- świadczenia domowe zespołów długoterminowej opieki domowej dla osób wentylowanych mechanicznie i domowej opieki pielęgniarstwa
- świadczenia stacjonarnie w ZOL i ZPO  
Świadczeniobiorca: 0-40 pkt (na 100) na skali Barthel. Ocena 10 czynności dnia codziennego.

## LTC: elementy medyczne + społeczne

- Sektorowe „granice” wsparcia:
- finansowe (oddzielne fundusze)
- administracyjne (rozdzielenie leczenia i opieki, beneficjenci dostają tylko to, co przypisane w danym sektorze usług)
- zawodowe (profesje, które wzajemnie próbują narzucić sobie ideologie).

W rzeczywistości sektory i praktyki przenikają się.

# Deficyt opieki w Polsce (stanowisko PSOD oraz KIDO..., 2024)

- W PL brakuje ok. 20 tys. (wykwalifikowanych) opiekunów (ok. 0,5 mln osób wymaga obecnie opieki); do 2035 roku Polska będzie brakować 100 tys. opiekunów.
- Wg KE sektor usług opieki długoterminowej ma duży potencjał w zakresie generowania zatrudnienia – l. miejsc pracy w ciągu najbliższych 10 lat ok. 8 mln.
- Polskie przedsiębiorstwa opiekuńcze są/będą uzależnione od możliwości pozyskiwania opiekunów z państw trzecich.
- Szacuje się, że już 68% opiekunów domowych w Polsce to cudzoziemcy. Sektor opieki instytucjonalnej też zatrudnia i będzie zatrudniał osoby z doświadczeniem migranckim.

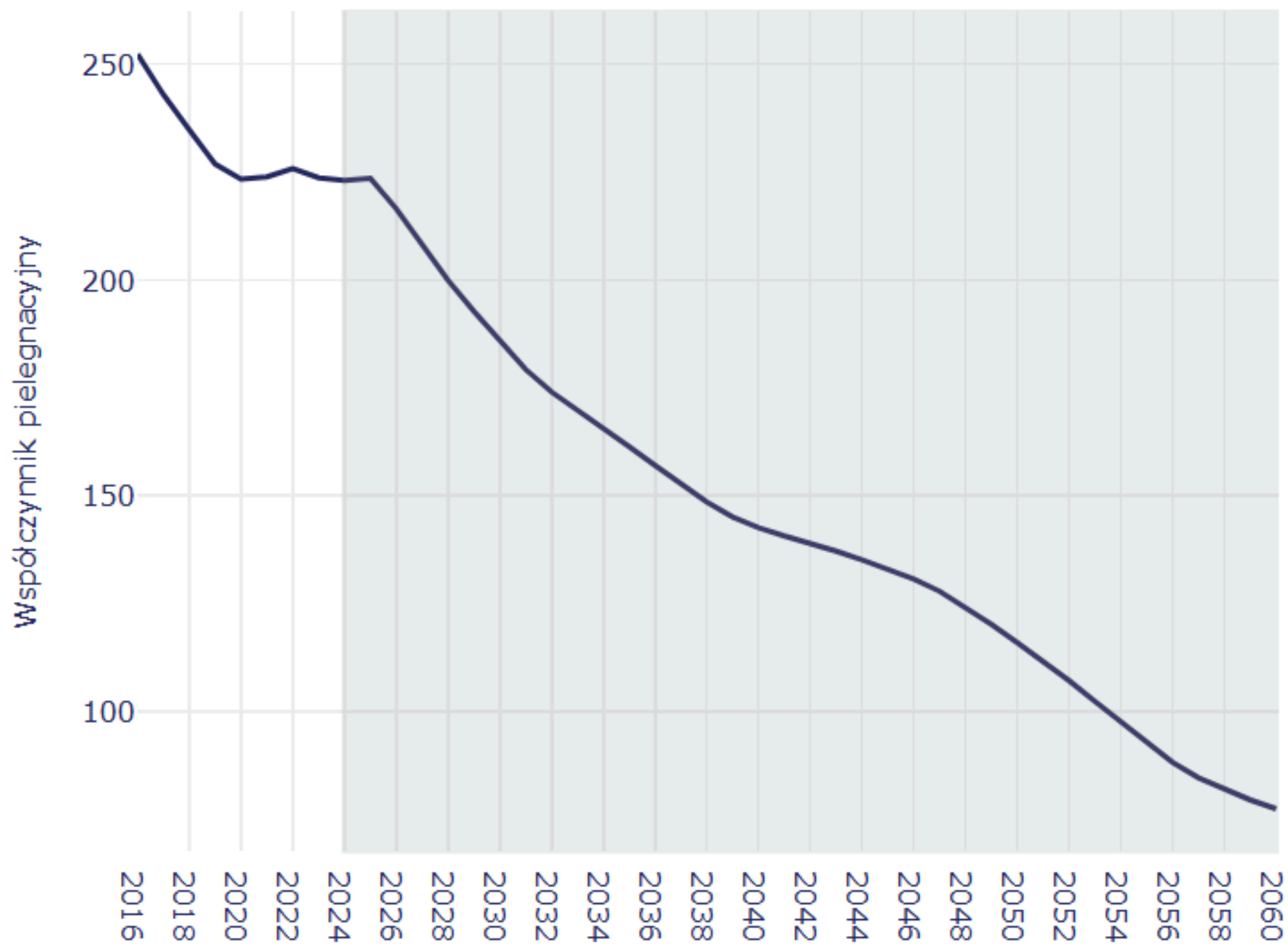
# Współczynnik pielęgnacyjny

([https://analizy.mz.gov.pl/app/mpz\\_2020\\_długa](https://analizy.mz.gov.pl/app/mpz_2020_długa))

- Oblicza się poprzez podzielenie liczby kobiet w wieku 50-64 (czyli potencjalnych opiekunek) przez liczbę populacji w wieku 80 lat i więcej w przeliczeniu na 100 osób.
- Współczynnik pielęgnacyjny o wartości poniżej 100 oznacza że będzie więcej osób powyżej 80 roku życia niż potencjalnych opiekunów.
- Malejący współczynnik pielęgnacyjny przyczynia się do zmniejszenia się potencjału opieki nieformalnej i konieczności zwiększenia roli administracji publicznej w zapewnieniu opieki niesamodzielnym seniorom.

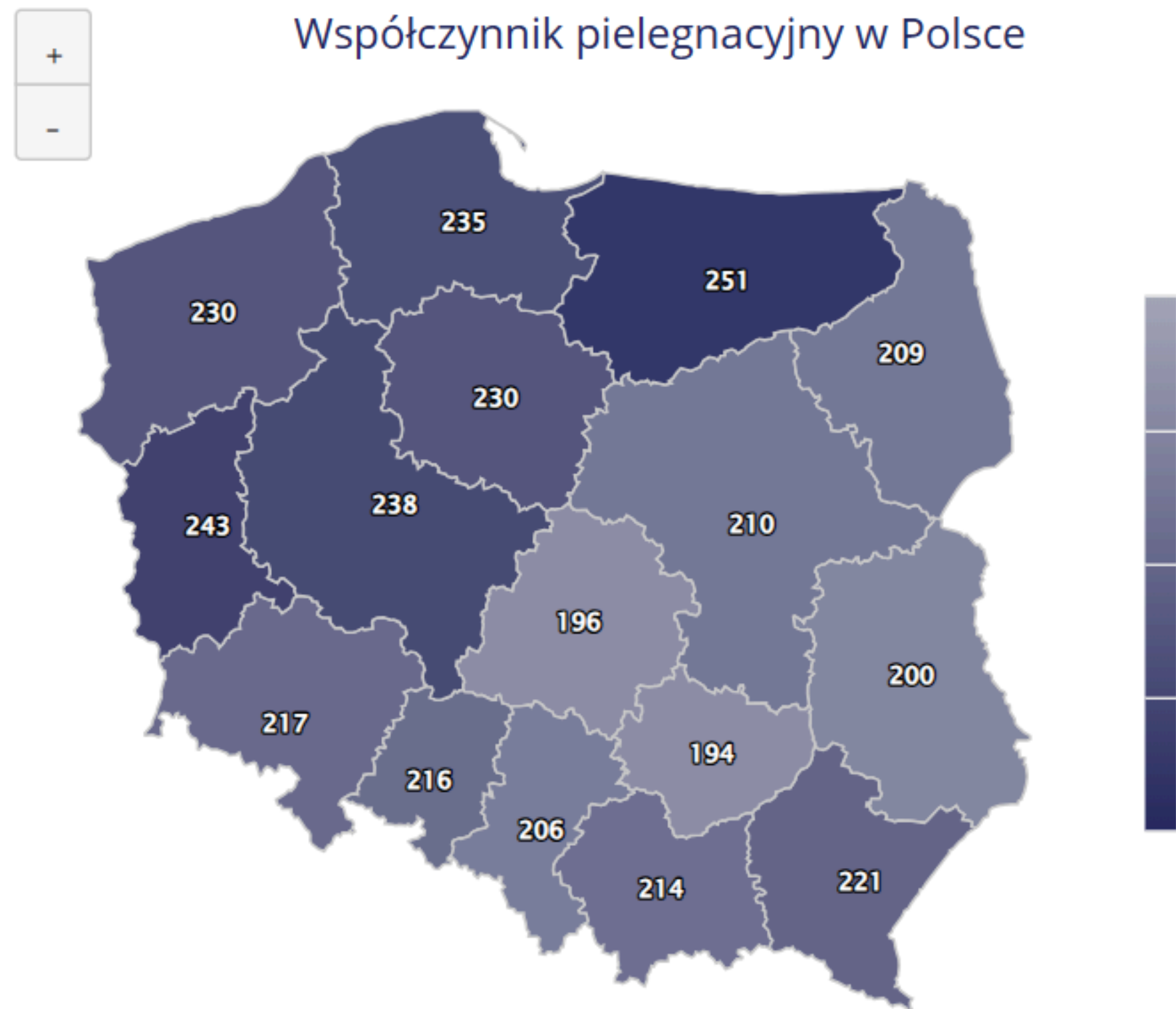
# Współczynnik pielęgnacyjny w Polsce

Współczynnik pielęgnacyjny - poziom na przestrzeni lat



Źródło: Opracowanie DAIS na podstawie danych z GUS

Współczynnik pielęgnacyjny w Polsce



Źródło: Opracowanie DAIS na podstawie danych z GUS

# Opieka: praca emocjonalna, praca brudna, praca niewidoczna, praca w samotności

- Etykieta pracy brudnej, trudnej i czasami niebezpiecznej.
- Społeczeństwa stosują strategie zarządzania „brudnymi pracami”, np.
- delegowanie ich do klas niższych,
- ukrycie czynności przed publicznością (są schowane na zapleczu instytucji czy w prywatnej przestrzeni)
- wykonywane przez migrantów, których zatrudnienie w sektorze opieki nosi cechy prekarnego.

# Elementy „brudzące” pracę

- Związane z obecnością różnego typu obciążeń,
- fizycznych (poprzez styczność z odpadkami, śmiercią, szkodliwymi substancjami, wykonywanymi w niebezpiecznych warunkach),
- społecznych (poprzez kontakt z osobami stygmatyzowanymi),
- moralnych (użycie określonych społecznie potępianych technik koniecznych do zrealizowania celu pracy),
- etyczno-normatywnych (podejmowanie decyzji wiążących się z dylematami dotyczącymi życia i losu innych).



# Samotność w opiece

- Ciężar pomagania/opiekowania    zmęczenie współczuciem
- Samotność w pomaganiu i w opiece □ profesjonalna  
samotność w dylematach vs. osamotniony profesjonalista
- Izolacja strukturalna (przeciążenie i brak współpracowników)

# Podójście oparte na potrzebach

- Diagnoza braków i niedoborów usług
  - Koncentracja na standardach i minimalnym poziomie zaspokoienia
  - Człowiek jako odbiorca świadczeń
  - Dominacja wskaźników ilościowych
- Identyfikacja braków infrastrukturalnych i kadrowych
  - Porównanie stanu faktycznego ze standardami
  - Rekomendacje: zwiększenie zasobów i usług

# Podójście oparte na moŹliwoŹciach

- Akcent na wolnoŹć wyboru i sprawczoŹć osoby
  - Badanie realnych moŹliwoŹci, nie tylko dostęпноŹci usług
  - Uwzględnienie barier psychologicznych i kulturowych
  - Partycypacja i wespółdecydowanie
- Analiza realnych moŹliwoŹci korzystania z usług
  - Badanie autonomii i adaptacji preferencji
  - Uwzględnienie partycypacji mieszkańców i diagnostów

# Przyszłość opieki = technologia?

- Posthumanizm v. transhumanizm
- Badania w PL wśród osób 70+ preferencje:
- kształt przypominający osoby ludzkie i znane przedmioty;
- reagowanie na polecenia słowne i bodźce dotykowe;
- komunikujące się miłym, ciepłym i spokojnym głosem;
- wspomagające funkcje fizyczne, umysłowe, w codziennych czynnościach, edukacji i wypoczynku.

# A co z więzią, zaufaniem i społeczną jakością opieki?

- Opiekuńczość ≠ człowieczeństwo? □ neutralność emocjonalna jako potencjalny atut technologii □ zdolność człowieka do nawiązywania emocjonalnego przywiązania do rzeczy nieożywionych (poczucie komplementarności)?
- Samotność w uprzedmiotowieniu technologicznym, czy „upomiotowienie” technologii?

Ale:

- Redefinicja polityk publicznych      empatia społeczna jako czynnik rehumanizacji  
polityk i wzmacnianie wspólnot

**Zastanówmy się nad naszymi schematami myślenia o starości i opiece.**

**Czy warto badać wizje przyszłości? (1)**

**Kto może spekulować na temat przyszłości, posiadając odpowiedni autorytet i legitymację?**

- panika moralna dot. starości: „demograficzna apokalipsa”, „srebrne tsunami”, „demograficzna bomba zegarowa”

Przyszłość w medialnych przekazach:

- a) osoby starsze jako demograficzne zagrożenie przyszłości ze względu na zasoby,
- b) osoby starsze jako bieżące zagrożenie polityczne dla przyszłości innych.

## **Czy warto badać wizje przyszłości? (2)**

**Czyje wyobrażone przyszłości są uznawane za możliwe i wiarygodne?**

- dla kogo są wyobrażone przyszłości? jakie są preferowane odpowiedzi na zmiany demograficzne?

- Aktywne starzenie się, ale:
- jednorodność: ageism,
- „dobrostan” dopasowany do klasy średniej,
- idea „starzenia się bez starzenia”: brak uwzględnienia fizycznych zmian ciała, które przychodzą z wiekiem.

## **Czy warto badać wizje przyszłości? (3)**

### **Czyje wyobrażenia przyszłości są „uciszone”/odrzucone jako nierealistyczne/niepraktyczne?**

- „inne” podejście do starzenia się niż aktywne odczytane jako osobista porażka;
- (nie)obecność narracji osób, które „nie poradziły sobie” z procesem starzenia;
- (nie)obecność narracji osób z grup mniejszościowych.



# Czy warto badać wizje przyszłości? (4)

## Kto korzysta z promowania konkretnych wizji przyszłości?

- alarmistyczne prognozy jako uzasadnienie dla współczesnej restrukturyzacji systemów zdrowotnych i reformy welfare state.
- konstrukcja przyszłego obywatela starszego, ale „nie tego, który się starzeje” jako część szerszej „anty-welfare agendy”;
- przemysły rozwijające „terapię na starzenie się”, sektory związane z biotechnologią, zdrowiem i starzeniem się.

## Co dalej?

- To w dużym stopniu zależy od nas.

# Dziękuję za uwagę.

Dr hab. Mariola Raclaw, prof. ucz. (ISNS UW)  
m.raclaw@uw.edu.pl

