

Zofia Szweda-Lewandowska

Uniwersytet Łódzki

MODELE OPIEKI NAD OSOBAMI NIESAMODZIELNYMI

Wprowadzenie

Zapewnienie osobom niesamodzielnym wsparcia i opieki w życiu codziennym to jedna z najistotniejszych kwestii starzejącego się społeczeństwa. Wzrastające zapotrzebowanie na różnorodne rodzaje wsparcia (zarówno w środowisku, jak i w instytucjach specjalizujących się w sprawowaniu opieki) należy rozważyć w kontekście istniejących uwarunkowań społeczno-ekonomiczno-kulturowo-demograficznych. Celem artykułu jest przedstawienie pięciu modeli opieki nad niesamodzielnymi osobami starszymi oraz próba wskazania modelu, któremu odpowiada sposób sprawowania opieki w Polsce. W pierwszej części artykułu zostaną przedstawione dane obrazujące skalę zjawiska niesamodzielnności, ze szczególnym uwzględnieniem osób starszych. Dalsza część jest poświęcona prezentacji pięciu modeli opieki nad seniorami wymagającymi wsparcia w codziennej egzystencji. W kolejnym podpunkcie rozważania zostały skoncentrowane na sytuacji w Polsce i odpowiedzi na pytanie, który model odpowiada sposobowi zapewnienia wsparcia seniorom w naszym kraju.

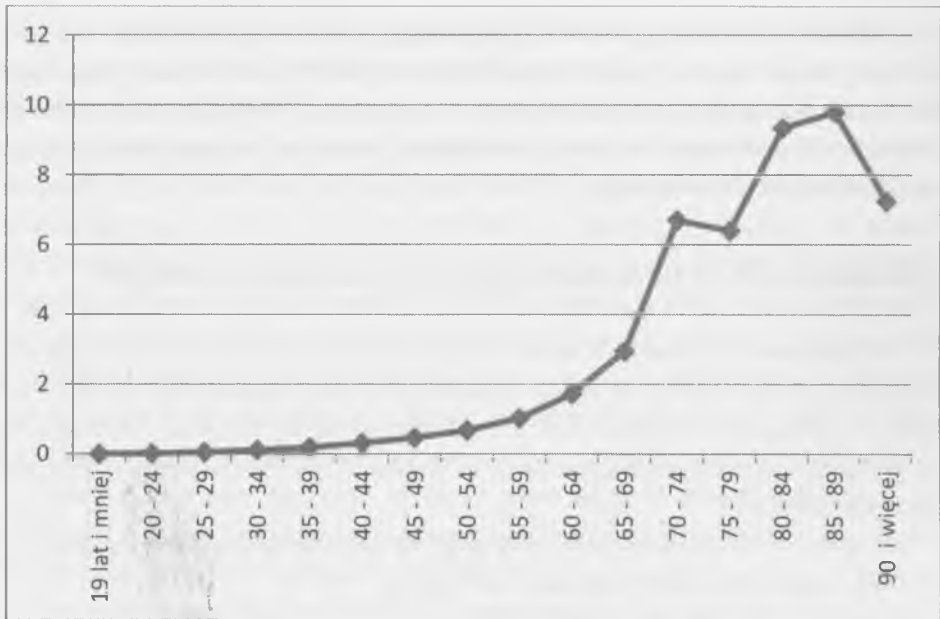
1. Niesamodzielnność

Niesamodzielnność definiowana jako niemożność samodzielnego wykonywania czynności dnia codziennego i konieczność korzystania z pomocy osób trzecich przy zaspokajaniu tychże potrzeb jest skorelowana z wiekiem. Częstość występowania niesamodzielnności jest wyższa wśród osób w tzw. IV wieku¹ niż u osób młodszych. Osoby w wieku 80 lat i więcej najczęściej potrzebują pomocy przy wykonywaniu czynności wymagających siły oraz sprawności fizycznej, ta-

¹ Osoby w wieku 80/85 lat i więcej.

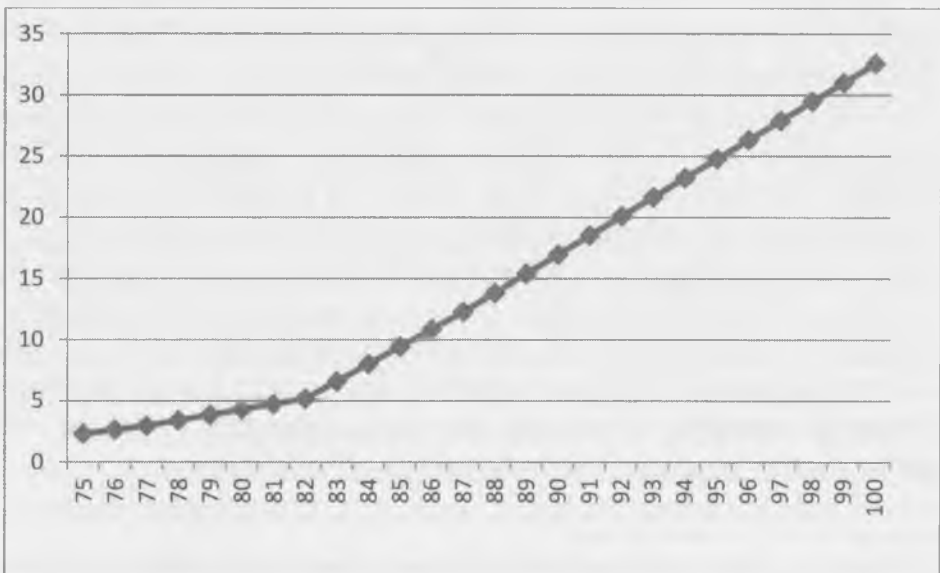
kich jak: przynoszenie zakupów, sprzątanie mieszkania/domu, przygotowywanie posiłków, dalsze wyjścia z domu. Wśród osób w IV wieku zwiększa się jednak również odsetek osób potrzebujących pomocy przy wykonywaniu podstawowych czynności, takich jak: zabiegi higieniczne, ubieranie się, samodzielne jedzenie, poruszanie się po domu itp. Do oceny stopnia niesamodzielnosci można zastosować skalę, na której przyporządkowuje się punkty za możliwość wykonania danej czynności. Dla czynności podstawowych używa się skali ADL (ang. *activities of daily living*), a dla czynności złożonych – IADL (ang. *instrumental activities of daily living*). Nie przeprowadzono jednak badań z zastosowaniem skali ADL lub IADL dla całej populacji Polski. Pewnych informacji na temat odsetka osób niesamodzielnych w grupach wieku mogą dostarczyć dane dotyczące osób pobierających dodatki pielęgnacyjne do emerytur i rent wypłacanych przez ZUS z racji niezdolności do samodzielnej egzystencji (rys. 1). Wśród osób poniżej 30. roku życia odsetek niesamodzielnych otrzymujących dodatki pielęgnacyjne jest mniejszy niż 0,5%. Wraz z wiekiem rośnie udział osób niesamodzielnych wymagających wsparcia w postaci usług opiekuńczych lub pomocy ze strony rodziny. W grupie wieku 70-74 lata odsetek ten sięga już prawie 7%, a najwyższy odsetek jest w grupie wieku 85-89 lat – prawie 10%. Po 75. roku życia wszyscy uprawnieni do otrzymywania świadczeń z funduszu ubezpieczeń społecznych dostają dodatek pielęgnacyjny bez względu na stan zdrowia. Przedstawione na rys. 1 dane obrazują jednak odsetek osób, które w danej grupie wieku otrzymują dodatek z tytułu niezdolności do samodzielnej egzystencji. Można przypuszczać, że jeśli niesamodzielnosc wystąpiła po 75. roku życia, to senior/rodzina nie występował o formalne orzeczenie o niesamodzielnosci, ponieważ nabył prawo do dodatku pielęgnacyjnego.

Najnowsze kompleksowe badanie osób starszych w Polsce PolSenior pozwala na szczegółową analizę odsetka osób niesamodzielnych w starszych grupach wieku. Do badania niesamodzielnosci użyto wskaźnika ADL, który pozwala na kompleksową ocenę stanu zdrowia (rys. 2). Dane uzyskane na podstawie badania wskazują na niższy, niż wynika z danych ZUS, odsetek osób niesamodzielnych w grupie wieku 75-79 lat. Wśród najstarszych starych, czyli osób w wieku 80 lat i więcej odsetek ten jest natomiast wyższy niż wynika z danych ZUS. Wśród osób w wieku 90 lat i więcej niesamodzielny jest już co trzeci senior.



Rys. 1. Osoby niesamodzielne jako odsetek osób w danej grupie wieku (w %) w 2010 r.

Źródło: Obliczenie własne na podstawie: ZUS, Departament Statystyki i Prognoz Aktuarnych 2010 r.



Rys. 2. Osoby niesamodzielne jako odsetek osób w danej grupie wieku (w %)

Źródło: Obliczenia własne na podstawie: B. Wizner, A. Skłaska, A. Klich-Rączka, K. Piotrowicz, T. Grodzicki: *Stan zdrowia i sprawność osób starszych*. W: *PolSenior. Aspekty medyczne, psychologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*. Red. M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błądowski. terMedia, Poznań 2012, s. 85.

Przedstawione dane potwierdzają rosnącą niesamodzielność wraz z wiekiem, co wiąże się ze zwiększonym zapotrzebowaniem na pomoc w życiu codziennym. Postępujący proces starzenia się populacji Polski będzie skutkował koniecznością zapewnienia takiego wsparcia, biorąc pod uwagę zmniejszające się zasoby opiekuńcze rodziny.

2. Modele opieki nad niesamodzielnymi osobami starszymi

W zależności od uwarunkowań historycznych w różnych reżimach polityki społecznej ukształtowały się różne modele opieki nad osobami starszymi. Pięć modeli opisujących zależności i sprzężenia pomiędzy pomocą nieformalną świadczoną w ramach sieci krewniaczej i nierodzinnych sieci wsparcia oraz pomocą formalną to:

- hierarchiczny model kompensacyjny (ang. *hierarchical compensatory model*),
- model substytucji (ang. *substitutional model*),
- model szczególności (ang. *specificity model*),
- model uzupełnienia (ang. *supplementation model*),
- model komplementarności (ang. *complementarity model*)².

Pierwszy model został opracowany przez H.M. Cantora. Jego podstawą jest założenie, że to interakcje wpływają na formę pomocy, jaką preferuje osoba starsza³. Seniorzy preferują małżonków jako pierwsze źródło wsparcia, w następnej kolejności dzieci, dalszych krewnych i przyjaciół. Pomoc formalna jest ostateczną formą pomocy, gdy nie może być ona udzielona w obrębie sieci wsparcia rodzinnego i sąsiedzkiego. Głównym założeniem tego modelu jest przejmowanie kompetencji w zakresie opieki nad seniorem, ale istotne jest, aby nie zostały pominięte poszczególne ogniwa łańcucha pomocy (jeśli oczywiście istnieją i mogą sprawować opiekę nad osobą starszą)⁴. W modelu tym założono, że istnieje hierarchia podmiotów udzielających wsparcia i pierwszym podmiotem są rodzinne sieci wsparcia, w dalszej dopiero kolejności nierodzinne nieformalne sieci wsparcia, a dopiero w sytuacji niemożności uzyskania wystarczającej pomocy ze strony tych podmiotów rolę podmiotu wspierającego przejmuje samorząd terytorialny lub państwo.

² D. Patsios, A. Davey: *Formal and Informal Community Care for Older Adults*. W: *The Cambridge Handbook on Age and Ageing*. Ed. L. Johnson. Cambridge University Press, Cambridge 2005, s. 597-598.

³ H.M. Cantor: *Life Space and the Social Support System of the Inner City Elderly of New York*. „The Gerontologist” 1975, 15, s. 23-27.

⁴ H.M. Cantor: *Strain Among Caregivers: A Study of Experience in the United States*. „The Gerontologist” 1983, 23, s. 597-604.

Model substytucji zakłada przekazywanie zadań w zakresie opieki nad osobą starszą przez rodzinę do sfery formalnej opieki. Instytucje publiczne przejmują role, które mogłyby być wypełniane przez rodzinę i sieci wsparcia społeczne⁵. Pomoc formalna jest substytucyjna w stosunku do pomocy nieformalnej. W modelu tym przestaje obowiązywać zasada subsydiarności, a instytucje formalne ingerują w sieci rodzinne i społeczne. Zgodnie z koncepcją *woodwork effect* raz udzielone wsparcie osobie starszej powoduje, że wzrasta postawa roszczeniowa ze strony rodziny (jeśli osoba starsza posiada rodzinę) oraz samej osoby starszej⁶. Członkowie rodziny oraz osoba starsza uczą się, jak korzystać z pomocy oferowanej przez pomoc społeczną, poznają możliwości, jakimi dysponują władze samorządowe w zakresie opieki nad osobami starszymi. Rodzina lub osoba starsza dąży do rozszerzenia usług opiekuńczych i zwiększenia ich wymiaru czasowego, przestaje de facto obowiązywać zasada subsydiarności, ponieważ jednostka otrzymuje większą pomoc niż jest jej w rzeczywistości niezbędna. Zachwianie w hierarchii podmiotów udzielających pomocy i zwiększenie obciążenia instytucji udzielaniem wsparcia powoduje przejęcie funkcji opiekuńczych, dawniej przypisanych tradycyjnie rodzinie, przez państwo.

Wzajemne dopełnianie się opieki oferowanej osobie starszej przez sieci wsparcia społecznego oraz pomoc formalną opisuje model szczególności, który zakłada dualność opieki nad osobą starszą oraz wzajemną komplementarność pomocy udzielanej przez rodzinę i instytucje do tego powołane⁷. Rodzina udziela wsparcia emocjonalnego oraz wsparcia niewymagającego fachowej wiedzy i umiejętności, bo te zapewniają sieci wsparcia formalnego. W modelu tym zakłada się, że nawet, gdy osoba starsza zostaje umieszczona w instytucjonalnej formie pomocy, to rodzina nadal jest zaangażowana w opiekę. W tym przypadku rodzina powinna odwiedzać seniora oraz być źródłem wsparcia emocjonalnego i psychicznego. Sieci formalnego wsparcia, odpowiedzialne za fachową pomoc w pielęgnacji osoby niesamodzielnej, dysponują odpowiednio wyszkoloną kadrą opiekunek, personelu medycznego, pracowników służb społecznych, posiadającą wiedzę i umiejętności niezbędne w sprawowaniu funkcji opiekuńczych.

Podstawą modelu uzupełnienia jest założenie, że to najbliżsi są głównym źródłem pomocy dla osoby starszej i to oni przede wszystkim sprawują opiekę, gdy osoba niesamodzielna jej wymaga. Wsparcie ze strony instytucji jest uzu-

⁵ V.L. Greene, M.E. Lovely, M.D. Miller, J.I. Ondrich: *Reducing Nursing Home Use through Community Long-term Care: An Optimization Analysis*. „Journal of Gerontology: Social Sciences” 1995, Vol. 50B, 4, s. 259-267.

⁶ H. Moody: *Aging. Concepts and Controversies*. Pine Forge Press, London 2006, s. 329-330.

⁷ S.L. Noelker, M.D. Bass: *Home Care for Elderly Persons: Linkages between Formal and Informal Caregivers*. „Journal of Gerontology: Social Sciences” 1989, Vol. 44, 2, s. 63-70.

pełnieniem pomocy udzielanej przez sieci rodzinne i nieformalne w zakresie profesjonalnego wsparcia w sytuacji braku możliwości zapewnienia fachowej opieki nad seniorem. Pomoc formalna jest dodatkiem do pomocy nieformalnej wtedy, gdy rodzina przez pewien czas nie może wypełniać swoich zadań opiekuńczych (np. wyjazd na wakacje) lub gdy nie ma rodziny mogącej zapewnić opiekę⁸. Z modelem uzupełnienia wiąże się koncepcja *ageing in place* (starzenie się w środowisku/miejscu zamieszkania). Kluczowym założeniem tej koncepcji jest wspieranie jednostki w pozostawaniu w swoim środowisku zamieszkania poprzez programy wspomagające jej egzystencję. Model uzupełnienia, podkreślając znaczenie rodziny ze względu na jej kluczową rolę w zakresie wspierania seniora w starzeniu się w jego dotychczasowym otoczeniu, jest implementacją koncepcji *ageing in place*.

Ostatni model łączy elementy modelu kompensacyjnego i uzupełnienia, ponieważ zakłada, że pomoc formalna zostaje włączona w proces opieki nad osobą starszą, gdy najistotniejsze elementy nieformalnej sieci wsparcia nie wypełniają w dostatecznym stopniu swoich zadań opiekuńczych. Opieka formalna i nieformalna są komplementarne względem siebie, tzn. pomoc formalna przejmuje zadania, których nie może zaspokoić pomoc nieformalna, ponieważ osoby jej udzielające nie posiadają wystarczających do tego kompetencji. W modelu tym zakłada się jednak, że usługi opiekuńcze świadczone przez instytucje nie odbywają się w izolacji od dotychczasowego wsparcia ze strony rodziny i znajomych. Zaangażowanie rodziny w dalsze wspieranie seniora nawet, gdy przebywa on w instytucjonalnej formie pomocy, sprawia, że model ten jest podobny również do modelu dopełniania się.

3. Wsparcie osób niesamodzielnych w Polsce

Tradycyjnie w Polsce postrzega się rodzinę jako główne źródło udzielające wsparcia osobie niesamodzielnej. Niesamodzielni, w tym sędziwi członkowie rodziny, otrzymują wsparcie w ramach sieci krewniaczej; pomoc świadczona przez ośrodki pomocy społecznej jest uruchamiana w sytuacji, gdy rodzina nie ma możliwości sprawowania opieki. Poniższe rozważania oparto na badaniach oraz danych Głównego Urzędu Statystycznego. Na ich podstawie starano się odpowiedzieć na następujące pytania: jakie podmioty najczęściej świadczą wsparcie oraz jak duży jest udział pomocy środowiskowej świadczonej przez ośrodki pomocy społecznej i pomocy instytucjonalnej świadczonej przez domy pomocy

⁸ J.M. Penning: *Receipt of Assistance by Elderly People: Hierarchical Selection and Task Specificity*. „The Gerontologist” 1990, 30, s. 220-227.

społecznej, zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze? Jakie są preferencje Polaków w zakresie podmiotów sprawujących opiekę? Kogo w roli opiekuna najchętniej widzieliby w sytuacji niemożności samodzielnej egzystencji?

W raporcie z badania „To idzie starość. Postawy osób w wieku przedemerytalnym” przedstawiono opinie respondentów dotyczące odpowiedzialności za sprawowanie opieki nad osobami starszymi. Uczestnicy badania (osoby w wieku 45-65 lat) wskazywali na dzieci jako główny podmiot zobowiązany do świadczenia wsparcia (59% respondentów)⁹. Tylko niespełna 40% ankietowanych uważało natomiast, że obowiązek opieki nad seniorem spoczywa na całej rodzinie. Deklaracje są niezależne od płci i wieku, a cechami różnicującymi, ale w niewielkim stopniu, są miejsce zamieszkania i wykształcenie. Osoby legitymizujące się wykształceniem średnim zawodowym i zasadniczym zawodowym oraz osoby mieszkające na wsi były większymi zwolennikami obowiązku świadczenia pomocy przez dzieci niż osoby z wyższym wykształceniem i mieszkające w miastach. Prawie jedna trzecia respondentów twierdziła, że opieka nad seniorami jest obowiązkiem społeczeństwa, a wsparcie powinno być świadczone w ramach instytucji społecznych. Warto zwrócić uwagę, że z akceptacją dla obciążania gminy opieką nad osobami starszymi rośnie wraz z wiekiem respondentów. W grupie badanych w wieku 45-49 lat przekonanie o tym, że opieka nad seniorami jest obowiązkiem gminy wyrażało 27%, a w grupie 55-59 lat już 32%. W zakresie preferencji dotyczących podmiotu sprawującego opiekę w sytuacji niesamodzielności większość respondentów wskazywała na dzieci – 91%, współmałżonka 87%, w następnej kolejności dalsi krewni i przyjaciele lub sąsiedzi. Kolejne pozycje uzyskiwały instytucje finansowane w celu udzielania wsparcia, państwo, instytucje samorządowe, a dopiero w następnej kolejności organizacje pozarządowe, w tym stowarzyszenia i fundacje prowadzone przez związki wyznaniowe. Wyniki badania potwierdzają ważność rodziny jako źródła wsparcia i pomocy w sytuacji niesamodzielności oraz hierarchię podmiotów preferowanych przez Polaków. W pierwszej kolejności są to dzieci, współmałżonek, dalsi krewni, przyjaciele lub sąsiedzi, państwo, gminne ośrodki pomocy społecznej, organizacje pozarządowe, związki wyznaniowe.

Powyższe wyniki badania są zbieżne z analizą przeprowadzoną przez P. Szukalskiego w 2004 r. w Łodzi dotyczącą sytuacji osób po 75. roku życia korzystających z pomocy społecznej¹⁰. W przypadku zajścia nagłej potrzeby, jak

⁹ E. Bojanowska: *Opieki nad ludźmi starszymi. W: Przygotowanie do starości. Polacy wobec starzenia się.* Red. P. Szukalski. ISP, ZUS, Warszawa 2009, s. 212-213.

¹⁰ P. Szukalski: *Status rodzinny a sytuacja bytowa i zdrowotna osób sędziwych w środowisku wielkomiejskim* (grant KBN 2H2OE03424). Zrealizowane w 2004 r.

problemów zdrowotnych, większość respondentów pomocy oczekiwałaby od dzieci. Sieci wsparcia sąsiedzkiego były dla prawie 14% (w momencie wystąpienia problemów zdrowotnych), dla 12% badanych potencjalnym źródłem pomocy byli dalsi krewni, a 11% wskazało na struktury formalne. Jedna piąta respondentów twierdziła, że nie miałaby się do kogo zwrócić o pomoc w przypadku tych problemów, a tylko 2% wskazywało na współmałżonka. Należy jednak pamiętać, że ponieważ badanie było przeprowadzone wśród osób będących klientami ośrodka pomocy społecznej występuje nadreprezentacja osób samotnych, głównie wdów. Większość respondentów deklarowała samodzielność w zaspokajaniu potrzeb związanych z codzienną egzystencją. Jako podstawowe źródło wsparcia wskazywali na rodzinę, przede wszystkim dzieci, jednak sąsiedzi byli istotnym i często brany pod uwagę źródłem potencjalnej pomocy częściej niż formalne struktury.

Dane GUS w zakresie odsetka osób w wieku 75 lat i więcej przebywających stacjonarnie w zakładach pomocy społecznej wskazują na marginalność tego typu pomocy. Niespełna 1% subpopulacji osób w wieku 75 lat i więcej korzysta z tej formy wsparcia. Trudna do oszacowania jest liczba osób korzystających z prywatnych form całodobowego wsparcia, ponieważ często tego typu placówki nie są umieszczone w rejestrze wojewodów oraz nie podlegają kontroli i sprawozdawczości. Biorąc pod uwagę osoby starsze uzyskujące pomoc w ramach systemu ochrony zdrowia w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych odsetek seniorów w wieku 75 lat korzystających z różnorodnych form pomocy instytucjonalnej nie przekracza 1,5%¹¹.

Również dane OECD wskazują na znaczący – na tle innych krajów – udział rodziny w opiece nad osobami starszymi i nieznaczną rolę pomocy instytucjonalnej w tym zakresie.

Analizując system opieki nad osobami starszymi w Polsce, można stwierdzić, że władze publiczne dążą do wprowadzenia hierarchicznego modelu kompensacyjnego, który wydaje się być zarówno najskuteczniejszym, jak i najefektywniejszym w implementacji. To kiedy powinna być udzielona pomoc osobie starszej i jej ewentualnym opiekunom zależy od podstawowych cech seniora oraz sieci jego wsparcia, takich jak: wiek, stan zdrowia, istnienie i wielkość sieci krewniaczej oraz nieformalnych, nierodzinnych sieci wsparcia, dochodów, zasobów kulturowych. Obecnie największy ciężar opieki nad osobą niesamodzielną spoczywa jednak na rodzinie, która nie otrzymuje wystarczającego wsparcia w wypełnianiu funkcji opiekuńczych. Bardzo mały odsetek seniorów korzystają-

¹¹ GUS: *Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2009 r.* Warszawa 2010.

cych z instytucjonalnych form pomocy oraz czas oczekiwania na miejsce w domu pomocy społecznej wynoszący w niektórych regionach Polski do trzech lat, wskazuje na niedostatki w tym zakresie. Zbyt mała liczba miejsc w instytucjonalnych formach pomocy sprawia, że część osób starszych nie otrzymuje dostatecznego wsparcia. Dotyczy to szczególnie osób samotnych lub osób, które z powodu braku dostatecznych więzów rodzinnych nie mogą liczyć na pomoc dzieci, wnuków, czy innych członków rodziny.

Podsumowanie

Głównym postulatem w zakresie opieki nad seniorami w Polsce powinno być stworzenie holistycznego systemu opieki nad osobami niesamodzielnymi. Obecnie istniejące rozwiązania nie tworzą systemu, są fragmentarycznymi, często niewspółpracującymi ze sobą elementami. Zwiększenie efektywności opieki jest niezbędne w kontekście starzenia się ludności i konieczności zapewnienia wsparcia zwiększającej się liczbie osób starszych, które ze względu na wertykalizację sieci rodzinnej nie będą mogły uzyskać wsparcia ze strony krewnych. Opracowanie i wdrożenie kompleksowego programu wspierania nie tylko osoby starszej, lecz również rodziny i bliskich, którzy mogą być potencjalnym źródłem wsparcia wydaje się niezbędnym działaniem, zapobiegającym sytuacji, w której seniorzy nie będą mieli zapewnionej opieki i będą pozbawieni jakiegokolwiek wsparcia.

Literatura

- Bojanowska E.: *Opieki nad ludźmi starszymi*. W: *Przygotowanie do starości. Polacy wobec starzenia się*. Red. P. Szukalski. ISP, ZUS, Warszawa 2009.
- Cantor H.M.: *Life Space and the Social Support System of the Inner City Elderly of New York*. „The Gerontologist” 1975, 15.
- Cantor H.M.: *Strain Among Caregivers: A Study of Experience in the United States*. „The Gerontologist” 1983, 23.
- Greene V.L., Lovely M.E., Miller M.D., Ondrich J.I.: *Reducing Nursing Home Use through Community Long-term Care: An Optimization Analysis*. „Journal of Gerontology: Social Sciences” 1995, Vol. 50B, 4.
- GUS: *Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2009 r.* Warszawa 2010.
- Moody H.: *Aging. Concepts and Controversies*. Pine Forge Press, London 2006.

- Noelker S.L., Bass M.D.: *Home Care for Elderly Persons: Linkages between Formal and Informal Caregivers*. „Journal of Gerontology: Social Sciences” 1989, Vol. 44.
- Patsios D., Davey A.: *Formal and Informal Community Care for Older Adults*. W: *The Cambridge Handbook on Age and Ageing*. Ed. L. Johnson. Cambridge University Press, Cambridge 2005.
- Penning J.M.: *Receipt of Assistance by Elderly People: Hierarchical Selection and Task Specificity*. „The Gerontologist” 1990, 30.
- Szukalski P.: *Status rodzinny a sytuacja bytowa i zdrowotna osób sędziwych w środowisku wielkomijskim* (grant KBN 2H2OE03424). Zrealizowane w 2004 r.

ELDERLY CARE MODELS

Summary

Elderly care and support in their daily lives is one of the most significant challenges of an ageing population. The increasing demand for various types of support (both in the community and in institutions) should be considered in the context of existing socio-economic-cultural-demographic characteristics. This article presents models of care for dependent elderly people and the analysis how various models fit the situation of dependency care in Poland.

Five models describing the dependencies and coupling between informal help provided within the family network and community support networks and formal help are: hierarchical compensatory model, substitutional model, specificity model, supplementation model, complementarity model.

The organization of care for the elderly in Poland introduced by the authority can be established that is consistent with the hierarchical compensatory model. This model is most effective, but in Poland is still not completely implemented, and the fragmentation makes that seniors do not receive optimal support.