

Instytut Pracy i Spraw Socjalnych

Warszawa

Raport na temat sytuacji osób starszych w Polsce

Opracował zespół w składzie:

prof. IPiSS dr hab. Piotr Błędowski – kierownik

prof. UW dr hab. Barbara Szatur-Jaworska

dr Zofia Szweda-Lewandowska IPiSS

dr Paweł Kubicki, SGH

Warszawa, grudzień 2012 r.

SPIS TREŚCI

Streszczenie	5
1. Wprowadzenie.....	13
2. Starzenie się i starość – ogólna charakterystyka	15
2.1. Starość i starzenie się – definicje	15
2.2. Starzenie się ludności Polski na tle innych krajów	18
2.3. Społeczne konsekwencje starzenia się	28
2.4. Podstawowe cechy zbiorowości osób starszych	30
2.5. Podsumowanie.....	31
3. Konsekwencje procesu demograficznego starzenia się ludności jako zadanie dla administracji publicznej	33
3.1. Oczekiwane zmiany w strukturze demograficznej Polski do roku 2035	35
3.2. Konsekwencje demograficznego starzenia się dla warunków bytu ludności i polityki społecznej.....	40
3.3. Badania nad starzeniem się i starością w Polsce	46
3.4. Podsumowanie i rekomendacje	47
4. Sytuacja rodzinna i potrzeby opiekuńcze ludzi starych w Polsce	49
4.1. Stan cywilny ludzi starych.....	49
4.2. Skład rodzin mieszkających z seniorami	53
4.3. Potrzeby opiekuńcze ludzi starych w Polsce.....	56
4.4. Podsumowanie i rekomendacje	63
5. Sytuacja materialna seniorów	67
5.1. Dochody i ocena warunków gospodarowania nimi	67
5.2. sytuacja mieszkaniowa i Wyposażenie gospodarstw domowych osób starszych .	79
5.3. Wnioski i rekomendacje.....	82
6. Wyzwania dla systemu pomocy społecznej ze względu na demograficzne starzenie się ludności	85
6.1. Reforma systemu opieki długoterminowej.....	86
6.2. Standardy pracy i rola pracowników socjalnych	90

6.3.	Standardy w pomocy.....	94
6.4.	Osoby starsze jako partnerzy i inicjatorzy działań pomocowych – wybrane dobre praktyki	95
7.	Mikrodeterminanty samodzielności – perspektywa teoretyczna i praktyczna	99
7.1.	Mikrodeterminanty samodzielności – perspektywa teoretyczna.....	99
7.2.	Zasoby kulturowe.....	104
7.3.	Stan zdrowia osób starszych	107
7.4.	Status rodzinny jako determinanta korzystania z opieki.....	114
7.5.	Pozarodzinne nieinstytucjonalne sieci wsparcia	120
7.6.	Czynniki ekonomiczne	124
7.7.	Podsumowanie.....	128
8.	Uczestnictwo ludzi starych w życiu środowiska lokalnego.....	130
8.1.	Aktywne starzenie się – dyskusja nad nowym paradygmatem.....	131
8.2.	Global age-friendly cities – dyskusja	135
8.3.	Gminy przyjazne seniorom – strategie i przykłady	146
8.4.	Rady seniorów i formy aktywności lokalnej.....	148
8.5.	Wybrane przykłady działań	157
8.6.	Uwarunkowania aktywności – perspektywa osób starszych.....	159
8.7.	Miejsca i miasta przyjazne osobom starszym – wyniki badań z 2009 r.	163
8.8.	Od problemów i kosztów do partnerów i korzyści – rekomendacje	166
9.	Polityka wobec osób starych – cele i zasady	173
9.1.	Polityka wobec starzenia się i osób starych – definicja i cele.....	174
9.2.	Zadania polityki wobec starzenia się i wobec osób starszych	181
9.3.	Podsumowanie i rekomendacje	188
	Bibliografia.....	191
	Aneks	198

STRESZCZENIE

Wzrost odsetka osób starych w społeczeństwie Polski nabiera coraz większego tempa. Do roku 2035 udział osób w wieku 65 i więcej lat (65 lat powszechnie przyjmuje się jako umowną granicę starości) zbliży się do ¼. Proces demograficznego starzenia się ludności przebiegać będzie nierównomiernie, w większym stopniu kształtując strukturę demograficzną mieszkańców miast. Zgodnie z prognozą GUS, w miastach będzie znacznie wyższy odsetek osób w wieku 80 i więcej lat. Wskazuje to na potencjalnie większe zapotrzebowanie na różne pomocy i wsparcia dla najstarszych mieszkańców miast.

Tabela 1. Odsetek ludności w wieku 65+ w Polsce w 2035 r. według miejsca zamieszkania i płci

grupa wieku	ogółem			Miasto			wieś		
	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety
65+	23,2	19,7	26,5	24,3	20,1	27,9	21,7	19,1	24,3
75+	12,5	9,5	15,3	13,8	10,2	16,9	10,7	8,5	12,8
80+	7,2	5,0	9,2	8,1	5,6	10,4	5,8	4,1	7,4
85+	3,1	1,9	4,2	3,5	2,2	4,7	2,4	1,5	3,3

Źródło: GUS (2008): Prognoza ludności na lata 2008-2035; http://www.stat.gov.pl/gus/5840_8708_PLK_HTML.htm

Do najważniejszych przyczyn wzrostu odsetka osób starych w społeczeństwie należą przede wszystkim wydłużanie czasu trwania ludzkiego życia oraz spadek liczby urodzeń. Ten pierwszy czynnik wpływa ponadto bezwzględny wzrost liczby ludzi starych. Proces demograficznego starzenia się społeczeństwa, jaki wyraża się wzrostem odsetka ludzi starych, charakteryzuje się ważnymi z punktu widzenia polityki społecznej cechami. Należą do nich między innymi:

- **Feminizacja starości**, wyrażająca się powiększającą się wraz z przechodzeniem do kolejnych grup wieku przewagą liczby kobiet. Udział mężczyzn w ogólnej liczbie osób w wieku 65 i więcej lat będzie się stopniowo zwiększał, ale nie należy oczekiwać spektakularnych zmian. W 2015 r. ma on wynieść 38,7%, na zakończenie kolejnych pięcioletnich okresów osiągnąć 39,7%, 40,4%, 40,7%, a w 2045 r. 40,9% (GUS 2011b). W grupie osób w wieku 80 i więcej lat udział mężczyzn będzie znacznie mniejszy –

z poziomu 30,7% w 2015 r. podniesie się do 33,5% w 2035 r. Następstwa procesu feminizacji dla polityki społecznej są istotne np. w przypadku polityki dochodowej (emerytury kobiet są przeciętnie niższe niż mężczyzn) i polityki zdrowotną (samoocena stanu zdrowia kobiet jest na ogół gorsza niż mężczyzn w tym samym wieku);

- **Singularyzacja w starości**, której wyrazem jest wysoki odsetek osób starszych pozostających w jednoosobowych gospodarstwach domowych. Według prognoz GUS, w 2030 r. ogółem aż 53,3% gospodarstw jednoosobowych będzie prowadzonych przez osoby w wieku co najmniej 65 lat, w tym 17,3% przez osoby w wieku 80 i więcej lat (GUS 2010). Oznacza to, że samotnie w swoich gospodarstwach domowych pozostawać będzie odpowiednio 2740 tys. osób w wieku 65 i więcej lat, w tym 887 tys. osób w wieku 80 lat i więcej. Znacznie częściej w gospodarstwach jednoosobowych pozostają kobiety.
- **Podwójne starzenie się**, polegające na szybszym niż ogółem tempie wzrostu odsetka ludności w wieku 80 i więcej lat. Jak pokazują prognozy (GUS 2009), odsetek ludności w wieku 65 i więcej lat będzie systematycznie wzrastał. W 2035 r. ma on wynieść 23,2, przy czym w miastach będzie się kształtował na nieco wyższym poziomie (24,3) niż na wsi (21,7). Odsetek starszej ludności mieszkającej w miastach będzie utrzymywał się na wyższym poziomie. Znacznie bardziej spektakularnie przebiegać będą zmiany odsetka ludności w wieku 80 lat i więcej, który w latach 2010–2035 zwiększy się ponad dwukrotnie – z 3,0 do 7,2. W 2010 r. wyniósł on 3,4 w miastach oraz 3,6 na wsi. Oczekuje się, że do 2035 r. udział osób w tej kategorii wieku w miastach wzrośnie więcej niż dwa razy – do 8,1%, podczas gdy na wsi, gdzie proces demograficznego starzenia się ludności został zapoczątkowany wcześniej, osiągnie wartość 5,8%.
- coraz większe **wewnętrzne zróżnicowanie starości** wyraża się w m.in. przestrzennym zróżnicowaniu procesu demograficznego starzenia się ludności. W 2035 r. najwyższy odsetek osób w wieku 65+ będzie notowany w makroregionach wschodnim (24,3%) i południowo-zachodnim (24,2%), natomiast największy udział osób w wieku 80 lat i więcej będzie przypadnie na makroregiony południowo-zachodni (7,6%) i centralny (7,4%). Inne kryteria zróżnicowania populacji ludzi starych, które mają wpływ na kształtowanie zadań polityki społecznej, to np. stan zdrowia, poziom wykształcenia, miejsce zamieszkania i sytuacja rodzinna.

O ile zadaniem państwa jest przede wszystkim stworzenie odpowiednich ram prawnych, instytucjonalnych dla realizacji polityki społecznej wobec ludzi starych i realnych oraz efektywnych zasad jej finansowania na szczeblu samorządowym, o tyle najważniejszym poziomem do realizacji tej polityki jest poziom lokalny. **Przez szczebel lokalny w polityce wobec ludzi starych, starzenia się i starości należy rozumieć gminy i powiaty. Ich organy samorządu we współpracy z organizacjami pozarządowymi powinny stworzyć lokalne programy aktywizacji i wsparcia dla osób starszych, uwzględniające lokalną specyfikę, strukturę potrzeb i możliwości ich zaspokojenia zgodnie z zasadą subsydiarności.**

Do czynników, które będą determinowały skalę i strukturę zadań polityki adresowanej do starszego pokolenia i osób starszych należą m.in.

- dostęp do świadczeń zdrowotnych,
- poziom wykształcenia,
- skala aktywności społecznej, w rodzinie oraz najbliższym otoczeniu i aktywności zawodowej,
- zakres konsumpcji dóbr i usług, tak finansowanych z budżetu gospodarstwa domowego, jak i ze środków publicznych.

Jak dowodzi analiza wyników badania PolSenior, należy oczekiwać, że kolejne roczniki przekraczające próg starości będą odznaczały się generalnie coraz lepszym stanem zdrowia i coraz lepszym wykształceniem. Te dwa czynniki, połączone dodatkowo z podniesieniem wskaźnika aktywności zawodowej, co powinno należeć do priorytetów polityki wobec osób starszych, tworzą warunki do dalszego zwiększania udziału osób starszych w różnych formach aktywności społecznej oraz zwiększania skali konsumpcji. Wymienione czynniki powinny być jednocześnie traktowane jako istotne warunki do zapewnienia starszej generacji należytej jej pozycji w społeczeństwie i uzyskania społecznej akceptacji dla finansowania ze środków publicznych niezbędnych świadczeń oraz rozbudowy infrastruktury społecznej.

Na zadania polityki społecznej wobec ludzi starych wpływać będzie ich sytuacja rodzinna. Jest ona silnie skorelowana z płcią: o ile w przypadku mężczyzn w wieku 65–69 lat aż 83,9%, a w grupie wieku 90 lat i więcej 42,4% pozostawało w związku małżeńskim, o tyle

w przypadku kobiet odsetki te wynosiły odpowiednio 55,9% i 0,7%. Wdowieństwo kobiet łączy się nie tylko z częstszym samotnym zamieszkiwaniem, ale także ze znacznie niższymi dochodami, co utrudnia samodzielne zaspokajanie potrzeb.

Niemal połowa (49,3%) wszystkich osób starszych pozostaje w jednopokoleniowych gospodarstwach domowych. Na takie gospodarstwa składają się albo gospodarstwa jednoosobowe, albo dwuosobowe, prowadzone najczęściej przez małżeństwa należące do tej samej generacji. Wskazuje to na potrzebę przeanalizowania możliwości takich gospodarstw samodzielnego zaspokajania potrzeb i szans na uzyskanie pomocy ze strony rodziny i grup nieformalnych. Jest to szczególnie ważne w największych miastach, gdzie udział gospodarstw jednopokoleniowych już obecnie zbliża się do 2/3, podczas gdy na wsi jest o połowę mniejszy.

Jednym z najważniejszych problemów towarzyszących gospodarstwom jednopokoleniowym jest **zapotrzebowanie na pomoc ze strony innych osób.** Jak wykazują badania, przytłaczająca liczba osób potrzebujących wsparcia ze względu na ograniczenia sprawności korzysta z pomocy udzielanej przez członków rodziny. Należy jednak dążyć do szybkiego stworzenia kompleksowego systemu świadczeń opiekuńczych i pielęgnacyjnych, udzielanych w miejscu zamieszkania osoby niesamodzielnej. Przemawiają za tym następujące przesłanki:

- osłabienie funkcji opiekuńczych rodziny ze względu na jej kurczenie się, pogarszającą się relację między liczbą osób starszych i młodszych w rodzinie i zwiększoną skłonność do migracji zarobkowych;
- wydłużenie okresu życia w warunkach utraconej lub poważnie ograniczonej samodzielności (co oznacza wydłużenie okresu sprawowania opieki) i częstsza niż dawniej obecność więcej niż jednej osoby niesamodzielnej w rodzinie lub nawet gospodarstwie domowym;
- wykorzystanie w opiece coraz bardziej specjalistycznych urządzeń, co wymaga odpowiedniego przygotowania opiekuna nieformalnego, a zarazem ogranicza liczbę osób zdolnych do zapewnienia należytej opieki w środowisku;
- coraz wyższe bezpośrednie koszty sprawowania opieki, ponoszone przez rodzinę oraz wysokie koszty alternatywne.

Kompleksowy system wsparcia dla osób niesamodzielnych powinien mieć charakter mieszany, tzn. zależnie od sytuacji osoby niesamodzielnej zapewniać wsparcie dla jej opiekunów rodzinnych, oferować opiekę w placówkach zakładowych i umożliwić korzystanie ze świadczeń opiekuńczo-pielęgnacyjnych, udzielanych przez profesjonalnych opiekunów w miejscu zamieszkania. Nie przesądzając o zakresie i formie dofinansowania opieki oraz pielęgnacji osób niesamodzielnych ze środków publicznych, należy podkreślić, że **zapewnienie osobom niesamodzielnym, wśród których przeważają ludzi starzy, należyte, kompleksowej opieki i pielęgnacji powinno stać się priorytetem polityki wobec osób starych.** W centrum uwagi placówek udzielających świadczeń opiekuńczych powinny znaleźć się nie tylko same osoby niesamodzielne, ale i ich rodziny, także często wymagające wsparcia, by nadal sprawować opiekę nad osobą niesamodzielną w domu.

Szczególnej uwagi wymagają przy tym gospodarstwa jedno- i dwuosobowe, w których zapotrzebowanie na pomoc jest często bardzo duże, a możliwości jej opłacenia – znikome. Wiąże się to z omówionymi w raporcie aspektami polityki dochodowej. Jakkolwiek według danych statystycznych sytuacja dochodowa gospodarstw emeryckich jest lepsza niż większości innych gospodarstw domowych, trzeba pamiętać, że **w jednoosobowych (zwłaszcza prowadzonych przez kobiety) i jednopokoleniowych gospodarstwach osób starszych wydatki stałe determinują faktyczną sytuację finansową.**

Biorąc pod uwagę realizowaną politykę państwa, charakteryzującą się małą skłonnością do podnoszenia ustawowej granicy ubóstwa, uprawniającej do korzystania z pieniężnych świadczeń pomocy społecznej, należy oczekiwać, że osoby starsze, korzystające z pomocy materialnej, a zwłaszcza finansowej, będą nadal stanowiły mniejszość wśród świadczeniobiorców. Z pewnością wzrośnie jednak zainteresowanie świadczeniami w formie usług, a zwłaszcza świadczeniami opiekuńczymi. Ich dostępność jest obecnie nie tylko bardzo mała, ale i bardzo nierównomierna na terenie kraju. **Konieczne jest wprowadzenie takiego systemu, który będzie oferował przynajmniej minimalny wystandardyzowany zakres świadczeń opiekuńczych w każdym regionie, niezależnie od miejsca zamieszkania.** W tym celu niezbędne są takie działania, jak:

- poprawa stanu diagnozy potrzeb społecznych, związana między innymi z udrożnieniem przepływu informacji o potrzebach socjalnych pacjentów opuszczających placówki lecznicze,

- lepsza identyfikacja potrzeb starszych osób niesamodzielnych i możliwości ich zaspokojenia dzięki pomocy opiekunów nieformalnych,
- rozszerzenie aktywności OPS jako organizatorów świadczeń opiekuńczych, dysponujących uprawnieniami umożliwiającymi kontrolę i egzekwowanie właściwej jakości świadczeń,
- podniesienie wynagrodzenia za wykonywanie usług opiekuńczych, co powinno stanowić tamę dla obserwowanej często negatywnej selekcji do pracy w tym sektorze usług.
- rozszerzenie współpracy z organizacjami pozarządowymi w celu zwiększenia udziału opiekunów nieformalnych rekrutujących się spośród wolontariuszy.

Współpraca z organizacjami pozarządowymi powinna mieć na celu nie tylko rozszerzenie bazy dla świadczeń opiekuńczych, ale przede wszystkim – **aktywizację osób starszych w ich środowisku miejsca zamieszkania, która powinna stać się samoistnym celem polityki wobec osób starszych**. Do najważniejszych zadań w tym zakresie należeć powinny:

- wsparcie dla inicjatyw uniwersytetów trzeciego wieku, zwłaszcza w zakresie działań integracyjnych. Wsparcie to powinno być udzielane nie tylko przez administrację państwową, ale przede wszystkim – samorządy lokalne, dla których UTW powinny być naturalnym sprzymierzeńcem realizacji polityki senioralnej,
- propagowanie działań, zmierzających do pro seniorskich działań podejmowanych przez samorządy terytorialne. Ogólne hasło „miasto przyjazne seniorom” powinno być wypełnione treściami dostosowanymi do specyfiki poszczególnych ośrodków,
- popularyzowanie idei przedstawicielstwa seniorów przy organach samorządu terytorialnego poprzez powoływanie rad seniorów. Rady te powinny reprezentować interesy i potrzeby starszych mieszkańców i brać udział w konsultacjach dotyczących nie tylko strategicznych, ale i bieżących planów rozwoju miejscowości,

Realizowana przez administrację państwową i samorządową powinna do realizacji długookresowych, strategicznych celów. Należą do nich:

- umożliwienie starszym osobom samodzielnego na miarę możliwości życia,
- zapewnienie im ważnej i stabilnej pozycji w strukturze lokalnej społeczności,

- zapewnienie seniorom podmiotowości i samodzielności stosownie do ich poziomu sprawności życiowej,
- integracja społeczna (między- i wewnątrzgeneracyjna) i partycypacja ludzi starych w życiu społecznym,
- podniesienie standardu życia ludzi starych przez system świadczeń materialnych oraz odpłatnych, częściowo odpłatnych i nieodpłatnych świadczeń w formie usług,
- indywidualizacja i dostosowanie udzielanych świadczeń do rzeczywistych potrzeb,
- wszechstronna realizacja programów na rzecz aktywnego na miarę możliwości jednostki aktywnego starzenia się.

Zasugerowane w raporcie cele działania państwa i samorządu terytorialnego na rzecz seniorów powinny sprzyjać realizacji przyjętej przez Polskę w 2002 r. Międzynarodowej Strategii Działania w Kwestii Starzenia się Społeczeństw (tzw. Plan Madrycki). W planie tym sformułowane zostały najważniejsze obszary działania w stosunku do ludzi starszych. Należą do nich:

- budowa społeczeństwa przyjaznego ludziom w każdym wieku,
- zapewnienie ciągłości rozwoju w starzejącym się świecie dzięki ograniczaniu rozmiarów ubóstwa wśród ludzi starych; sprzyjaniu produktywnemu starzeniu się; uwzględnianiu problemów związanych z zatrudnieniem coraz starszych pracowników; edukacji osób starszych; wyrównywaniu dysproporcji w rozwoju poszczególnych regionów; umacnianiu więzi międzypokoleniowych i przestrzeganiu praw człowieka w odniesieniu do osób starszych i niesamodzielnych;
- dbałość o dobry stan zdrowia i dobre samopoczucie osób starszych,
- tworzenie korzystnych i sprzyjających warunków życia dla osób w każdym wieku w następstwie zagwarantowania ochrony socjalnej i wsparcia materialnego, poprawie warunków mieszkaniowych i wyposażenia mieszkań, zapewnienia opieki dla osób niesamodzielnych, ochrony przed naruszaniem praw osób starszych i przemocą w stosunku do nich, promocji solidarności międzypokoleniowej i pozytywnego wizerunku ludzi starych.

W wyniku podejmowanych działań w ramach polityki społecznej wobec starszych osób poprawie powinna ulec sytuacja osób starszych, oceniana nie tylko z perspektywy

zaspokojenia potrzeb materialnych, ale także i społecznych, a także związanych ze statusem społecznym i pozycją seniorów w środowisku. Jakkolwiek większość ze wskazanych działań wymaga dłuższego okresu realizacji (stąd mowa o latach 2030–2035 jako docelowym terminie ich wdrożenia), konieczne jest już obecnie opracowanie i uzyskanie społecznej akceptacji dla strategii działań na rzecz starzejącego się społeczeństwa i zapewnienie środków finansowych i kadr niezbędnych do jej realizacji. Dotyczy to zwłaszcza zapewnienia dostępu do infrastruktury związanej ze świadczeniami opiekuńczymi oraz działaniami integracyjnymi. Związane z tym inwestycje powinny zostać rozpoczęte w najbliższym czasie. W krótkim okresie, nie wykraczającym poza najbliższe pięć lat, poza popularyzowaniem krajowych i zagranicznych dobrych praktyk, należy opracować szczegółowy program wynikających ze strategii działań, a w szczególności sformułować i wprowadzić w życie standardy świadczeń opiekuńczych, rozbudować ich system, ograniczyć znacznie nierówności w dostępie do nich, zwiększyć skalę zatrudnienia i szkolenia opiekunów osób niesamodzielnych, nasilić działania zmierzające do lepszego przygotowania do starości oraz edukacji w zakresie społeczeństwa dla wszystkich grup wieku.

Opracował: Piotr Błędowski

1. WPROWADZENIE

Nasilający się proces demograficznego starzenia się ludności stawia przed administracją państwową i samorządową nowe zadania, związane ze sformułowaniem celów takiej polityki, która będzie sprzyjała zaspokojeniu specyficznych potrzeb ludzi starszych, a jednocześnie nie dopuści do nieuprzywilejowania pozostałych kategorii ludności.

Polityka społeczna wobec osób starszych, którą można zdefiniować jako **system działań, skierowanych do osób w wieku poprodukcyjnym oraz ich rodzin, a mających na celu wszechstronną kompensację malejących z wiekiem możliwości samodzielnego zaspokojenia potrzeb oraz integrację z lokalną społecznością** (Błędowski 2002). powinna zatem zapewnić zaspokojenie potrzeb seniorów nie tylko poprzez bezpośrednie wsparcie udzielane osobom starszym, ale również ich rodzinom¹. Należy podkreślić, że taka polityka nie ma na celu zastąpienia rodziny w sprawowaniu jej funkcji opiekuńczych i ekonomicznych, ale przede pomoc dla rodzin, udzielana z myślą o tym, by rodziny były nadal gotowe i były w stanie zapewnić właściwe miejsce swoim najstarszym członkom, godne warunki życia oraz możliwość partycypacji w życiu lokalnej społeczności.

Polityka wobec osób starych, czy też, jak się ostatnio to określa, polityka senioralna stanowić więc powinna system dodatkowego wsparcia dla jej adresatów. Biorąc jednak pod uwagę postępujące kurczenie się rodziny, jej atomizację i nasilające się procesy migracyjne trzeba określić, jakie zadania wobec samotnych starszych osób powinny być jednak realizowane z udziałem administracji publicznej. Należałoby również ustalić, jaką rolę powinny odgrywać podmioty samorządowe, a jaką organizacje pozarządowe, wolontariat (zwłaszcza samych osób starszych) oraz rynek jako dostawca dóbr i usług.

Przygotowany raport ma odpowiedzieć na pytanie o ocenę sytuacji osób starszych w Polsce. Podstawą sformułowanych opinii są przede wszystkim wyniki zakończonego w 2011 r. badania pn. „Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce” (PolSenior).

¹ W opracowaniu określenia ludzie starzy, osoby starsze i seniorzy są używane zamiennie.

Uzyskane w trakcie badania wyniki zostały uzupełnione o dodatkowe informacje, pochodzące z innych badań i analizy materiałów zastanych. Kończące każdą część raportu wnioski mogą zostać potraktowane jako zbiór najważniejszych zagadnień wymagających uwzględnienia w kształtującej się polityce wobec osób starszych, ale także w polityce wobec starości jako fazy życia oraz wobec samego procesu demograficznego starzenia się społeczeństwa. Rekomendacje dotyczą zagadnień ważnych z punktu widzenia polityki senioralnej, nie przesądzają jednak o kolejności ich realizacji – to jest zadaniem dla polityków. Można jednak uznać, że te z zaleceń, które mają na celu zmniejszenie ryzyka postępującego rozwarstwienia populacji seniorów tak pod względem warunków bytu (w tym sytuacji dochodowej i warunków mieszkaniowych), jak i pod względem możliwości ich udziału w życiu społecznym (chodzi tu zwłaszcza o wsparcie dla osób niesamodzielnych) mają szczególne znaczenie nie tylko społeczne, ale i polityczne.

Należy podkreślić, że poza zakresem analizy pozostawiono jedną z ważniejszych kwestii dotyczących osób na progu starości, a mianowicie ich aktywność zawodową. Wynika to z dwóch przesłanek – po pierwsze, zagadnienie to jest przedmiotem licznych analiz, publikacji i programów realizowanych przez Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej oraz Regionalne Ośrodki Polityki Społecznej i Wojewódzkie Urzędy Pracy, a po drugie – odnosi się praktycznie tylko do pierwszych lat okresu starości, tracąc potem a znaczeniu, podczas gdy zwiększa się waga innych kwestii, jak na przykład aktywność społeczna czy korzystanie ze świadczeń opiekuńczych i tym problemom świadomie poświęcono więcej uwagi w raporcie. Raport w istocie dotyczy osób w wieku 65 lat i więcej, toteż kwestia aktywności zawodowej nie jest pierwszoplanowa.

Autorzy raportu wyrażają nadzieję, że przedstawiony raport przyczyni się do weryfikacji i doprecyzowania założeń i celów polityki senioralnej w Polsce i stanie się asumptem do publicznej debaty na temat miejsca polityki wobec ludzi starych w całym systemie polityki społecznej państwa.

Piotr Błędowski

2. STARZENIE SIĘ I STAROŚĆ – OGÓLNA CHARAKTERYSTYKA

2.1. STAROŚĆ I STARZENIE SIĘ – DEFINICJE

Pojęcia starość i starzenie się można rozważać na dwa sposoby – w aspekcie jednostkowym oraz jako zjawiska dotyczące zbiorowości tych jednostek, tj. społeczeństwa danego regionu, kraju, części świata. W aspekcie jednostkowym starość jest zjawiskiem biologicznym składającym się na cykl życia ludzkiego (Zych 2004). Według Kirkwooda, starzenie się jest procesem postępującego upośledzenia funkcji życiowych organizmu oraz utratą zdolności adaptacyjnych do zmian środowiskowych wraz ze zwiększającym się prawdopodobieństwem zgonu (Kirkwood 1996). Na ogół nieuniknionym etapem procesu starzenia się jest stan określany jako starość. Starzenie się, zgodnie z przyjętym w literaturze psychogerontologicznej określeniem, oznacza pewien proces i ma charakter dynamiczny, podczas gdy starość jako stan ma charakter statyczny (Porzych 2004).

Zgodnie z teorią cyklu życia D.J. Levinsona (1986), starość jest jedną z faz, która jednak nie jest homogeniczna i może być dzielona na kolejne okresy. Teoria cyklu życia opisuje zmiany psychiki, oraz zachowań zachodzące na kolejnych – postępujących wraz z wiekiem – etapach życia jednostki. Pierwsza faza życia to faza uczenia się, zdobywania doświadczeń (obejmuje dzieciństwo i okres młodości). Kolejna faza obejmuje dorosłość to okres implementacji posiadanej wiedzy. Ostatnia faza – starości – to faza regresu. Poszczególne fazy mogą wystąpić u różnych jednostek w różnym czasie i nie można podać sztywnych granic wieku kończącego lub zaczynającego poszczególne fazy cyklu życia.

Psychologiczna koncepcja cyklu życia – stworzona przez E. Eriksona (2002) – dzieli życie jednostki na osiem etapów. Ostatnim etapem jest późna dorosłość i zaczyna się w wieku 60–65 lat.

Należy zaznaczyć, że podział ostatniego etapu życia człowieka ulega zmianie wraz z wydłużaniem się życia oraz poprawą jego jakości w zbiorowości osób starszych. Obecnie w literaturze anglosaskiej stosuje się podział starości na trzy fazy:

- młodzi starzy (*young old*) – osoby w wieku 60/65–74 lata,
- starzy starzy (*old old*) – osoby w wieku 75–84 lata,
- najstarsi starzy (*the oldest old*) – osoby w wieku 85 lat i więcej.

Młodzi starzy to osoby najczęściej jeszcze w pełni sprawne, zarówno fizycznie, jak i psychicznie. Osoby zaliczane do kategorii starzy starzy to osoby wymagające pomocy w wykonywaniu niektórych czynności dnia codziennego, takich jak zakupy, sprzątanie, pranie bielizny. Najstarsi starzy potrzebują stałej pomocy przy wykonywaniu większości czynności, osoby w tym wieku są potencjalnymi klientami instytucjonalnych form pomocy. W Polsce ze względu na krótsze średnie trwanie życia niż w krajach zachodnioeuropejskich oraz gorszy stan zdrowia osób starszych, wiek, od którego osoba wymaga pomocy opiekuna osoby starszej lub pomocy oferowanej przez wyspecjalizowane instytucje (dps, ZOL itp.) w codziennej egzystencji, przyjmowany jest na poziomie 75–80 lat.

Simone de Beauvoir (1996) nie postrzegała starości jako jednolitego okresu i wyróżniła dwa etapy ostatniej fazy życia, przyjmując za jedno z kryteriów wiek funkcjonalny, czyli możliwości psychofizyczne osoby starszej:

- w pierwszej fazie osoby starsze są samodzielne funkcjonalnie i niesamodzielne ekonomicznie (tzw. trzeci wiek),
- w drugiej fazie osoby starsze są niesamodzielne, zarówno funkcjonalnie, jak i ekonomicznie (tzw. czwarty wiek).

W niniejszym raporcie jako granice IV wieku przyjęto 80 lat.

Starzenie się jako zjawisko dotyczące społeczeństwa danego kraju polega na wzroście udziału w tej populacji osób starszych. Dla odróżnienia od indywidualnego, nazywane jest starzeniem demograficznym (Rosset 1967). Wzrost udziału seniorów obserwowany w ostatnim stuleciu jest konsekwencją kilku procesów, z których najważniejszymi są wydłużanie się trwania życia ludzkiego oraz obniżanie się dzietności, coraz częściej znacznie poniżej poziomu zapewniającego zastępowalność pokoleń (Zasępa 2002).

Poziom zaawansowania starości populacji najczęściej jest oceniany na podstawie udziału osób w starszym wieku. Wyraża się on w odsetkach i nazywa współczynnikiem starości; przy

czym, jak już zaznaczono, za ludzi starszych uznaje się osoby, które przekroczyły próg 60 lub 65 lat. Udział osób w IV wieku w strukturze demograficznej oblicza się w stosunku do ogólnej liczby ludności oraz w stosunku do liczby osób w wieku 60 lat. W dziedzinie nauk społecznych oblicza się także udział osób w wieku emerytalnym w ogólnej strukturze ludności (tj. udział osób w wieku poprodukcyjnym).

Do oceny procesu starzenia demograficznego wykorzystuje się także inne miary, takie jak np. wskaźnik starości (*aging index*), który jest definiowany jako liczba osób w wieku 65 lat i więcej przypadająca na 100 młodych poniżej 15 lat (Kinsella 2002). W zależności od przyjętej klasyfikacji ludności według wieku sposób obliczenia wskaźnika odpowiednio zmienia się, np. indeks starości mierzy się stosunkiem liczby seniorów (65 lat i więcej) do łącznej liczby młodzieży (0–19 lat). Inną modyfikacją indeksu starości jest relacja odwrotna, tzn. stosunek liczby dzieci do liczby seniorów. Poprzednie miary określały, ilu dziadków przypada na 100 wnuków, natomiast ta mówi, ile przypada wnuków na 100 dziadków. Koncepcja wskaźnika starości jest interesująca z tego powodu, że te dwie grupy wieku zmieniają swoją liczebność w czasie i przestrzeni, podczas gdy frakcja ludności dorosłej jest raczej stabilna.

Zalecane jest także używanie wskaźnika natężenia określającego stosunek liczby seniorów do ludności dorosłej. Taki współczynnik jest raczej miarą obciążenia społeczeństwa ludźmi starymi (Radzikowska 1992). Z punktu widzenia zapotrzebowania na instytucjonalną pomoc istotne znaczenie mają dwa współczynniki określające potencjał opiekuńczy, czyli potencjalne możliwości udzielenia wsparcia osobie starszej przez rodzinę. Pierwszy to współczynnik wsparcia (*support ratio*), który jest obliczany w dwóch wariantach jako:

- współczynnik potencjalnego wsparcia (*potential support ratio*), określa stosunek osób w wieku 15–64 do liczby osób w wieku 65 lat i więcej,
- współczynnik wsparcia rodziców (*parent support ratio*) liczba osób w wieku 85 lat i więcej przypadająca na 100 osób w wieku 50–64 lata.

Drugi to współczynnik potencjału pielęgnacyjnego. Jest to stosunek liczby kobiet w wieku 45–64 lat (a więc osób potencjalnie najczęściej udzielających pomocy i opiekujących się osobami starszymi) do liczby osób w wieku 80 lat i więcej.

W zależności od udziału w strukturze ludności osób w wieku 60 lat i więcej, E. Rosset (1959) skonstruował skalę złożoną z czterech kategorii, określającą poziom zaawansowania społeczeństwa w procesie starzenia się:

- brak oznak starości demograficznej, gdy udział ludzi powyżej 60 lat w ogólnej liczbie ludności wynosi poniżej 8%,
- wczesna faza przejściowa pomiędzy stanem młodości i starości demograficznej, gdy udział ludzi powyżej 60 lat wynosi 8–10%,
- późna faza przejściowa pomiędzy stanem młodości i starości demograficznej, gdy udział ludzi powyżej 60 lat wynosi 10–12%,
- stan starości demograficznej, gdy udział ludzi powyżej 60 lat stanowi 12% i więcej (Rosset 1959).

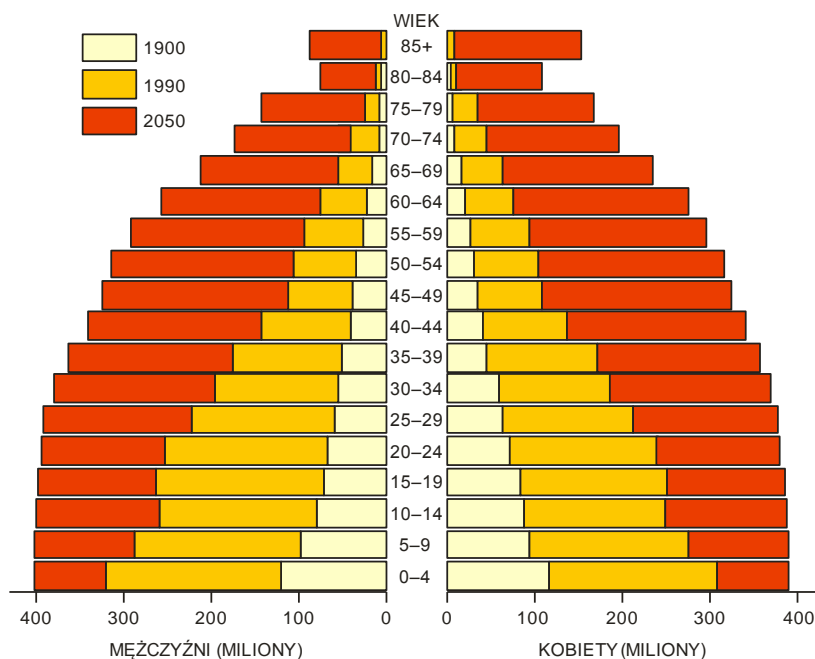
Trzeba też umownie przyjąć górną granicę wieku starczego, co byłoby równoznaczne z ustaleniem granicy ludzkiej długowieczności. Zgodnie z poglądami istniejącymi we współczesnej medycynie organizm ludzki mógłby sprawnie funkcjonować do 123 lat (Wiśniewska-Roszkowska 1967). Pomimo stałego postępu w zakresie przedłużania czasu trwania życia, średni czas życia na świecie zawiera się w granicach 40–88 lat w zależności od miejsca zamieszkania, higieny, odżywiania i trybu życia. Istnieją jednak przypadki osiągnięcia, a nawet przekraczania progu 120 lat życia (Trafiałek 1998), jednak w zakresie badania długowieczności demografowie zachowują daleko idącą ostrożność.

2.2. STARZENIE SIĘ LUDNOŚCI POLSKI NA TLE INNYCH KRAJÓW

Zmiany zachodzące w strukturze wieku ludności świata od roku 1900 wraz z prognozą do 2050 ilustruje wykres 2.1. Proces starzenia się ludności jest zjawiskiem stosunkowo nowym. Wystąpił on po tzw. eksplozji demograficznej obserwowanej w większości krajów w połowie XX wieku. Genezę tej eksplozji demograficznej demografowie wiążą głównie z dwoma czynnikami. Pierwszy to nagły wzrost liczby urodzeń po II wojnie światowej (Rosset 1978). Pomimo tego, że do ustalenia się nowej struktury wieku potrzeba około 100 lat, ówczesne wysokie współczynniki urodzeń, w krótkim okresie, spowodowały rozszerzenie podstawy piramidy wieku, spowalniając tym samym starzenie się ludności (Cieślak 1992). Dorastanie osób urodzonych po wojnie spowodowało szybkie podwyższenie się średniego wieku

ludności. W krajach wysoko rozwiniętych gospodarczo stabilizacja struktury wieku potrwa około 150 lat i w roku 2050 struktura wieku ludności większości państw powinna przyjąć kształt zbliżony do prostokąta.

Wykres 2.1. Struktura wieku ludności świata w latach 1900–2050



Źródło: S. J. Olshansky., B. A. Carnes., Ch. K. Cassel, „Świat Nauki”, nr 6 (22) 1993, s. 20.

Drugim czynnikiem wpływającym na proces starzenia się ludności był spadek umieralności w starszych grupach wieku, który można było po raz pierwszy zaobserwować na szeroką skalę pod koniec lat sześćdziesiątych (Olshansky 1993). Bezpośrednio po eksplozji demograficznej nastąpił szybki spadek współczynnika urodzeń. Tak więc wydłużanie się średniego dalszego trwania życia, które należy uznać za jedno z największych osiągnięć dwudziestowiecznej medycyny, połączone z gwałtownym spadkiem liczby urodzeń w większości krajów rozwiniętych, spowodowało znaczące zmiany w globalnej demografii. Już obecnie mają one duży wpływ na politykę. W ciągu najbliższych dziesięcioleci staną się one przyczyną wielu problemów społecznych, ekonomicznych i w zakresie polityki zdrowotnej². Ich rozwiązanie, według wszelkich oznak, przekracza możliwości krajów rozwijających się (Fukuyama 2004).

² Coraz częściej problemy te traktuje się jak wyzwania, czyli społeczeństwa przygotowują się na zmiany i poszukują rozwiązań przyszłych problemów.

Starzenie się populacji jest zjawiskiem powszechnie występującym we wszystkich regionach świata. Jak wskazują dane zamieszczone w tabeli 2.1, zjawisko to szczególnie intensywne występuje w krajach Europy i Ameryki Północnej.

Tabela 2.1. Udział ludności w wieku 65 lat i więcej według prognozy rozwoju ludności w latach 2000–2030 w różnych regionach świata (w %)

Region	Rok	65 lat i więcej	75 lat i więcej	80 lat i więcej
Europa	2000	15,5	6,6	3,3
	2015	18,7	8,8	5,2
	2030	24,3	11,8	7,1
Ameryka Północna	2000	12,6	6,0	3,3
	2015	14,9	6,4	3,9
	2030	20,3	9,4	5,4
Oceania	2000	10,2	4,4	2,3
	2015	12,4	5,2	3,1
	2030	16,3	7,5	4,4
Azja	2000	6,0	1,9	0,8
	2015	7,8	2,8	1,4
	2030	12,0	4,6	2,2
Ameryka Łacińska	2000	5,5	1,9	0,9
	2015	7,5	2,8	1,5
	2030	11,6	4,6	2,4
Bliski Wschód i Afryka Północna	2000	4,3	1,4	0,6
	2015	5,3	1,9	0,9
	2030	8,1	2,8	1,3
Afryka Subsaharyjska	2000	2,9	0,8	0,3
	2015	3,2	1,0	0,4
	2030	3,7	1,3	0,6

Źródło: K. Kinsella, V.A. Velkoff, The Demographics of Aging, "Aging Clin. Exp. Res." 2001, 14 s. 160.

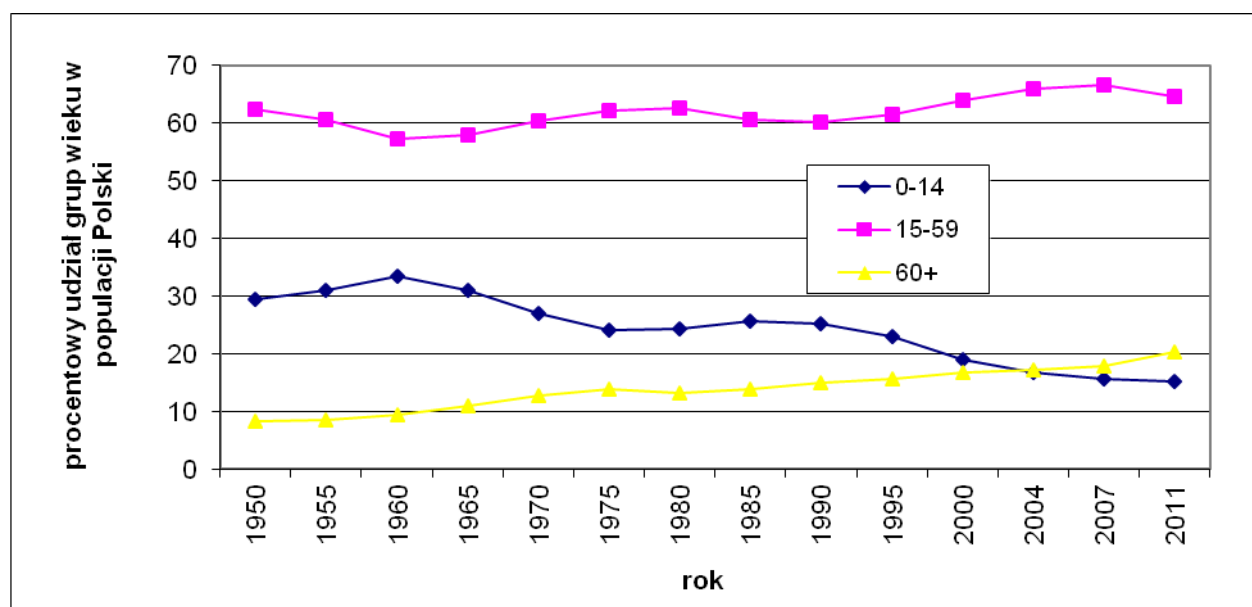
Na świecie największy odsetek ludzi w wieku 65 lat i więcej ma Europa. Europa jest również regionem, który ma najwyższy odsetek subpopulacji w najbardziej zaawansowanej kategorii wieku – 80 lat i więcej (Szukalski 2004). W 2000 roku udział subpopulacji w wieku 80 lat i więcej był jednakowy w Europie i Ameryce Północnej. Przypuszczalnie przyczyną tej sytuacji była mała kohorta urodzeń w Europie podczas I wojny światowej (Kinsella 2002). Według prognoz, w 2015 roku odsetek osób w wieku 80 lat i więcej znowu będzie wyższy w Europie, ze względu na dłuższe trwanie życia. W 2030 r. około 12% wszystkich Europejczyków osiągnie wiek 75 lat i więcej, a 7% przekroczy wiek 80 lat. W roku 2000 wśród 25 krajów świata posiadających największy odsetek ludzi w wieku 65 lat i więcej 24 kraje to kraje europejskie (25 kraj to Japonia). Jednym z najstarszych demograficznie krajów stają się Włochy. W 2000 roku przeszło 18% Włochów osiągnęło wiek 65 lat i więcej. Poziom ten był wyższy niż w Grecji (17,3%), Szwecji (17,3%), Japonii (17,0%), Hiszpanii (16,9%), Belgii (16,8%), Niemczech (16,2%), Francji (16,0%).

Mediana wieku wzrasta we wszystkich krajach. W 2000 r. mediana wieku w krajach rozwiniętych wynosiła 32 lata, natomiast większość krajów rozwijających się miała medianę poniżej 25 lat. Jak wskazują prognozy, podczas następnych dekad mediana będzie rosła we wszystkich krajach, chociaż z różną szybkością. Przewiduje się, że w 2030 r. najwyższą medianę wieku będą miały Włochy, z połową populacji w wieku 52 lata i więcej, a w roku 2060 najwyższą medianę – ponad 54 lata – odnotują Słowacja i Polska (Giannakouris 2008). Po II wojnie światowej rozpoczął się tzw. *baby boom* widoczny w grupach wieku od 0 do 4 lat. Następne młodsze kohorty stają się sukcesywnie mniej liczne. Jeśli współczynnik dzietności pozostanie na poziomie prognozowanym przez ONZ do 2030 roku, to piramida zacznie się odwracać z przewagą subpopulacji osób w starszych grupach wieku (starzenie się populacji od wierzchołka piramidy wieku). Charakterystyczną cechą procesu starzenia się ludności jest postępujące starzenie się samej starszej populacji (Butler 2009). W wielu krajach sędziwi seniorzy (ludzie w wieku 80 lat i więcej), są obecnie najszybciej rosnącą liczbowo grupą w całej populacji. Badania prowadzone w Europie wskazują, że od 1950 roku w krajach uprzemysłowionych obserwuje się z każdym dziesięcioleciem podwajanie się liczby osób wieku 100 i więcej.

Populacja Polski, podobnie jak większości krajów Europy, charakteryzuje się postępującym procesem starzenia. Wykres 2.2 przedstawia ewolucję struktury ludności Polski według

wieku w latach 1950–2011. Lata 1950–1960 charakteryzowały się rosnącym udziałem dzieci (0–14 lat). Był to wynik wysokiego poziomu urodzeń po wojnie, który utrzymywał się do roku 1955 i był przyczyną anomalii rozwoju demograficznego kraju w postaci następujących po sobie falowań częstości urodzeń nazywanych „wyżami” i „niżami” demograficznymi przejawiającymi się w postaci tzw. „echa wyżu” demograficznego trwającego do trzeciego pokolenia (Wierzchosławski 1999). Zwiększanie się odsetka osób po 60 roku życia w najbliższych latach będzie między innymi następstwem zwiększonej liczby osób urodzonych w połowie lat pięćdziesiątych XX wieku.

Wykres 2.2. Struktura ludności Polski w latach 1950–2011



Źródło: opracowanie własne na podstawie: Rocznik Demograficzny, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2008, tab. 16, oraz baza danych demograficznych, GUS dostęp 1.12.2012 r.

Ludność Polski podlegała systematycznemu procesowi starzenia się, bowiem udział osób w wieku 60 lat i więcej stale wzrastał; od 8,4% w roku 1950 do 9,4% w roku 1960³. Lata 1950–1960 były więc okresem, w którym rozwój ludności Polski zachodził w dwóch przeciwnych kierunkach. Z jednej strony w ciągu 10 lat miał miejsce wzrost odsetka dzieci (0–14 lat) o około 13,8%. Z drugiej – obserwowano wzrost udziału ludzi w wieku 60 lat i więcej z 8,2% w 1950 roku do 9,3% w 1960 roku. Ogólnie biorąc dokonywał się proces „odmładzania” społeczeństwa u podstawy piramidy wieku oraz proces starzenia się na wierzchołku

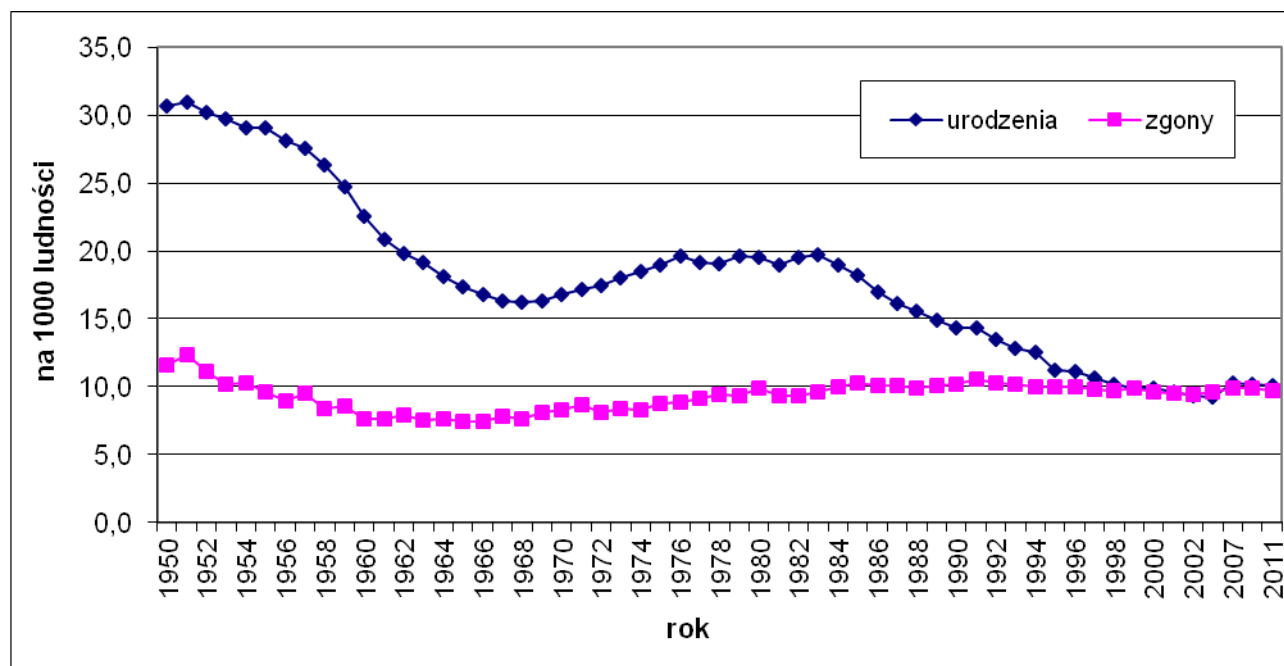
³ Większość danych demograficznych z połowy XX w. nie uwzględniała jeszcze grupy wieku 65 i więcej lat.

piramidy. Proces „odmładzania” się ludności był efektem wystąpienia po wojnie fazy kompensacji i stanowił zjawisko przemijające. Powojenny wyż demograficzny osłabił proces starzenia się populacji, ale go nie zatrzymał. Od połowy XX wieku wzrost odsetka osób w wieku 60 lat i więcej miał charakter trwały. Proces ten nie przebiegał jednak w sposób ciągły i był efektem zmian w liczbie urodzeń i zgonów, które miały odzwierciedlenie w strukturze ludności (wykres 2.3). Od roku 1955 rozpoczął się spadek współczynników urodzeń, który ulegał wahaniom pod wpływem czynnika kohortowego.

Spadek współczynników urodzeń to jedna z głównych determinant postępującego procesu starzenia się populacji Polski. Do roku 1969 można mówić o silnym spadku współczynnika urodzeń. Później nastąpiła zmiana trendu w kierunku umiarkowanego wzrostu, który z pewnymi wahaniami trwał do 1985 r. Lata 1981 i 1982 charakteryzowały się wzrostem współczynnika urodzeń wyższym o około 6% w stosunku do oczekiwanego (Okólski 2004). Tak więc w latach 80. ubiegłego wieku nastąpił niewielki wzrost odsetka dzieci. Od roku 1985 współczynnik urodzeń w Polsce stale maleje, a od 1995 r. wystąpił silny i systematyczny spadek urodzeń trwający do 2005 r. Obecne podwyższanie się współczynnika urodzeń jest wynikiem zwiększonej liczby kobiet w dwóch grupach wieku charakteryzujących się najwyższym natężeniem urodzeń tj. 20–24 oraz 25–29. Równocześnie współczynnik zgonów w Polsce spadał w latach 90. XX wieku i początku XXI wieku. W 2007 r. zanotowano wzrost współczynnika zgonów. Należy zaznaczyć, że wraz z postępującym procesem starzenia się ludności Polski współczynnik zgonów będzie wzrastał.

Równocześnie ze spadkiem urodzeń występował spadek odsetka dzieci, który w roku 2011 osiągnął poziom 15,1%, podczas gdy udział osób starszych (60 lat i więcej) w ogólnej strukturze ludności wynosił 19,8%. Występujący spadek urodzeń spowodował, że tempo przyrostu ludności w latach 2000–2004 było ujemne i wynosiło od -0,02% do -0,04%. W końcu 2011 roku szacunkowa liczba ludności w Polsce wynosiła 38 538 tys. osób i zgodnie z prognozami sporządzonymi przez GUS tendencja spadkowa w najbliższym ćwierćwieczu utrzyma się (GUS 2008).

Wykres 2.3. Współczynniki zgonów i urodzeń w Polsce w latach 1950–2011

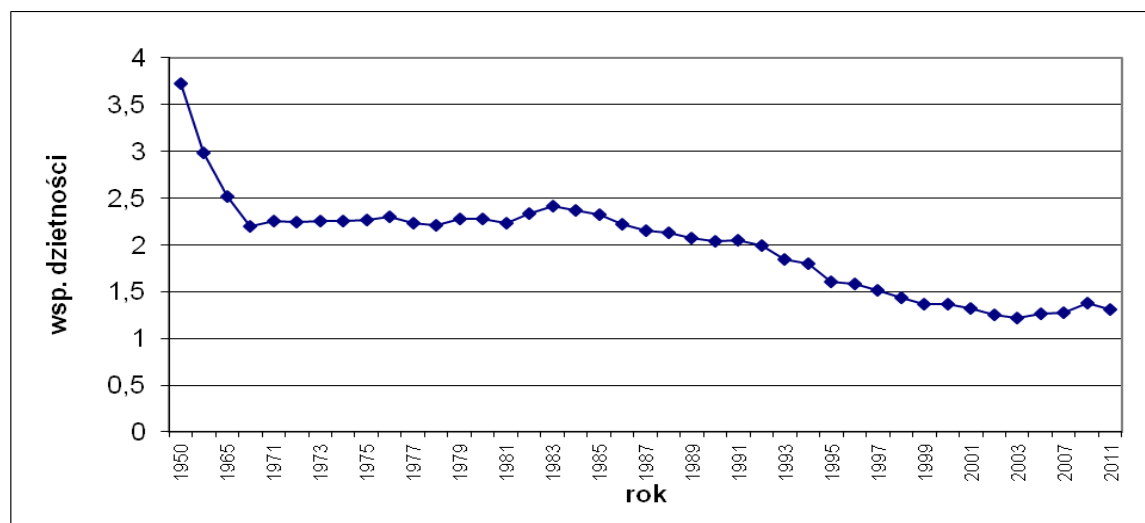


Źródło: http://www.stat.gov.pl/dane_spol-gosp/ludnosc/ludnosc/index.htm, tab. 2, z dn. 1.12.2012 r.

Jedną z miar obrazujących zmiany wzorca rozrodczości jest współczynnik dzietności (TFR⁴). W 2003 r. współczynnik dzietności wynosił 1,22 i był najniższy od ponad 50 lat (wykres 2.4). W roku 1950 współczynnik dzietności wynosił 3,75. Populacja Polski znajdowała się wtedy w fazie kompensacji powojennych. Od końca lat 80. współczynnik dzietności utrzymuje się na poziomie niższym niż prosta zastępowalność pokoleń (2,07) i demografowie nie przewidują w najbliższych 30 latach zmiany tej tendencji. Oznacza to systematyczny spadek liczby ludności (dodatkowym czynnikiem pogłębiającym ten proces jest ujemne saldo migracji). Wzrost TRF do poziomu 1,38 w 2010 r. był wynikiem liczniejszych kohort echa wyżu demograficznego, które osiągnęły wiek prokreacyjny. W 2011 roku współczynnik dzietności wyniósł już tylko 1,31.

⁴ TFR – total fertility rate.

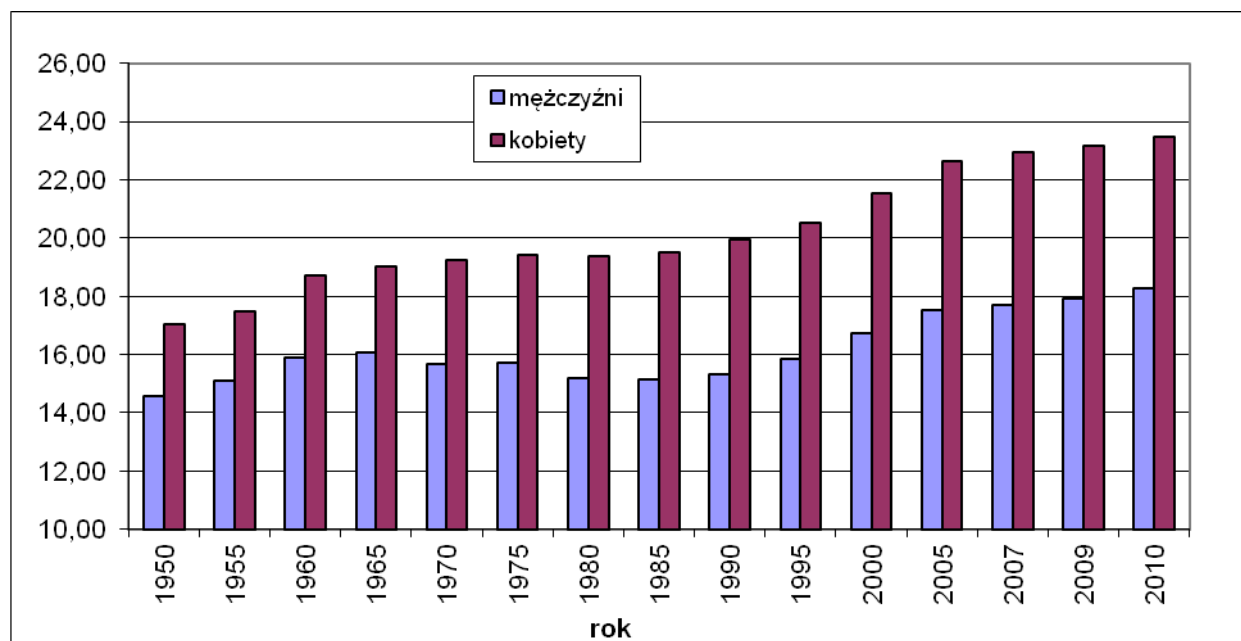
Wykres 2.4. Współczynnik dzietności w Polsce w latach 1950–2011



Źródło: http://www.stat.gov.pl/dane_spol-gosp/ludnosc/ludnosc/index.htm tabl. 7 z dn. 1.12.2012 r.

Czynnikiem wpływającym na zwiększenie udziału osób starszych w populacji danego kraju jest nie tylko zmniejszenie współczynnika dzietności, lecz również wydłużanie się średniego trwania życia (e_0). Średnie dalsze trwanie życia mężczyzn w wieku 60 lat wzrosło w drugiej połowie XX wieku i w początkach XXI wieku o 3,1 roku, a kobiety o 5,9 lat (wykres 2.5).

Wykres 2.5. Średnie dalsze trwanie życia osoby w wieku 60 lat w Polsce w latach 1950-2010

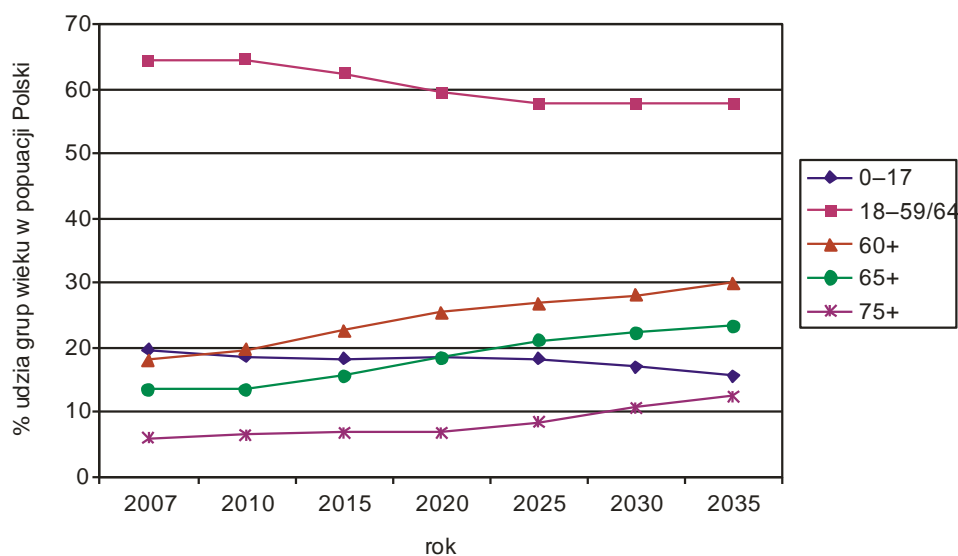


Źródło: http://www.stat.gov.pl/dane_spol-gosp/ludnosc/trwanie_zycia/index.htm z dn. 1.12.2012 r.

Przedstawione dane dotyczące urodzeń, zgonów, trwania życia oraz struktury ludności pokazują ewolucję procesu starzenia się populacji Polski. Najczęściej, jak już wspomniano, używanym miernikiem do opisu zaawansowania procesu starzenia się ludności jest odsetek osób w wieku 60 lub 65 lat i więcej. W Polsce w 2011 r. udział osób w tych grupach wieku wynosił odpowiednio 19,8% oraz 13,6%. Przedstawione przez GUS projekcje demograficzne, bez względu na wariant, pokazują, jak proces ten będzie przebiegał do 2035 roku.

Prognoza sporządzona przez GUS w 2008 r. na podstawie wyników spisu ludności z 2002 r. zakłada zwiększenie odsetka osób powyżej 65 lat do 18,4% w roku 2020 i 23,8% w 2035 r. (wykres 2.6). Pomiędzy rokiem 2015 a 2020 udział osób powyżej 65 r.ż. będzie równy udziałowi osób w wieku 0–17 lat. Udział osób w wieku produkcyjnym w całej populacji naszego kraju wyraźnie zacznie się zmniejszać po 2015 r., kiedy to wiek 65 lat osiągnie populacja powojennego wyżu demograficznego. Odsetek osób w wieku 60 lat i więcej w ostatnim roku prognozy wyniesie 30%. Wraz z postępującym procesem starzenia się populacji Polski przewidywane jest nasilenie się procesu podwójnego starzenia się, czyli wzrostu odsetka osób w najstarszej grupie wieku 75/80 lat i więcej. Odsetek ten zacznie wzrastać dynamicznie około 2025 r., kiedy to wiek 75 lat i więcej będą osiągały osoby należące do pokolenia powojennego wyżu demograficznego.

Wykres 2.6. Prognozowany procentowy udział grup wieku w populacji Polski w latach 2007–2035



Źródło: Rocznik demograficzny, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2008, tab. 55.

Zmiany w parametrach określających strukturę ludności według wieku wskazują na wejście Polski w stadium trwałej starości demograficznej. W latach 1950–2011 udział osób w wieku 75 lat i więcej wzrósł z 1,6% do 6,5%, natomiast w 2035 roku, odsetek ten osiągnie wartość 12,3%. Proces starzenia się populacji Polski, zgodnie z wynikami prognozy GUS, ulegnie znacznemu przyspieszeniu w pierwszej połowie XXI wieku (tab. 2.2).

W 2005 r. największy udział osób w wieku 75 lat i więcej w subpopulacji zanotowano w województwach łódzkim, podlaskim, świętokrzyskim. W 2020 roku ponad 7% udział osób najstarszych spodziewany jest w województwie: lubelskim, łódzkim, mazowieckim, opolskim, podlaskim, śląskim oraz świętokrzyskim. W ostatnim roku prognozy sporządzonej przez GUS już w 10 województwach udział osób w czwartym wieku przekroczy 11%.

Tabela 2.2. Liczba osób (w tys.) w wieku 75 lat i więcej w Polsce w roku 2005, 2020 i 2030 w poszczególnych województwach i ich udział (jako % ludności ogółem)

Region	2005		2020		2030	
	Liczba	Udział	Liczba	Udział	Liczba	Udział
Polska	1730,5	5,6	2568,6	6,9	4046,0	11,6
dolnośląskie	166,8	5,8	190,1	6,9	326,7	12,5
kujawsko-pomorskie	106,2	5,1	130,1	6,4	216,0	11,1
lubelskie	139,0	6,4	151,1	7,2	221,9	11,1
lubuskie	49,3	4,9	58,9	6,0	106,6	11,2
łódzkie	171,4	6,6	182,0	7,5	286,8	12,6
małopolskie	180,7	5,5	229,5	6,9	336,0	10,3
mazowieckie	332,0	6,4	382,2	7,4	590,9	11,7
opolskie	53,0	5,1	70,3	7,4	100,2	11,6
podkarpackie	112,4	5,3	135,9	6,5	203,4	9,9
podlaskie	77,7	6,5	88,6	7,6	124,4	10,9
pomorskie	105,6	4,8	140,3	6,3	234,9	10,9
śląskie	236,4	5,0	331,1	7,7	489,9	12,4
świętokrzyskie	83,9	6,5	90,1	7,4	137,3	11,8
warmińsko-mazurskie	67,1	4,7	82,7	5,8	138,2	10,3
wielkopolskie	169,2	5,0	200,0	5,9	350,7	10,5
zachodniopomorskie	83,7	4,9	103,1	6,2	183,8	11,6

Źródło: Obliczenia własne na podstawie Prognozy ludności Polski do 2035 roku, GUS
http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/PUBL_prognoza_ludnosc_ogolem.xls dane dostępne w dniu 18.02.2009 r. oraz Prognozy ludności według województw
http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/PUBL_prognoza_ludnosc_wojew.xls dane dostępne w dniu 18.02.2009 r.

2.3. SPOŁECZNE KONSEKWENCJE STARZENIA SIĘ

Postępujący proces starzenia populacji krajów rozwiniętych stwarza nowe problemy społeczno-ekonomiczne. Należy podkreślić wieloaspektowość i wielokierunkowość tych zmian. Dzieje się tak na wszystkich płaszczyznach analizy, zarówno mikro, mezo, jak i makro. To powoduje zainteresowania badaniami nad rozwojem populacji osób dorosłych i starzeniem się. Do połowy XX w. praktycznie nie prowadzono systematycznych badań nad wiekiem średnim i podeszłym, badania te nabrały znaczenia w latach 70. i 80. XX w. Obecnie badania nad starzeniem znajdują się w zakresie wszystkich dyscyplin nauk medycznych i społecznych. Powstała stosunkowo młoda dyscyplina naukowa – gerontologia – zajmująca się badaniem procesu starzenia. Jest ona nauką interdyscyplinarną, łączącą demografię, socjologię, psychologię, pedagogikę, biologię, medycynę, itp., a jednym z jej głównych przedmiotów badania jest między innymi analiza następstw procesu starzenia się.

Wzrost udziału osób starszych ma wpływ praktycznie na wszystkie dziedziny życia społeczno-ekonomicznego, dlatego tak ważne jest badanie tego zjawiska i szukanie nowych rozwiązań problemów osób w starszym wieku. W niniejszym punkcie omówione zostały konsekwencje w skali makrospołecznej i makroekonomicznej.

Do głównych problemów można zaliczyć:

- 1) zmniejszanie się potencjału opiekuńczego rodziny;
- 2) zwiększanie się obciążenia systemu emerytalnego ze względu na konieczność wypłaty większej liczby świadczeń przez dłuższy okres;
- 3) zwiększanie się kosztów ochrony zdrowia;
- 4) zwiększanie się kosztów pomocy środowiskowej;
- 5) zwiększanie się kosztów opieki instytucjonalnej, szczególnie nakładów finansowych na instytucjonalne formy pomocy osobom starszym.

Jednym z podstawowych problemów ekonomicznych, wynikającym z niskiego współczynnika dzietności, jest zmniejszanie się zasobów siły roboczej, a w konsekwencji zmniejszenie wpływów do budżetu państwa z tytułu podatków. Zwiększenie się współczynnika obciążenia demograficznego spowoduje w przyszłości większe obciążenia fiskalne osób w wieku produkcyjnym, ponieważ władze będą musiały zapewnić odpowiedni poziom emerytur i rent oraz opieki medycznej i społecznej. Zmniejszanie się zasobów siły roboczej będzie

skutkowało niedoborem pracowników w niektórych branżach. Z punktu widzenia opieki nad osobami starszymi istotny jest niedobór wykwalifikowanych opiekunów osób starszych i niepełnosprawnych oraz lekarzy geriatrów.

W zakresie ochrony zdrowia niezbędne będzie zwiększanie wraz z postępującym procesem starzenia populacji nakładów, zarówno na doraźną pomoc lekarską, jak i na opiekę długoterminową (*long-term care*). Poza zakresem opieki długoterminowej niezbędne jest rozwinięcie sieci oddziałów opieki geriatrycznej i paliatywnej oraz sieci hospicjów. Wzrośnie również zapotrzebowanie na miejsca w placówkach opiekuńczych tj. 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% (Szukalski 2006). Powinny wzrosnąć również wydatki na rehabilitację oraz działania prewencyjne, mające na celu zmniejszenie prawdopodobieństwa wystąpienia niektórych schorzeń i niepełnosprawności.

W obszarze pomocy społecznej niezbędne jest stworzenie sieci pomocy środowiskowej, która będzie odpowiedzią na lokalne zapotrzebowanie na pomoc udzielaną w miejscu zamieszkania osoby starszej. Niezbędne będzie zwiększenie nakładów na tego typu pomoc. Wzrośnie również rola pracowników socjalnych jako osób pozostających w bezpośredniej interakcji z seniorem i znających jego potrzeby.

W dziedzinie instytucjonalnej pomocy społecznej potrzebna będzie rozbudowa sieci domów pomocy społecznej. Zarówno domy dla osób w podeszłym wieku, jak i domy dla osób somatycznie chorych będą musiały przygotować się na przyjęcie większej liczby mieszkańców. Już obecnie w dps obserwuje się zwiększanie liczby mieszkańców w wieku 75 lat i więcej, a stan zdrowia osób w tej grupie wieku jest gorszy niż osób w wieku 60–74 lata. Przemiany społeczne spowodują konieczność poszerzenia oferty w zakresie domów pomocy dla osób starszych. Wzrost zamożności społeczeństwa będzie skutkował zwiększeniem wymagań wobec standardu zamieszkiwania w dps.

Istotnym następstwem zwiększania się udziału osób starszych w nowoczesnych społeczeństwach będzie zmiana relacji międzypokoleniowych. Z jednej strony liczebny wzrost subpopulacji osób starszych powoduje, że wzrasta znaczenia tej grupy jako wyborców oraz konsumentów (por. Błędowski 2006a). Równocześnie coraz częściej widoczna jest

dyskryminacja osób starszych na różnych płaszczyznach życia społecznego, np. w zakresie wykonywania pracy zawodowej czy usług medycznych.

2.4. PODSTAWOWE CECHY ZBIOROWOŚCI OSÓB STARSZYCH

Osoby starsze, zarówno jako grupa społeczna, jak i demograficzna, nie stanowią jednolitej, homogenicznej zbiorowości. W niniejszym punkcie przedstawione zostaną podstawowe cechy różnicujące zbiorowość osób starszych.

Subpopulację osób starszych wyróżniają na tle innych grup społecznych cztery podstawowe cechy (Błędowski 2002):

- 1) feminizacja,
- 2) singularyzacja,
- 3) spadek dochodów,
- 4) pogorszenie stanu zdrowia.

Subpopulacja osób starszych charakteryzuje się rosnącym wraz z wiekiem udziałem kobiet (tabela 2.3). O ile współczynnik feminizacji w grupie 60–64 i 65–69 lat wynosił w 2011 r. odpowiednio 116 i 129, to po 80. roku życia subpopulacja kobiet jest 2,3 razy liczniejsza niż mężczyzn (GUS 2007, 2012). Różny jest również udział kobiet w populacji wiejskiej i miejskiej. Choć w obu zbiorowościach we wszystkich grupach wieku starszego występuje liczebna przewaga kobiet, to na wsi współczynniki feminizacji są nieznacznie niższe niż w mieście. Wynika to ze struktury osób migrujących w drugiej połowie XX wieku (częściej ze wsi do miasta migrowały kobiety).

Różnice w wieku metrykalnym wpływają na prawdopodobieństwo wystąpienia niepełnosprawności czy niedołążności. Zróżnicowanie stanu zdrowia wpływa na stopień samodzielności osób starszych w zakresie wykonywania czynności niezbędnych w codziennej egzystencji. W konsekwencji stan zdrowia determinuje rodzaj i formę pomocy udzielanej osobie starszej. Osoby w młodszych grupach wieku starszego – młodzi starzy – to osoby stosunkowo zdrowe i niepotrzebujące asysty przy wykonywaniu prac domowych. Wraz z postępującym procesem starzenia się wzrasta zależność seniorów od pomocy innych osób. Seniorzy w wieku powyżej 75 lat wymagają praktycznie codziennie pomocy przy wykonywaniu czynności związanych z prowadzeniem gospodarstwa domowego. Zgodnie

z wynikami Narodowego Spisu Powszechnego przeprowadzonego w 2002 roku⁵, w subpopulacji osób w młodszych grupach wieku starszego, 60–64, 65–69 lat odsetek osób odczuwających niepełnosprawność wynosił odpowiednio 34,7% oraz 35,8%. W kolejnych grupach wieku 70–74 i 75–79 wzrósł do 42% i 46,6%. Wśród osób powyżej 80. lat odsetek niepełnosprawnych wynosił ponad 50%.

Tabela 2.3. Kobiety w subpopulacji osób w wieku 60 lat i więcej w 2011 r.

Wiek	% ogółu ludności	Na 100 mężczyzn	Miasta		Wieś	
			% ogółu ludności	na 100 mężczyzn	% ogółu ludności	na 100 mężczyzn
Ogółem	51,6	107	52,5	111	50,1	101
60–64	53,8	116	55,1	123	51,1	105
65–69	56,3	129	57,0	133	54,9	122
70–74	59,6	148	60,3	152	58,4	140
75–79	63,0	170	63,1	171	62,8	169
80–84	67,5	208	67,2	205	67,9	211
85–89	73,1	272	73,2	273	73,0	270
90–94	75,7	311	76,2	321	74,7	295
95–99	79,6	389	81,0	426	78,2	340
100+	80,6	357	81,0	425	80,0	400

Źródło: Obliczenia własne na podstawie: GUS, Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2011. Raport z wyników, Warszawa 2012, http://www.stat.gov.pl/gus/5840_13164_PLK_HTML.htm dane dostępne w dniu 11.12.2012 r.

Przedstawione charakterystyki nie tylko różnicują subpopulację osób starszych, lecz również determinują aktywność osób starszych oraz konieczność korzystania z pomocy społecznej oraz rodzaj tej pomocy.

2.5. PODSUMOWANIE

Przedstawione w powyższym rozdziale dane obrazują skalę zjawiska, jakim jest proces demograficznego starzenia się populacji Polski na tle świata i innych krajów Europy. Choć populacja Polski nie należy do najstarszych wśród krajów rozwiniętych, to jednak proces ten jest na tyle zaawansowany, że pojawiają się nowe wyzwania nie tylko np. w zakresie rynku

⁵ Dane dotyczące osób niepełnosprawnych według grup wieku z Narodowego Spisu Powszechnego przeprowadzonego w 2011 roku nie zostały jeszcze opracowane, dlatego też w opracowaniu wykorzystano dane ze NSP z 2002 roku.

pracy, ubezpieczeń społecznych, lecz również w zakresie organizacji opieki nad osobami starszymi. Dodatkowym czynnikiem, który wpływa na kształt systemu pomocy seniorom jest niejednorodność populacji seniorów. Heterogeniczność wynika ze zróżnicowanej sytuacji zdrowotnej jednostek, różnego poziomu zamożności, statusu rodzinnego, a wszystkie te czynniki mają wpływ na konieczność korzystania z pomocy publicznej i wpływają na rodzaj wsparcia, które powinno być udzielone.

3. KONSEKWENCJE PROCESU DEMOGRAFICZNEGO STARZENIA SIĘ LUDNOŚCI JAKO ZADANIE DLA ADMINISTRACJI PUBLICZNEJ

Podstawą niniejszego raportu w znacznej mierze są wyniki interdyscyplinarnego badania pod nazwą „Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce”, znanego już pod nazwą **PolSenior**. Badanie to jest nie tylko najnowszym źródłem informacji, ale ponadto zawiera wyniki reprezentatywne dla całej populacji ludności w wieku 65 i więcej lat ogółem i według płci, poszczególnych pięcioletnich grup wieku aż do grupy 90 lat i więcej włącznie i dla makroregionów Polski⁶.

Problem demograficznego starzenia się społeczeństw, polegający na wzroście odsetka ludzi starych, jest przedmiotem uwagi nie tylko demografów, ale także polityków społecznych i polityków gospodarczych, a od pewnego czasu nabiera także znaczenia w kategoriach czysto politycznych. Nie chodzi przy tym jedynie o konsekwencje tzw. siwienia elektoratu, czyli wzrostu liczby osób starych wśród wyborców, ale przede wszystkim – o polityczne następstwa decyzji dotyczących alokacji środków i redystrybucji dochodów ze względu na konieczność zaspokojenia specyficznych dla wieku potrzeb seniorów.

Na potrzeby niniejszego opracowania jako ludzie starzy traktowane są wszystkie osoby, które osiągnęły 65. rok życia. Przyjęcie takiej granicy uzasadnione jest naukowo (Synak, 2002), choć jeszcze niedawno wiekiem granicznym było 60 lat. Obecnie – wobec postępu medycyny i dalszego wydłużenia czasu trwania życia ludzkiego, a także z uwagi na podnoszenie w coraz większej liczbie państw wieku emerytalnego powyżej 65 lat – należałoby podjąć dyskusję nad nową definicją umownej granicy starości. Przyjmowany najczęściej w badaniach próg starości na poziomie 65 lat, mimo że coraz bardziej dyskusyjny ze względu na obserwowaną

⁶ Ta część raportu powstała na podstawie danych i sugestii zawartych w opracowaniu P. Błędowskiego „Starzenie się jako problem społeczny. Perspektywy starzenia się ludności Polski do roku 2035.; [w:] Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce, red. M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski, Termedia, Poznań 2012, s. 11 i nast. Sformułowane w rozdziale wnioski oparte zostały dodatkowo na analizie doświadczeń dotyczących procesów demograficznych w innych krajach Europy.

tendencję do podnoszenia granicy wieku emerytalnego ponad ten poziom, ma wszelako jedną zaletę: z uwagi na powszechność jego stosowania możliwe jest dokonywanie porównań wyników badań realizowanych w różnych krajach.

Starość jako zjawisko ma charakter nie tylko historyczny, gdyż zmienia się w czasie, ale także wielowymiarowy. Mówimy zatem o wieku kalendarzowym, biologicznym czy ekonomicznym jako pomocnych w celu ustalenia granicy starości, przy czym jej granice – określane na podstawie poszczególnych kryteriów – kształtują się na różnym poziomie. Podobnie proces starzenia się definiowany jest odmiennie z punktu widzenia biologii, medycyny czy nauk społecznych. Z punktu widzenia potrzeb mniejszego raportu, za centralny przyjmuje się wiek kalendarzowy jako wiek, będący podstawą nabycia rozmaitych uprawnień, związanych ze świadczeniami społecznymi.

Demograficzne starzenie się ludności, wyrażające się we wzroście odsetka ludzi starych w społeczeństwie, jest jednym z procesów społecznych koncentrujących na sobie uwagę badaczy z wielu dziedzin, między innymi ekonomistów, specjalistów medycyny i zdrowia publicznego, polityków społecznych oraz socjologów. Demograficzne starzenie się ludności Polski, przebiegające podobnie jak w większości społeczeństw europejskich, nie jest procesem nieoczekiwanym. Tego rodzaju zmiany demografowie przewidywali już przed kilkoma dziesiątkami lat, ale ich rozmiary okazały się większe, niż uprzednio zakładano. Składa się na to kilka przyczyn, z których w Polsce bodaj najważniejszą jest skala procesów migracyjnych. W następstwie poszukiwania przez młodych ludzi zatrudnienia poza granicami kraju dochodzi nie tylko do przyspieszenia tempa wzrostu odsetka ludzi starych w społeczeństwie, ale i do zwiększenia dysproporcji między poszczególnymi regionami kraju. Szczególnie w słabiej rozwiniętych gospodarczo regionach Polski tempo wzrostu odsetka ludzi starych jest wyższe niż ogółem w kraju.

Przyczyny wzrostu odsetka osób starych w społeczeństwie są powszechnie znane specjalistom. Należą do nich przede wszystkim wydłużanie czasu trwania ludzkiego życia oraz spadek liczby urodzeń. Fakt, że żyjemy coraz dłużej, pociąga za sobą wiele ważnych konsekwencji. O niektórych będzie mowa w dalszej części rozdziału, w tym miejscu warto zwrócić uwagę na jedną, a mianowicie coraz większe wewnętrzne zróżnicowanie starości.

Z okresem starości w życiu człowieka wiąże się wiele negatywnych stereotypów, dotyczących głównie związanej w wiekiem utraty samodzielności. Niektóre aspekty życia w tym okresie (zwłaszcza wymiar psychologiczny i biologiczny) nie są jeszcze dostatecznie poznane, co wynika nie tylko ze stosunkowo późnego zainteresowania się przez badaczy tym etapem życia człowieka, ale także z faktu, że starość – zwłaszcza w wymiarze społecznym – należy do tych faz cyklu ludzkiego życia, które ulegają najszybszym zmianom. Dopiero od niedawna wyróżnia się dwa etapy starości – jej pierwszą fazę (III wiek, „młodych starych”) przypadającą na wiek 65 – 79 lat oraz rozpoczynającą się w 80. roku życia późną starość (IV wiek, „starych starych”), a już w literaturze wskazuje się na potrzebę wyodrębnienia długowieczności jako kolejnego, trzeciego etapu starości.

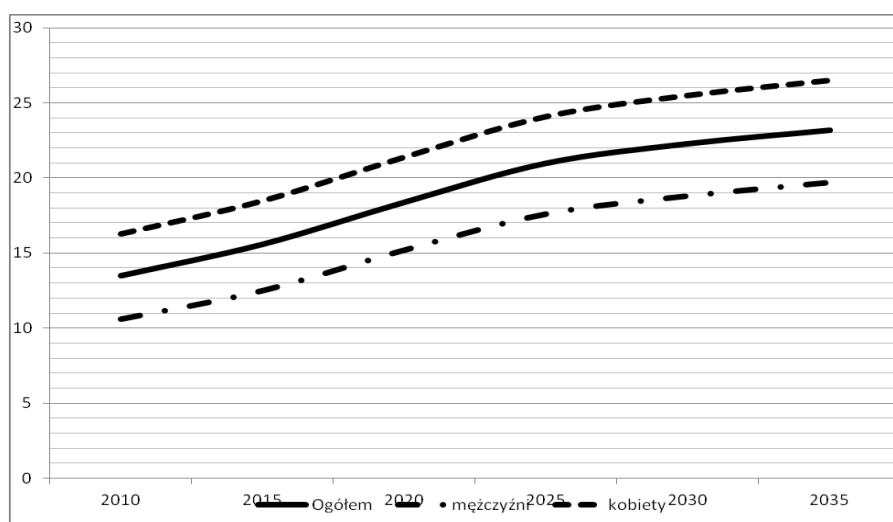
Sam fakt, że starość stanowi coraz dłuższy etap w życiu człowieka, sprawia, że zachodzące w okresie jej trwania procesy stają się coraz bardziej interesujące dla badaczy. Jednocześnie społeczne i ekonomiczne skutki starzenia się społeczeństw w coraz większym stopniu determinują bieżącą politykę kraju.

3.1. OCZEKIWANE ZMIANY W STRUKTURZE DEMOGRAFICZNEJ POLSKI DO ROKU 2035

Zmiany zachodzące w strukturze demograficznej polskiego społeczeństwa coraz częściej są przedmiotem publicznej dyskusji, nadal jednak istnieje potrzeba pogłębionej refleksji nad oczekiwanym przebiegiem procesów demograficznych w przyszłości. Proces demograficznego starzenia się ludności Polski będzie bowiem przebiegać ze znacznie większą intensywnością niż dotychczas. Przede wszystkim trzeba zwrócić uwagę na oczekiwany wzrost odsetka osób w wieku 65 lat i więcej w Polsce oraz na proces tzw. podwójnego starzenia się ludności, wyrażający się szybszym niż w przypadku całej populacji osób w wieku 65 i więcej lat wzrostem odsetka osób w wieku 80 i więcej lat.

Jak pokazują prognozy (GUS 2009), odsetek ludności w wieku 65 i więcej lat będzie systematycznie wzrastał⁷. W 2035 r. ma on wynieść 23,2, przy czym w miastach będzie się kształtował na nieco wyższym poziomie (24,3) niż na wsi (21,7). Przez cały okres odsetek starszej ludności mieszkającej w miastach będzie wyższy niż na wsi. Jeszcze bardziej spektakularnie przebiegać będą zmiany odsetka ludności w wieku 80 lat i więcej, który w latach 2010–2035 zwiększy się ponad dwukrotnie – z 3,0 do 7,2. W 2010 r. wyniósł on 3,4 w miastach i 3,6 na wsi. Oczekuje się, że do 2035 r. udział osób w tej kategorii wieku w miastach wzrośnie więcej niż dwa razy – do 8,1%, a na wsi, gdzie proces demograficznego starzenia się ludności został zapoczątkowany wcześniej, osiągnie wartość 5,8%.

Wykres 3.1. Odsetek ludności w wieku 65 i więcej lat w Polsce w latach 2010–2035



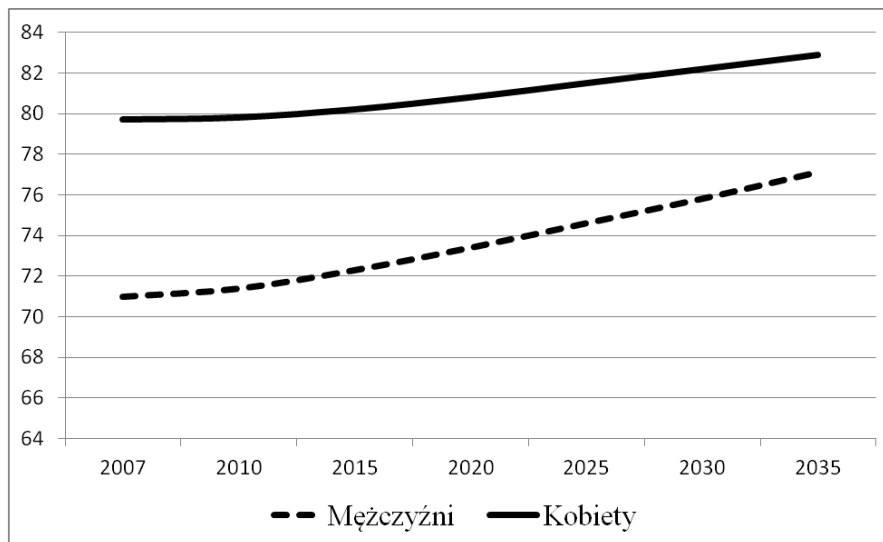
Źródło: GUS 2009.

Jak można dostrzec na wykresie 3.1, następować będą znaczne zmiany odsetka ludności Polski w wieku co najmniej 65 lat. Do 2035 r. należy oczekiwać dalszego zwiększenia się różnicy między udziałem kobiet w tej grupie wieku (wzrośnie z 16,3% do 26,5%) i mężczyzn (wzrost z 12,5% do 19,7%). Po 2035 r. różnica ta ulegnie jednak pewnemu zmniejszeniu, co łączy się z systematycznym wydłużaniem oczekiwanej długości życia ludności Polski. Zakłada się bowiem, że proces ten będzie przebiegać szybciej w przypadku mężczyzn (wykres 3.2).

⁷ Ocena rzeczywistych danych dotyczących procesów demograficznych pokazuje, że w 2010 r. błąd prognozy w stosunku do danych faktycznych wyniósł 0,28% (GUS 2011a). Uzasadnia to posługiwanie się przygotowaną przez GUS w 2007 r. prognozą demograficzną.

Dzięki temu nastąpi zmniejszenie różnicy między wartościami przeciętnego czasu trwania życia mężczyzn w Polsce i w krajach zachodnioeuropejskich.

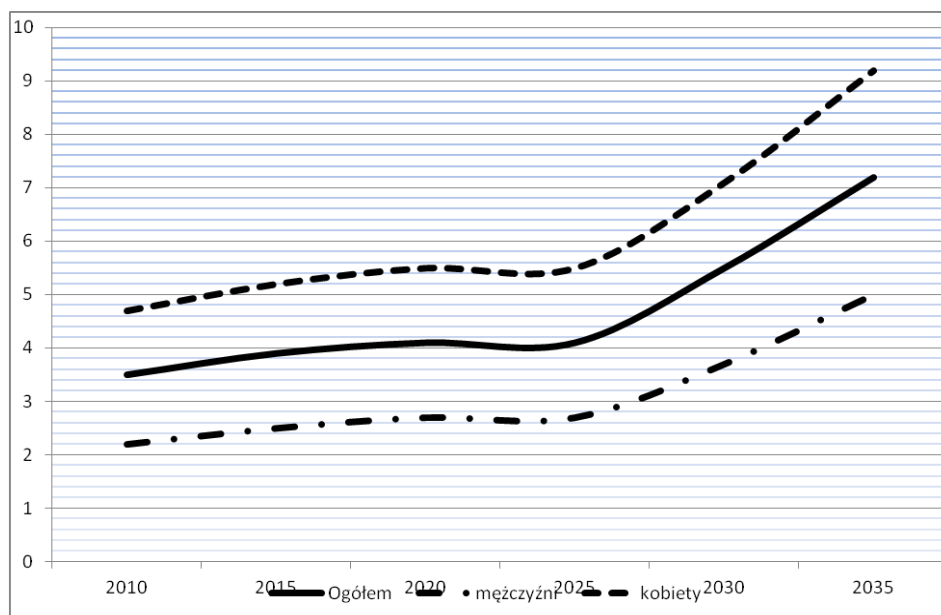
Wykres 3.2. Przeciętne trwanie życia w Polsce do 2035 r.



Źródło: GUS 2009.

Jedną z konsekwencji wydłużania się oczekiwanego czasu trwania życia jest wzrost liczby i odsetka osób w wieku 80 i więcej lat (wykres 3.3). Tempo wzrostu udziału tej kategorii ludności utrzymać się będzie w analizowanym okresie, a szczególnie w latach 2025–2035, na relatywnie bardzo wysokim poziomie. Nieco większa będzie dynamika wzrostu odsetka mężczyzn w tym wieku (w latach 2010–2035 zwiększy się z 2,2 do 5,0) niż kobiet (odpowiednio 4,7 i 9,2), jednak odsetek kobiet w wieku 80 i więcej lat będzie prawie dwukrotnie wyższy niż mężczyzn. W miastach odsetek ludności zaliczanej do tzw. IV wieku osiągnie wartość 8,1, podczas gdy na wsi zwiększy się tylko o połowę, to jest do poziomu 5,8%. To przestrzenne zróżnicowanie wynika z nasilonych w latach 50. i 60. procesów migracyjnych ze wsi do miast (Rosset 1967). Migrujący wówczas w większości młodzi ludzie obecnie zwiększają odsetek osób starych w miastach, podczas gdy na wsi odsetek starych i najstarszych mieszkańców utrzymuje się na niższym poziomie.

Wykres 3.3. Odsetek ludności w wieku 80 i więcej lat w Polsce w latach 2010–2035



Źródło: GUS 2009.

Jakkolwiek w poszczególnych regionach Polski proces demograficznego starzenia się ludności przebiegać będzie podobnie, można wskazać pewne różnice dotyczące zwłaszcza jego skali. Zasadniczo są one konsekwencją zróżnicowania występującego już dzisiaj. Nastąpi zatem jego pogłębienie, i tak te regiony, które dziś charakteryzują się relatywnie niższym odsetkiem osób w wieku 65 i więcej lat, nadal będą się wyróżniały mniejszym niż w pozostałych regionach udziałem ludzi starszych. W regionie północno-zachodnim, w którym w 2010 r. udział osób w wieku 65 i więcej lat wyniósł 11,9%, a osób w wieku 80 i więcej lat osiągnął 3,0%, wskaźniki te wzrosną odpowiednio do 22,3% oraz 6,8%. Z kolei region wschodni, gdzie proces demograficznego starzenia się ludności jest najbardziej zaawansowany, pozostanie nadal demograficznie najstarszy. Odpowiednie odsetki wzrosną z 14,2 i 3,8 w 2010 r. do 24,3 oraz 7,3 w 2035 r. Tylko region południowo-zachodni będzie się odznaczał wyższym udziałem osób w wieku 80 i więcej lat (7,6%). Wszędzie też należy się spodziewać szczególnie szybkiego tempa wzrostu odsetka najstarszej grupy ludności po 2025 r. (Błądowski 2012a). Jak pokazują wykresy, rok 2025 przyniesie początek procesu bardzo szybkiego wzrostu udziału osób najstarszych w polskim społeczeństwie. Proces ten będzie trwał przez wiele kolejnych lat, a w rezultacie wzrośnie mediana wieku.

Oznacza to, że nadchodzi czas podejmowania strategicznych decyzji dotyczących zakresu podmiotowego i przedmiotowego polityki wobec ludzi starych⁸, sposobu jej finansowania oraz ustalenia jej priorytetów.

Jednym z przejawów postępującego starzenia się społeczeństwa jest podnoszenie się wartości mediany wieku. Jest to wartość powyżej i poniżej której znajduje się dokładnie połowa społeczeństwa. W 2007 r. mediana wieku wynosiła 37,3 roku, tymczasem w roku 2035 osiągnie już poziom 47,9 roku (tab. 3.1). Jeśli mediana wieku przekracza 35 lat, demografowie zaliczają społeczeństwo do bardzo starych demograficznie (GUS 2009).

Według prognozy demograficznej Eurostat, proces demograficznego starzenia się ludności Europy będzie przebiegał po 2035 r. jeszcze szybciej. Jednym z jego następstw będzie dalsze podniesienie mediany wieku w Polsce. W 2060 r. ma ona przekroczyć poziom 54 lat i będzie, poza Słowacją, najwyższa w całej Unii Europejskiej (Giannakouris 2008).

Tabela 3.1. Mediana wieku ludności Polski w latach 2007–2035

Rok	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety
	Ogółem		
2007	37,3	35,3	39,4
2020	41,4	39,8	43,2
2035	47,9	46,0	49,7
	Miasta		
2007	38,5	36,0	41,1
2020	42,4	40,5	44,4
2035	48,6	46,4	50,5
	Wieś		
2007	35,5	34,2	36,8
2020	39,9	38,7	41,1
2035	46,9	45,5	46,3

Źródło: GUS 2009.

⁸ W opracowaniu używany będzie znacznie częściej termin *polityka (społeczna) wobec ludzi starych*, niż *polityka senioralna* ze względu na fakt, iż w naukach społecznych określenia starość czy ludzie starzy nie mają pejoratywnego czy też wartościującego wydźwięku.

W Polsce należy więc oczekiwać dalszego demograficznego starzenia się ludności, a tempo tego procesu będzie należeć do najszybszych w Unii Europejskiej (Eurostat 2011). Wymaga to już dziś określenia najważniejszych możliwych następstw tego procesu dla całego społeczeństwa. Niewątpliwie, konieczne jest w tym celu uwzględnienie najważniejszych cech społecznych starości.

3.2. KONSEKWENCJE DEMOGRAFICZNEGO STARZENIA SIĘ DLA WARUNKÓW BYTU LUDNOŚCI I POLITYKI SPOŁECZNEJ

Wśród elementów warunków bytu, na które starzenie się ludności i indywidualny proces starzenia się wywierają największy wpływ, znajdują się oczywiście sytuacja dochodowa, rodzinna i zdrowotna, jak również sytuacja mieszkaniowa, poziom zaspokojenia potrzeb oświatowych i dostępność świadczeń zdrowotnych (zwłaszcza opiekuńczych, jak też pielęgnacyjnych). Jakkolwiek lista nie jest kompletna, pozostałe elementy warunków bytu są mniej istotne z punktu widzenia zadań krajowej polityki społecznej, odgrywają natomiast większą rolę w strukturze zadań lokalnej polityki społecznej. Wymienione elementy zostaną bardziej szczegółowo omówione w dalszych częściach opracowania, w tym miejscu należy jednak zwrócić uwagę na podstawowe tendencje związane ze zmianami tych elementów w miarę wzrostu odsetka ludzi starych w społeczeństwie.

W przypadku dochodów daje się zaobserwować tendencja do pogarszania się sytuacji zależnie od przechodzenia do coraz wyższych grup wieku. Wpływa na nią nie tylko sama wysokość dochodu, ale także możliwość gospodarowania nim, często ograniczana w następstwie zwiększonych potrzeb związanych z korzystaniem z opieki i pielęgnacji i większych wydatków na zakup lekarstw i środków opatrunkowych oraz higienicznych.

Sytuacja rodzinna ulega poważnej jakościowej zmianie na skutek istotnego ograniczenia zakresu kontaktów rodzinnych, sprowadzających się coraz częściej do kontaktów z dziećmi i wnukami. Coraz wyższy wiek nie pociąga jednak za sobą zmiany oceny kontaktów rodzinnych. Można jednak zauważyć, że kontakty te w kolejnych badaniach oceniane są coraz lepiej (Synak 2002, Szatur-Jaworska 2012). Może to jednak to pewnego stopnia

wynikać z faktu, iż seniorzy w miarę starzenia się, coraz częściej korzystają z pomocy członków rodziny.

Trudno jest o jednoznaczną ocenę sytuacji zdrowotnej osób starszych. Można wprowadzić sformułować pogląd, iż jest ona na ogół zależna od wieku – im wyższy wiek, tym częściej pojawia się zjawisko wielochorobowości, niższy jest poziom sprawności samoobsługowej i gospodarskiej oraz zwiększa się uzależnienie od pomocy innych osób, ale samoocena stanu zdrowia wykazuje korelację także z innymi zmiennymi, jak płeć czy wykształcenie. Wiek jako taki jest wyraźnie skorelowany z zapotrzebowaniem na pomoc ze strony innych osób i świadczenia opiekuńcze.

Pozostałe elementy warunków bytu są wprowadzić silnie skorelowane z wiekiem, ale dodatkowo można zaobserwować korelację na przykład z miejscem zamieszkania. Jest to szczególnie istotne zwłaszcza w przypadku oceny warunków mieszkaniowych. Ludzie starzy nie dysponują na ogół środkami finansowymi umożliwiającymi im adaptację mieszkania do potrzeb wynikających z ograniczonej sprawności. W skrajnych przypadkach może się to stać przyczyną zamieszkania przez nich w placówce zakładowej, jaką jest na przykład dom pomocy społecznej.

Ta sama uwaga dotyczy dostępu do świadczeń zdrowotnych, a w szczególności do świadczeń opiekuńczych. Gdyby można było zapewnić systematyczną i efektywną opiekę nad osobami niesamodzielnymi w ich miejscu zamieszkania, udałoby się zmniejszyć zapotrzebowanie na świadczenia udzielane przez domy pomocy społecznej.

Na lokalnych podmiotach polityki społecznej spoczywa obowiązek zapewnienia seniorom dostępu do świadczeń edukacyjnych i oświatowych. Doskonałym przykładem zapotrzebowania na tego rodzaju działania jest zainteresowanie uniwersytetami trzeciego wieku (RPO 2012). Na marginesie warto podkreślić, że ich działalność ma bardzo duże znaczenie dla zwalczania i zapobiegania wykluczeniu społecznemu.

Obok wpływu demograficznego starzenia się społeczeństw na sytuację bytową coraz liczniejszej grupy osób starszych zachodzące zmiany determinują rozmaite obszary polityki społecznej. Jednocześnie na skutek zaawansowania procesu demograficznego starzenia się ludności na znaczeniu zyskują pewne dotychczas nie traktowane pierwszoplanowo obszary polityki społecznej. I tak wzrost odsetka i liczby osób starych w społeczeństwie sprawia, że

z większą ostrością ujawniają się niektóre cechy społeczne starości, jak przykładowo feminizacja, singularyzacja i będąca jedną z przyczyn tzw. podwójnego starzenia się długowieczność⁹.

Inną konsekwencją demograficznego starzenia się społeczeństwa, ściśle powiązaną z feminizacją starości, jest coraz częstsze samotne zamieszkiwanie osób starszych. Singularyzacja, czyli pozostawanie w jednoosobowym gospodarstwie domowym, często traktowana jest jako dobrowolny wybór, zwłaszcza dokonywany przez osoby w wieku 20–40 lat. W istocie jednak coraz częściej staje się sytuacją przymusową, do której dochodzi w następstwie śmierci współmałżonka. Według danych i prognoz GUS, znacznie częściej w jednoosobowych gospodarstwach domowych pozostają i pozostaną kobiety (GUS 2009a). Te informacje wskazują na potrzebę zwrócenia szczególnej uwagi na sytuację zdrowotną i dochodową osób mieszkających samotnie, zwłaszcza kobiet.

Obie zasygnalizowane cechy starości uzupełnia kolejna, a mianowicie długowieczność. Demografowie i politycy społeczni zwracają przy tej okazji uwagę na wspomniane wcześniej podwójne starzenie się. Wzrastający odsetek osób w wieku 80 i więcej lat oraz coraz większa liczba bezwzględna osób należących do tej grupy wiążą się z koniecznością zapewnienia wsparcia najstarszym osobom i ich otoczeniu rodzinnemu, częściej niż w przypadku pozostających w rodzinie tzw. młodych starych, zaangażowanych w sprawowanie funkcji opiekuńczych wobec seniorów. Ponadto pojawiają się nowe potrzeby zdrowotne, związane nie tylko z postępującym często ograniczeniem samodzielności, ale i z wielochorobowością. Konieczne staje się zapewnienie tej grupie osób dostępu do usług, których opiekunowie rodzinni lub nieformalni nie są w stanie udzielić, jak na przykład specjalistyczne usługi opiekuńcze.

Jeśli mowa o konsekwencjach starzenia się ludności, to konieczne jest uwzględnienie co najmniej trzech perspektyw tego procesu: makro – ogólnospołecznej i będącej wyzwaniem dla administracji państwowej, mezo – lokalnej, będącej domeną przede wszystkim samorządu terytorialnego, a także organizacji pozarządowych oraz mikro – indywidualnej, w ramach której rozwiązywanie problemów obciąża przede wszystkim samych seniorów i ich rodziny.

⁹ Por. str. 29 i nast.

Dyskusji nad problemami społecznymi i zdrowotnymi związanymi ze starzeniem się i starością towarzyszy zazwyczaj duża liczba danych procentowych, obrazujących skalę zjawiska i tempo procesu. Wydaje się jednak, że do wyobraźni bardziej przemawiają liczby bezwzględne. Jeśli zatem przyjąć, że zgodnie z prognozą GUS w 2035 r. liczba osób w wieku 65 i więcej lat wyniesie 8358 tys., a w wieku co najmniej 80 lat – 2574 tys., to wówczas lepiej można dostrzec, jak wielka jest skala wyzwań dla polityki społecznej i polityki zdrowotnej w Polsce. W celu uzyskania pełnego obrazu należałoby uwzględnić przewidywaną przez GUS w 2030 r. liczbę 2740 tys. jednoosobowych gospodarstw domowych prowadzonych przez osoby w wieku 65 i więcej lat, a w tym 887 tys. gospodarstw, w których pozostawać będą samotnie osoby w wieku 80 i więcej lat.

Wzrost liczby osób starych to ogromne wyzwanie dla państwa i społeczeństwa. Wiąże się ono nie tylko z potencjalnymi zagrożeniami, na co zwraca się uwagę głównie w kontekście finansów publicznych, ale i wieloma szansami, które trzeba należyście wykorzystać. Każdy kolejny rocznik osiągający granicę starości jest coraz lepiej wykształcony. Z każdym rokiem wydłuża się również okres, jaki dzisiejsi seniorzy przeżyli w nowych warunkach, opartych na bardziej zdemokratyzowanych stosunkach społecznych i zasadach gospodarki rynkowej. Państwo powinno stworzyć ramy prawne i finansowe do zapewnienia godnych warunków egzystencji ludzi starych, należytej opieki zdrowotnej nad nimi oraz do zapewnienia im udziału w życiu społecznym na miarę potrzeb i możliwości.

W ślad za ogólnymi zasadami prawnymi i finansowymi powinna iść ich praktyczna realizacja. Doświadczenia większości krajów pokazują, że najskuteczniejsza okazuje się działalność na rzecz seniorów realizowana na poziomie lokalnym. Na poziomie mezo skoncentrowane są relatywnie najlepsze możliwości wykorzystania kapitału społecznego z myślą o ludziach starych oraz kapitału ludzkiego i społecznego samych seniorów. Dużą rolę odgrywa przy tym stan infrastruktury komunalnej i społecznej w miejscu zamieszkania osoby starszej.

Poziom mikro – indywidualny – jest w znacznej mierze zależny od sytuacji rodzinnej i społecznej seniora, jego stanu zdrowia, aktywności życiowej oraz stopnia akceptacji oraz zrozumienia środowiska lokalnego dla starości i procesów z nią związanych. Decydującą rolę w kształtowaniu postawy wobec starości samych zainteresowanych i ich najbliższego środowiska odgrywają takie czynniki, jak stan zdrowia i przebyte choroby, poziom sprawności oraz sytuacja rodzinna, ekonomiczna i mieszkaniowa.

Ilościowe aspekty starzenia się społeczeństw są od dawna przedmiotem licznych analiz i opracowań, one też spowodowały zainteresowanie tym coraz bardziej powszechnym we współczesnym społeczeństwie fenomenem. Stosunkowo rzadziej natomiast starzenie się traktuje się jako proces wpływający na powstawanie różnego rodzaju innowacji w polityce zdrowotnej, zatrudnienia, edukacyjnej, rodzinnej, kulturalnej czy organizacji czasu wolnego. Starość niesie ze sobą wiele nowych, dotychczas niedocenianych wartości dla całego społeczeństwa. Jako przykłady można wskazać przynajmniej cztery obszary, w których znaczenie starszego pokolenia wzrasta, a jednocześnie dezaktualizują się dawne, niechętne starości stereotypy dotyczące nieodłącznie towarzyszącej starości zależności od innych osób. Zmiany we wskazanych obszarach następują już od dłuższego czasu, ale nadal nie są dostatecznie uwzględniane w strukturze zadań polityki społecznej, a zwłaszcza polityki społecznej wobec ludzi starych. Do obszarów, w których rola i pozycja starszego pokolenia ulegają poprawie, można zaliczyć między innymi:

- dostęp do świadczeń zdrowotnych,
- poziom wykształcenia,
- skalę aktywności,
- zakres konsumpcji.

Niezależnie od formułowanej przez opinię publiczną oceny dostępności świadczeń zdrowotnych, obiektywnie trzeba podkreślić, iż uległa ona poprawie. Dotyczy to nie tylko świadczeń udzielanych przez lekarzy pierwszego kontaktu, ale także przez lekarzy specjalistów oraz w placówkach szpitalnych czy sanatoryjnych. Wyższy poziom poczucia bezpieczeństwa starszych ludzi pod względem zdrowotnym przekłada się na jakość ich funkcjonowania w lokalnych społecznościach, a także na ocenę jakości ich życia (Tobiasz-Adamczyk i in. 2012).

Poziom wykształcenia kolejnych roczników osób starych od dawna ulega systematycznej poprawie (GUS 2011). Jest to naturalną konsekwencją podnoszenia poziomu wykształcenia w kraju w ciągu ostatnich kilkudziesięciu lat, ale także następstwem realizacji celów polityki oświatowej, sprzyjającej doskonaleniu kwalifikacji zawodowych w okresie aktywności zawodowej, a w ostatnich latach – realizacji polityki kształcenia przez całe życie. W rezultacie kolejne roczniki przekraczające granicę starości charakteryzują się coraz wyższym przeciętnym poziomem wykształcenia. Cecha ta w większym stopniu dotyczy kobiet, bardziej

skłonnych do podnoszenia kwalifikacji, podczas gdy w latach wcześniejszych pozycja zawodowa mężczyzn nie wymagała na ogół długiego okresu kształcenia i poprawy lub zmiany kwalifikacji zawodowych w trakcie pracy zawodowej. Ten wzrastający poziom wykształcenia znajduje odzwierciedlenie m.in. w zmieniającym się stylu życia starszego pokolenia, coraz częściej nieograniczającego zakresu swoich zainteresowań do spraw najbliższej rodziny. Starsza generacja staje się coraz bardziej świadoma swoich zadań w zakresie dbałości o zdrowie i zachowanie sprawności. Ponadto dzisiejsi seniorzy dzięki wyższym dochodom w przeszłości oraz nieco wyższej realnej wartości świadczeń społecznych dysponują dochodami o większej sile nabywczej niż ich rówieśnicy przed laty.

Jednym z najważniejszych następstw coraz wyższego poziomu wykształcenia kolejnych kohort ludzi starych jest wzrastający poziom ich aktywności. Mam na myśli nie tyle aktywność społeczną – działanie na rzecz lokalnej społeczności, o które w środowisku ludzi starych nadal stosunkowo trudno, ale przede wszystkim większą aktywność fizyczną, bardziej aktywne uczestniczenie w życiu rodziny i wreszcie – większą samodzielność ludzi starszego pokolenia. Samodzielność ta wyraża się między innymi w rozwijaniu własnych zainteresowań, bardziej śmiałym demonstrowaniu swojej starości rozumianej nie jako schyłkowy, ostatni okres w życiu człowieka, ale – przynajmniej w jej początkowym okresie – jako czas wolny od obowiązków zawodowych, który można poświęcić na realizację własnych planów, bez całkowitego podporządkowania ich potrzebom rodziny.

Wskazane wyżej cechy są przyczynami, dla których można obecnie mówić o znacznie rozszerzonym zakresie konsumpcji, jaki obserwuje się w gospodarstwach domowych ludzi starych (Błądowski 2006a). Z jednej strony bowiem społeczeństwo udziela starszym osobom coraz szerszego przyzwolenia na takie zachowania i taką konsumpcję, które przed laty spotykały się na ogół z powszechną krytyką. Obecnie w gospodarstwach domowych starszych osób systematycznie zwiększa się zakres konsumpcji na przykład usług turystycznych oraz zakup i wykorzystywanie dóbr trwałego użytku. Z drugiej natomiast – w następstwie wydłużającego się czasu trwania życia, lepszej opieki zdrowotnej i większego spożycia lekarstw – zwiększa się zakres korzystania ze świadczeń lekarskich i spożycie leków (Wojszel 2009).

Wzrostowi liczby ludzi starych w społeczeństwie towarzyszy proces zmian w ich zachowaniach i postawach, oznaczających swego rodzaju nową jakość. Cechy tej „nowej

starości” są szczególnie wyraźne obecnie, kiedy na procesy demograficzne związane ze zwiększaniem się udziału liczby ludzi starych w społeczeństwie nakładają się bardzo szybko postępujące przekształcenia w gospodarce, życiu społecznym, systemach wartości oraz w relacjach międzypokoleniowych. W Polsce, podobnie jak innych krajach naszej części kontynentu, procesy te i związane z nimi przemiany zostały jeszcze spotęgowane przez transformację systemu gospodarczego oraz politycznego w latach 90. minionego wieku (OECD 2010b).

3.3. BADANIA NAD STARZENIEM SIĘ I STAROŚCIĄ W POLSCE

W ciągu ostatnich 50 lat w Polsce, podobnie jak w większości krajów Europy Zachodniej, zrealizowano wiele badań dotyczących zdrowotnych oraz społecznych aspektów starzenia się ludności (Bień 1996; Błędowski 2002, Wojszel 2009). Praktycznie jednak żadne z nich nie objęło swoim zakresem zarówno aspektów medycznych, jak i społecznych starości. W badaniach o nachyleniu społecznym kwestie zdrowotne były z reguły sprowadzane do pytań dotyczących samooceny stanu zdrowia. Stosunkowo najbliższe badania wielodyscyplinarne, w którym podjęto by zarówno wątki dotyczące sytuacji społecznej, jak i przedmiotowej oceny stanu zdrowia respondentów, było pierwsze ogólnopolskie badanie gerontologiczne, zrealizowane w latach 1966–1967 przez zespół Katedry Socjologii Pracy Szkoły Głównej Planowania i Statystyki w Warszawie (SGPiS, obecnie SGH) pod kierunkiem J. Piotrowskiego. W ramach tego badania, które objęło reprezentatywną próbę 2714 osób, przeprowadzono badanie lekarskie 200 respondentów (Piotrowski 1973). Generalnie badanie przedmiotowe wykazało, że dokonana przez lekarzy ocena stanu zdrowia respondentów jest gorsza od formułowanej przez uczestników samooceny stanu zdrowia (Czajka 1974).

Wspomniane badanie nie było pierwszym, które dotyczyło warunków życia ludzi starych, jednak stosunkowo niewiele badań przeprowadzono na ogólnopolskiej reprezentatywnej próbie badawczej. Kolejne badania ogólnopolskie zawierały wprawdzie pytania o ocenę przez respondentów stanu ich zdrowia i poziomu sprawności, ale nie obejmowały badań lekarskich. Tak było w przypadku przeprowadzonych dwukrotnie przez GUS badań warunków życia ludzi starych (GUS 1985, GUS 1990).

W 2000 r. Instytut Spraw Publicznych zrealizował ogólnopolskie badanie oparte na reprezentatywnej próbie 1000 osób (Halik 2002). Wprawdzie badanie objęło także problematykę samooceny stanu zdrowia, a nawet dostępności świadczeń zdrowotnych i lekarstw oraz kwestię organizacji opieki zdrowotnej nad ludźmi starszymi, ale punktem wyjścia do tych rozważań była subiektywna ocena respondentów. Jakkolwiek jest to pewnym mankamentem tego i innych badań dotyczących sytuacji ludzi starszych w Polsce, to trzeba podkreślić, że ograniczenie badania do przeprowadzenia wywiadów jest uzasadnione wysokim kosztem realizacji interdyscyplinarnych projektów i możliwościami organizacyjnymi. Te same przyczyny sprawiły, że w kolejnym ogólnopolskim badaniu prowadzonym na reprezentatywnej próbie także ograniczono się wyłącznie do badania ankietowego. Zrealizowane przez zespół pod kierunkiem B. Synaka w 2000 r. na próbie liczącej 1821 osób w wieku 65 i więcej lat badanie „Polska starość” (Synak 2002) charakteryzowało się jednak innym wymiarem interdyscyplinarności: obok badania, którego wyniki były reprezentatywne dla całej populacji ludzi starych w Polsce, zrealizowane zostały badania pogłębione w siedmiu różniących się czynnikami etnicznymi i społecznymi gminach o wysokim odsetku ludzi starych w województwach opolskim, podlaskim, pomorskim i świętokrzyskim.

3.4. PODSUMOWANIE I REKOMENDACJE

Przeobrażenia struktury społecznej i demograficznej związane ze wzrostem udziału ludzi starych w ogólnej licznie ludności są procesami długotrwałymi. Ich konsekwencje wykraczają daleko poza bieżące półwiecze i wymagają odpowiedniego przygotowania społeczeństwa oraz opracowania strategii uwzględniającej nie tylko społeczne, ale także ekonomiczne aspekty zachodzących zmian.

W szczególności konieczne jest:

- podjęcie działań o charakterze informacyjno-edukacyjnym, obrazujących nie tylko skalę problemu, ale i zakres i wielowymiarowość jego konsekwencji. Niezbędne jest przy tym przedstawianie starzenia się społeczeństwa jako obiektywnego procesu, którego wyzwaniom trzeba sprostać, ale który nie może być postrzegany jako zagrożenie dla gospodarki i społeczeństwa;

- prowadzenie badań i monitoringu społecznego, pozwalających na sformułowanie diagnozy i jej ewentualne korygowanie ze względu na inne procesy zachodzące w społeczeństwie (np. ruchy migracyjne, tak wewnętrzne, jak i zewnętrzne),
- podjęcie społecznej, ogólnonarodowej debaty, której efektem powinno być ustalenie, jakiego rodzaju zadania wobec starzejącej się ludności obligują państwo i/lub samorząd terytorialny, a jakie samych obywateli;
- stworzenie katalogu zadań realizowanych z myślą o kolejnych rocznikach wchodzących w okres starości i uwzględnienie dwóch zasadniczych kierunków działań, adresowanych z jednej strony do osób niesamodzielnych i ich rodzin, a z drugiej – do osób aktywnych, z zamiarem podtrzymania ich aktywności i ułatwienia integracji wewnątrz- i międzypokoleniowej;
- wsparcie dla rodzin opiekujących się osobami niesamodzielnymi;
- rozbudowa infrastruktury leczniczej, opiekuńczej, instytucjonalnych i półinstytucjonalnych placówek pomocy społecznej, jak również placówek sprzyjających aktywizacji seniorów;
- wspieranie inicjatyw oddolnych, jak np. UTW i organizacje wolontariacie (pomoc dla samopomocy). Należy jednak podkreślić, że w 2012 r. przyjęty został Rządowy Program na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2012-2013, którego celem jest m.in. wspieranie inicjatyw oddolnych na rzecz aktywności społecznej seniorów, a jednym z priorytetów ułatwienie integracji wewnątrz- i międzypokoleniowej. Podobne zadania spełnia również Program Fundusz Inicjatyw Obywatelskich;
- określenie strategii finansowania wzrastających wydatków związanych ze świadczeniami zdrowotnymi i pielęgnacyjnymi oraz finansowaniem świadczeń emerytalnych dla coraz liczniejszej grupy świadczeniobiorców, korzystających z tych świadczeń przez coraz dłuższy okres.

4. SYTUACJA RODZINNA I POTRZEBY OPIEKUŃCZE LUDZI STARYCH W POLSCE¹⁰

Rola rodziny, jako grupy, w której człowiek zaspokaja swoje najważniejsze potrzeby życiowe jest niezwykle doniosła w całym cyklu życia. Jednocześnie pozycja rodziny i formy zaspokajania potrzeb osób do niej należących nie są takie same dla osób będących w różnych fazach życiowego cyklu. Rodzina jest podstawowym miejscem życiowej aktywności dla najmłodszych (przed rozpoczęciem nauki) i dla najstarszych (po zakończeniu pracy zawodowej). Rodzina jest też dla tych pokoleń najważniejszym źródłem wsparcia i opieki. W niniejszym opracowaniu przedstawione zostaną formy życia rodzinnego ludzi starych oraz ich potrzeby opiekuńcze, by na podstawie tej analizy wskazać na ograniczenia w zaspokajaniu tych potrzeb przez rodzinę. W opracowaniu wykorzystane zostaną dane zgromadzone przez Główny Urząd Statystyczny (wyniki Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań 2012, dane sprawozdawcze, wyniki badania sondażowego „Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r.”) oraz wyniki ogólnopolskiego badania PolSenior (reprezentatywne badanie sondażowe).

4.1. STAN CYWILNY LUDZI STARYCH

Punktem wyjścia do opisu i oceny sytuacji rodzinnej ludzi starych w Polsce będzie analiza struktury tej populacji ze względu na stan cywilny. Główny Urząd Statystyczny gromadzi dane na ten temat podczas narodowych spisów powszechnych ludności mieszkań (NSP).

¹⁰ Opracowanie jest zaktualizowaną wersją artykułu B.Szatur-Jaworskiej „Sytuacja rodzinna i potrzeby opiekuńcze ludzi starych w Polsce” opublikowanego w: „Studia BAS” 2(30)2012.

Ostatnie szczegółowe informacje pochodzą z NSP przeprowadzonego w 2011 roku. Z danych tych wynika, że 49% populacji w wieku 65 lat i więcej żyło w związkach małżeńskich i 1% tej grupy wieku żył w związkach kohabitacyjnych – było to blisko 54 tys. kobiet i mężczyzn (GUS 2012c). W Polsce, podobnie jak w innych krajach naszego kręgu kulturowego, ludzie starzy tworzą także związki typu LAT (*Living Apart Together*)¹¹. Nie są one oczywiście w żaden sposób rejestrowane i trudno je „wychwycić” w badaniach sondażowych, ale wydaje się, że liczba starszych osób pozostających w takich związkach jest nieznaczną i raczej nie przekracza liczby osób żyjących w kohabitacji.

Wyniki NSP 2011 (podobnie jak spis powszechny z 2002 roku) wskazują ponadto, że czynnikami zasadniczo różnicującymi sytuację rodzinną ludzi starych są płeć i wiek. Po pierwsze, starsze kobiety znacznie częściej niż mężczyźni nie mają życiowego partnera, najczęściej będąc wdowami. Po drugie, im starsza grupa wieku, tym większy odsetek osób stanu wolnego. Na przykład, w grupie wieku 65-69 lat żonaci stanowili 80,6% mężczyzn, a mężatki 52,9% kobiet. Natomiast w grupie wieku 85 lat i więcej żonatych mężczyzn było 50,1%, zaś mężatek zaledwie 6,6% (tab. 4.1).

Tabela 4.1. Stan cywilny faktyczny osób w wieku 65 lat i więcej w 2011 r. (w %)

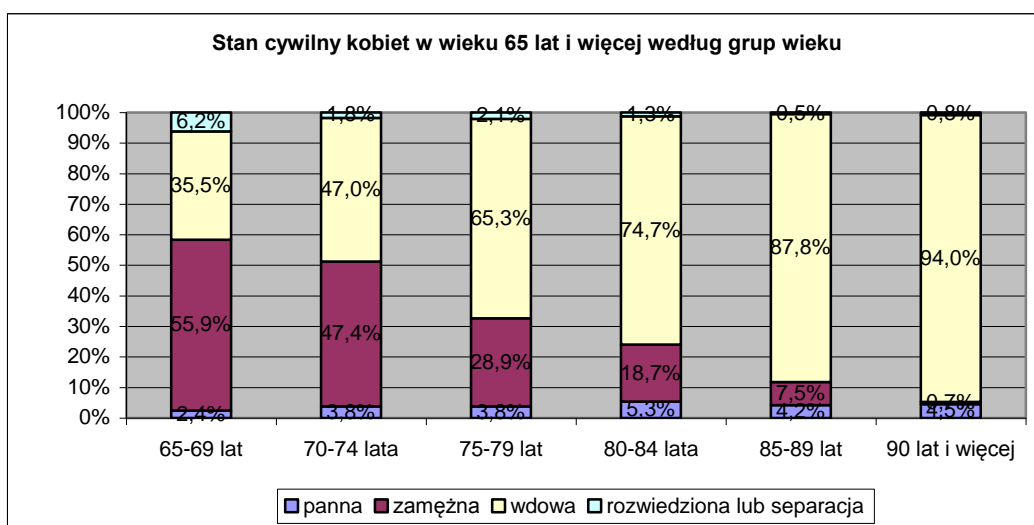
MĘŻCZYŹNI							
	Kawalerowie	Żonaci	Partnerzy	Wdowcy	Rozwiedzeni	Separowani	Nieustalony
65-69	4,5	80,6	1,9	7,6	3,7	0,6	1,0
70-74	3,7	78,7	1,7	11,6	2,7	0,6	1,0
75-79	2,8	74,5	1,5	17,7	2,0	0,5	1,1
80-84	2,3	65,8	1,3	27,6	1,5	0,4	1,1
85 i więcej	1,8	50,1	0,9	44,2	1,0	0,4	1,7
KOBIEТЫ							
	Panny	Zamężne	Partnerki	Wdowy	Rozwiedzione	Separowane	Nieustalony
65-69	4,4	52,9	1,2	35,0	5,4	0,6	0,7
70-74	3,6	41,4	0,9	48,8	4,0	0,4	0,9
75-79	3,4	29,0	0,5	62,6	3,0	0,3	1,2
80-84	3,8	16,8	0,3	74,9	2,1	0,2	1,8
85 i więcej	4,2	6,6	0,1	84,4	1,3	0,1	3,2

Źródło: Rocznik Demograficzny 2012, GUS, tab. 16, s. 158; obliczenia własne.

¹¹ LAT – osoby tworzące stały związek, ale mieszkające osobno.

Sytuacja rodzinna osób w starszym wieku zmienia się przede wszystkim pod wpływem naturalnego wydarzenia, jakim jest śmierć małżonka. Inne przyczyny rozwiązania małżeństwa występują bardzo rzadko. Na przykład GUS podaje, że w 2011 r. rozwiązanie małżeństwa na skutek rozwodu nastąpiło zaledwie w przypadku 2698 mężczyzn (4,2% orzeczonych w tym roku rozwodów) i 1782 kobiet w wieku 60 lat i więcej (2,7% orzeczonych w tym roku rozwodów). (GUS 2012c). Dane GUS na temat separacji ukazują jako najstarszą populację w wieku 55 lat i więcej. Wynika z nich, że w 2011 roku w tej grupie wieku o separację wystąpiło 602 mężczyzn (21% orzeczonych separacji) oraz 492 kobiety (17% orzeczonych separacji)(GUS 2012c). Choć przytoczone tu dane nie są w pełni porównywalne, wyraźnie dowodzą, że wśród decydujących się na separację jest znacznie więcej osób starszych i zbliżających się do progu starości niż wśród decydujących się na rozwód. Przypomnieć przy tym należy, że w 2011 roku orzeczono w Polsce 23 razy więcej rozwodów niż separacji. Niewiele osób starszych decyduje się na zmianę stanu cywilnego poprzez zawarcie związku małżeńskiego. W 2011 r. odnotowano następującą liczbę nowożeńców w wieku 60 lat i więcej: 4361 mężczyzn (1,4‰ tej grupy wieku) i 2382 kobiety (0,5‰) (GUS 2012c). W przeważającej większości były to małżeństwa powtórne. Istotne różnice między stanem cywilnym kobiet i mężczyzn oraz między osobami starszymi będącymi w różnym wieku potwierdzają wyniki badania PolSenior. Dane te przedstawiają wykresy 4.1 i 4.2.

Wykres 4.1.

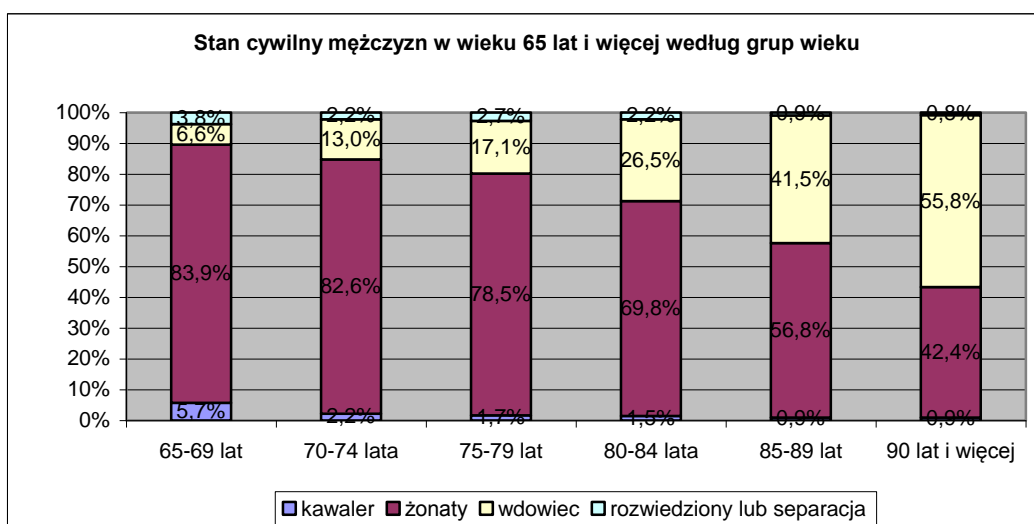


Źródło: PolSenior, baza danych; opracowanie B. Szatur-Jaworska.

Analiza danych dla pięcioletnich grup wieku wskazuje, że wśród kobiet wdowy zaczynają przeważać począwszy od grupy wieku 75-79 lat, natomiast w przypadku mężczyzn przewaga wdowców obserwowana jest dopiero w populacji 90-latków i starszych.

Z projektu PolSenior wynika nie tylko różnica między strukturą stanu cywilnego starszych kobiet i mężczyzn (widoczna była także w badaniach GUS), ale także różnica pod względem długości trwania poszczególnych faz życia rodzinnego kobiet i mężczyzn. Kobiety, obecnie będące w starszym wieku, wcześniej niż mężczyźni wstępowały w związek małżeński i także we wcześniejszym wieku zostawały wdowami lub rozwodziły się. Wynika stąd, że starsze kobiety nie tylko rzadziej niż mężczyźni żyją w związku małżeńskim, ale także dłużej niż mężczyźni żyją bez partnera – po owdowieniu lub po rozwodzie – bowiem przeciętnie żyją dłużej, a w młodszy wieku zostają same. Jak wynika z badań PolSenior, wdowy z grupy wieku 75 lat i więcej straciły męża przeciętnie w wieku 66 lat, zaś mężczyźni należący do tej grupy wieku owdowieli przeciętnie w wieku 72 lat¹². Jednocześnie, jeśli uwzględnić dalsze przeciętne trwanie życia osób, które dożyły 75 lat – dla kobiet to ponad 11 lat, a dla mężczyzn ponad 9 lat (dane dla 2009 roku) – wówczas można w przybliżeniu przyjąć, że przeciętny okres wdowieństwa dla kobiety z omawianej grupy wieku wynosi około 20 lat, zaś dla mężczyzny około 12 lat.

Wykres 4.2

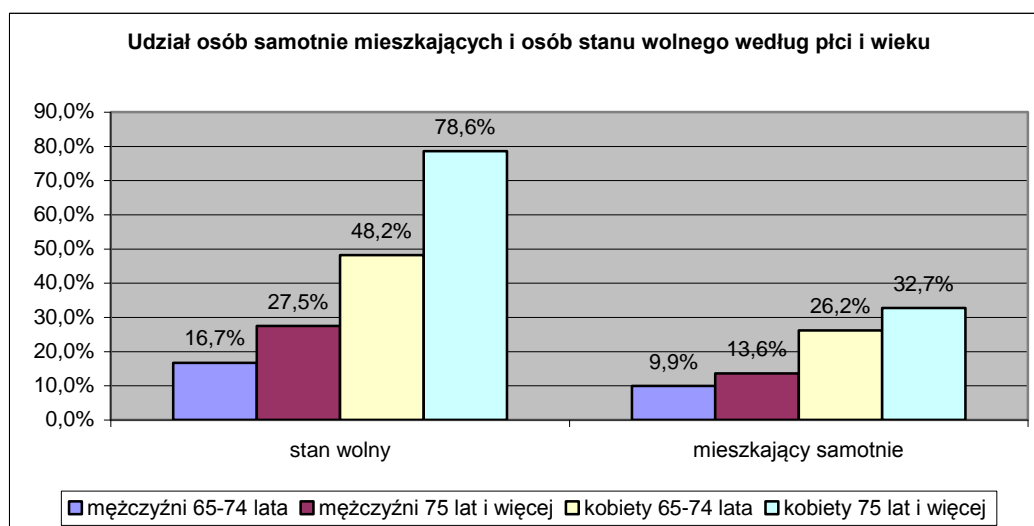


Źródło: PolSenior, baza danych; opracowanie B. Szatur-Jaworska.

¹² Wartości określone jako mediana wieku, w jakim owdowiały osoby mające podczas przeprowadzania badań 75 lat i więcej.

Wzrost, wraz z przechodzeniem do starszych grup wieku, odsetka osób stanu wolnego skutkuje także zwiększaniem się udziału osób samotnie zamieszkujących. Przyrost odsetka samotnie mieszkających jest jednak znacznie mniejszy od wzrostu udziału w tej populacji osób stanu wolnego. Ponadto, niezależnie od płci i grupy wieku, odsetek osób samotnie zamieszkujących jest mniejszy od odsetka osób stanu wolnego. Brak małżonka nie zawsze zatem skutkuje samotnym zamieszkiwaniem. Częściej samotnie mieszkają starsze kobiety niż starsi mężczyźni (wykres 4.3).

Wykres 4.3.



Źródło: PolSenior, baza danych; opracowanie B. Szatur-Jaworska.

4.2. SKŁAD RODZIN MIESZKAJĄCYCH Z SENIORAMI

W badaniu PolSenior pytano o to, z kim – w tym także, z jakimi członkami rodziny – mieszkają respondenci. Na podstawie odpowiedzi na to pytanie wyróżniono 13 form życia rodzinnego. Przyjęto założenie, że formę życia rodzinnego określają dwa czynniki: wspólne zamieszkiwanie oraz stopień pokrewieństwa z osobami, z którymi dzieli się mieszkanie. Do form życia rodzinnego zaliczono także samotne zamieszkiwanie uznając, że jest to jedna z faz życia rodzinnego jednostki. Najczęściej jest to faza ostatnia, ale bywa też tak, że następuje po niej faza wspólnego zamieszkiwania samotnego seniora z młodszym pokoleniem rodziny.

W populacji w wieku 65 lat i więcej najczęściej (łącznie 91,3%) występowało sześć następujących form¹³:

- osoby mieszkające samotnie – 22%;
- małżeństwa – 32,2%;
- małżeństwa mieszkające z dziećmi¹⁴ – 8,5%;
- rodziny złożone z osoby starszej i jej dzieci (respondent + dzieci) – 8,6%;
- małżeństwa mieszkające z dziećmi i wnukami – 9,9%;
- rodziny złożone z osoby starszej, jej dzieci i wnuków – 10,1%.

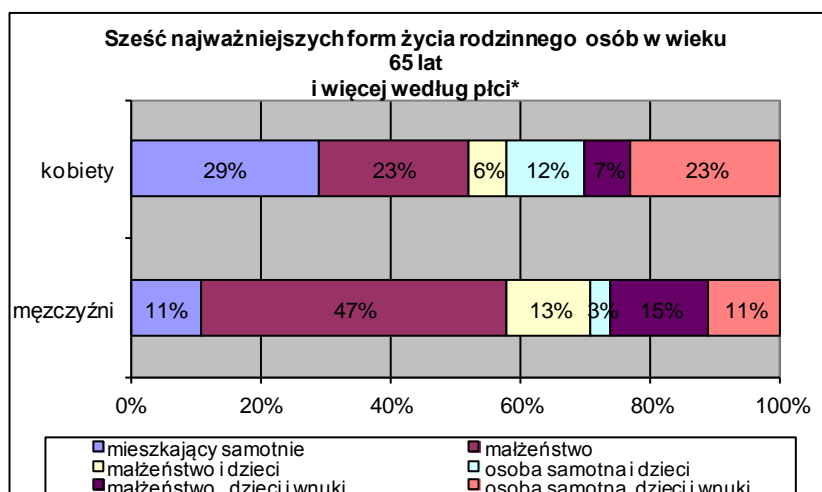
Badanie potwierdziło wnioski wynikające z analizy stanu cywilnego osób starszych. Stwierdzono bowiem istotne różnice między formami życia rodzinnego kobiet i mężczyzn. Biorąc pod uwagę sześć, wymienionych wyżej, najważniejszych form życia rodzinnego osób starszych zauważamy, że kobiety najczęściej mieszkały samotnie, nieco rzadziej z małżonkiem lub – jako osoby samotne – z dziećmi i wnukami. Z kolei mężczyźni przede wszystkim żyli w związkach małżeńskich, mieszkając tylko z żonami. Kilkakrotnie rzadziej niż kobiety mieszkali z małżonkami i dziećmi lub z małżonkami, dziećmi i wnukami (wykres 4.4).

Na podstawie przedstawionej wyżej klasyfikacji wyróżnić można jedno-, dwu- i trzypokoleniowe formy życia rodzinnego osób starszych. Formy jednopokoleniowe – to zamieszkiwanie samotne lub wyłącznie z małżonkiem. Tak mieszkało 54,2% osób należących do populacji w wieku 65 lat i więcej. Formy dwupokoleniowe – to zamieszkiwanie małżeństwa lub samotnej osoby starszej z osobami należącymi do pokolenia ich dzieci (dzieci i ich małżonkowie). Tak żyło 17,1% badanych. Formy trzypokoleniowe – to zamieszkiwanie osoby samotnej z dziećmi i wnukami lub małżeństwa osób starszych z dziećmi i wnukami. W rodzinach trzypokoleniowych mieszkało 20% badanych.

¹³ Pozostałe formy – bardzo rzadko odnotowywane – to: małżeństwo mieszkające z wnukami, osoba starsza mieszkająca z wnukami, osoba starsza mieszkająca z rodzicami, małżeństwo mieszkające z rodzicami, małżeństwo mieszkające z dziećmi i z rodzicami, osoba starsza mieszkająca z dziećmi i z rodzicami, inne konfiguracje.

¹⁴ W przypadku, gdy mowa o dzieciach i wnukach uwzględnia się także małżonków/partnerów życiowych dorosłych dzieci i dorosłych wnuków. W opisie stosowana jest liczba mnoga niezależnie od liczby dzieci i wnuków.

Wykres 4.4.

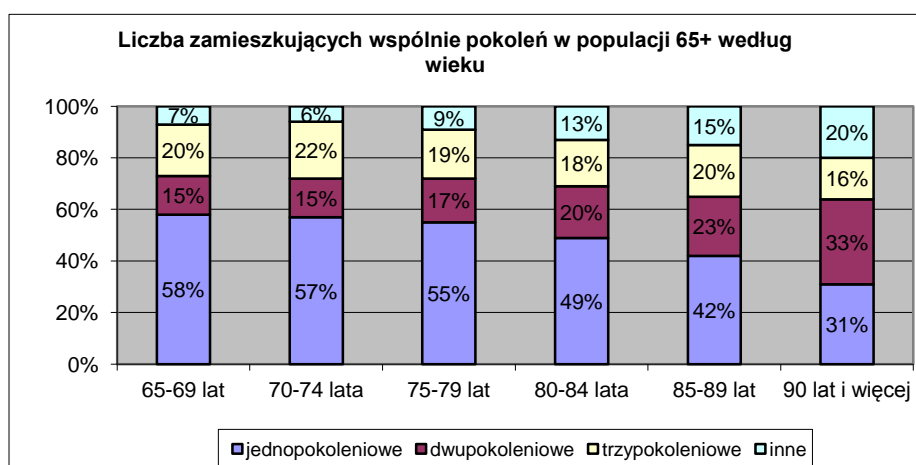


*100%=osoby w wieku 65+ należące do wskazanych 6 form życia rodzinnego

Źródło: PolSenior, baza danych; opracowanie B. Szatur-Jaworska.

Jak pokazuje wykres 4.5, skład pokoleniowy rodzin, w jakich przebywali ludzie starsi był niejednakowy w poszczególnych grupach wieku. Wśród osób, które nie przekroczyły 80 roku życia przeważało zamieszkiwanie samotne lub tylko z małżonkiem, co określone zostało wcześniej jako jednopokoleniowa forma życia rodzinnego. Forma jednopokoleniowa zazwyczaj oznacza dla kobiet samotne zamieszkiwanie, a dla mężczyzn mieszkanie z żoną. W starszych grupach, wraz z podwyższaniem się wieku rośnie znaczenie zamieszkiwania w formie dwupokoleniowej (z dziećmi), aczkolwiek blisko 1/3 90-latków mieszkało samotnie lub tylko z małżonkiem.

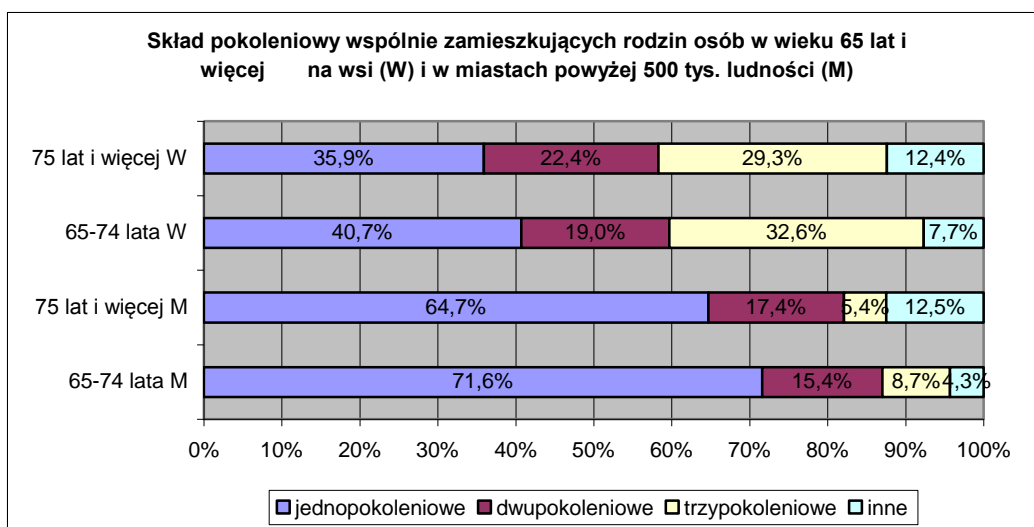
Wykres 4.5.



Źródło: PolSenior, baza danych; opracowanie B. Szatur-Jaworska.

Formy życia rodzinnego ludzi starych różnicują się zależnie od miejsca zamieszkania. W badaniach PolSenior stwierdzono, że im większa miejscowość, tym większy jest odsetek osób w starszym wieku mieszkających samotnie. Relatywnie najmniej osób starszych mieszka samotnie na wsi, a najwięcej w dużych miastach. Jednopokoleniowość (samotne zamieszkiwanie lub tylko z małżonkiem) jest typowo miejskim, a zwłaszcza wielkomiejskim, modelem rodzinnego funkcjonowania ludzi starych. Udział rodzin dwupokoleniowych jest podobny w różnych typach miejscowości, natomiast rodziny trzypokoleniowe wyraźnie częściej występują na wsi niż w miastach, zwłaszcza w dużych ośrodkach miejskich. Pomimo zasadniczych przemian cywilizacyjnych, w jakich uczestniczą i środowiska wiejskie, i miejskie, utrzymują się tradycyjne różnice pomiędzy modelami życia rodzinnego osób starszych na wsi i w miastach. Wykres 4.6 ilustruje różnice między strukturą pokoleniową rodzin starszych mieszkańców wsi i wielkich (ponad 500 tys. mieszkańców) miast.

Wykres 4.6.



Źródło: PolSenior, baza danych; opracowanie B. Szatur-Jaworska

4.3. POTRZEBY OPIEKUŃCZE LUDZI STARYCH W POLSCE

Występowanie potrzeb opiekuńczych wiąże się z niesamodzielnnością. W późniejszych fazach życia niesamodzielnność nie jest czymś powszechnym i naturalnym, ale w fazie późnej

dojrzałości, a zwłaszcza sędziwej starości, występuje coraz powszechniej – na skutek narastania niepełnosprawności, nasilania się przewlekłych schorzeń.

W badaniach społecznych stosuje się różnorodne wskaźniki potrzeb opiekuńczych, które podzielić można na dwie podstawowe kategorie: wskaźniki o charakterze subiektywnym (np. deklaracje badanych dotyczące potrzeby korzystania z opieki innych osób i pomocy w codziennych czynnościach) oraz wskaźniki obiektywne (na podstawie empirycznych wskaźników sprawności określa się stopień niesamodzielności badanych osób). W niniejszym opracowaniu potrzeby opiekuńcze będą analizowane na podstawie wskaźników obiektywnych i subiektywnych, pochodzących z badań stanu zdrowia ludności. Badania te zostały przeprowadzone przez Główny Urząd Statystyczny w 2009 roku, zgodnie z wytycznymi Eurostatu, jako Europejskie Ankietowe Badanie Zdrowia. Badania przeprowadzono w gospodarstwach domowych i objęto nimi osoby w wieku 15 lat i więcej (GUS 2011c). Uzyskane dane dotyczą zatem osób mieszkających w tzw. rodzinnych gospodarstwach domowych i nie obejmują mieszkańców placówek opiekuńczych i innych zbiorowych gospodarstw domowych. W dalszej części artykułu wykorzystane zostaną dane dla najstarszych grup wieku, tzn. dla osób w wieku 70 lat i więcej.

W badaniu GUS zadawano pytania dotyczące poziomu sprawności narządów zmysłu i ruchu. Wśród osób w wieku 70-79 lat co czwarta, zaś wśród osób w wieku 80 lat i więcej – prawie co trzecia osoba (30,7%), nie widziała druku w gazecie lub widziała go z dużą trudnością. 6,2% osób w wieku 70-79 lat i 16,6% osób wieku 80 lat i więcej z dużą trudnością lub wcale nie słyszało rozmowy prowadzonej między kilkoma osobami (tab. 4.2).

Tabela 4.2. Udział osób o znacznie ograniczonej sprawności narządów ruchu w grupie wieku 70 lat i więcej (w %)

Wyszczególnienie	70-79 lat	80 lat i więcej
Przejście 500 metrów		
z dużą trudnością	8,9	17,7
nie przejdzie	7,5	19,0
Wejście i zejście po schodach na 1 piętro		
z dużą trudnością	12,6	21,6
nie wejdzie/zejdzie	8,2	23,5

Schylenie się i uklęknienie		
z dużą trudnością	15,7	25,4
nie wykona	12,3	25,8
Przeniesienie torby o wadze 5 kg na odległość 10 metrów		
z dużą trudnością	12,1	16,7
nie wykona	19,4	41,1
Chwytywanie lub trzymanie w palcach drobnego przedmiotu		
z dużą trudnością	3,5	9,6
nie wykona	1,5	4,0

Źródło: *Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r.*, GUS, Warszawa 2011, tabl. IV/22 s. 151, opracowanie własne.

Wynika stąd, że problemy ze wzrokiem i słuchem – szczególnie w najstarszych grupach wieku – mogą być przyczyną niesamodzielności. W jeszcze większym stopniu samodzielności zagrażają ograniczenia sprawności narządów ruchu. W grupie wieku 80 lat i więcej 40% osób nie było w stanie przenieść cięższej torby (nawet na niewielką odległość), co czwarta osoba nie mogła schylić się i uklęknąć oraz wejść lub zejść po schodach na wysokość jednego piętra; co piąta osoba – nie potrafiła przejść samodzielnie 500 metrów (tab. 4.2).

Kolejnym, szeroko stosowanym, wskaźnikiem występowania potrzeb opiekuńczych jest zdolność badanego do samoobsługi. Chodzi o samodzielne wykonywanie czynności życia codziennego związanych z zaspokojeniem potrzeb fizjologicznych. Z badań GUS wynika, że ludzie starzy mają największe trudności z kąpielą całego ciała, z siadaniem na krześle, kładzeniem się do łóżka i wstawaniem oraz z ubieraniem się i rozbieraniem (wykres 4.7).

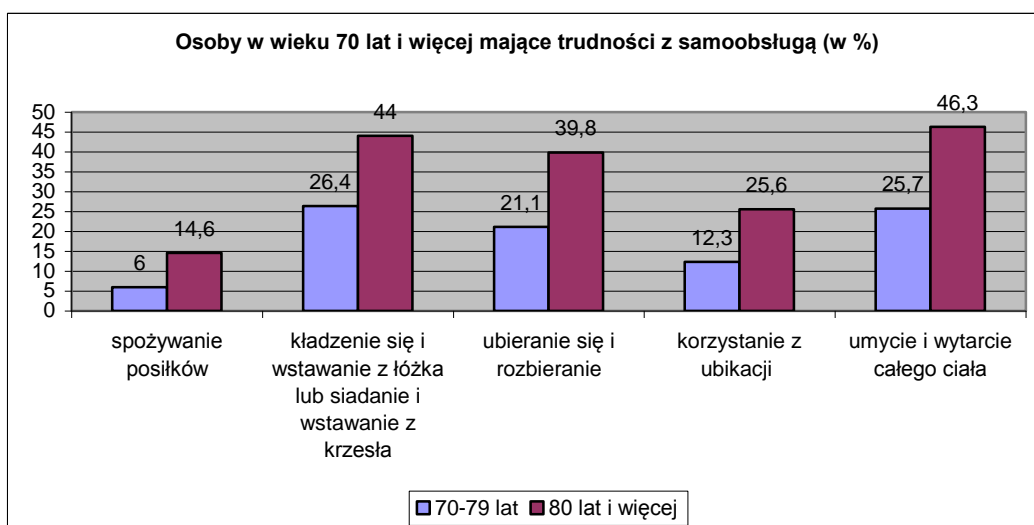
Odsetek osób doświadczających ograniczeń w samoobsłudze rośnie wraz z wiekiem. Najczęściej występującymi są ograniczenia średnie¹⁵. W 2009 roku dotyczyły one co czwartej osoby w wieku 70-79 lat i co trzeciej w wieku 80 lat i więcej. Poważne ograniczenia¹⁶ występowały najczęściej wśród najstarszych dorosłych – doświadczało ich 14,6% osób w wieku 80 lat i więcej (wykres 4.8). Trudności w samoobsłudze częściej mają kobiety niż mężczyźni. Wśród osób w wieku 70 lat i więcej 129 tys. miało lekkie ograniczenia w zakresie

¹⁵ Brak problemów z samodzielnym spożywaniem posiłków, ale występowanie trudności z wykonywaniem chociaż jednej z wymienionych czynności: kładzenie się/wstawanie; ubranie się/rozebranie, korzystanie z WC.

¹⁶ Problemy z samodzielnym spożywaniem posiłków oraz z wykonywaniem przynajmniej jeszcze jednej innej badanej czynności.

samoobsługi, 923 tys. doświadczało ograniczeń średnich, a 301 tys. – ograniczeń poważnych (GUS 2011c).

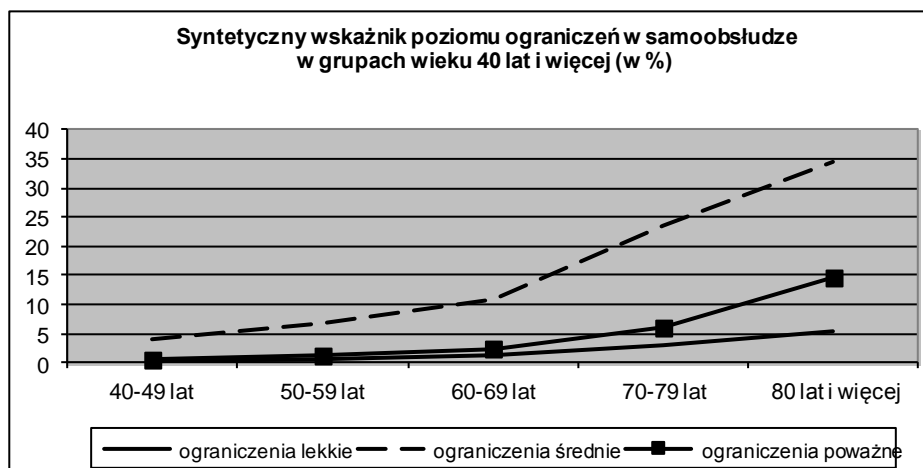
Wykres 4.7.



Źródło: Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r., GUS, Warszawa 2011, tabl. IV/25, s. 157, opracowanie własne.

Potencjalne potrzeby opiekuńcze w tej zbiorowości ocenić można zatem na ponad 1,3 mln osób, które w świetle obiektywnych wskaźników uznać można za potrzebujące większego lub mniejszego wsparcia w codziennym funkcjonowaniu. W całej badanej przez GUS populacji (15 lat i więcej) trudności z samoobsługą miało 2,6 mln osób, a więc połowę z nich stanowili ludzie starzy (70 lat i więcej). Referowane wyniki okazały się nieco gorsze od wyników badania Diagnoza Społeczna 2009 (Diagnoza 2009).

Wykres 4.8.



Źródło: Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r., GUS, Warszawa 2011, tabl. IV/24, s. 155, opracowanie własne.

Badacze GUS dążyli do ustalenia, czy osoby mające ograniczenia w samoobsłudze otrzymują pomoc. W grupie wieku 70-79 lat było ponad 766 tys. osób o ograniczonej samodzielności, spośród nich 361 tys. (47%) nie miało pomocy. Wśród tych, którzy nie mieli pomocy, deklarację, iż jest im potrzebna złożyły 132 tys. osób (37%). W kolei w grupie wieku 80 lat i więcej ograniczenia w samoobsłudze deklarowało 591,5 tys. osób, a 225 tys. spośród nich (38%) nie korzystało z pomocy. Tych, którzy nie otrzymywali pomocy, choć jej potrzebowali było 97,7 tys. osób, czyli 43% (tab. 4.3).

Tabela 4.3. Osoby w wieku 70 lat i więcej z ograniczeniami w samoobsłudze (w tys.)

Wyszczególnienie	70-79 lat	80 lat i więcej	Razem
ogółem	766,6	591,5	1358,1
osoby mające pomoc	405,5	366,5	772,0
w tym: oceniające, że jest ona niewystarczająca	36,8	40,9	77,7
rodzaje pomocy, jakiej potrzebują ci, dla których jest ona niewystarczająca			
pomoc innej osoby	19,9	21,3	41,2
specjalne urządzenia pomocnicze	15,1	10,9	26,0
specjalnie dostosowane mieszkanie	14,2	13,0	27,2
osoby niemające pomocy	361,1	225,0	586,1
w tym: potrzebujące pomocy	132,1	97,7	229,8
rodzaje pomocy, jakiej potrzebują nieotrzymujący jej			
pomoc innej osoby	125,4	95,4	220,8
specjalne urządzenia pomocnicze	8,9	8,0	16,9
specjalnie dostosowane mieszkanie	4,1	9,0	13,1

Źródło: *Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r.*, GUS, Warszawa 2011, tabl. IV/26, s. 158-159, opracowanie własne.

Liczebność populacji w wieku 70 lat i więcej, która potrzebowała pomocy, ale jej nie otrzymywała (około 230 tys. osób) lub otrzymywała w niewystarczającym stopniu (ok. 78 tys.) określić można – na podstawie badań GUS – na ponad 300 tys. Osoby te zgłaszały

przede wszystkim potrzebę uzyskania pomocy ze strony innej osoby (ponad 260 tys.). Znacznie rzadziej sygnalizowano niezaspokojone potrzeby związane z brakiem specjalnych urządzeń pomocniczych (ponad 40 tys.) oraz koniecznością dostosowania mieszkań (około 40 tys.). (tab. 4.3). Struktura form pomocy oczekiwanej kształtuje się podobnie jak struktura pomocy uzyskiwanej – jest to przede wszystkim wsparcie ze strony innych osób.

Powyższe dane pozwalają na porównanie liczebności populacji osób w wieku 70 lat i więcej o ograniczonej samodzielności (potencjał potrzeb opiekuńczych na poziomie 1, 3 mln osób) z liczbą osób otrzymujących pomoc i nieutrzymujących jej, choć zgłaszających taką potrzebę (około 1 mln). Z tego porównania wynika, że zastosowany do oceny potrzeb opiekuńczych wskaźnik subiektywny pokazał o ponad 20% mniejszą skalę tych potrzeb niż wskaźnik obiektywny. Wynika stąd, że nie każde obiektywne ograniczenie samodzielności wywołuje potrzebę uzyskania wsparcia. W badaniu potrzeb opiekuńczych nie powinny być zatem pomijane wskaźniki subiektywne.

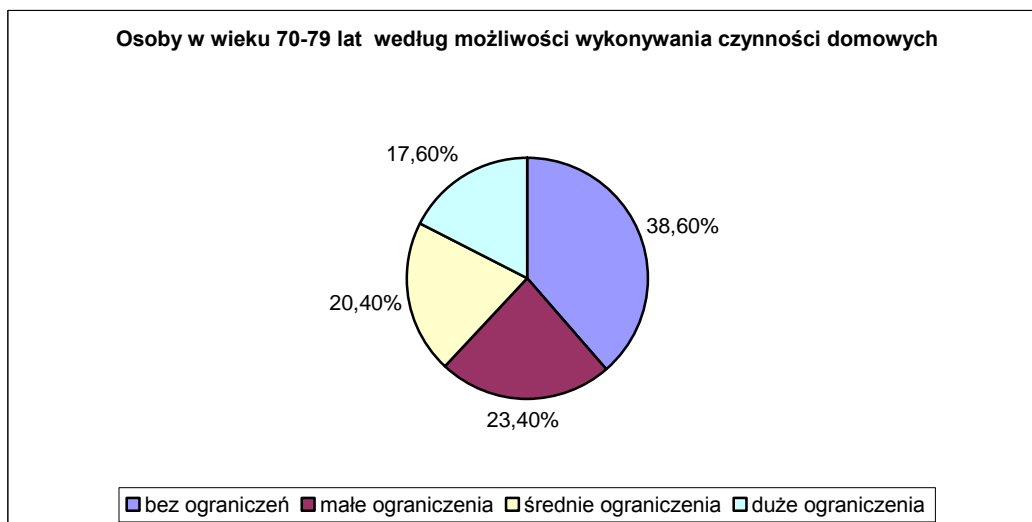
Potrzeby opiekuńcze mogą wynikać nie tylko z trudności z samoobsługą, ale i z trudności przy wykonywaniu czynności domowych. W 2009 roku prawie 5,2 mln osób dorosłych (15 lat i więcej) zgłaszało ograniczenia w wykonywaniu czynności domowych z powodu problemów zdrowotnych. Był to więc prawie co piąty dorosły Polak. Osoby z takimi ograniczeniami stanowiły 60% populacji siedemdziesięciolatków i prawie 85% osób w wieku 80 lat i więcej. Poważne ograniczenia odczuwały częściej osoby starsze (wykres 4.9). Częściej były to kobiety niż mężczyźni. W grupie wieku 70-79 lat trudności w wykonywaniu czynności domowych zgłaszało 1445 tys. osób (w tym 415,1 tys. poważne ograniczenia¹⁷), zaś w grupie najstarszej były to 924,3 tys. osób (z tego 445 tys. poważne ograniczenia) (GUS 2011c).

Najczęściej osoby starsze miały trudności z ciężkimi pracami domowymi (np. ogóle nie wykonywała ich połowa grupy wieku 80 lat i więcej), z załatwianiem spraw finansowych i administracyjnych (31% osób w wieku 80 lat i więcej nie mogło w ogóle zajmować się nimi) oraz z robieniem zakupów – co dziesiąty 70-latek i co czwarta osoba w najstarszej populacji w ogóle tego nie robiła (tab. 4.4). Większość osób doświadczających ograniczeń w czynnościach domowych uzyskiwała pomoc (82% grupy wieku 70-79 lat i 91% grupy wieku 80 lat i więcej) – przede wszystkim w formie wsparcia ze strony innych osób. W badaniach GUS nie

¹⁷ Do grupy osób z poważnymi ograniczeniami GUS zaliczył te, które z powodu stanu zdrowia, niepełnosprawności lub podeszłego wieku – miały trudności z samodzielnym przygotowaniem posiłków (gotowaniem) lub stosowaniem/zażywaniem leków.

pytano, kto pomagał osobom starszym. Mając jednak na uwadze słaby poziom usług domowych w Polsce oraz wyniki badania PolSenior, uznać można, że była to przede wszystkim pomoc ze strony rodziny (RPO 2012).

Wykres 4.9.



Źródło: *Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r.*, GUS, Warszawa 2011, tabl. IV/27, s. 161, opracowanie własne.

Spośród osób, które nie uzyskiwały pomocy niemal połowa deklaruowała, że jest im ona potrzebna. W populacji w wieku 70 lat i więcej takich osób było 163,4 tys. Jeżeli wziąć dodatkowo pod uwagę 142,7 tys. osób otrzymujących pomoc, ale uważających ją za niewystarczającą, można uznać, że skala niezaspokojonych potrzeb opiekuńczych związanych z pomocą w prowadzeniu gospodarstwa domowego – to ponad 300 tys. osób.¹⁸

Tabela 4.4. Osoby w wieku 70 lat i więcej mające duże trudności z wykonywaniem czynności domowych z uwagi na stan zdrowia lub wiek (jako odsetek danej grupy wieku i w tys.)

Wyszczególnienie	70-79 lat (100%)	80 lat i więcej (100%)	Razem (tys.)
Przygotowanie posiłków			
Z dużą trudnością	65,2 (2,8%)	82,8 (7,6%)	148,0
Nie wykona	70,7 (3,0%)	93,4 (8,6%)	164,1
Korzystanie z telefonu			

¹⁸ Obliczenia własne na podstawie: *Stan zdrowia...* op.cit. tabl. IV/29, s. 164.

Z dużą trudnością	50,8 (2,2%)	59,2 (5,4%)	110,0
Nie wykona	42,5 (1,8%)	94,9 (8,7%)	137,4
Robienie zakupów			
Z dużą trudnością	151,0 (6,4%)	150,0 (13,8%)	301,0
Nie wykona	230,4 (9,8%)	294,1 (27,0%)	524,5
Stosowanie/ zażywanie leków			
Z dużą trudnością	30,1 (1,3%)	52,2 (4,8%)	82,3
Nie wykona	42,5 (1,8%)	56,3 (5,2%)	98,8
Lekkie prace domowe			
Z dużą trudnością	109,3 (4,6%)	89,6 (8,2%)	198,9
Nie wykona	135,4 (5,8%)	198,3 (18,2%)	333,7
Ciężkie prace domowe			
Z dużą trudnością	330,1 (14,0%)	172,2 (15,8%)	502,3
Nie wykona	553,0 (23,5%)	534,2 (49,1%)	1087,2
Zajmowanie się finansami i innymi sprawami administracyjnymi			
Z dużą trudnością	77,8 (3,3%)	71,2 (6,5%)	149,0
Nie wykona	253,1 (10,8%)	332,7(30,6%)	585,8

Źródło: Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r., GUS, Warszawa 2011, tabl. IV/28, s. 162-163, opracowanie własne.

4.4. PODSUMOWANIE I REKOMENDACJE

Prowadzone w naszym kraju badania socjologiczne niezmiennie wskazują na to, że rodzina stanowi najważniejszą, i zazwyczaj jedyną, grupę wsparcia dla osób starszych, które doświadczają ograniczenia samodzielności. Badania PolSenior potwierdziły te obserwacje i zarazem wskazały na różnice w składzie rodzinnego kręgu wsparcia zależnie od wieku i płci osoby starszej. Wraz z wiekiem badanych kurczy się potencjał pomocowy małżonków i rodzeństwa, gdyż w wyniku naturalnych procesów osób tych ubywa z kręgu rodzinnego. Kobiety o wiele częściej niż mężczyźni pozbawione są wsparcia ze strony małżonka, gdyż są to najczęściej wdowy, mogą natomiast częściej niż mężczyźni liczyć na wsparcie ze strony

dzieci i wnuków. Najbliższa rodzina stanowi najważniejsze źródło wsparcia dla seniorów tak na wsi, jak i w miastach. Różnice między środowiskiem wiejskim i miejskim, dostrzeżone w badaniu PolSenior polegają głównie na tym, że na wsi relatywnie częściej niż w miastach potencjalnym źródłem wsparcia są dzieci, w miastach zaś (szczególnie w dużych) częściej niż na wsi źródłem wsparcia jest rodzeństwo. Z pewnością wynika to z większego odsetka rodzin wielopokoleniowych na wsi niż w miastach. Warto jednak zwrócić uwagę, że ta częstsza wielopokoleniowość rodzin wiejskich nie skutkuje większym na wsi niż w miastach oczekiwaniem pomocy ze strony wnuków. Badanie nie potwierdziło ponadto wynikającej z potocznej obserwacji hipotezy, iż na wsi osoby starsze mogą w większym stopniu niż w miastach liczyć na pomoc sąsiedzka.

W proces opieki nad osobami starszymi o ograniczonej samodzielności zaangażowani są zatem różni członkowie rodziny, choć największy ciężar spoczywa na kobietach należących do pokolenia tworzonego przez dojrzałe dzieci osób sędziwych. Rodzinni opiekunowie (a właściwie – opiekunki) zajmują się nie tylko osobami starszymi, z którymi dzielą mieszkanie. Otaczają troską także tych członków rodziny, którzy mieszkają samotnie. Mimo to, ryzyko niezaspokojenia potrzeb opiekuńczych niewątpliwie w największym stopniu dotyczy samotnie mieszkających najstarszych osób. Przypomnijmy, że w grupie wieku 75 lat i więcej samotnie mieszka co trzecia kobieta i 14% mężczyzn. (wykres 3) Oczywiście nie wszystkie osoby w tzw. czwartym wieku są niesamodzielne, ale częstotliwość występowania tego problemu jest w tej populacji na tyle duża, że można uznać zaawansowany wiek i bycie kobietą za czynniki wyznaczające grupę podwyższonego ryzyka niesamodzielności i wzmożonego zapotrzebowania na usługi opiekuńcze. Tym bardziej, że z upływem lat maleje liczba bliskich osób, na które stary człowiek może liczyć w przypadku poważnych problemów życiowych. W najstarszych grupach wieku jest też relatywnie wysoki odsetek osób, które nie mają nikogo bliskiego, kto mógłby dostarczyć społecznego wsparcia (3,2% w grupie wieku 70-79 lat oraz 2,5% w grupie wieku 80 lat i więcej). Z obliczeń GUS wynika, że w 2009 roku było ponad 100 tys. osób w wieku 70 lat i więcej (w tym ponad 63 tys. w miastach i ponad 37 tys. na wsi), które nie miały nikogo bliskiego mogącego pomóc w poważnych kłopotach (GUS 2011c).

Posiadanie bliskich, w tym rodziny, niewątpliwie ułatwia zaspokajanie potrzeb opiekuńczych. Nie daje jednak pełnej gwarancji ich zaspokojenia. Wystarczy porównać pochodzące z badań

GUS liczby dotyczące populacji w wieku 70 lat i więcej: 100 tys. osób deklarujących brak osób bliskich mogących być źródłem wsparcia społecznego; 300 tys. osób mających trudności w samoobsłudze i nieotrzymujących pomocy lub otrzymujących ją w niewystarczającym stopniu; ponad 300 tys. osób potrzebujących wsparcia w prowadzeniu gospodarstwa domowego, które nie otrzymują go lub otrzymują w niewystarczającym stopniu. Pomimo wysokiej jakości stosunków rodzinnych ludzi starych i wysokiego poziomu zadowolenia z nich deklarowanego przez starsze pokolenie, polska rodzina nie jest w pełni wydolna opiekuńczo. W pełnieniu tej funkcji wobec swoich seniorów rodziny potrzebują zewnętrznego wsparcia na znacznie większą skalę niż ma to miejsce obecnie.

Konieczne jest zatem podjęcie działań, mających na celu:

- rozbudowę systemu świadczeń opiekuńczych udzielanych w miejscu zamieszkania (poprawa dostępności, podniesienie jakości tych świadczeń, poprawa poziomu kontroli udzielania świadczeń opiekuńczych, zapewnienie możliwości korzystania z nich w każdej gminie). Być może, przydatne w tym okażą się prace nad projektem ustawy o świadczeniach opiekuńczych, prowadzone w Parlamentarnym Zespole ds. Ludzi Starszych (Augustyn 2010).
- identyfikację osób i rodzin wymagających wsparcia w sprawowaniu opieki nad niesamodzielnymi osobami w gospodarstwie domowym. W tym celu konieczne byłoby wprowadzenie systemu wzajemnego informowania się pracowników pomocy społecznej i ochrony zdrowia (tak placówek opieki środowiskowej, jak i zakładowej) o konieczności udzielania pomocy klientowi pomocy społecznej lub pacjentowi. Takie systemy, w postaci elektronicznego obiegu informacji dostępnego dla osób upoważnionych, funkcjonują już z powodzeniem w wielu krajach, np. w Szwecji.
- zapewnienie wsparcia dla rodziny sprawującej opiekę nad osobami starszymi. Wsparcie powinno obejmować m.in. instruktaż dla członków rodziny, pomoc w nieodpłatnym lub częściowo odpłatnym uzyskaniu sprzętów pomocnych w sprawowaniu opieki, możliwość częściowej pomocy w postaci osoby sprawującej opiekę w godzinach pracy opiekunów rodzinnych, dopłaty do składek na ubezpieczenie społeczne, dla osób ograniczających rozmiary zatrudnienia lub rezygnujących z pracy w związku z koniecznością sprawowania opieki (jeśli państwo chce promować rodzinny model

opieki, składki powinny być obliczane od wysokości wcześniej uzyskiwanego wynagrodzenia), możliwość skorzystania opieki wytchnieniowej (do czterech tygodni w ciągu roku) i inne.

- ułatwienie sprawowania opieki przez wzmocnienie systemu opieki nad dzieckiem. Obecnie wiele osób w kategorii wieku 50 do 60 lat zmuszonych jest do zapewniania opieki starszym członkom rodziny, i swoim wnukom. Świadczą o tym, m.in., wyniki badań PolSenior, wskazujące na marginalne znaczenie pomocy oczekiwanej przez ludzi starych od osób spoza rodziny. Także badania osób w wieku przedemerytalnym dowodzą dwoistości zobowiązań – i wobec sędziwych rodziców, i wobec wnuków.
- rozbudowę systemu opieki półinstytucjonalnej poprzez zwiększenie dostępności placówek dziennego pobytu. Nie przesadzając o formach. Tych placówek należy podkreślić, iż opłata za korzystanie z nich przez osoby niesamodzielnymi powinna być tak skalkulowana, by zachęcała rodziny do korzystania z tych usług i godzenia pracy zawodowej i życia rodzinnego.

5. SYTUACJA MATERIALNA SENIORÓW

Warunki materialne są jednym z najważniejszych elementów sytuacji życiowej człowieka¹⁹. Z tego powodu we wszystkich badaniach dotyczących warunków bytu podejmuje się zagadnienie oceny możliwości gospodarowania dochodami, ich wysokości, jak też wyposażenia gospodarstwa domowego w sprzęty i urządzenia. Podobnie, jak w przypadku innych grup ludności, także w przypadku ludzi starych szczególne zainteresowanie budzi kwestia możliwości samodzielnego zaspokojenia potrzeb dzięki osiąganym dochodom. Podjęta problematyka zyskuje w odniesieniu do seniorów jeszcze jeden wymiar – służy ocenie polityki emerytalnej, a ujmując to szerzej – całej polityki dochodowej.

Na starość głównym, a najczęściej jedynym źródłem dochodów stają się świadczenia emerytalne lub inne świadczenia społeczne. Rozpoczęta w Polsce w 1999 r. i ciągle jeszcze niesfinalizowana reforma systemu emerytalnego jest nadal przedmiotem dyskusji, w której zwraca się uwagę na wysokość świadczeń emerytalnych, dysproporcje między rozmiarami przeciętnych świadczeń wypłacanych kobietom i mężczyznom oraz na różnice w wysokości świadczeń pochodzących z administrowanego przez ZUS systemu ubezpieczeń pracowniczych a świadczeniami dla rolników indywidualnych.

5.1. DOCHODY I OCENA WARUNKÓW GOSPODAROWANIA NIMI

Badania sytuacji życiowej ludzi starych w Polsce, zarówno realizowane przed procesem transformacji ustrojowej, jak i po roku 1990, poświęcały wiele uwagi zagadnieniu wysokości

¹⁹ Niektóre z elementów sytuacji materialnej seniorów zostały opisane w rozdz. 7.6 (str.119) ze względu na ich znaczenie dla określenia możliwości uzyskania wsparcia w przypadku potrzeby pomocy ze strony innych osób.

dochodów oraz możliwości gospodarowania nimi. Samo zestawienie wysokości nominalnych dochodów uzyskiwanych obecnie i przed laty nie ma dziś żadnej wartości porównawczej, nie tylko ze względu na przeprowadzoną w roku 1995 dewaluację złotego, ale i ze względu na procesy inflacyjne, utrudniające porównanie siły nabywczej świadczenia. W tej sytuacji większe znaczenia ma porównanie struktury dochodów oraz ocena rozkładu ich wysokości w populacji ludzi starych.

W pierwszym przypadku najwartościowszych informacji dostarczają wyniki badania budżetów gospodarstw domowych. Niestety, na ich podstawie nie można dokonać charakterystyki dochodów całej populacji ludzi starych, a jedynie tych osób, które pozostają w gospodarstwach domowych emerytów²⁰. Zebrane przez GUS wyniki dla gospodarstw emeryckich są reprezentatywne dla tej grupy. Należy jednak pamiętać, że w gospodarstwach emerytów osoby w wieku 65 lat i więcej stanowiły tylko 46,6% (Budżety 2011). W objętych badaniem GUS gospodarstwach emeryckich zamieszkiwała przeciętnie dwie osoby. Ponieważ jednak w 43,8% gospodarstw domowych emerytów z badania *PolSenior* także mieszkały inne, młodsze osoby, można potraktować obie badane grupy jako porównywalne.

Badanie budżetów domowych przez GUS wykazało, że średnie przychody na jedną osobę w gospodarstwach domowych emerytów należały do najwyższych w Polsce. Wyniosły one w 2010 r. 1648,75 zł i były niższe tylko od średnich przychodów na osobę w gospodarstwach osób zatrudnionych na stanowiskach nierobotniczych (2125,69 zł) i w gospodarstwach osób pracujących na własny rachunek (1867,49 zł). Względnie pomyślna – w porównaniu z innymi grupami społeczno-ekonomicznymi gospodarstw domowych – sytuacja dochodowa gospodarstw emerytów nie oznacza jednak, że może ona być traktowana jako dobra. Taka relacja dochodów między poszczególnymi typami gospodarstw domowych wskazuje tylko, że są one wyższe niż w niektórych innych typach gospodarstw. Ponadto zwraca uwagę fakt, że wyższy przeciętnie poziom przychodów gospodarstw emeryckich niż osób pracujących na stanowiskach robotniczych jest dostrzegalny dopiero w przypadku rodzin robotniczych, w skład których wchodzi co najmniej trzy osoby. Pośrednio potwierdza to oczywisty fakt, że świadczenie emerytalne jest z reguły niższe niż wynagrodzenie pracownicze.

²⁰ Gospodarstwa domowe emerytów to takie gospodarstwa, dla których wyłącznym lub głównym źródłem utrzymania są świadczenia emerytalne.

Płeć jest jednym z czynników determinujących dochody osiągnięte w okresie pracy zawodowej, a w konsekwencji wpływa na wysokość pobieranej emerytury. W przypadku kobiet emerytura jest niższa niż w przypadku mężczyzn średnio o około 30%. Subpopulacja osób starszych jest wyraźnie zróżnicowana pod względem uzyskiwanych dochodów. Już miejsce zamieszkania i związany z tym wykonywany zawód różnicuje poziom dochodów seniorów. Średnia emerytura wypłacana przez KRUS wynosiła w 2011 roku 845 zł, a przez ZUS 1783,06 zł. Najczęściej osoby starsze otrzymywały od 1200,01 zł do 1600,00 zł oraz od 2000,01 zł do 2500,00 zł²¹, ale ponad 4% emerytów dysponowało świadczeniem emerytalnym poniżej 800 zł (ZUS 2012). Świadczenia powyżej 3500 zł otrzymywało około 4,5% osób (tabela 5.1). Różnice w dochodach są przyczyną nierówności w dziedzinie leczenia. Możliwość zakupu sprzętu rehabilitacyjnego czy odpowiedniego wyposażenia ułatwiającego codzienne funkcjonowanie osobie z problemami motorycznymi jest uzależniona od możliwości finansowych seniorów. Również wzrastający (wraz z wiekiem) udział kosztów leków jest dla osób otrzymujących najniższe transfery z ZUS dużym obciążeniem.

Tabela 5.1. Rozkład wysokości świadczeń emerytalnych wypłacanych przez ZUS w 2011 r.

Wysokość świadczeń (w zł)	Odsetek osób
600,00 i mniej	0,4
600,01–800,00	4,1
800,01–1000,00	7,3
1000,01–1200,00	11,0
1200,01–1400,00	13,9
1400,01–1600,00	13,7
1600,01–1800,00	11,6
1800,01–2000,00	9,2
2000,01–2500,00	13,8
2500,01–3000,00	6,3
3000,01–3500,00	4,2
3500,01 i więcej	4,5

Źródło: Ważniejsze informacje z zakresu ubezpieczeń społecznych 2011 r., ZUS, Departament Statystyki, dane dostępne na stronie: <http://www.zus.pl/files/dane2007.pdf>, w dn. 1.12.2012 r., Warszawa 2012.

Na podstawie informacji o wysokości dochodów nie można wyciągać ostatecznych wniosków na temat sytuacji finansowej gospodarstw domowych, ponieważ nie uwzględniają one

²¹ Chociaż formalnie dominanta znajduje się w przedziale 1200,01 do 1400,00 zł, to ze względu na niewielkie różnice w odsetkach osób pobierających świadczenia z przedziałów 1400,01–1600,00 zł i 2000,01–2500,00 zł można uznać, że szereg jest wielomodalny.

struktury i rozmiarów wydatków przez nie czynionych. W przypadku gospodarstw emeryckich, wydatki na zdrowie – przede wszystkim na leczenie i lekarstwa – stanowią większą część ich łącznych wydatków niż w przypadku gospodarstw osób utrzymujących się z pracy na stanowiskach robotniczych i nierobotniczych (odpowiednio: 9,1%, 3,8% oraz 5,2%). Gospodarstwa emerytów i rencistów stanowią grupy, w których wydatki na zdrowie zajmują – po wydatkach na żywność i eksploatację mieszkania – trzecią pod względem udziału pozycję. Ich przeciętna miesięczna wysokość w przeliczeniu na jedną osobę w gospodarstwach emerytów (84,92 zł) była w 2010 r. ponad dwukrotnie większa niż w gospodarstwach pracowniczych (to jest w gospodarstwach osób zatrudnionych na stanowiskach robotniczych i nierobotniczych łącznie – 37,22 zł) oraz w gospodarstwach rolników (28,29 zł) i o 80% wyższa niż w gospodarstwach osób pracujących na własny rachunek (47,12 zł). Wydatki te trzeba traktować jako konieczne i nawet ewentualne próby zamiany lekarstw na tańsze nie zmieniają w istotny sposób struktury wysokości wydatków według ich rodzaju. W innych typach gospodarstw domowych, nawet tam, gdzie średni przychód miesięcznie w przeliczeniu na jedną osobę kształtował się na niższym poziomie, swoboda w gospodarowaniu środkami pozostawała większa.

W badaniu *Polska starość* nie uwzględniono wprawdzie wysokości dochodu osiąganego przez respondentów i ogółem w ich gospodarstwach domowych, ale ustalono źródła dochodu. Wyniki badania potwierdziły, że głównym źródłem utrzymania w starości stają się świadczenia emerytalne, które wskazało 60,9% respondentów, w tym 57,0% - emeryturę z systemu pracowniczego, a pozostali – z Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (Czekanowski 2002). Także kolejne wskazania dotyczyły świadczeń społecznych jako głównego źródła utrzymania (renta rodzinna 11,8% i renta inwalidzka 10,9%). Badanie wykazało, że dla ponad 4/5 ludzi starych w Polsce świadczenia społeczne były głównym źródłem utrzymania, a korzystało z nich ogółem 99,2% tej populacji.

Niezależnie od kwestii źródeł dochodów, centralnym zagadnieniem pozostaje możliwość takiego gospodarowania nimi, by zaspokojone zostały wszystkie podstawowe i najważniejsze z punktu widzenia osoby starszej potrzeby. W badaniach empirycznych korzysta się z subiektywnej oceny możliwości gospodarowania dochodami. W badaniu *Polska starość* 3% respondentów uznało, że jest bardzo zadowolonych ze swej sytuacji materialnej, 24%

wyraziło zadowolenie, 32% nie było zadowolonych, a 10% było bardzo niezadowolonych. Aż 29% respondentów nie potrafiło wyrazić jednoznacznej opinii.

W realizowanym w tym samym okresie badaniu Instytutu Spraw Publicznych 2% respondentów uznało, że ich dochody wystarczają na dostanie życie; 11% badanych stwierdziło, że osiągnane dochody umożliwiają życie bez specjalnych ograniczeń; zdaniem 42% starych ludzi pozostające w ich dyspozycji wystarczały na skromne życie; dalszych 34% uważało, że ich dochody pozwalają tylko na bardzo skromne życie, a w opinii aż 11% dochody nie wystarczały na życie (Pączkowska 2002). W badaniu ISP zwrócono także uwagę na różnice w subiektywnym postrzeganiu sytuacji materialnej przez kobiety i mężczyzn. Okazało się bowiem, że kobiety częściej postrzegają przez pryzmat dochodów swoją sytuację jako złą lub bardzo złą, podczas gdy mężczyźni relatywnie częściej oceniają wysokość swoich dochodów pozytywnie (tab. 5.2).

Tabela 5.2. Respondenci badania ISP według oceny swoich dochodów i płci (w %)

Ocena dochodów	Mężczyźni	Kobiety
Wystarczają na życie bez szczególnych ograniczeń	13,8	8,8
Wystarczają na skromne życie	44,4	40,9
Wystarczają na bardzo skromne życie	29,4	36,5
Nie wystarczają na życie	8,8	12,6

Źródło: Pączkowska 2002: 34.

Na istnienie statystycznej zależności między oceną sytuacji materialnej a płcią respondentów wskazuje również Czekanowski (2002). Podobnie Szatur-Jaworska (2000), prezentując wyniki badań oceny dochodów gospodarstwa domowego w stosunku do jego potrzeb realizowanych w latach 1992–1997, podkreśla większą częstość negatywnych ocen formułowanych przez kobiety w wieku 60 i więcej lat.

Jednym ze społecznych problemów starości jest niski poziom dochodów, będący przyczyną, zwłaszcza w przypadku kobiet związanego z nią ubóstwa (Wege aus der Frauenarmut 2004). Jakkolwiek zagrożenie ubóstwem ludzi starych w Polsce w porównaniu z innymi krajami europejskim oceniane jest na niskim poziomie, to trzeba pamiętać o tym, że granica ubóstwa

dochodowego w naszym kraju została określona na wyjątkowo niskim poziomie²². Do informacji, zgodnie z którą 7,3% osób w gospodarstwach gospodarstw domowych jest zagrożonych ubóstwem, bowiem osiąga dochody poniżej ustawowej granicy ubóstwa, należy podchodzić z dużą ostrożnością (Ubóstwo w Polsce 2011). Ta uwaga jeszcze bardziej dotyczy gospodarstw emeryckich. Zgodnie z informacją GUS, zaledwie 4,1% osób w tych gospodarstwach jest zagrożonych ubóstwem.

Najnowsze dane GUS (2012a) pokazują z kolei, że ubóstwem dochodowym dotkniętych jest 11,8% osób w wieku 65 i więcej lat, w tym 2,7% cierpi z powodu ubóstwa dochodowego, ubóstwa warunków życia i braku równowagi budżetowej w gospodarstwie domowym. Należy spodziewać się, że ewentualne zagrożenie dla stanu finansów publicznych może odbijać się na kondycji finansowej gospodarstw emeryckich i utrzymujących się ze świadczeń społecznych. Może to prowadzić do zwiększenia skali ubóstwa wśród osób starszych w Polsce. Zapobieganie takiej sytuacji powinno stać się przedmiotem strategicznych działań ze strony państwa (RPO 2012).

Jak informuje Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS 2011), nadal utrzymuje się taka struktura świadczeń emerytalnych, która wyraża się w dużej liczbie świadczeń odznaczających się małą wysokością. W roku 2010 ponad połowa emerytur nie przekraczała wysokości 1600 zł miesięcznie. Ta wysokość świadczenia, stanowiącego wówczas niewiele ponad połowę przeciętnego wynagrodzenia, musiała ograniczać seniorom możliwości samodzielnego zaspokojenia wielu potrzeb.

Jednym z podstawowych zagadnień pojawiających się w badaniu sytuacji i potrzeb ludzi starych jest identyfikacja ich źródeł utrzymania. Jakkolwiek w całej współczesnej Europie wśród źródeł utrzymania seniorów dominują świadczenia emerytalne, to dodatkowe dochody wpływają na poziom zaspokojenia potrzeb. Fakt występowania innych źródeł dochodów i ich struktura mogą wskazywać na poziom bezpieczeństwa socjalnego starszej generacji w każdym kraju (Błądowski 2006b). W Polsce emerytura jest także najczęściej wymienianym przez respondentów źródłem utrzymania. Wskazało na nią ogółem ponad 85% respondentów projektu PolSenior (tab. 5.3). W grupie osób otrzymujących świadczenie

²² Od 1 października 2012 r. kwita uprawniająca do korzystania ze świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej (ustawowa granica ubóstwa) wynosi 542 zł dla osoby samotnie gospodarującej i 456 zł dla każdej osoby w pozostałych gospodarstwach domowych.

emerytalne przeważały osoby objęte ubezpieczeniem w ramach systemu pracowniczego, a więc w ZUS. Stanowiły one ogółem 77,2% wszystkich uczestniczących w badaniu emerytów.

W przypadku osób, dla których jednym ze źródeł utrzymania była wykonywana przez nich praca, daje się zaobserwować silną zależność statystyczną między faktem jej wykonywania a miejscem zamieszkania. W miarę przechodzenia do coraz większych miejscowości zwiększa się odsetek wykonujących pracę zarobkową. Jak wykazano na podstawie reprezentatywnej próby w badaniu PolSenior, na wsi i najmniejszych miastach pracujące osoby w wieku 65 lat i więcej stanowiły 2,2%, podczas gdy w największych miastach – 3,9% (miasta od 200 tys. do 500 tys. mieszkańców) i 5,7% (aglomeracje). Podobnie silna zależność występuje w przypadku osób otrzymujących dożywocie lub inne świadczenie za przekazanie gospodarstwa rolnego. Większość z tej grupy respondentów zamieszkuje nadal na wsi lub w najmniejszych miastach, podczas gdy w miastach liczących ponad 200 tys. mieszkańców nie ma w ogóle takich osób. Analiza sytuacji na lokalnych rynkach pracy wskazuje, że w największych miastach osobom starszym najłatwiej jest o zatrudnienie.

Tabela 5.3. Ludzie starsi w Polsce według źródeł utrzymania (w %)

Wyszczególnienie	praca	emerytura	renta	pomoc od innych osób	zasiłek	dożywocie	inne	brak własnego źródła utrzymania
Ogółem	3,2	85,8	12,8	0,9	5,3	0,6	2,5	1,0
w tym:								
Mężczyźni	5,3	94,8	5,1	0,7	4,3	0,5	1,9	0,4
Kobiety	1,9	80,3	17,6	1,0	5,8	0,7	2,9	1,4

Źródło: baza danych badania PolSenior, opr. wł.

W przypadku korelacji z wiekiem, silna zależność statystyczna ujawnia się w dwóch przypadkach: im wyższa grupa wieku, tym mniejszy udział osób otrzymujących świadczenie emerytalne, a tym większy udział osób otrzymujących zasiłki. Spadek udziału emerytów w kolejnych kohortach wieku można wyjaśnić postępującym od lat 70. XX w. rozszerzaniem zakresu podmiotowego ubezpieczenia społecznego. W rezultacie na przykład osoby wykonujące prace na własny rachunek, prace nakładczą czy agencyjną zostały objęte świadczeniami społecznymi. Wzrost odsetka osób otrzymujących zasiłki w najwyższych

grupach wieku jest po części konsekwencją tego procesu, a po części wiąże się z pogorszeniem stanu zdrowia i sprawności oraz z wypłacaniem tym osobom zasiłków pomocy społecznej i zasiłków pielęgnacyjnych.

Pokazane w tabeli 5.4. różnice między występowaniem poszczególnych źródeł dochodu między mężczyznami a kobietami są istotne statystycznie w przypadku utrzymywania się z pracy, emerytury i renty i nieco mniej istotne w przypadku braku źródeł utrzymania.

Jak należało oczekiwać, głównym źródłem utrzymania dla większości spośród 2961 respondentów, którzy takie źródło wskazali, była emerytura pracownicza. Jak pokazano w tabeli 5.4., świadczenia społeczne odgrywają decydującą rolę w zapewnieniu dochodów na starość.

Tabela 5.4. Respondenci według płci i głównego źródła utrzymania (w %)

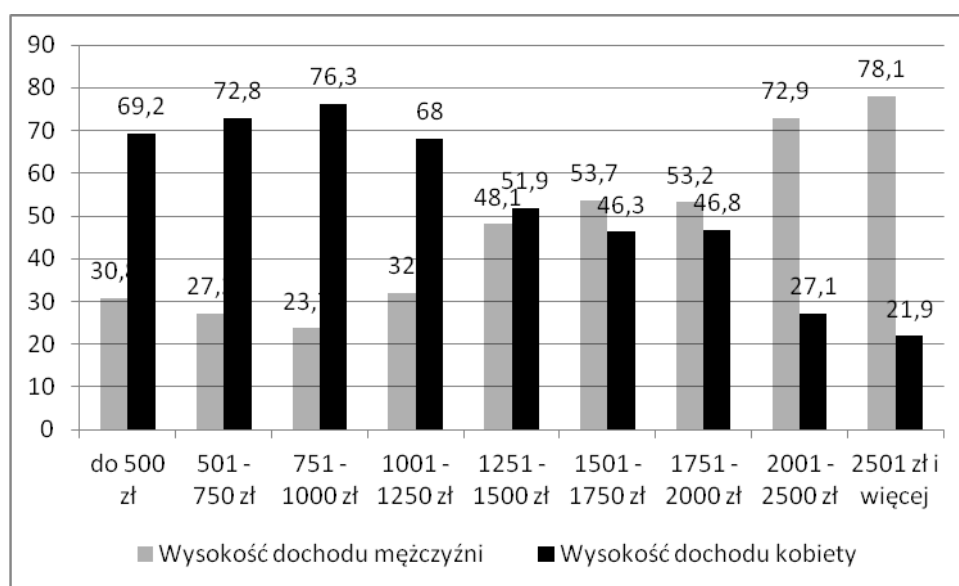
Wyszczególnienie	praca	emerytura	emerytura rolnicza	renta	dożywocie	zasiłek	pomoc	brak	Ogółem
Ogółem	1,7	69,6	13,7	13,5	0,2	0,3	0,7	0,1	100,0
w tym:									
Mężczyźni	2,4	81,5	11,6	3,8	0,0	0,3	0,3	0,0	100,0
Kobiety	1,3	62,1	15,1	19,7	0,3	0,3	1,1	0,2	100,0

Źródło: baza danych badania PolSenior, opr. wł.

Zwracają uwagę przy tym trzy zawarte w tabeli wielkości. Po pierwsze, dla ponad 2/3 respondentów emerytura pracownicza jest głównym źródłem utrzymania. Należy spodziewać się, że w przyszłości odsetek będzie jeszcze wyższy, toteż dyskusja nad finansowaniem systemu zabezpieczenia emerytalnego nabiera szczególnego znaczenia. Po drugie, w przypadku ponad 1/3 kobiet głównym źródłem utrzymania są emerytury rolnicze lub renty (GUS 2011). W 2010 r. świadczenia emerytalne dla rolników indywidualnych i innych osób ubezpieczonych w KRUS średnio stanowiły 56,8% przeciętnej emerytury pracowniczej. Przeważają w nich, zgodnie z danymi ZUS, renty rodzinne, które przeciętnie stanowią 86,8% przeciętnej emerytury (ZUS 2011). Wskazuje to pośrednio na większe zagrożenie kobiet ryzykiem ubóstwa w starości i związanym z tym brakiem zaspokojenia podstawowych potrzeb w zakresie egzystencji i partycypacji w życiu lokalnej społeczności.

Konsekwencją wskazanej wyżej zależności jest inna, także silna zależność, a mianowicie zależność między płcią a wysokością osiąganych dochodów. Ogółem 4315 respondentów wskazało przedział, w którym lokowała się łączna wysokość ich dochodów, osiągniętych w miesiącu poprzedzającym badanie. Wykres 5.1. pokazuje, jak zmienia się udział kobiet w miarę przechodzenia co coraz wyższych grup dochodowych.

Wykres 5.1. Respondenci według płci i wysokości dochodu w miesiącu poprzedzającym badanie (w %)



Źródło: baza danych badania PolSenior, opr. wł.

Wyniki badania pokazują jednocześnie, jak zależnie od płci koncentrują się dochody respondentów. Dochody o łącznej wysokości do 1000 zł osiągało ogółem niespełna 1/3 mężczyzn (31,1%) mężczyzn oraz ponad połowa badanych kobiet (54,7%). Dochody o wysokości przekraczającej 2000 złotych osiągało z kolei 16,6% mężczyzn i zaledwie 3,2% kobiet. Te informacje dobitnie potwierdzają gorszą sytuację dochodową kobiet, a w jej następstwie – większe wyzwania dla nich samych, ich otoczenia rodzinnego i polityki społecznej.

Możliwości i poziom zaspokojenia potrzeb gospodarstwa domowego zależne są od wysokości dochodu, którym ono dysponuje. Respondenci udzielający na pytanie o możliwości gospodarowania swoimi dochodami, mieli do wyboru pięć odpowiedzi:

- a) Wystarcza na wszystko bez specjalnego oszczędzania;
- b) Żyję (żywemy) oszczędnie i wystarcza na wszystko;

c) Żyję (żywemy) bardzo oszczędnie, aby odłożyć na poważniejsze zakupy;

d) Pieniądzy wystarcza tylko na najtańsze jedzenie i ubranie oraz

e) Pieniądzy nie wystarcza nawet na najtańsze jedzenie i ubranie.

Rozkład odpowiedzi na to pytanie przedstawiony został w tabeli 5.5. Wskazuje ona na istnienie silnej zależności statystycznej między oceną możliwości gospodarowania dochodami a płcią. Możliwości zaspokojenia potrzeb przez starsze kobiety są o wiele bardziej ograniczone i są także zależne od wielkości miejsca zamieszkania. Na podstawie udzielonych odpowiedzi można ustalić że odsetek osób starszych, które pozytywnie oceniają swoją sytuację (zsumowane pierwsze dwie odpowiedzi) wynosił na wsi 63,7% i był o 9,4 punkta procentowego niższy od takiego wskaźnika w grupie starszych mieszkańców miast liczących od ponad 200 do 500 tysięcy i o 4,1 pkt. proc. niższy w porównaniu z grupą zamieszkującą największe miasta.

Tabela 5.5. Respondenci według oceny możliwości gospodarowania dochodami i płci (w %)

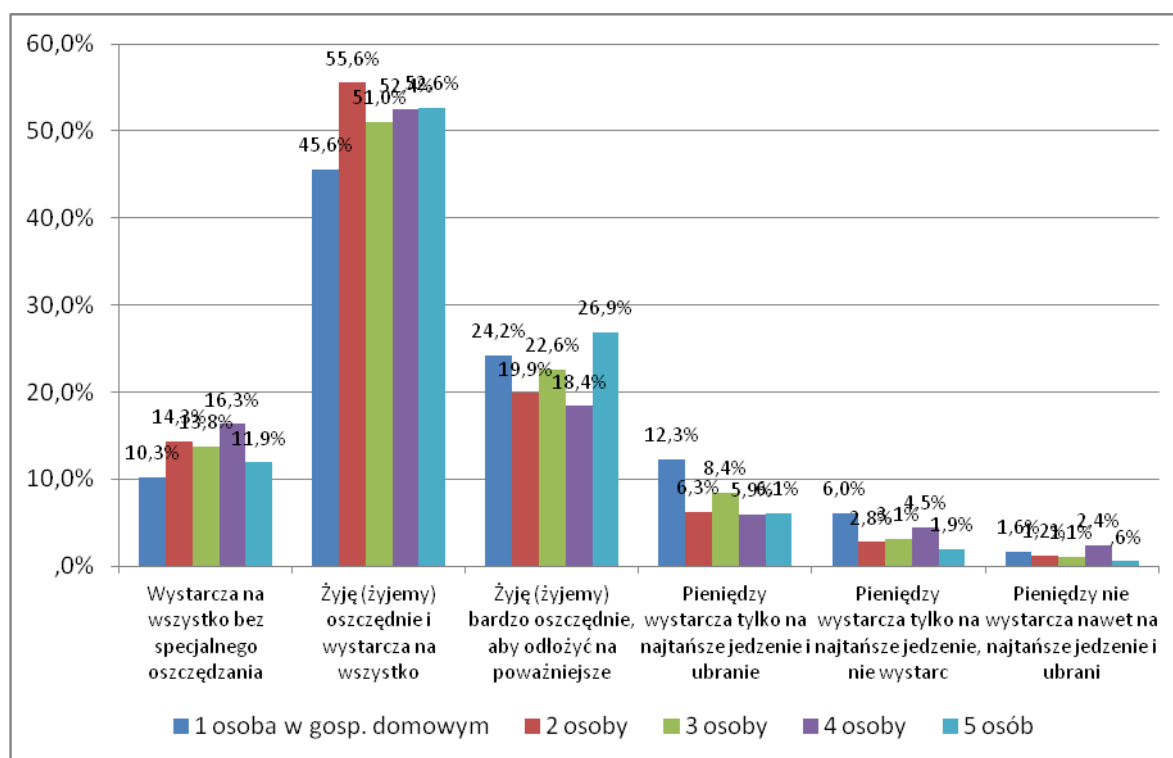
	Wystarcza na wszystko bez specjalnego oszczędzania	Żyję (żywemy) oszczędnie i wystarcza na wszystko	Żyję (żywemy) bardzo oszczędnie, aby odłożyć na poważniejsze zakupy	Pieniądzy wystarcza tylko na najtańsze jedzenie i ubranie	Pieniądzy wystarcza tylko na najtańsze jedzenie, nie wystarcza na ubranie	Pieniądzy nie wystarcza nawet na najtańsze jedzenie i ubranie	Ogółem
Ogółem	13,4	51,4	22,1	8,1	3,8	1,2	100,0
Mężczyźni	17,5	53,1	19,0	6,9	2,8	0,7	100,0
Kobiety	10,8	50,4	24,0	8,9	4,4	1,5	100,0

Źródło: baza danych badania PolSenior, opr. wł.

Wydaje się, że odsetek respondentów wyrażających pozytywne oceny własnej sytuacji dochodowej jest wyższy niż należało oczekiwać. Ogółem bowiem prawie 2/3 badanych twierdzi, że mogą sobie przy oszczędnym gospodarowaniu środkami, zaspokoić swoje potrzeby. Wydaje się jednak, że w tym przypadku zachodzi proces świadomego ograniczania potrzeb do tych, których zaspokojenie seniorzy uznają za realne przy posiadanych możliwościach finansowych. Inne, być może także ważne potrzeby, nie są identyfikowane i nie stają się przedmiotem zabiegów w celu ich zaspokojenia. Wykres 5.2 prezentuje rozkład odpowiedzi na pytanie o ocenę możliwości gospodarowania dochodem zależnie od liczby

osób w gospodarstwie domowym. Jak można dostrzec, odsetek odpowiedzi pozytywnych jest najniższy w przypadku gospodarstw jednoosobowych. Niepokoją także wyższe odsetki ocen negatywnych w gospodarstwach jednoosobowych.

Wykres 5.2. Respondenci według oceny możliwości gospodarowania dochodami i liczby osób w gospodarstwie domowym (w %)



Źródło: baza danych badania PolSenior, opr. wł.

Zła sytuacja materialna gospodarstwa domowego zmusza niekiedy jego członków do rozmaitych oszczędności. Respondenci byli pytani o to, czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających badanie zdarzyło się, że w gospodarstwie domowym zabrakło pieniędzy na konkretne wydatki (tab. 5.6). Celem tego fragmentu badania było ustalenie potrzeb związanych z ochroną zdrowia, które najczęściej było trudno zaspokoić z przyczyn finansowych.

Jak pokazują dane w tabeli 5.6, stosunkowo najczęściej występowały trudności w zakupie przez seniorów lekarstw. W ciągu roku poprzedzającego badanie tego rodzaju trudności czasami odczuwał co siódmy respondent, a jeden na dwudziestu pięciu – często. Także w tym przypadku dają się zauważyć konsekwencje gorszej sytuacji dochodowej kobiet.

Kobiety miały znacznie częściej niż mężczyźni trudności z realizacją wydatków związanych z ochroną zdrowia. Szczególnie było to widoczne w przypadku zakupu leków, gdzie odsetek często mających z tym problemy kobiet dwukrotnie przewyższał odsetek mężczyzn. Ogółem w badaniu liczba kobiet, którym brakowało pieniędzy na zakup leków była ponad 2,5 krotnie większa niż mężczyzn.

Tabela 5.6. Respondenci według płci i braku pieniędzy na wydatki związane z ochroną zdrowia w ostatnich 12 miesiącach (w %)

Wyszczególnienie	Płeć	nie, nigdy	tak, czasami	tak, często	nie dotyczy, nie było takiej potrzeby	nie wiem, trudno powiedzieć	Ogółem
zakup leków	ogółem	77,0	14,4	4,1	3,8	0,7	100,0
	mężczyźni	80,7	11,2	2,6	4,7	0,8	100,0
	kobiety	74,7	16,3	5,0	3,2	0,7	100,0
zakup materiałów opatrunkowych i pielęgnacyjnych (np. pieluch)	ogółem	59,5	2,9	1,4	34,7	1,6	100,0
	mężczyźni	62,0	2,2	0,4	33,9	1,5	100,0
	kobiety	58,0	3,2	1,9	35,2	1,6	100,0
zakup żywności pozwalającej odżywiać się zgodnie z zaleceniami lekarza	ogółem	72,6	10,3	3,2	12,7	1,2	100,0
	mężczyźni	75,5	7,3	2,2	13,7	1,3	100,0
	kobiety	70,9	12,1	3,8	12,0	1,1	100,0
opłacenie wizyty lekarskiej	ogółem	55,0	4,7	1,9	36,9	1,5	100,0
	mężczyźni	59,8	4,3	1,6	33,2	1,2	100,0
	kobiety	52,1	5,0	2,2	39,1	1,7	100,0
opłacenie badań medycznych	ogółem	51,5	4,7	2,0	40,3	1,6	100,0
	mężczyźni	56,0	3,8	1,6	37,0	1,6	100,0
	kobiety	48,7	5,3	2,2	42,3	1,5	100,0
opłacenie pielęgniarki, opiekunki	ogółem	42,5	1,7	1,2	50,9	2,0	100,0
	mężczyźni	46,2	1,4	0,7	48,4	1,7	100,0
	kobiety	40,3	1,9	1,5	52,5	2,1	100,0
skorzystanie z sanatorium lub rehabilitacji	ogółem	44,8	2,9	1,9	47,9	2,5	100,0
	mężczyźni	50,4	2,2	1,3	44,2	1,9	100,0
	kobiety	41,3	3,4	2,3	50,1	2,9	100,0

Źródło: baza danych badania PolSenior, opr. wł.

Odsetek osób często odczuwających wspomniane trudności był wyższy w przypadku osób w okresie wczesnej starości niż w późniejszym okresie życia. Zapewne można to wyjaśnić

tym, że w stosunku do „młodych starych” częściej podejmowane były bardziej intensywne metody terapii, co wiązało się z wyższymi wydatkami.

Respondenci, pytani o sposoby radzenia sobie z pieniędzmi na zakup lekarstw, podawali różne działania. Należało do nich wykupywanie, w uzgodnieniu z pracownikiem apteki, tańszego leku zastępującego zapisany przez lekarza. Tak postępowano ogółem 25,5% spośród 819 respondentów, którzy znaleźli się w takiej sytuacji. Ponadto badani wykupywali lek na receptę stopniowo w ciągu całego okresu ważności recepty (21,4%); zwracali się do lekarza o wypisanie nowej recepty na tańszy lek (11,1%) oraz wykupywali tylko części dawki zapisanej przez lekarza (10,3%). Najbardziej niepokojące jest jednak konstatacja, że największa część respondentów (27,4%, udział kobiet i mężczyzn był niemal równy) rezygnowała z wykupienia lekarstwa. To ważny sygnał, mówiący o tym, że potrzeba bezpieczeństwa zdrowotnego ustępuje nieraz wobec złej sytuacji materialnej w gospodarstwie domowym. Niestety, najczęściej koszty takiej sytuacji ponosi później całe społeczeństwo. Nie można także pominąć obserwacji, iż wśród osób, które najgorzej oceniały stan swojego zdrowia (oceny 0-3 punkty w jedenastostopniowej skali) aż 32,2% rezygnowało z zakupu lekarstw.

5.2. SYTUACJA MIESZKANIOWA I WYPOSAŻENIE GOSPODARSTW DOMOWYCH OSÓB STARSZYCH

Do pewnego stopnia wyposażenie gospodarstw domowych jest konsekwencją warunków mieszkaniowych. Niestety, dostęp do precyzyjnej informacji na temat jest bardzo ograniczony. Jakkolwiek dysponujemy danymi dotyczącymi na przykład wyposażenia mieszkań w podstawowe instalacje (EU-SILC 2011), to nie można precyzyjnie ustalić danych dotyczących sytuacji mieszkaniowej osób w wieku 65 lat i więcej. Wynika to, po pierwsze, z braku najnowszych danych statystycznych²³, a po drugie – z faktu, że znaczna część osób starszych zamieszkuje wspólnie z osobami należącymi do innych pokoleń. Generalnie można jednak stwierdzić, że poziom wyposażenia mieszkań w podstawowe instalacje jest coraz

²³ Publikowane wyniki Narodowego Spisu Powszechnego z roku 2011 nie zawierają danych na temat warunków mieszkaniowych według wieku głównych lokatorów.

wyższy i obserwowana tendencja poprawy wyposażenia mieszkań w media (NSP 2011, s. 111) odnosi się także do mieszkań zajmowanych przez osoby starsze. W przypadku mieszkań zajmowanych przez gospodarstwa domowe emerytów badanie EU-SILC wykazało, że 97,7% z nich było wyposażone w kran z bieżącą zimną wodą, 92,7% w ustęp splukiwany bieżącą wodą, a 91,7% dysponowało ciepłą bieżącą wodą. 16,7% tych mieszkań ogrzewanych było przez piece (EU-SILC 2011, s. 109). To samo badanie pokazuje, że odsetek emeryckich gospodarstw domowych wyposażonych w podstawowe sprzęty i urządzenia był na ogół nieznacznie niższy niż ogółem, ale główną przyczyną ich braku nie był niedostatek środków finansowych na zakup, ale inne, najprawdopodobniej związane z brakiem zainteresowania emerytów korzystaniem z tych urządzeń.

Innym ważnym elementem sytuacji ekonomicznej starych ludzi i ich warunków bytu jest wyposażenie gospodarstw domowych w najważniejsze urządzenia i sprzęty. Respondentom przedstawiono listę wybranych urządzeń i poproszono nie tylko o informację, czy ich gospodarstwo domowe jest w nie wyposażone, ale również czy oni sami z nich korzystają (tab. 5.7). Można z niej odczytać, że w gospodarstwach domowych badanych osób pojawiły się nie tylko tradycyjne urządzenia, jak telefon, telewizor czy pralka, ale także komputer wyposażony w drukarkę i z dostępem do sieci internetowej. Odsetek korzystających z tych najnowocześniejszych urządzeń wśród posiadających je w swoim gospodarstwie domowym waha się około połowy. Pośrednio wskazuje to na nowy obraz starości, w której aktywność, udział w życiu społecznym i kontynuacja stylu życia sprzed granicy starości stają się coraz bardziej powszechne.

Zwraca uwagę fakt, że gospodarstwa domowe ludzi starych mieszkających na wsi są na ogół gorzej wyposażone. Odsetek respondentów dysponujących wymienionymi w tabeli 5.6. urządzeniami na wsi jest niższy niż przeciętny dla całej badanej populacji. Wyjątek stanowią jedynie urządzenia znamionujące raczej niższy status majątkowy oraz samochód i miejsce garażowe lub parkingowe. Trudno jednak samochód, zwłaszcza na wsi, traktować jako przejaw luksusu, a miejsce garażowe lub parkingowe jest oczywistą konsekwencją tego, że większość respondentów na wsi zamieszkuje w domach jednorodzinnych.

Tabela 5.7. Respondenci według wyposażenia ich gospodarstw domowych w urządzenia oraz korzystania z nich (w %)

Urządzenie	posiadający			Istotność statystyczna	Odsetek korzystających stale lub czasowo wśród mających urządzenie
	ogółem	mężczyźni	Kobiety		
Telefon stacjonarny	78,8	79,8	78,2	NS	85,6
Telefon komórkowy	51,6	56,8	48,4	0,001	85,6
Odbiornik telewizyjny w kolorze	97,5	98,1	97,0	0,05	98,8
Odbiornik telewizyjny do odbioru czarno-białego	2,5	2,9	2,4	NS	47,7
Odtwarzacz DVD	30,8	35,0	28,2	0,001	77,0
Radio	90,3	92,4	89,0	0,001	95,3
Komputer stacjonarny	19,5	21,7	18,2	0,01	54,0
Laptop	7,1	8,5	6,1	0,01	49,7
Drukarka do komputera	13,8	16,4	12,2	0,001	48,0
Połączenie z siecią internetową	17,9	21,2	15,9	0,001	53,1
Kuchenka mikrofalowa	28,8	31,9	26,8	0,001	79,6
Zmywarka do naczyń	8,4	10,4	7,2	0,001	68,1
Lodówka	97,8	97,5	98,0	NS	98,3
Pralka automatyczna	81,9	84,1	80,6	0,01	73,0
Pralka wirnikowa	27,5	26,6	28,0	NS	61,7
Samochód osobowy	36,5	45,8	30,8	0,001	81,6
Garaż / własne miejsce parkingowe	33,7	40,4	20,6	0,001	80,4

Źródło: baza danych badania PolSenior, opr. wł.

5.3. WNIOSKI I REKOMENDACJE

Uzyskane wyniki dotyczące sytuacji dochodowej respondentów wskazują na niesatysfakcjonującą sytuację materialną znacznej grupy ludzi starych w Polsce. Dochody, a zwłaszcza emerytury są czynnikiem silnie różnicującym tę populację. Niepomyślna sytuacja seniorów spowodowana jest zarówno samą wysokością dochodów, jak i występowaniem silnego zróżnicowania wysokości świadczeń i dochodów zależnie od płci. Wskazuje to pośrednio na ogromne znaczenie rozsądnie kształtowanej polityki socjalnej i polityki dochodowej w kraju. Zarówno bowiem respondenci objęci badaniem *Polska starość*, jak i *PolSenior* korzystają z emerytur finansowanych według starego, opartego na metodzie repartycyjnej systemu. W praktyce oznacza to, że jakiegokolwiek korekty wysokości świadczeń (jak na przykład dokonywana co roku waloryzacja świadczeń) obciążają budżet państwa. Niekorzystna relacja między liczbą osób pracujących a korzystających ze świadczeń społecznych w starości sprawia, że konieczne staje się dokończenie reformy emerytalnej i sformułowanie czytelnych zasad finansowania świadczeń. W obecnej sytuacji brak jest bodźców, skłaniających władze do podnoszenia siły nabywczej świadczeń społecznych. Odbija się to na sytuacji materialnej ludzi starych.

W relatywnie najgorszej sytuacji znajdują się jednoosobowe gospodarstwa domowe. Charakteryzują się one z reguły niskim poziomem dochodu rozporządzalnego, co przy wysokich kosztach stałych związanych na przykład z eksploatacją mieszkania, stanowi znaczne obciążenie dla budżetów. Sytuacja dochodowa gospodarstw jednoosobowych seniorów powinna być traktowana jako ważna przesłanka dla polityki dochodowej, ponieważ w przyszłości liczba jednoosobowych gospodarstw domowych prowadzonych przez osoby w wieku 65 lat i więcej będzie szybko wzrastać (GUS 2009). Jest to tym dotkliwsze, że w gospodarstwach jednoosobowych częściej zamieszkują kobiety, które dysponują znacznie niższymi dochodami.

Gospodarstwa domowe seniorów podlegają, podobnie jak pozostałe grupy społeczno-ekonomiczne, procesowi poprawy wyposażenia w urządzenia i sprzęty. W porównaniu z badaniem *Polska starość* (Błądowski 2002) nastąpiła znaczna poprawa poziomu wyposażenia gospodarstw domowych. Należy jednak spodziewać się, że jest to przede

wszystkim konsekwencją lepszej sytuacji dochodowej w okresie przedemerytalnym i wymiany urzędzeń przed przejściem na emeryturę.

Jakkolwiek sytuacja dochodowa gospodarstw emeryckich i zapewne znacznej części osób starszych pozostających w innych typach gospodarstw domowych jest relatywnie dobra, jeśli ją mierzyć wysokością dochodu na osobę w gospodarstwie domowym, to trzeba pamiętać, iż w przypadku osób starszych mamy do czynienia ze specyficzną strukturą ich wydatków, co negatywnie wpływa na ocenę sytuacji materialnej. Po pierwsze, zwłaszcza w przypadku gospodarstw jedno- i dwuosobowych, znaczną część wydatków stanowią koszty stałe. Po drugie, notowany niski odsetek gospodarstw domowych emeryckich i z osobami starszymi, zagrożonych ubóstwem nie świadczy o wysokich dochodach emerytów, ale o tym, że ustawowa granica ubóstwa jest nadal określona na bardzo niskim poziomie. Oznacza to, że większość emerytów i rencistów, pobierających nawet bardzo skromne renty, nie spełnia zaniżonego z przyczyn ekonomicznych kryterium ubóstwa.

Względnie dobra ocena sytuacji materialnej przez seniorów może wynikać po części ze składu ich gospodarstw domowych – jest ona znacznie lepsza w gospodarstwach dwuosobowych niż jednoosobowych. Może to wskazywać, iż szczególnej uwagi ze strony polityki społecznej wymagają osoby samotnie zamieszkujące, częściej borykające się z trudnościami finansowymi.

Innym czynnikiem różnicującym sytuację materialną seniorów jest źródło dochodów. Szczególnie niskie są dochody uzyskiwane ze świadczeń rentowych (zwłaszcza renta rodzinna), jak również świadczenia emerytalne wypłacane przez KRUS. Źródło dochodów w dużym stopniu może warunkować zapotrzebowanie na wsparcie finansowe z pomocy społecznej.

W celu realnej poprawy sytuacji materialnej gospodarstw domowych osób starszych należałoby rozważyć nie tyle podniesienie ich dochodów (to wymagałoby nie tylko większego zaangażowania środków publicznych, ale i przeformułowania z trudem konstruowanej polityki emerytalnej), lecz wprowadzenie ulg i zniżek dla osób osiągających określony wiek (np. 80 lat). Ulgi te powinny dotyczyć na przykład opłat za korzystanie ze świadczeń opiekuńczych nawet w przypadku przekroczenia kryterium dochodowego, opłat związanych z opłatami za media w przypadku gospodarstw jednopokoleniowych czy też zwolnienia z opłat za realizację recept lekarskich.

Ze względu na szybko powiększającą się liczbę seniorów i możliwe wystąpienie luki, polegającej na braku możliwości pełnego zaspokojenia potrzeb opiekuńczych osób pozostających w swoim środowisku, na znaczeniu zyskuje problem zapewnienia seniorom takich warunków mieszkaniowych, by ułatwiały im zachowanie samodzielności. W tym celu należałoby dokonać przeglądu sytuacji mieszkaniowej seniorów, koncentrując uwagę na gospodarstwach jednoosobowych i jednopokoleniowych. Pilną potrzebą staje się wprowadzenie ułatwień (być może w formie ulg podatkowych) dla starszych mieszkańców, inwestujących w wyposażenie swoich mieszkań w sprzęty i urządzenia ułatwiające samodzielne prowadzenie gospodarstwa domowego oraz w usuwanie barier architektonicznych w mieszkaniu (np. progi, wąskie otwory drzwiowe itp.).

Ponadto na poziomie lokalnym należy zwiększyć wysiłki zmierzające do uczynienia przestrzeni publicznej, zwłaszcza w bezpośredniej okolicy mieszkań seniorów bardziej dla nich przyjazną i bezpieczną.

6. WYZWANIA DLA SYSTEMU POMOCY SPOŁECZNEJ ZE WZGLĘDU NA DEMOGRAFICZNE STARZENIE SIĘ LUDNOŚCI

Wyzwania stojące przed systemem pomocy społecznej w zakresie opieki nad osobami starszymi związane są przede wszystkim z przywoływanymi we wcześniejszych rozdziałach, przemianami społeczno-demograficznymi. Starzenie się polskiego społeczeństwa, rozluźnienie więzi rodzinnych, bądź ich brak w przypadku osób samotnych, w powiązaniu ze wzrastającą liczbą osób potrzebujących wsparcia sprawiają, że instytucje pomocy społecznej będą funkcjonować w coraz trudniejszych warunkach. Tak duże zmiany wymagają nie tyle dostosowania, co całkowitego przemodelowania systemu wsparcia, w tym w szczególności opieki długoterminowej. Wiązałoby się to z koniecznością integracji świadczeń udzielanych w ramach opieki zdrowotnej i nadzorowanych przez Ministerstwo Zdrowia, z tymi realizowanymi w ramach pomocy społecznej i nadzorowanymi w ramach Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej.

Na poziomie lokalnym nadchodzące przemiany sprawią, że niemożliwe będzie samodzielne funkcjonowanie ośrodków pomocy społecznej, jako dominujących podmiotów wsparcia. Pracownicy socjalni, jak i szerzej pomoc społeczna będzie musiała stać się elementem szeroko rozumianej polityki społecznej na rzecz osób starszych, dzieląc się odpowiedzialnością i zadaniami ze społecznością lokalną i tam, gdzie to tylko możliwe, angażując do współpracy lokalne organizacje pozarządowe.

Z perspektywy placówek pomocy społecznej kluczem będzie wypracowanie z jednej strony powszechnie akceptowanych standardów świadczonych usług, a z drugiej mechanizmów zapobiegających wypaleniu zawodowemu i promujących najbardziej efektywnych i zaangażowanych pracowników socjalnych.

Niezależnie jednak od skali, jak i typu wyzwania oraz tego na ile wymaga ono współpracy z instytucjami zewnętrznymi, warto również pomyśleć nad zmianą raczej negatywnego

wizerunku pomocy społecznej w mediach²⁴ oraz powstaniem silnej reprezentacji środowiskowej, która brałaby udział w debacie publicznej. Takim wzorem efektywności działań w obronie interesów danej grupy zawodowej, niezależnie od oceny słuszności samych działań, jest Związek Nauczycielstwa Polskiego (<http://www.znp.edu.pl/>).

6.1. REFORMA SYSTEMU OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ

Jednym z założeń dotyczącym usług opiekuńczych na rzecz osób starszych jest przekonanie o przewadze opieki udzielanej w środowisku lokalnym, najlepiej świadczonej przez rodzinę bezpośrednio w domu seniora (Augustyn 2010, Szatur-Jaworska i inni 2006; Błędowski 2004; Błędowski 2002). Tam, gdzie to nie jest możliwe zgodnie z zasadą subsydiarności system zapewnienia usług dla takiej osoby powinien być uzupełniany o inne formy wsparcia. W ramach jednej z wielu typologii można wydzielić cztery główne elementy tworzące razem „opiekuńczy diament” składający się z sektora pomocy²⁵:

- nieformalnej (w tym rodzinnej),
- publicznej,
- pozarządowej,
- komercyjnej.

Przy czym w zależności od kraju zmienia się rola poszczególnych sektorów, choć najczęściej dominuje nieformalne wsparcie rodzinne. W Polsce kwestia wsparcia, ale też w wielu przypadkach zastąpienia nowymi formami opieki opiekunów rodzinnych jest szczególnie istotna, bo przeważająca część osób niesamodzielnych doświadcza opieki głównie ze strony rodziny i bliskich. W badaniach realizowanych na zlecenie MPiPS było to 83% (Kotowska,

²⁴ Za przykład takiej działalności można uznać serial pt. *Głęboka woda*, którego emisja rozpoczęła się 4 grudnia 2011r. <http://www.tvp.pl/seriale/obyczajowe/gleboka-woda>. Serial powstał we współpracy z Ministerstwem Pracy i Polityki Społecznej dzięki współfinansowaniu z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki

²⁵ Pomoc otrzymywaną przez seniorów można podzielić prościej na dwie kategorie: sformalizowaną i nieformalną. Ta pierwsza dotyczy usług świadczonych zazwyczaj przez opłacanych profesjonalistów zatrudnionych zarówno przez instytucje publiczne, jak i pozarządowe. Ta druga to zwykle bezpłatna pomoc świadczona przez rodzinę, bliskich i znajomych, a szerzej mówiąc amatorów. Sytuacje niejednoznaczne to np. pomoc wolontaryjna świadczona w ramach działalności jakiejś organizacji, czy opłacana pomoc kogoś z członków rodziny. W takich przypadkach lepiej sprawdza się podział na cztery odrębne kategorie. W tekście tym przez świadczenia nieformalne rozumiem pomoc udzielaną przez rodzinę i społeczność lokalną, a kategorią rozstrzygającą nie jest wynagrodzenie, ale poziom sformalizowania takiej pomocy.

Wóycicka 2008, s. 170), gdy najnowsze wyniki projektu PolSenior wskazują, że z takiej pomocy korzysta 95,8% respondentów (Błędowski 2012b, s. 458), co ze względów demograficznych, nie mówiąc o przemianach społeczno-kulturowych będzie musiało się zmienić, ze względu na wzrost liczby seniorów niemogących z różnych powodów liczyć na nieformalne wsparcie krewniacze.

Do niedawna w Polsce brakowało podstawowych danych, by w sposób racjonalny oszacować koszty budowy nowego systemu opieki długoterminowej. Obecnie lukę tę uzupełniło wspomiane badanie PolSenior, którego wyniki niedawno ukazały się w postaci zbiorczego opracowania (Mossakowska, Więcek, Błędowski 2012).

Wnioski z tego opracowania bardzo wyraźnie wskazują na konieczność reformy systemu opieki nad osobami niesamodzielnymi i powstania spójnej, systemowej polityki wobec starzenia się populacji. Punktem wyjścia do takich zmian mogą być propozycje zaproponowane w Zielonej Księdze dotyczącej opieki długoterminowej w Polsce (Augustyn 2010).

Wnioski poczynione przez zespół senatora M. Augustyna zakładały, że opieka długoterminowa w Polsce nie funkcjonuje właściwie w wielu zakresach. Największym mankamentem jest rozbieżność i nieprecyzyjny podział zobowiązań do świadczeń w opiece długoterminowej. Rozdzielenie świadczeń i usług, a tym samym odpowiedzialności, na różne resorty i instytucje (Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej oraz Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, i samorządy różnych szczebli) to jeden z podstawowych powodów nieefektywności. Na poziomie lokalnym jest to podział pomiędzy pomocą i świadczeniami udzielanymi i finansowanymi na poziomie gminy a opieką medyczną świadczoną w ramach służby zdrowia i ze środków z budżetu centralnego, co może prowadzić do przerzucania kosztów, a tym samym przekazywania sobie osób starszych pomiędzy poszczególnymi instytucjami.

Kwestie opieki długoterminowej reguluje obecnie 18 ustaw i kilkadziesiąt rozporządzeń. Czyni to system nieprzejrzystym, trudno dostępnym dla potrzebujących i ich rodzin. Obecnie w Polsce, realnego, dokładnego poziomu finansowania opieki długoterminowej nie sposób precyzyjnie ustalić. W zależności od przyjętych definicji i zakresów świadczeń, różne opracowania podają wysokość nakładów na 0,1 PKB do 0,5 PKB. (Augustyn 2010, s. 154). Natomiast możliwe scenariusze dalszych działań zakładały wariant, w którym nie dokonuje

się żadnych istotnych zmian w warunkach i zasadach funkcjonowania opieki długoterminowej w Polsce, co doprowadzi do upadku całego systemu i narastającego niedopasowania pomiędzy oczekiwaniami i zapotrzebowaniem na usługi, a dostępną ofertą. Z biznesowego punktu widzenia doprowadzi to do rozbudowy sektora prywatnego dla osób starszych i opiekunów, których będzie stać na sfinansowanie dodatkowej opieki oraz do marginalizacji rodzin z osobami niesamodzielnymi, które nie otrzymają usług finansowanych ze środków publicznych. Drugim możliwym wariantem, który wydaje się najbardziej prawdopodobny, bo najłatwiejszy do przeprowadzenia, są częściowe zmiany w każdym z elementów systemu z osobna. Trzecim jest finansowanie usług w ramach ubezpieczenia zdrowotnego, czyli medykalizacja usług opiekuńczych. Wariant drugi i trzeci wprowadzie poprawię dostępność do usług opiekuńczych, ale w sposób bardzo mało efektywny i narażony na duże marnotrawienie środków publicznych. Wariant czwarty to dobrowolne ubezpieczenia od ryzyka niesamodzielnności, co jednak biorąc skłonność Polaków do dobrowolnego ubezpieczenia nie mogłoby mieć charakteru masowego. Wariant piąty to finansowanie kosztów opieki z budżetu państwa, przede wszystkim w ramach pomocy społecznej. Wariant ten miał swoich gorących zwolenników w ramach zespołu projektowego i był alternatywą dla szóstej i najbardziej rekomendowanej propozycji - wprowadzenia powszechnego, obowiązkowego ubezpieczenia od ryzyka niesamodzielnności.

Bez wnikania w uzasadnienie i statystyki przedstawione w publikacji należy na zakończenie tego podstawowego przeglądu podkreślić, że niezależnie od konkretnych sposobów zmian autorzy cytowanego opracowania byli zgodni, że obecny system w perspektywie długookresowej nie jest możliwy do utrzymania, bez wprowadzenia w nim zmian. Z perspektywy pomocy społecznej ważne jest, by rozwiązania systemowe wspierały w dużym stopniu rodzinę i nie przerzucały całości obowiązków na instytucje pomocowe, konieczne jest również unormowanie zasad współpracy instytucji pomocy społecznej i służby zdrowia. Bardzo istotnym elementem jest także rozłożenie kosztów finansowania specjalistycznych usług opiekuńczych, bowiem wiele gmin nie będzie w stanie w niedalekiej przyszłości zapewnić odpowiednio wysokiego standardu wsparcia wszystkim potrzebującym.

Ze względu na dominującą pozycję usług opiekuńczych w ofercie instytucji pomocy społecznej, jak i rosnącą rolę tego typu usług wynikającą między innymi ze starzenia się społeczeństwa i przemian społeczno-demograficznych, istotnym i pierwszoplanowym

elementem wymagającym usprawnień i innowacji są usługi opiekuńcze. Interesującą propozycją rozwiązań w tym zakresie są standardy opracowane w ramach Trójmiasta (Mejsner 2011). Jednak szczególnie godne rozpowszechnienia wydają się nie tyle same standardy, co proces dochodzenia do nich zaproponowany w Gdyni²⁶. Przyjęto w nim, że powstanie standardów wymaga zaangażowania wszystkich zainteresowanych partnerów, od przedstawicieli władz miasta, poprzez pracowników socjalnych i opieki, do osób starszych wymagających wsparcia i ich rodzin, a w ramach konsultacji społecznych zrealizowano także spotkania z osobami starszymi. Założono również wypracowanie konsensusu, który satysfakcjonowałby każdą ze stron. Podejście to jest o tyle cenne, że niezależnie od tego, jak dobre są same standardy, o ile nie akceptuje ich płatnik (władze samorządowe), główni organizatorzy i wykonawcy (instytucje pomocowe, pracownicy socjalni i opieki), jak i odbiorcy (osoby starsze i ich rodziny) istnieje duże ryzyko rozejścia się założeń teoretycznych z praktyką. W przypadku wcześniejszego skonsultowania i przedyskutowania rozwiązań ryzyko to, choć wciąż możliwe, zostanie zminimalizowane. Jeszcze inne przykłady dotyczące działań wobec osób starszych zostały zebrane w ramach serwisu: www.dobrepraktyki.pl Taką dobrą praktyką jest np. powołanie w Dzierżoniowie specjalnego zespołu ds. usług opiekuńczych²⁷.

Istotnym elementem świadczeń opiekuńczych w ramach systemu pomocy społecznej mogą być wszelkiego rodzaju usługi dostarczane przez organizacje pozarządowe, czy to na podstawie podpisania umowy o świadczenie tego typu usług, czy to w ramach niezależnej działalności statutowej organizacji pozarządowej. Przy czym nie chodzi tutaj jedynie o same usługi opiekuńcze, ale o towarzyszenie starszym i potrzebującym wsparcia seniorom. Przykładem organizacji, która mogłaby wesprzeć tradycyjne działania pomocowe jest np. stowarzyszenie „mali bracia Ubogich”²⁸, którego celem jest przeciwdziałanie marginalizacji osób starszych, a podstawą działalności *małych braci* jest wsparcie osób osamotnionych²⁹. Tego typu organizacje nie zastąpią oczywiście profesjonalnego wsparcia w

²⁶ Patrz prezentacja podsumowująca cały proces dochodzenia do standardów: http://partycypacjaobywatelska.pl/images/prezentacja_MOPS_Gdynia.pdf

²⁷ Krótki opis projektu dostępny jest pod adresem: <http://www.dobrepraktyki.pl/index.php?p1=1&p2=2&art=379>

²⁸ Strona internetowa organizacji dostępna jest pod adresem: www.malibracia.org.pl

²⁹ „Nasi wolontariusze to nie tylko pomocnicy osób starszych, ale przede wszystkim ich przyjaciele. Odwiedzają osoby mieszkające samotnie, troszczą się o ich zdrowie i kondycję psychiczną. Towarzyszą seniorom na co dzień, rozmawiają, chodzą na spacer, do teatru, na wystawy.” – oficjalne materiały stowarzyszenia.

zakresie specjalistycznych usług opiekuńczych, ale jednocześnie są w stanie uzupełnić wsparcie profesjonalistów o zwykłe ludzkie zainteresowanie i bezinteresowną przyjaźń, co może mieć korzystny wpływ na dobrostan psychiczny. Takie jednoczesne zestawienie wydaje się najbardziej optymalne i efektywne zarówno z perspektywy samej osoby starszej, jak i instytucji pomocy społecznej.

6.2. STANDARDY PRACY I ROLA PRACOWNIKÓW SOCJALNYCH

Wiele samorządów w Polsce nie prowadzi żadnych działań strategicznych na rzecz dostosowania do potrzeb starzejącego się społeczeństwa (Błądowski 2002). Obecnie, co potwierdziły zarówno badania ISP (Raclaw 2011), projekty badawcze realizowane Instytucie Gospodarstwa Społecznego SGH (Kubicki 2003a, 2003b, 2004, 2006, 2008), czy też publikacje poświęcone lokalnym strategiom jako takim (Karwacki 2010) cele strategiczne jednostek samorządu terytorialnego (JST), a także ich późniejsza realizacja są wyznaczane przede wszystkim ze względu na literalne zobowiązania wynikające z odpowiednich ustaw, bądź rozporządzeń nakładających kolejne zadania na samorzady i ograniczają się zazwyczaj do krótkiej perspektywy czasowej.

Często oznacza to, że lokalna polityka społeczna wobec osób starszych koncentruje się na najlepiej skodyfikowanej i opisanej pomocy społecznej i wsparciu osób najuboższych oraz w ograniczonym zakresie niesamodzielnych. Wszelkie inne działania zależą, albo od indywidualnych preferencji decydentów politycznych zainteresowanych poszczególnymi kwestiami społecznymi, albo charyzmatycznych liderów organizacji pozarządowych funkcjonujących na danym terenie, ewentualnie od dostępności zewnętrznych funduszy i konkursów grantowych. Choć aktywizowanie się organizacji pozarządowych jedynie pod zdobycie funduszy często przyjmuje formy patologiczne, a na dodatek istnieje duże ryzyko, że zakończy się wraz z rozliczeniem i zamknięciem projektu (patrz np. Broda-Wysocki 2007; Frieske 2004)³⁰.

Decydująca rola ośrodków pomocy społecznej w zakresie planowania i zarządzania lokalną polityką społeczną na rzecz osób starszych, szczególnie w mniejszych miejscowościach i na terenach wiejskich jest z jednej strony czynnikiem pozytywnym, ale z drugiej strony pełna

³⁰ Patrz też artykuł prasowy pt. Grantowa, który ukazał się 1 grudnia 2011 r. w tygodniku „Polityka”: <http://www.polityka.pl/rynek/gospodarka/1521424,1,jak-sie-marnuje-dotacje-z-ue.read>

odpowiedzialność przy ograniczonych środkach finansowych oznacza też, że OPS jest jednym z głównych „winowajców” wszelkich zaniedbań i braku wsparcia. Jedynym rozsądnym rozwiązaniem wydaje się podzielenie odpowiedzialnością i zbudowanie wokół lokalnych OPS sieci organizacji wspierających i współtworzących lokalną politykę senioralną. Mówi się przy tej okazji o wyczerpywaniu się funkcji osłonowej i zmianie filozofii działania służb społecznych w kierunku organizacji społeczności lokalnej³¹.

Punktem wyjścia do takich działań jest dobra diagnoza zarówno sytuacji i posiadanych zasobów organizacyjnych, jak i zapotrzebowania na wsparcie i różnego rodzaju usługi u osób starszych. Diagnoza zasobów to jednocześnie szukanie sojuszników i podmiotów zainteresowanych prowadzeniem polityki na rzecz osób starszych. Przychylność wójta lub burmistrza, albo wieloletniego radnego znającego procedury samorządowe, ewentualnie wsparcie silnej lokalnej organizacji pozarządowej, lub innej instytucji (parafii, przedsiębiorstwa) ułatwia powstawanie takiej sieci. Kluczem jest także dotarcie do samych osób starszych i ich aktywne włączenie w proces diagnozy i wypracowywania rozwiązań. Fundusze na działania diagnostyczne, bądź inicjujące aktywność osób starszych mogą pochodzić od zewnętrznego darczyńcy, który czasami zapewnia także wsparcie merytoryczne. Takim wzorcowym przykładem są konkursy organizowane w ramach Rządowego Programu na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych (ASOS)³², w ramach którego prowadzi się ponad 400 projektów oraz planowane są kolejne edycje. Pozytywnym przykładem płynącym ze środowiska organizacji pozarządowych jest projekt „Seniorzy w akcji” sponsorowany przez Polsko-Amerykańską Fundację Wolności³³, bądź też w ograniczonym zakresie konkurs „Demokracja w działaniu” Fundacji Batorego³⁴. Natomiast fundusze unijne, choć pozwalające na uzyskanie znacznie większych środków, wymagają znacznie większego zaangażowania i sformalizowania.

Powyższe działania choć znacznie wykraczają poza ustawową działalność ośrodków pomocy społecznej paradoksalnie ułatwiłyby w dłuższej perspektywie skoncentrowanie się OPS-ów na swojej tradycyjnej działalności i wsparciu osób relatywnie najbardziej niesamodzielnych

³¹ Patrz omówienie dyskusji w ramach projektu „„Tworzenie i rozwijanie standardów pomocy i integracji społecznej” http://standardypomocy.pl/aktualnosc-36-Rozwoj_OSL_w_osrodkach_pomocy_spoecznej.html

³² Patrz opis Programu dostępny na stronach MPiPS: http://www.mpips.gov.pl/gfx/mpips/userfiles/_public/1_NOWA%20STRONA/Aktualnosc/seniorzy/Rzadowy%20Program%20ASOS_2012-2013.pdf

³³ Patrz strona projektu: www.seniorzywacji.pl

³⁴ Patrz strona konkursu: http://www.batory.org.pl/programy_dotacyjne/demokracja_w_dzialaniu

i niemogących liczyć na wsparcie rodziny i bliskich. Istniałyby bowiem podmioty, na które można by delegować inne zadania. Najbardziej ekonomicznym z punktu widzenia samorządu byłoby współfinansowanie wraz z organizacjami pozarządowymi partnerskiego wobec ośrodka pomocy społecznej lokalnego centrum inicjatyw senioralnych³⁵. Dopiero powstanie bazy w postaci ludzi i instytucji przychylnych działalności seniorskiej umożliwia wszechstronne działania na rzecz aktywnego starzenia się i wsparcia osób z ograniczoną samodzielnością. Wtedy bowiem osoby starsze, które mają pewien kapitał organizacyjny, a czasami także materialny, mogą być równorzędnym partnerem w różnego rodzaju koalicjach i działaniach międzysektorowych. Jest to także moment, w którym władze regionalne i lokalne poprzez system grantów i dotacji mogą wpływać na aktywność społeczną na swoim terenie. Oczywiście zakładając, że przeprowadziły wcześniej odpowiednią diagnozę lokalnych zasobów i wyzwań.

Jednym z wyzwań stojących przed systemem pomocy społecznej jest z jednej strony dopracowanie się standardów świadczonych usług i standardów pracy socjalnej jako takiej, a z drugiej strony budowa prestiżu pracy socjalnej i pracowników socjalnych. Takie działania są już prowadzone zarówno z perspektywy eksperckiej (Balon i inni 2011a, Mejsner 2011), jak i samych pracowników socjalnych³⁶. Kwestia pozycji pracownika socjalnego i jego roli w systemie pomocy społecznej wykracza poza ramy tego raportu i dlatego nie będzie tutaj szerzej omawiana. Należy jednak podkreślić, że wysoki prestiż zawodu, jak i jasne reguły postępowania i pracy z klientem oraz ograniczenie liczby rodzin/osób przypadających na jednego pracownika socjalnego mogłoby mieć bardzo duże przełożenie na efektywność pracy z osobami starszymi.

Jednocześnie słabość i brak integracji środowiska pracowników pomocy społecznej sprawia, że w przypadku możliwej odmienności perspektyw i sposobu postrzegania celów i sposobów pracy z osobami starszymi poszczególnych aktorów społecznych: samych osób starszych i ich rodzin, pracowników socjalnych pracujących bezpośrednio z klientem, władz instytucji pomocowych, władz samorządowych, środowisk eksperckich i władz centralnych proponowane rozwiązania mogą w nierównomiernym stopniu odpowiadać potrzebom

³⁵ Przykładem takiej idei, choć całkowicie samorządowym, a nie organizowanym w ramach partnerstwa jest Centrum Inicjatyw Senioralnych z Poznania: <http://www.centrumis.pl/aktualnosci.html>

³⁶ Patrz tekst „Czas na zmiany w pomocy społecznej” http://www.av.fr.pl/PS_4-2011_Raport.pdf oraz dyskusja na ten temat na forum pomocy społecznej: <http://forumpomocy.phorum.pl/viewforum.php?f=2>

poszczególnych grup. W szczególności chodzi tutaj o ewentualne rozbieżności pomiędzy praktyczną użytecznością pracy socjalnej z perspektywy jej bezpośrednich usługodawców i usługobiorców, a potrzebami sprawozdawczości i rozliczania działań. Dodatkową kwestią są kwestie standardów finansowania usług oraz wynagradzania pracowników. Bez istnienia silnych podmiotów reprezentujących poszczególnych interesariuszy, które to podmioty mogłyby pełnić rolę partnerską względem administracji centralnej, trudno wyobrazić sobie realny dialog w tym zakresie.

Negatywne konsekwencje niskiego prestiżu zawodu pracownika socjalnego dostrzegają również same osoby starsze, o czym świadczą choćby wnioski z warsztatów zrealizowanych w trakcie seminarium poświęconego partycypacji społecznej osób starszych zrealizowanego w ramach projektu Fundacji „Stocznia”. „Jako najważniejsze bariery dla aktywnego włączania się seniorów w zabieranie głosu w sprawach ich dotyczących, wymieniono m.in. ograniczenia prawne (np. „anachroniczną” ustawę o pomocy społecznej) i niski prestiż pracy z osobami starszymi, który prowadzi do słabego poziomu kadr odpowiedzialnych za sprawy seniorskie na różnych poziomach i w rozmaitych instytucjach, co z kolei odbija się negatywnie na jakości procesów mających na celu włączanie osób starszych w życie publiczne.”³⁷.

O ile dosyć często, szczególnie w mediach, można się spotkać z opiniami krytycznymi na temat systemu pomocy społecznej, o tyle relatywnie mało jest projektów innowacyjnych, wskazujących na możliwości poprawy tego systemu i proponujących nowe modele działania. Eksperti podkreślają również ograniczony zasięg działania instytucji pomocy społecznej na rzecz osób starszych, zawężony często do świadczeń opiekuńczych (Krzyszkowski 2011, s. 158). Poniżej przedstawione są wybrane przykłady dobrych praktyk uporządkowane od możliwie najbardziej całościowej – dotyczącej nowego modelu działania, poprzez innowacje najpopularniejszych form wsparcia, aż po przykłady rozwiązań leżących obok tradycyjnych obszarów działania publicznych instytucji pomocy społecznej.

³⁷ Podsumowanie warsztatów dostępne jest na stronie projektu: <http://partycypacjaobywatelska.pl/seminaria/199-podsumowanie-seminarium-powiconego-wczniu-osob-starszych-w-procesy-partycypacyjne>

6.3. STANDARDY W POMOCY

Największy w Polsce projekt poświęcony przeobrażeniu systemu pomocy społecznej „Tworzenie i rozwijanie standardów usług pomocy i integracji społecznej” jest chyba jedynym, który jest w stanie w sposób całościowy przeformułować system usług pomocy i integracji społecznej. Cytując oficjalne założenie, jego celem jest „podniesienie profesjonalizmu i zwiększenie skuteczności instytucji pomocy i integracji społecznej w rozwiązywaniu problemu wykluczenia społecznego poprzez stworzenie, przetestowanie oraz wdrożenie standardów instytucji i usług pomocy oraz integracji społecznej”³⁸.

Okres realizacji tego projektu to lata 2009-2014, a obecnie znajduje się on na etapie pilotażu poszczególnych rozwiązań. Warto natomiast zwrócić uwagę na cały szereg materiałów i opracowań o charakterze eksperckim poświęconych osobom starszym: przede wszystkim, jeśli chodzi o standardy świadczonych usług (Balon i inni 2011a i 2011b), ale też modele realizacji usług na poszczególnych poziomach samorządu terytorialnego³⁹, jak i konkretne narzędzia pracy socjalnej, w tym formularz wywiadu z osobą starszą czy arkusz obserwacji kondycji psychofizycznej osoby starszej⁴⁰. To, co budzi pewną wątpliwość, to dosyć duża szczegółowość proponowanych narzędzi, a tym samym ich pracochłonność i rozbudowana sprawozdawczość⁴¹.

Wydaje się, że tam gdzie pracownik socjalny pracuje z ograniczoną liczbą osób, a dodatkowo specjalizuje się akurat w tej grupie wiekowej klientów pomocy społecznej narzędzia takie będą spełniać swoją funkcję, natomiast przy dużej liczbie klientów i braku takiej specjalizacji,

³⁸ Patrz strona internetowa projektu opisująca jego założenia: http://www.standardpomocy.pl/strona-2386-O_programie.html.

³⁹ Patrz strona z materiałami omawiającymi poszczególne modele instytucjonalne: <http://www.wrzos.org.pl/projekt1.18/index.php?id=57&m=32>.

⁴⁰ Strona z poszczególnymi narzędziami pracy socjalnej: <http://www.wrzos.org.pl/projekt1.18/index.php?id=53&m=29>

⁴¹ Przykładowo proponowany standard pracy z osobą starszą zakłada, że minimalny czas na przeprowadzenie diagnozy/oceny sytuacji to 180 minut, opracowanie planu działania minimum 120 minut, same działania nie podlegają oszacowaniu, bo wynikają z zaproponowanego planu, podobnie jak regularny monitoring efektów, natomiast monitoring końcowy to kolejne 180 minut, a do tego należy doliczyć czynności wtórne obejmujące około 15% czasu. Oznacza to, że same procedury przygotowujące do działania i podsumowanie pracy z klientem to minimum pełen dzień roboczy, a realnie rzecz oceniając, od półtora do dwóch (Balon i inni 2011a, s. 15).

a tym samym braku pogłębionej wiedzy o problematyce starości, jak i praktyki w używaniu narzędzia tak rozbudowane standardy postępowania i szczegółowe narzędzia może być trudne do zastosowania w praktyce, a część zebranych danych pozostanie niewykorzystana. Wnioski z przygotowanych materiałów pośrednio wskazują też na konieczność – wynikającą między innymi z potrzeby efektywności działania - powoływania w ramach pomocy społecznej zespołów pracowników specjalizujących się tylko we wsparciu osób starszych, jak i analogicznie dla innych obszarów wsparcia, np. pracy z rodzinami i dziećmi, etc.

6.4. OSOBY STARSZE JAKO PARTNERZY I INICJATORZY DZIAŁAŃ POMOCOWYCH – WYBRANE DOBRE PRAKTYKI

Elementem wciąż mogącym stanowić dobrą praktykę, choć trudno to uznać za działanie wybitnie nowatorskie, jest tworzenie na poziomie lokalnym specjalnych strategii na rzecz osób starszych, bądź też poszerzanie już istniejących i ujmowanie problematyki starzenia się w ujęciu horyzontalnym, jako zjawiska dotyczącego wszystkich mieszkańców. Dotychczasowym standardem było umieszczanie tej grupy jako jednego z adresatów działań samorządowych w ramach strategii rozwiązywania problemów społecznych i rzadziej lokalnych strategii rozwoju. Wydaje się jednak, że ze względów demograficzno-społecznych rośnie potrzeba stworzenia dokumentów strategicznych, doprecyzowujących i rozbudowujących pewne działania. Analogicznym i niejako lustrzanym przykładem są tworzone w niektórych samorządach specjalne strategie edukacyjne, ułatwiające działania strategiczne i ubieganie się o dodatkowe finansowanie i coraz bardziej potrzebne ze względu na wyzwania dotyczące funkcjonowania oświaty w sytuacji niżu demograficznego⁴².

Najnowszym tego typu przykładem jest program „Warszawa przyjazna seniorom”, obecnie znajdujący się w fazie konsultacji⁴³. Podobne programy uchwalilo w ostatnim czasie kilka

⁴² Patrz raporty poświęcone tworzeniu http://www.frd.org.pl/repository/upload/Strategie_gminne.pdf i ewaluacji strategii edukacyjnych http://www.premd.org.pl/publikacje_16/publikacje_czlonkow_premd_53/repository/Publikacje%20Organizacji/0414_FRD_Monitorowanie_strategii.pdf przygotowane przez Fundację Komeńskiego.

⁴³ Platforma konsultacyjna: <http://konsultacje.um.warszawa.pl/konsultacja/wlacz-3-wiek-konsultacje-spoeczne-programu-warszawa-przyjazna-seniorom>

innych dużych miast w Polsce, między innymi Elbląg⁴⁴ czy Poznań, który zakończył już pierwszą edycję programu na lata 2005-2010⁴⁵.

Z perspektywy systemu pomocy społecznej ważny jest czynny udział instytucji pomocowych zarówno przy powstawaniu tego typu programów, jak i znalezienie równowagi między działaniami o charakterze czysto osłonowym i pomocowym tradycyjnie przypisywanymi pomocy społecznej a działaniami integracyjno-aktywizującymi. Tak szeroki zakres działań na rzecz osób starszych jest zgodny z ideami głoszonymi przez Światową Organizację Zdrowia w ramach projektu *Global Age-friendly Cities* zainicjowanego w 2005 roku na konferencji Międzynarodowego Stowarzyszenia Gerontologów i Geriatrów w Rio de Janeiro w Brazylii. W ramach badań koordynowanych przez Światową Organizację Zdrowia przebadano seniorów w 33 miastach w 22 krajach na każdym z kontynentów. W publikacji podsumowującej wyniki (WHO 2007) wydzielono osiem tematów badawczych, podzielonych na trzy obszary:

- *mieszkalnictwo, transport publiczny i przestrzeń publiczna* (parki, kina, teatr, itp.) tworzące fizyczne otoczenie seniora.
- *Uczestnictwo społeczne* (to jak seniorzy angażują się w życie miasta), *szacunek i integracja społeczna* (to jak są odbierani przez innych), *aktywność obywatelska i zatrudnienie* (możliwości pracy wolontaryjnej i zawodowej) tworzące otoczenie społeczne seniora.
- *Komunikacja i informacja oraz wsparcie środowiskowe i służba zdrowia* to elementy wpływające na życie osób starszych, które by korzystać z różnych możliwości muszą o nich wiedzieć, jak i mieć możliwości by z nich korzystać tworzące uwarunkowania funkcjonowania osób starszych.

Istotnym elementem mogącym wzbogacić ofertę działań z zakresu pomocy społecznej jest wykorzystanie energii i potencjału osób bezpośrednio zainteresowanych, czyli osób starszych. Wprawdzie pojedynczo seniorzy postrzegani są jako grupa o małym wpływie na lokalną politykę, ale dobrze zorganizowani mogą być zarówno rzecznikami, jak i strażnikami realizacji wielu działań na rzecz seniorów. Jednym z najbardziej znanych efektów takich

⁴⁴ http://www.umelblag.pl/umcms/programy_branzowe/Elblaski_program_na_rzecz_osob_starszych.pdf

⁴⁵ Patrz strona MOPR: <http://www.mopr.poznan.pl/index.php/opis-programu.html>

działań jest powstanie z inicjatywy poznańskiej rady seniorów samorządowego Centrum Inicjatyw Senioralnych⁴⁶.

Przykładem działań na mniejszą skalę, do których wystarczy nawet jedna aktywna osoba starsza, są akcje realizowane w ramach projektu „Seniorzy w akcji” organizowanego przez Towarzystwo inicjatyw twórczych „ę” (www.seniorzywakcji.pl) wspierające małymi grantami międzypokoleniowe inicjatywy lokalne. Poniżej zestawiono po jednej wybranej akcji z poszczególnych edycji projektu:

Kielce, Słoneczna akcja - edycja 2011 (<http://www.seniorzywakcji.pl/?a=324>)

Projekt połączy dwie grupy, które mogą sobie wzajemnie sporo dać. Seniorów, którzy lubią spędzać czas z dziećmi i dysponują wolnym czasem i samotne matki, które znalazły się w trudnej sytuacji i są pozbawione wsparcia rodziny.

Tczew, Stuk-puk. Otwórz drzwi, pomogę Ci - edycja 2010 (<http://www.seniorzywakcji.pl/?a=257>)

Mieszkańcy Tczewa 50 + po raz kolejny zastukają do swoich sąsiadów, którzy ze względu na wiek lub stan zdrowia pozostają uwięzieni w czterech ścianach domów. Aktywni seniorzy podzielą się swoim czasem i energią z tymi, którzy nie mogą w pełni korzystać z życia kulturalnego i społecznego miasta.

Gdańsk, Wkrętariusze - pomocna złota dłoń - edycja 2009 (<http://www.seniorzywakcji.pl/index.php?a=170>). Seniorzy mieszkający na osiedlu Brzeźno w Gdańsku już zapomnieli o ciekącym kranie, niedziałającym gniazdku i zepsutych drzwiczkach kuchennych. A wszystko za sprawą „Wkrętariuszy”, czyli międzypokoleniowego zespołu wolontariuszy wyposażonego w podstawowe narzędzia do napraw.

Kraków, TRANSFERY – wolontariat medyczny lekarzy seniorów - edycja 2008 (<http://www.seniorzywakcji.pl/index.php?a=107>)

Autorzy projektu postanowili zainteresować emerytowanych lekarzy wolontariatem w Przychodni dla Bezdomnych i Ubogich prowadzonej przez Stowarzyszenia Lekarze Nadziei. Włączenie starszych lekarzy w działania Przychodni umożliwiło międzypokoleniową współpracę i wymianę doświadczeń z młodymi lekarzami i studentami medycyny.

⁴⁶ Patrz strona CIS: <http://www.centrumis.pl/o-centrum.html>

Warto też podkreślić, że istnieją także gotowe narzędzia, które mogłyby taką aktywność i międzypokoleniowy dialog obywatelski wspierać⁴⁷, jak i organizacje parasolowe mogące stanowić wsparcie merytoryczne i eksperckie⁴⁸.

Tego typu rozwiązania mogą być szczególnie cenne w mniejszych samorządach, które nie posiadają dużego zaplecza instytucjonalno-eksperskiego, za to mają coraz większą grupę osób starszych, które oczekują różnego rodzaju inicjatyw i wsparcia ze strony przedstawicieli samorządu i instytucji pomocowych.

Należy również pamiętać, że współpraca z mieszkańcami poza działaniami organizacyjnymi i konkretnymi propozycjami wymaga też od instytucji pomocowych przejrzystej komunikacji i działań z zakresu PR. Pewnym standardem minimum wydaje się czytelna, regularnie aktualizowana strona internetowa z wzorami druków, np. <http://www.mopsgdynia.pl>, zawierająca bazę danych podmiotów działających lokalnie, np. <http://www.centrumis.pl/punkt-informacyjny-bazy-danych.html>. Warto też zadbać o oddzielne strony albo podstrony poszczególnych placówek takich jak domy pomocy społecznej, np. <http://www.dpsplock.pl/>. Jest to szczególnie istotne ze względu na raczej negatywny wizerunek instytucji pomocy społecznej, jak i postulowane poszerzenie działalności z głównie osłonowej na integracyjno-aktywizującą. Ta zmiana paradygmatu funkcjonowania pomocy społecznej, jak i nowe wyzwania wynikające z przemian społeczno-demograficznych będą szerzej omówione w dalszej części raportu.

* * *

Jako **rekomendację** wynikającą z tej części raportu należałoby sformułować zalecenie podjęcia działań na rzecz rozwoju metod pracy socjalnej adresowanej do osób starszych, ich dywersyfikacji wynikającej ze zróżnicowanej sytuacji życiowej i zdrowotnej seniorów. Specjaliści takiej pracy socjalnej powinni znaleźć zatrudnienie nie tylko w ośrodkach i placówkach pomocy społecznej, ale także w innych instytucjach samorządowych i placówkach ochrony zdrowia. Ich zadaniem powinna być nie tylko bezpośrednia praca z seniorami, ale także z organizacjami pozarządowymi działającymi na rzecz środowiska starszych mieszkańców.

⁴⁷ Patrz np. *Podręcznik dialogu obywatelskiego na rzecz integracji społecznej osób starszych* przygotowany przez *Age Platform*, w którego przygotowaniach ze strony Polski brała udział Fundacja Ja-Kobieta: http://www.kobieta50plus.pl/szansa-50-plus/przewodnik-dialogu-obywatelskiego_0,1874.html

⁴⁸ Przykładem takiej organizacji jest Forum 50+ Seniorzy XXI wieku: <http://www.forum50.org/>

7. MIKRODETERMINANTY SAMODZIELNOŚCI – PERSPEKTYWA TEORETYCZNA I PRAKTYCZNA

7.1. MIKRODETERMINANTY SAMODZIELNOŚCI – PERSPEKTYWA TEORETYCZNA

W rozważaniach nad procesem starzenia się przyjmuje się dwie główne perspektywy: mikro oraz makro⁴⁹. W poniższym rozdziale zostaną przedstawione czynniki wchodzące w skład pierwszego podejścia determinujące samodzielność i konieczność korzystania z różnorodnych form wsparcia.

W literaturze znajdujemy podział mikrodeterminant na dwie główne grupy (Szatur-Jaworska 2000):

- związane ze stratyfikacją społeczną,
- związane z sytuacją zdrowotną jednostki.

Czynniki związane ze stratyfikacją społeczną, czyli lokacją jednostki na drabinie hierarchii społecznej, to przede wszystkim:

1. wykształcenie,
2. status ekonomiczny,
3. kapitał kulturowy.

⁴⁹ Należy również wspomnieć o poziomie mezo i mega. Kraje realizujące model państwa opiekuńczego jako członkowie organizacji międzynarodowych (Unii Europejskiej, Organizacji Narodów Zjednoczonych itp.) są zobligowane do implementacji regulacji wyznaczanych przez te organizacje. W perspektywie najbliższych lat w rozważaniach nad procesem starzenia się wprowadzony powinien być poziom mega, ponieważ dyrektywy np. Unii Europejskiej wpływają na wybór celów i zasad polityki społecznej. Wraz z postępującą integracją w obrębie Unii Europejskiej wzrastać będzie znaczenie zmian wprowadzanych do regulacji prawnych poszczególnych krajów członkowskich pod wpływem dyrektyw uchwalanych na forum UE.

Poziom mezo natomiast odzwierciedla działalność samorządu lokalnego, przejawiającą się w realizacji programów centralnych oraz lokalnych inicjatyw samorządu terytorialnego i budową strategii w zakresie pomocy społecznej uwzględniającej potrzeby społeczności lokalnej. To na tym poziomie ustalane są priorytety w zakresie lokalnej polityki społecznej.

Max Weber jako trzy główne wyznaczniki statusu jednostki wymieniał stosunek do trzech prerogatyw uznawanych za społecznie pożądane: władzy, bogactwa i prestiżu. Obecnie socjologowie coraz częściej odnoszą się do teorii stratyfikacji według wieku. Głównym założeniem teorii stratyfikacji według wieku jest postrzeganie wieku jako głównej determinanty określającej dostęp do dóbr powszechnie pożądanych. Teoria ta pokazuje zmniejszającą się możliwość dostępu do tych dóbr wraz ze starzeniem się jednostki. Oznacza to nierówną redystrybucję dóbr społecznie pożądanych. Osoby starsze tracą swoją pozycję społeczną na skutek zaprzestania pełnienia ról zawodowych, zmniejszonej wielkości dochodów, zawężania się sieci kontaktów nieformalnych. Jednocześnie osoby o wyższym statusie społecznym posiadają niezbędny zasób wiedzy, aby móc skorzystać zarówno z pomocy środowiskowej, jak i instytucjonalnej. Wykształcenie ma nie tylko wpływ na umiejętność korzystania z pomocy instytucji publicznych (umiejętność pozyskania informacji, znajomość przepisów prawnych i obowiązków podmiotów publicznych), lecz jest również skorelowane ze stanem zdrowia, a to właśnie stan zdrowia jest jednym z głównych czynników wpływających na stan zdrowia i samodzielność jednostki.

Wykształcenie jest również skorelowane ze statusem ekonomicznym jednostki. Osoby posiadające wyższe wykształcenie zazwyczaj zarabiają więcej niż osoby gorzej wykształcone. Wyższe dochody osiągnięte w ciągu życia zawodowego przekładają się na wyższe świadczenia emerytalne. Im wyższy dochód osiągnięty przez osobę starszą, tym większa możliwość wyboru w zakresie środowiskowej oraz instytucjonalnej pomocy np. osoby otrzymujące we współczesnej Polsce wysokie emerytury nie muszą czekać w kolejce do samorządowego domu pomocy, mogą skorzystać z oferty prywatnych domów zapewniających opiekę nad osobami starszymi. W przypadku niewystarczającej pomocy środowiskowej mogą „dokupić” usługi opiekuńcze. Czynniki ekonomiczne wpływają na rodzaj oraz formę oferty w zakresie pomocy, z której mogą korzystać osoby starsze.

Jednym z najistotniejszych czynników wpływających na opiekę nad osobami starszymi jest ich sytuacja rodzinna. Starsze osoby samotne są częściej klientami pomocy zarówno środowiskowej, jak i instytucjonalnej. Seniorzy często dzięki wsparciu znajomych i sąsiadów mogą nadal zamieszkiwać w swoim dotychczasowym środowisku i nie muszą korzystać ze wsparcia publicznego.

Wymienione czynniki (stan zdrowia, sytuacja rodzinna, wykształcenie, dochód) wpływają nie tylko na samodzielność seniora potrzebę pomocy, lecz również na jej formę. Determinują zakres i rodzaj świadczonej przez państwo pomocy na rzecz osoby starszej.

W pierwszej kolejności osoba starsza stara się sama zaspokoić swoje potrzeby. Jednak wraz z pogarszaniem się stanu zdrowia samozaspokojenie potrzeb staje się niemożliwe i jednostka musi się zwrócić o pomoc do innych osób. Wtedy osoba starsza liczy na wsparcie rodziny. Oczekiwania odnośnie do udzielenia pomocy przez grupę krewniczą wynikają z całościowych współzależności. Zgodnie z teorią wymiany społecznej, w ciągu życia jednostek poprzez interakcje społeczne nawiązują się stosunki oparte na wymianie potrzebnych zasobów. W niniejszym rozdziale przedmiotem rozważań nie będzie formalna wymiana rynkowa polegająca na zakupie potrzebnych dóbr i usług, lecz nieformalna sieć wymiany w obrębie grupy krewniczej, sąsiedzkiej, przyjacielskiej. Niemożliwość uzyskania usług opiekuńczych w ramach nieformalnych grup społecznych determinuje konieczność korzystania przez jednostkę z pomocy oferowanej przez podmioty publiczne. Opieka w ramach rodziny nad osobą starszą jest postrzegana bardzo często jako obowiązek wynikający z faktu, że rodzice lub dziadkowie poświęcali zasoby zarówno finansowe, jak i czasu na wcześniejszych etapach swojego życia młodszemu pokoleniu. Taki obowiązek opieki jest kształtowany w jednostce w ramach procesu socjalizacji będącego podstawową funkcją rodziny. Najważniejszą regułą rządzącą wymianą jest jej wzajemność. Osoby starsze są bardziej skłonne do zwracania się o pomoc zarówno do członków rodziny, jak i sąsiadów i znajomych, gdy mają coś do zaoferowania w zamian. Składową wymiany może być na przykład czas, który osoba starsza przeznaczy na potrzeby młodszego pokolenia, w zamian za udzielenie jej pomocy. Należy przy tym odróżnić wymianę długookresową i krótkookresową. Przedmiotem wymiany długookresowej mogą być również przyszłe zyski, które rodzina lub znajomi otrzymają po śmierci osoby starszej w postaci spadku. Takim zasobem może być na przykład nieruchomości; osoby starsze są często posiadaczami mieszkania lub domu. Wymiana następująca w obrębie sieci rodzinnej najczęściej nie ma charakteru formalnego i opiera się na pewnych wzorcach zinternalizowanych w procesie socjalizacji.

Podstawowa wymiana zachodzi w diadzie (Kempny 1992). W przypadku osób starszych wymiana zachodzi pomiędzy współmałżonkami. Dopiero gdy stan zdrowia małżonków uniemożliwia wzajemną pomoc lub gdy jednostka nie ma życiowego partnera, zaangażowani są

inni członkowie rodziny. Pomoc sąsiedzka jest często uzupełnieniem pomocy rodzinnej, zaś gdy wspomagana osoba i krewni udzielający wsparcia mieszkają daleko od siebie, jest substytutem w stosunku do pomocy udzielanej przez rodzinę. Należy podkreślić odmienną sytuację kobiet i mężczyzn, która wiąże się z tradycyjnymi rolami przypisanymi płci. Kobiety częściej wykonują obowiązki domowe i pielęgnacyjne wobec innych członków rodziny (męża, teściów, rodziców). Wdowcy częściej niż wdowy wstępują w kolejne związki małżeńskie, zwiększając tym samym prawdopodobieństwo posiadania wsparcia w wypadku pogorszenia stanu zdrowia. Teoria wymiany jest wykorzystywana nie tylko do wyjaśniania wzajemnych powiązań między jednostkami w ramach diady czy rodziny, lecz również sieci społecznych, jakimi są sieci stosunków sąsiedzkich czy przyjacielskich. Wymiana różnorodnych zasobów jest uważana za podstawę funkcjonowania sieci społecznych.

Należy rozważyć również działanie teorii wymiany w momencie, gdy osoba starsza zaczyna korzystać z pomocy oferowanej przez ośrodki pomocy społecznej. 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 starszej (Moody 2006). Członkowie rodziny oraz osoba starsza uczą się, jak korzystać z pomocy oferowanej przez ośrodki pomocy społecznej, 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.

Opiekę nad osobami starszymi w ramach rodziny sprawują najczęściej osoby w wieku 45–64 lat. W literaturze anglojęzycznej dotyczącej zagadnień opieki nad osobami starszymi generacja ta nazywana jest *sandwich generation*. Określenie to nawiązuje do faktu, że osoby w wieku 45–64 lat mają obowiązki w stosunku do dwóch generacji – z jednej strony pomocy przy dzieciach wymagają ich dzieci, z drugiej rodzice. W takiej sytuacji niezbędnym staje się wspieranie rodzinnych opiekunów, na przykład poprzez sieć domów dziennego pobytu, czy placówek całodobowych, przyjmujących klienta tylko na określony czas, np. miesiąc. Domy dziennego pobytu, oferując opiekę nad osobami starszymi przez kilka godzin w ciągu dnia, pozwalają opiekunowi osoby starszej zarówno na kontynuowanie udzielania wsparcia, jak i na pomoc dzieciom w opiece nad wnukami. Natomiast druga z wymienionych form pomocy

w opiece nad osobami starszymi pozwala opiekunom na przykład na wyjazd na wakacje. Takie formy pomocy w sprawowaniu opieki nad osobami starszymi mogą zachęcać dzieci do sprawowania opieki nad rodzicami. Wiedząc, że w razie potrzeby mogą one liczyć na różnorodne formy pomocy, chętniej będą się opiekowały rodzicami.

Zagadnienia dotyczące zależności pomiędzy pomocą nieformalną i formalną opisuje pięć modeli (Patsios 2005):

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

Pierwszy model został opracowany przez Cantora. Jego podstawą jest założenie, że to interakcje wpływają na formę pomocy, jaką preferuje osoba starsza (Cantor 1975). 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) (Cantor 1983).

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 społecznego (Greene 1995). 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.

Wzajemne dopełnianie się opieki oferowanej seniorowi przez sieci wsparcia społecznego oraz pomoc formalną opisuje model szczególności. Zakłada on dualność opieki nad osobą starszą i wzajemną komplementarność pomocy udzielanej przez rodzinę i instytucje do tego powołane (Noelker 1989). Rodzina udziela wsparcia emocjonalnego oraz wsparcia niewymagającego fachowej wiedzy i umiejętności, bo te zapewnia sieć wsparcia formalnego. Podstawą modelu uzupełnienia jest założenie, że to najbliżsi są głównym źródłem pomocy osobie starszej i to oni sprawują głównie opiekę, gdy senior jej wymaga. Pomoc formalna jest

„uzupełnieniem” 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 opiekę (Penning 1990).

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.

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, dochody, zasoby kulturowe. Poniższe czynniki wpływające na konieczność otrzymania wsparcia publicznego oraz formę kierowanego do beneficjenta wsparcia zostaną przedstawione w dalszej części rozdziału.

7.2. ZASOBY KULTUROWE

Zasoby kulturowe to zarówno tzw. kapitał kulturowy, jak i umiejętności nabyte podczas procesu kształcenia się jednostki. Termin „kapitał kulturowy” odnosi się do wiedzy i kompetencji nabywanych przez jednostkę w procesie socjalizacji (Bourdieu 1990). Umiejętności i wiedza zdobyta przez poszczególnych członków społeczeństwa zapewnia im lepszy dostęp do dóbr społecznie pożądanых.

Zasoby kulturowe ulegają kumulacji w ciągu życia jednostki. Umiejętności zdobyte na wcześniejszym etapie życia są przydatne w okresie starości. Dostęp do zasobów pomocy społecznej, takich jak pomoc środowiskowa oraz domy pomocy społecznej zależy od umiejętności dotarcia do informacji, jak i gdzie można uzyskać pomoc. Im wyższe wykształcenie i kompetencje kulturowe, tym większa również świadomość praw

przysługujących osobie starszej oraz obowiązków państwa względem niej. Zasoby kulturowe nabyte przez jednostkę ułatwiają również nawiązywanie kontaktów i znajomości, które mogą być częścią potencjalnej sieci wsparcia seniora.

Jedną z najistotniejszych cech składających się na heterogeniczność populacji osób starszych jest właśnie kapitał kulturowy. W procesie socjalizacji rodzice przekazują dzieciom nie tylko wiedzę i umiejętności, lecz również sieć swoich kontaktów. Dlatego też jednostki należące do klasy średniej, mając rozległą sieć kontaktów i znajomości, posiadają łatwiejszy dostęp do pożądaných informacji. Bourdieu twierdzi, że kapitał kulturowy, jaki posiada dana jednostka, wpływa na pozycję społeczną przez nią zajmowaną i jest jednym z główných wyznaczników stratyfikacji społecznej. Im większy kapitał kulturowy posiada jednostka, tym łatwiej jest jej rozbudowywać sieć społecznych kontaktów. Rozbudowana sieć kontaktów społecznych sprawia, że jednostka staje się pożądaną składową kręgu znajomych innych jednostek. Prowadzi to do swoistego sprzężenia zwrotnego. Łatwiej rozbudowywać sieć wzajemnych kontaktów, jeśli już na początku była ona dość rozbudowana i przekazana przez rodziców. Zasoby kulturowe są składową kapitału społecznego. Kapitał społeczny rozpatrywany jest najczęściej w dwóch ujęciach: szerokim i wąskim.

W pierwszym ujęciu kapitał społeczny to dostęp do źródeł informacji, wsparcia i pomocy, które mogą być uzyskane poprzez interakcje z innymi jednostkami. W przypadku osób starszych, wymagających pomocy, będą to informacje o możliwości jej uzyskania lub pomoc w uzyskaniu świadczeń przysługujących danej osobie. W szerokim ujęciu kapitał społeczny to zasięg i charakter partycypacji jednostek w nieformalnych i formalnych strukturach społecznych. W ramach tych struktur działają sieci potencjalnego lub rzeczywistego wsparcia osoby starszej. Częstsze uczestnictwo w tych strukturach zwiększa szanse seniora na uzyskanie w razie potrzeby pomocy (Diagnoza Społeczna 2011). Osoby charakteryzujące się lepszym wykształceniem, czyli lepszymi zasobami kulturowymi, częściej uczestniczą w życiu społecznym, np. wśród słuchaczy Uniwersytetów Trzeciego Wieku przeważają osoby z wykształceniem wyższym i średnim, czyli grupa charakteryzująca się znacznymi zasobami kapitału kulturowego.

Kompetencje przekazywane przez rodziców dzieciom są trudne do mierzenia, natomiast podstawowa składowa zasobów kulturowych, jaką jest wykształcenie, jest cechą obiektywną i łatwo mierzalną. Korzystając z danych z Narodowego Spisu Powszechnego z 2002 i 2011

roku można dokonać oceny poziomu wykształcenia osób starszych (tab. 7.1). Wykształcenie odgrywa jedną z najistotniejszych ról w zakresie umiejętności pozyskiwania informacji. Osoby z wyższym wykształceniem zazwyczaj charakteryzują się nie tylko wyższymi zarobkami, lecz również wyższą aktywnością zawodową i społeczną. Częstsze zaangażowanie w różne formy działalności społecznej ułatwia rozwijanie sieci kontaktów społecznych oraz pozyskiwanie informacji.

Tabela 7.1. Osoby starsze według poziomu wykształcenia i płci w Polsce w 2002 r. i 2011 r. (jako % osób w danej grupie wieku)⁵⁰

2002				
Wykształcenie	Kobiety		Mężczyźni	
	60–64	65 i więcej	60–64	65 i więcej
Wyższe	8,8	4,0	11,4	9,9
Policealne	3,5	1,4	1,3	0,9
Średnie zawodowe	14,9	9,3	17,4	14,7
Ogólnokształcące	10,1	7,9	3,7	4,5
Zasadnicze zawodowe	9,6	5,7	24,1	15,2
Podstawowe ukończone	48,9	55,2	38,4	44,6
Podstawowe nieukończone i bez wykształcenia szkolnego	2,5	14,9	1,9	8,7
2011				
Wykształcenie	Kobiety		Mężczyźni	
	60–64	65 i więcej	60–64	65 i więcej
Wyższe	12,0	7,2	13,1	13,2
Policealne	4,9	2,2	1,5	1,0
Średnie zawodowe	19,1	11,2	20,8	16,1
Ogólnokształcące	14,5	11,3	5,3	5,8
Zasadnicze zawodowe	20,8	8,5	35,6	21,7
Podstawowe ukończone i gimnazjalne	26,1	51,1	20,7	37,3
Podstawowe nieukończone i bez wykształcenia szkolnego	0,6	6,3	0,5	3,1

Źródło: Obliczenia własne na podstawie: GUS, Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2011. Raport z wyników, Warszawa 2012, http://www.stat.gov.pl/gus/5840_13164_PLK_HTML.htm dane dostępne w dniu 11.12.2012 r., oraz http://www.stat.gov.pl/gus/8185_PLK_HTML.htm

W Polsce odsetek osób z wyższym wykształceniem wśród ludności w wieku 13 lat i więcej zgodnie z NSP'2002 wynosił 9,9% osób, natomiast w subpopulacji starszych mężczyzn

⁵⁰ Do obliczeń nie zostały włączone jednostki wśród, których nie udało się ustalić poziomu wykształcenia.

odsetki te wynosiły odpowiednio w grupach wieku 60–64 lat – 11,4% i 65 lat i więcej – 9,9%. Natomiast w 2011 roku odpowiednio 13,1% i 13,2%. W porównaniu z mężczyznami starsze kobiety charakteryzują się niższym poziomem wykształcenia. Wśród kobiet w wieku 60–64 lat osoby posiadające wyższe wykształcenie stanowiły 8,8% w 2002 roku, natomiast w grupie wieku 70 lat i więcej już tylko 4%. Narodowy Spis Powszechny z 2011 roku wykazał, że 12% kobiet w grupie wieku 60-64 legitymowało się wyższym wykształcaniem, a w grupie 65 lat i więcej 7,2%. Kobiety natomiast częściej niż mężczyźni posiadały wykształcenie ogólnokształcące: odpowiednio w grupie 60–64 lat i 65 lat i więcej w 2002 roku 10,1% i 7,9%, a w 2011 14,5% i 11,3%, a wśród mężczyzn 3,7% oraz 4,5% w 2002 roku i 5,3% i 5,8 w 2011 roku. Na niższy poziom wykształcenia kobiet wskazuje również odsetek osób bez wykształcenia i z nieukończonym podstawowym; 6,3% kobiet w wieku 65 lat i więcej w 2011 roku nie ukończyło szkoły podstawowej, podczas gdy wśród mężczyzn w tym samym wieku odsetek ten wynosił 3,1%.

Należy zaznaczyć, że wykształcenie jest silnie skorelowane z osiąganymi dochodami oraz rodzajem wykonywanej pracy. Im wyższe wykształcenie tym mniejsze prawdopodobieństwo, że jednostka będzie wykonywała uciążliwą pracę fizyczną, wpływająca niekorzystnie na stan zdrowia. A to właśnie te czynniki wpływają na utratę samodzielności w starszym wieku. Gorszy stan zdrowia wynikający między innymi z kumulowania się niekorzystnych warunków pracy przez okres jej wykonywania determinuje niemożność samodzielnej egzystencji.

7.3. STAN ZDROWIA OSÓB STARSZYCH

Starość jest fazą życia, charakteryzującą się narastaniem niekorzystnych zmian obejmujących wszystkie sfery funkcjonowania człowieka: biologiczną, psychiczną i społeczną. Ogólnie biorąc proces starzenia się jest równoznaczny z pogarszaniem się sytuacji życiowej jednostki. Staręga-Piasek określa to jako „zmniejszanie się w miarę starzenia szansy zaspokojenia potrzeby przystosowanej egzystencji” (Staręga-Piasek 1975). Stopniowo wraz z wiekiem postępujące obniżanie się sprawności psychofizycznej prowadzi w końcu do niepełnosprawności (Szatur-Jaworska 2000). Według ustawy o pomocy społecznej (art. 2), przez niepełnosprawność rozumie się „stan fizyczny, psychiczny lub umysłowy, powodujący

trwałe lub okresowe utrudnienie, ograniczenie bądź uniemożliwienie samodzielnej egzystencji”.

Starzenie się postępuje etapami, które znacznie się różnią w opinii geriatrów. Po przekroczeniu wieku 75 lat na skutek pogarszania się stanu zdrowia rośnie zapotrzebowanie na świadczenia medyczne i opiekuńcze. Natomiast osoby w wieku powyżej 85 lat wymagają najczęściej stałej opieki (Żakowska-Wachelko 2002). Proces starzenia się organizmu ulega przyspieszeniu, gdy towarzyszą mu różnego typu schorzenia. W związku z tym można mówić o fizjologicznym i patologicznym starzeniu się. Starzeniu się często towarzyszy ograniczenie sprawności.

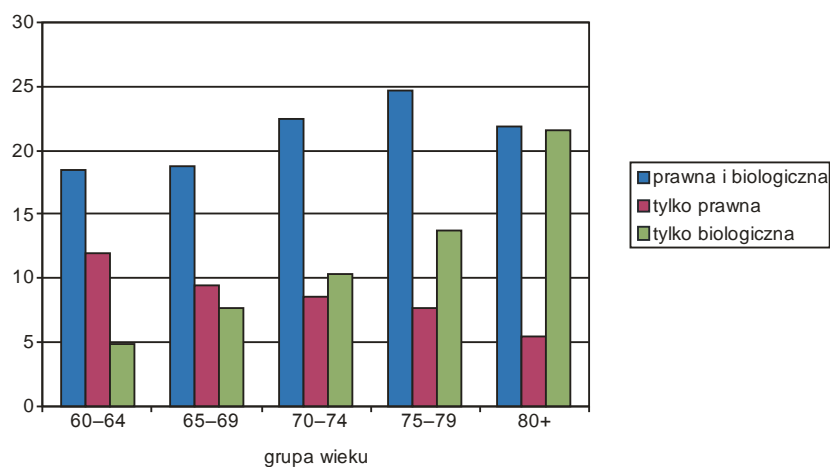
Badania stanu zdrowia ludności prowadzone przez GUS za pomocą samooceny respondentów wskazują na jego poprawę na przestrzeni lat 1996–2009 (GUS 2010). Zgodnie z badaniami prowadzonymi na reprezentatywnej próbie mieszkańców Polski, we wszystkich grupach wieku zmalał odsetek osób oceniających swój stan zdrowia poniżej oceny dobrej. W roku 2009 odsetek ten wynosił 34% i był o pięć punktów procentowych niższy niż w 2004 roku, podczas gdy w roku 1996 wynosił 46%. Jednak w najstarszej grupie wieku (70 lat i więcej) poprawa oceny stanu zdrowia była najniższa i wynosiła cztery punkty procentowe (spadek udziału osób oceniając swój stan zdrowia poniżej oceny dobrej z 91% w 1996 roku do 87% w 2004) i dwa punkty procentowe w 2009 roku (85% osób w wieku 70 lat i więcej oceniało swój stan zdrowia poniżej oceny dobrej) w porównaniu z 2004 rokiem. Wskaźnikiem poprawy stanu zdrowia jest również wydłużanie się średniego dalszego trwania życia osób w najstarszych grupach wieku. Od 1950 roku do 1990 średnie dalsze trwanie życia mężczyzny w wieku 75 lat wzrosło o 8,5% (z 6,92 lat w 1950 roku do 7,51 w 1990 roku), podczas gdy w ostatniej dekadzie XX wieku i w początkach XXI wzrost ten wyniósł 1/4 – z 7,51 lat w 1990 do 9,49 lat w 2010 (GUS 2004). Odpowiednio dla kobiet w tych samych latach przyrost wyniósł odpowiednio 21% (z 7,80 lat do 9,46 lat) i 25% (z 9,46 lat do 11,85 lat). Tak dynamiczny wzrost trwania życia jest wynikiem poprawy stanu zdrowia. Poprawa ta wynika między innymi z łatwiejszego dostępu do leków, rehabilitacji, lepszej jakości sprzętu medycznego. Wpływ na poprawę stanu zdrowia ma zarówno profilaktyka, jak i prowadzone na szeroką skalę przez agendy rządowe i organizacje pozarządowe kampanie mające na celu poprawę świadomości zdrowotnej. Kampanie te są kierowane nie tylko do osób starszych, lecz również osób w młodszych grupach wieku. Dalsze trwanie życia osób w najstarszej

grupie wieku będzie się nadal wydłużać. Wynika to również z postępu w zakresie medycyny. Jakość opieki medycznej ulega poprawie i dodatkowo nowoczesne osiągnięcia medycyny są szeroko dostępne.

Pomimo poprawy stanu zdrowia osób powyżej 75. roku życia, zbiorowość ludzi starych na tle ogółu ludności charakteryzuje wysoki poziom niepełnosprawności. Zgodnie z NSP 2002, w Polsce było 5,5 mln osób niepełnosprawnych, a 40,3% z nich to osoby w wieku 60 lat i więcej. Udział osób niepełnosprawnych wśród seniorów rósł od 34,6% wśród seniorów w wieku 60–64 lat do 48,9% wśród osób w wieku 80 lat i więcej (Skrętowicz 2004).

Należy zwrócić uwagę, że wraz z wiekiem następuje naturalna utrata sprawności zarówno fizycznej, jak i psychicznej. Odczuwana niepełnosprawność przez osoby w starszych grupach wieku jest związana z procesem starzenia się, a w konsekwencji naturalną utratą zdolności do wykonywania pewnych czynności. Wraz z wiekiem wzrasta odsetek osób niepełnosprawnych (wykres 7.1). W grupie wieku 60–64 lat co trzecia osoba odczuwała lub miała orzeczoną niepełnosprawność, podczas gdy wśród osób w wieku 80 lat i więcej już co druga osoba. W najbliższych 20 latach odsetek osób z orzeczoną niepełnosprawnością w starszych grupach wieku będzie wzrastał, ponieważ do starszych grup wieku będą przechodzić osoby w wieku przedemerytalnym, wśród których odsetek osób z orzeczoną niepełnosprawnością jest wysoki.

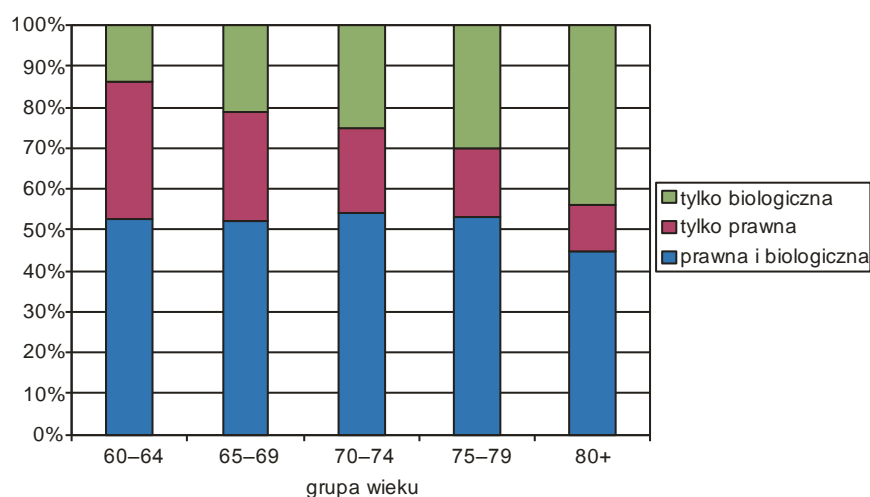
Wykres 7.1. Udział osób niepełnosprawnych w wieku 60 lat i więcej według rodzaju niepełnosprawności i grup wieku w Polsce w 2002 r. (jako % ogółu ludności w danym wieku)



Źródło: Osoby niepełnosprawne oraz ich gospodarstwa domowe, GUS, Warszawa 2003, s. 90–91.

Największy odsetek wśród osób najstarszych, tj. 80 lat i więcej, stanowią osoby odczuwające niepełnosprawność biologiczną (21,5%). Osoby w najstarszej grupie wieku nie występują w większości do odpowiedniego organu o prawne potwierdzenie niepełnosprawności, zaś odsetek osób posiadających takie orzeczenie wynosi 5,5%. Większy odsetek osób z orzeczoną niepełnosprawnością w młodszych grupach wieku to wynik nie tylko chęci uzyskania dodatkowych świadczeń, lecz również efekt wyższej świadomości działań, które należy podjąć, aby otrzymać stosowne orzeczenie. Tak więc wraz z wiekiem rośnie odsetek osób odczuwających niepełnosprawność, jednocześnie wzrasta odsetek osób odczuwających niepełnosprawność biologiczną, a maleje odsetek osób posiadających orzeczenie o niepełnosprawności wydane przez uprawniony do tego organ (wykres 7.2).

Wykres 7.2. Osoby niepełnosprawne w wieku 60 lat i więcej według rodzaju niepełnosprawności i grup wieku w Polsce w 2002 r. (jako % ogółu niepełnosprawnych w danym wieku)



Źródło: Osoby niepełnosprawne oraz ich gospodarstwa domowe, GUS, Warszawa 2003, s. 90-91.

Wśród osób powyżej 80 lat i więcej niepełnosprawność częściej deklarują kobiety. Kobiety bowiem – żyjąc dłużej niż mężczyźni – częściej uskarżają się na zdrowie. Kobiety nawet poniżej 75 lat częściej wymagają specjalnej opieki i pomocy w wykonywaniu codziennych czynności (Tobiasz-Adamczyk 2004). To właśnie kobiety są potencjalnymi klientami instytucjonalnych form pomocy częściej niż mężczyźni, ponieważ oprócz gorszego stanu zdrowia, częściej pozostają we wdowieństwie i nie mają opiekunów mogących udzielić wsparcia w przypadku utraty samodzielności (Raport Siemens 2012, Szukalski 2004, GUS 2012). Biorąc pod uwagę wzrost liczby gospodarstw jednoosobowych oraz rozpad gospodarstw wielo-

pokoleniowych, zmiany w strukturze rodziny, a przede wszystkim warunki mieszkaniowe utrudniające sprawowanie opieki nad osobą starszą, problem opieki nad samotnymi kobietami będzie w najbliższym ćwierćwieczu narastał. Dłuższe trwanie życia kobiet powoduje, że prawdopodobieństwo wystąpienia niepełnosprawności wśród nich jest wyższe niż w subpopulacji starszych mężczyzn. W młodszych grupach wieku starszego to mężczyźni częściej zarówno mieli orzeczoną niepełnosprawność, jak i ją odczuwali. Po 70. roku życia to kobiety częściej odczuwały niepełnosprawność. Należy jednak wziąć pod uwagę, że subpopulacja starszych kobiet jest znacznie większa niż mężczyzn, więc liczba kobiet niepełnosprawnych będzie większa niż mężczyzn. Wśród mężczyzn w wieku 80 lat i więcej 47% miało orzeczoną bądź odczuwało niepełnosprawność, wśród kobiet było to 50% (GUS 2003). Niepełnosprawność, prowadząc do utraty samodzielności, jest jedną z głównych przyczyn korzystania przez osoby starsze z pomocy środowiskowej i instytucjonalnej. Ponieważ subpopulacja starszych kobiet jest liczniejsza niż mężczyzn i dodatkowo deklaruje one gorszy stan zdrowia, można mówić o feminizacji subpopulacji klientów pomocy zarówno środowiskowej, jak i instytucjonalnej. Nadreprezentacja liczebna kobiet w subpopulacji osób starszych oraz postępująca wraz z wiekiem niesamodzielność powodują, że to właśnie kobiety są głównymi odbiorcami usług opiekuńczych oraz pomocy instytucjonalnej. Dane uzyskane w badaniu „Status rodzinny a sytuacja zdrowotna i bytowa osób sędziwych w środowisku wielkomiejskim” potwierdzają, że prawdopodobieństwo korzystania z pomocy oferowanej przez MOPS jest większe w przypadku kobiet (Szukalski 2005). W badaniu przeprowadzonym przez P. Szukalskiego badana była subiektywna ocena stanu zdrowia. Respondenci zostali poproszeni o ocenę swojej samodzielności przy wykonywaniu codziennych czynności takich jak: mycie, ubieranie, przemieszczanie się, itp. (ogólnie czynności wchodzących w zakres *activities of daily living* – ADL). Łodzianie korzystający z pomocy MOPS oceniali swój stan zdrowia najczęściej jako zły i bardzo zły. Podobnie, jak w przypadku ludności Polski i województwa łódzkiego, łodzianki częściej deklarowały zły stan zdrowia (25,5%) niż łodzianie (19,3%). Kobiety też rzadziej deklarowały bardzo dobrą ocenę stanu zdrowia. Należy jednak zaznaczyć, że w starszych grupach wieku większy odsetek mężczyzn niż kobiet deklaruje bardzo zły stan zdrowia.

Dalsze trwanie życia w zdrowiu pokazuje jak długo senior będzie sprawny i nie będzie wymagał wsparcia w życiu codziennym. Dalsze trwanie życia w zdrowiu wydłuża się, jednak

nadal w ostatnim okresie swojego życia seniorzy wymagają opieki (tabela 7.2). Najdłuższym dalszym trwaniem życia w zdrowiu w 2010 roku charakteryzowali się mieszkańcy krajów skandynawskich Danii i Szwecji oraz Malty i Irlandii. Polska natomiast jest podobna do Niemiec w zakresie dalszego trwania życia w zdrowiu.

Tabela 7.2. Dalsze trwanie życia w zdrowiu dla osoby w wieku 65 lat w latach 2007-2010 w wybranych krajach Europy

Kraj	Kobiety				Mężczyźni			
	2007	2008	2009	2010	2007	2008	2009	2010
EU-27	8,9	8,4	8,3	8,8	8,7	8,2	8,2	8,7
Belgia	10,3	10,2	10,1	9,7	10,1	10,3	10,5	10,3
Bułgaria	14,1	9,3	9,1	9,9	11,5	8,7	8,4	8,8
Czechy	8,3	8,2	8,4	8,8	8,0	7,4	8,0	8,5
Dania	14,3	12,3	12,0	12,8	13,1	12,0	11,2	11,8
Niemcy	7,5	6,6	6,5	7,1	7,7	6,2	6,4	6,9
Estonia	4,1	4,2	5,3	5,5	3,5	3,9	5,5	5,3
Irlandia	10,4	10,3	10,5	11,2	9,5	9,4	10,2	11,1
Grecja	9,4	8,1	6,6	8,1	9,8	8,9	7,2	8,8
Hiszpania	9,9	8,6	8,4	8,9	10,3	9,8	9,2	9,6
Francja	9,9	9,8	9,2	9,8	9,3	8,7	8,8	9,0
Włochy	7,2	6,8	7,2	9,9	7,9	7,3	8,0	10,1
Cypr	7,3	7,7	8,5	8,2	8,9	9,3	9,9	10,0
Łotwa	4,3	4,9	5,7	5,6	5,1	4,8	4,7	4,9
Litwa	5,4	6,3	6,7	6,7	5,2	5,7	5,9	6,3
Luksemburg	10,7	11,6	11,4	12,4	9,0	10,8	10,8	10,5
Węgry	5,8	6,3	5,6	5,9	5,3	5,5	5,7	5,4
Malta	11,0	11,4	11,2	11,9	10,3	10,4	11,0	12,0
Holandia	12,1	9,6	10,3	9,5	11,2	9,7	9,4	9,4
Austria	7,7	7,3	8,0	7,9	7,3	7,3	8,1	8,5
Polska	7,0	7,5	7,4	7,5	6,5	6,9	6,8	6,7
Portugalia	5,3	5,4	5,4	5,7	6,8	6,6	6,6	7,1
Rumunia	7,7	7,8	7,0	5,0	7,6	7,7	7,2	5,9
Słowenia	9,9	9,3	9,9	7,2	9,0	9,2	9,3	6,6
Słowacja	4,1	2,6	2,8	2,8	4,1	2,9	3,4	3,3
Finlandia	8,8	8,9	8,9	8,9	7,8	8,0	8,1	8,8
Szwecja	13,8	13,8	14,6	15,5	12,8	12,9	13,6	14,1
Wielka Brytania	11,5	11,8	11,4	11,8	10,3	10,7	10,9	10,8
Islandia	16,5	14,0	13,6	14,8	15,7	13,8	12,7	13,4
Norwegia	13,1	14,8	14,0	15,7	12,4	14,1	13,5	14,5

Źródło: Eurostat, Healthy life years at age 65, females, 2007-2010, Luksemburg 2012.

Informacje o stanie zdrowia ludzi starych uzyskać również można analizując badania przeprowadzone przez Główny Urząd Statystyczny nie tylko w roku 1996 i 2004, kiedy to przeprowadzono przytaczane już badania ankietowe dotyczące stanu zdrowia ludności na reprezentatywnej grupie Polaków (GUS 2009). W 2009 roku przeprowadzono – po raz pierwszy – Europejskie Ankiety Badanie Zdrowia. Badanie zostało zaprojektowane zgodnie z wytycznymi Eurostatu i umożliwiło pozyskanie aktualnych informacji na temat stanu zdrowia ludności oraz analizę zmian zachodzących w tym zakresie w Polsce. Badanie – dzięki standaryzacji narzędzia – umożliwia porównania międzynarodowe. Na bieżąco przeprowadzane są również badania ankietowe, w których pytania dotyczące samooceny stanu zdrowia stanowią jeden z modułów pytań zadawanych respondentowi⁵¹. Na tle wymienionych badań szczególnie interesujące – ze względu na wielość informacji – jest badanie „Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludności w Polsce” funkcjonujące pod skróconą nazwą PolSenior, w którym to zespół lekarzy, demografów, socjologów, polityków społecznych, ekonomistów, architektów przeprowadził ankietę oraz badanie medyczne 5695 osób w wieku 55-59 lat i 65 lat i więcej (Piechór 2012). Jest to najbardziej kompleksowe badanie seniorów przeprowadzone w ostatnich latach w Polsce. Ocena stanu zdrowia osoby starszej jest tylko punktem wyjścia do oszacowania odsetka osób niesamodzielnych. Stan zdrowia oraz niepełnosprawność są głównymi czynnikami wpływającymi na wystąpienie niesamodzielności. Nie każda osoba odczuwająca problemy zdrowotne oraz nie każda osoba niepełnosprawna jest osobą wymagającą pomocy w wykonywaniu czynności niezbędnych do samodzielnego funkcjonowania.

W badaniu PolSenior (tab. 7.3) jako wskaźnika stanu funkcjonowania badanej osoby użyto między innymi skali służącej do oceny stopnia samodzielności ADL oraz IADL. Skala ADL - *Activities of Daily Living* – służy do pomiaru samodzielności w zakresie wykonywania podstawowych czynności związanych z samoobsługą (tj. wykonywanie czynności higieny osobistej, ubieranie się, jedzenie, kontrolowanie potrzeb fizjologicznych, korzystanie z toalety, sprawność motoryczna) (Miller 2010). Badani zostali podzieleni na trzy grupy w zależności od liczby uzyskanych punktów w skali 0-6: sprawni to osoby, które uzyskały od 6 do 5 punktów, częściowo sprawni – wynik od 4 do 3 punktów i niesprawni – od 2 do 0 punktów (Wizner 2012). Druga zastosowana w badaniu skala – IADL (*Instrumental Activities of Daily*

⁵¹ Np. cykliczne badanie Diagnoza Społeczna

Living) służy do oceny stopnia wykonywania złożonych codziennych czynności. Na liście czynności złożonych używanych w skali IADL jest: używanie telefonu, korzystanie z komunikacji publicznej, robienie zakupów, przygotowywanie posiłków, wykonywanie czynności takich jak pranie, sprzątanie, przyjmowanie leków, rozporządzanie zasobami finansowymi. Podobnie jak w przypadku poprzedniej skali, respondenci zostali podzieleni na trzy grupy zależnie od uzyskanego wyniku. Osoby, które uzyskały najwyższą możliwą liczbę punktów – 24 – to osoby w pełni sprawne, uzyskanie 23-19 punktów wskazywało na częściową niesprawność, uzyskanie 18-8 punktów wskazywało na znaczną niesprawność.

Tabela 7.3. Wyniki oceny zdolności wykonywania podstawowych czynności życiowych według skali ADL w badaniu PolSenior

Grupa wieku	Uzyskany wyniki		
	6-5 pkt.	4-3 pkt	≤2 pkt
65-69	99,9	-	0,1
70-74	98,9	0,5	0,5
75-79	97,2	1,7	1,1
80-84	94,1	2,9	2,9
85-89	88,3	4,3	7,4
90+	79,1	8,1	12,8

Źródło: B. Wizner, A. Skalska, A. Klich-Rączka, K. Piotrowicz, T. Grodzicki, Stan zdrowia i sprawność osób starszych [w:] PolSenior. Aspekty medyczne, psychologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce, M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski (red.), Termedia, Poznań 2012, s. 82-83.

7.4. STATUS RODZINNY JAKO DETERMINANTA KORZYSTANIA Z OPIEKI

Występujące w całym świecie procesy starzenia się populacji skutkują większą liczbą osób starszych potrzebujących opieki przy równocześnie zmniejszających się możliwościach sprawowania opieki przez rodziny. Czynnikiem wpływającym na spadek potencjału opiekuńczego rodziny wobec osób starszych są przemiany demograficzne rodziny, modyfikujące jej wielkość i strukturę. Celem niniejszego podrozdziału jest przedstawienie zmian zachodzących w rodzinie w kontekście ich wpływu na miejsce i sytuację człowieka starego.

Kierunek przemian rodzin polskich w ostatnim stuleciu jest zgodny z ogólnym kierunkiem przemian zachodzących w Europie Zachodniej, chociaż zjawiska te w Polsce zachodzą ze znacznym opóźnieniem i zakres ich jest znacznie mniejszy (Tyszka 2002).

Rodzina tradycyjna była to zwykle rodzina prowadząca wspólne gospodarstwo, spełniająca rolę instytucji ekonomicznej i opiekuńczej. Adamski scharakteryzował ją w następujący sposób: „Cechą znaną takiej rodziny była jej opiekuńczość. Rodzina żyła i pracowała nie na rzecz swych członków, szczególnie dzieci, ale przeciwnie wszyscy członkowie rodziny żyli i pracowali na rzecz rodziny. Grupa rodzinna gwarantowała im środki utrzymania i uwalniała od ryzyka ekonomicznego w sytuacji choroby lub niepełnosprawności. Nie zachodziła przeto potrzeba tworzenia domów opiekuńczych dla dzieci, starców czy chorych członków rodziny. Wszyscy oni znajdowali pomoc wewnątrz rodziny...” (Adamski 2002). Te wszystkie cechy przyczyniały się do stabilności związku małżeńskiego i rodziny jako grupy i instytucji.

Modernizacja społeczeństwa zachodząca w epoce industrialnej prowadziła do zmiany funkcji rodziny. Rodzina przestała być trwałą, stabilną, wielodzietną i wielofunkcyjną instytucją społeczną, zmieniała się stopniowo w małą nuklearną, małodzietną, demokratyczną, niestabilną z ograniczonymi funkcjami. W społeczeństwie polskim do około połowy XX wieku dominował typ rodziny tradycyjnej. Po II wojnie światowej, w okresie socjalizmu, uprzemysłowienie, rozwój miast, umasowienie pracy kobiet, wzmożona ruchliwość przestrzenna, zmieniający się rytm życia rodzinnego, ewolucja obyczajów wpłynęły na wewnątrzrodzinne procesy, zmieniając wzorce rodziny i system wartości. Charakterystyczną cechą współczesnej polskiej rodziny jest ograniczenie jej rozmiarów, bowiem upowszechnił się typ rodziny z jednym lub dwójką dzieci (GUS 2013). Obniżenie płodności i umieralności mają także wpływ na wielkość rodziny rozszerzonej, czyli „sieci rodzinnej” obejmującej osoby spokrewnione lub powinowaczone (Balcerzak-Paradowska 2002). Wskutek zmniejszania się liczby żyjących krewnych stanowiących potencjalne źródło pomocy pogorszy się w przyszłości dostęp osób starszych do opieki rodzinnej (Szukalski 2000). W związku z wydłużaniem się przeciętnego dalszego trwania życia zwiększył się udział osób dorosłych mających żyjących rodziców i dziadków.

Pojawiają się rodziny trzy- i czteropokoleniowe, a nawet na krótko pięciopokoleniowe, zwiększyło się prawdopodobieństwo występowania rodzin, w których żyją pradiadkowie, dziadkowie i rodzice. Struktura rodziny przekształcała się z horyzontalnej w wertykalną, a więc wielopokoleniową. Taka przemiana przyczynia się do kształtowania nowych jakościowo relacji pomiędzy starszą a młodszą generacją. Rola człowieka starego w rodzinie nie ogranicza się do relacji rodzice – dzieci, bowiem dziadkowie mają możliwość obcowania

z wnukami, a także z prawnukami (Susułowska 1989). Charakter kontaktów pomiędzy generacjami uzależniony jest np. od sytuacji życiowej osób będących dziadkami, od wspólnego lub oddzielnego miejsca zamieszkania (Szukalski 2002). Potwierdza się dominująca w świecie zasada, że najchętniej utrzymywaną formą współżycia jest „intymność na dystans”, a więc mieszkanie w tym tej samej miejscowości, ale nie we wspólnym mieszkaniu (Rosenmayr 1978).

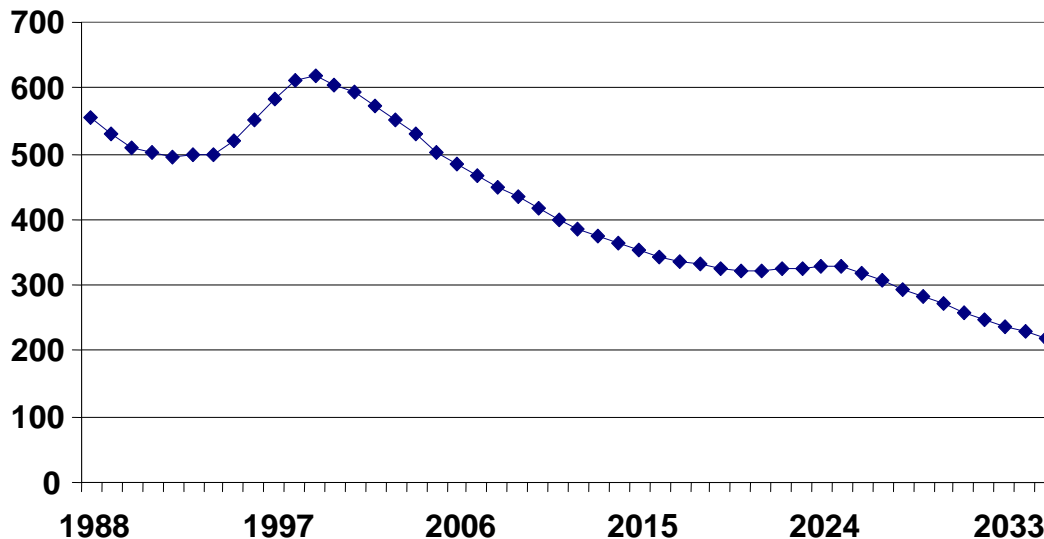
Rodzina, a szczególnie wnuki, stanowią ważne oparcie emocjonalne dla starszych osób. Jednak stosunki panujące pomiędzy starszą i młodszą generacją zależne są od społecznych tradycji, norm i oczekiwań odnoszących się do pozycji i ról rodzinnych. Rodziny często korzystają z pomocy babci lub dziadka przy opiece nad dziećmi. Problem pojawia się wówczas, gdy stary człowiek staje się niepełnosprawny i wymaga specjalnej opieki (Szatur-Jaworska 1999). W wyniku postępujących procesów nuklearyzacji i modernizacji rodzina w coraz mniejszym stopniu może wypełniać obowiązki wcześniej uznawane za należące do niej w naturalny sposób. Drugie przejście demograficzne obserwowane we współczesnych społeczeństwach, określanych jako postindustrialne, charakteryzuje się nie tylko dalszym spadkiem dzietności poniżej prostej zastępowalności pokoleń, ale i znacznymi zmianami w strukturze rodziny (Kotowska 2002). Małżeństwa stają się mniej trwałe, wzrasta liczba rozwodów, separacji i zwiększa się rola związków partnerskich (Szukalski 2007). Oprócz rodzin tworzonych przez parę małżeńską (z dziećmi lub bez) oraz rodzin niepełnych pojawiły się rodziny tworzone przez pary kohabituujące posiadające potomstwo lub nie, rodziny rekonstruowane, związki typu LAT⁵². Występowanie nieformalnych form rodziny powoduje trudności w określaniu wzajemnych praw i obowiązków jej członków (Szukalski 2002). Dodatkowym czynnikiem wpływającym na zmienność potencjału opiekuńczego rodziny nad seniorami są migracje ludności. Konsekwencją migracji osób młodszych jest nie tylko zmniejszenie udzielanej pomocy przez rodzinę, ale także wzrost osamotnienia ludzi starszych.

Z punktu widzenia pomocy instytucjonalnej wertykalizacja sieci rodzinnej jest jednym z najistotniejszych czynników wpływających na zwiększenie się liczby osób wymagających

⁵² LAT – niesformalizowany związek osób utrzymujących intymne relacje, ale niezamieszkujących wspólnie. Rodziny rekonstruowane – sformalizowany związek kobiety i mężczyzny, gdzie jeden z małżonków nie jest biologicznym rodzicem dziecka wychowywanego w związku. Kohabitacja – niesformalizowany związek osób zamieszkujących razem, które łączy relacja emocjonalna, intymna więź oraz ekonomiczna.

pomocy przy jednoczesnym zmniejszeniu się liczby potencjalnych opiekunów osób starszych. Oznacza to również, że potencjalna opiekunka osoby starszej (opiekę sprawują najczęściej kobiety w wieku 45–64 lat) będzie jednocześnie posiadała wnuki. Pojawia się w takiej sytuacji konflikt pomiędzy chęcią udzielenia wsparcia dzieciom (opieka nad wnukami) a opieką nad starymi rodzicami. Dodatkowo potencjalna opiekunka to również osoba na przedpolu starości, której stan zdrowia może być przeszkodą w wykonywaniu czynności pielęgnacyjnych (najczęściej wymagających dużego wysiłku fizycznego jak na przykład umycie osoby starszej). Współczynnik potencjału pielęgnacyjnego na przestrzeni najbliższego ćwierćwiecza XXI wieku będzie mały. Nieznaczne, okresowe wzrosty są wynikiem falowania demograficznego. Wartość tego współczynnika obniży się z około 600 na początku XXI wieku do niespełna 300 w 2035 roku w przeliczeniu na 100 osób (wykres 7.3, tabela 7.4). Spadek potencjału opiekuńczego rodziny będzie jedną z przyczyn kreujących popyt na miejsca w domach pomocy społecznej oraz innych formach pomocy instytucjonalnej. Wzrastać będzie również zapotrzebowanie na usługi w miejscu zamieszkania, czyli popyt na usługi pomocy środowiskowej.

Wykres 7.3. Współczynnik potencjału pielęgnacyjnego w Polsce w latach 1988–2035



Źródło: P. Szukalski, Relacje międzypokoleniowe z demograficznego punktu widzenia w starzejącym się społeczeństwie polskim, [w:] RRL, Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2007–2008, ZWS DUS, Warszawa 2008, s. 206–223.

Tabela 7.4. Współczynniki: potencjalnego wsparcia, wsparcia rodziców i potencjału opiekuńczego w Polsce w latach 2010–2035

Rok	Potencjalnego wsparcia	Wsparcia rodziców	Potencjału pielęgnacyjnego
2010	528,0	6,4	417,4
2011	515,0	6,8	400,9
2012	498,6	7,1	386,3
2013	480,4	7,5	375,2
2014	462,3	8,0	364,7
2015	443,7	8,5	354,4
2016	425,0	9,0	344,5
2017	407,0	9,4	337,2
2018	390,2	9,7	331,6
2019	374,6	10,1	326,9
2020	359,2	10,4	323,4
2021	345,5	10,8	322,9
2022	332,9	11,0	324,5
2023	321,9	11,2	326,2
2024	312,8	11,4	328,0
2025	305,8	11,4	330,2
2026	300,7	11,2	319,5
2027	296,6	10,9	307,4
2028	292,9	10,7	294,9
2029	289,9	10,5	283,2
2030	287,5	10,3	271,2
2031	285,5	10,8	259,0
2032	283,7	11,3	247,7
2033	281,7	11,9	237,6
2034	279,6	12,4	228,4
2035	276,6	13,1	219,2

Źródło: GUS, Prognoza demograficzna na lata 2008-2035, Warszawa 2008.

Transformacja modelu rodziny zachodząca obecnie w Polsce w ramach drugiego przejścia demograficznego powoduje zmniejszanie się prawdopodobieństwa uzyskania wsparcia rodzinnego przez osobę starszą (Holzer 1999). Po pierwsze coraz częściej występująca bezdzietność sprawia, że osoby starsze nie mają potencjalnych opiekunów. W sytuacji wystąpienia rozwodu opieka rodzicielska jest przyznawana najczęściej matce, szczególnie gdy potomstwo jest małe. Następstwem jest niewytworzenie się silnej więzi emocjonalnej łączącej ojca z dzieckiem, a to wpływa na zmniejszenie się prawdopodobieństwa, że dzieci

będą opiekowały się ojcem w przyszłości. Również osoby żyjące w związku kohabitacyjnym są bardziej narażone na samotność i brak opieki ze strony konkubenta w ostatniej fazie życia (Slany 2008). Nawet gdy w takim związku pojawiają się dzieci, prawdopodobieństwo, że będą pomagały swoim starszym rodzicom, jest mniejsze niż w sformalizowanym związku (wynika to z częstszego rozpadu kohabitacji). Tak więc trzy grupy są szczególnie narażone na brak opieki w okresie starości: osoby bezdzietne, rozwiedzione oraz pozostające w związkach nieformalnych. Można przypuszczać, że liczebność tych grup będzie się zwiększać, ponieważ zgodnie z teorią modernizacji, społeczeństwo polskie będzie przyjmować wzorce zachowań matrymonialnych krajów Europy Zachodniej (Slany 2008).

Wyniki badania „To idzie starość” przeprowadzonego na zlecenie ZUS przez Instytut Spraw Publicznych w 2008 roku potwierdzają, że społeczeństwo polskie jest nadal dość tradycyjne w zakresie sprawowania opieki nad osobami starszymi (Bojanowska 2008). Ponad 70% osób biorących udział w badaniu stwierdziło, że osoby starsze powinny zamieszkać w dps tylko wtedy, gdy nikt z rodziny nie może się o nie zatroszczyć. W badaniu tym brały udział osoby w wieku 45–65 lat, a więc potencjalni opiekunowie osób starszych. Ponad 58% respondentów deklaroowało, że opieka nad osobami starszymi należy do obowiązku dzieci. Badanie potwierdziło zależność deklarowanej chęci opieki nad osobami starszymi od miejsca zamieszkania oraz wykształcenia respondentów. Osoby z wyższym wykształceniem oraz z większych miast rzadziej wskazywały na dzieci i rodzinę jako na osoby mające obowiązek opieki nad osobami starszymi. Około 36% respondentów uważało, że domy pomocy społecznej są dobrym rozwiązaniem opieki nad osobami starszymi. W zakresie pomocy osobom starszym 17% respondentów deklaroowało poparcie dla wprowadzenia ubezpieczenia pielęgnacyjnego, a 16% dostrzegało konieczność wprowadzenia takich uregulowań prawnych w zakresie czasu pracy, które umożliwiłyby opiekującym się osobą starszą członkom rodziny korzystanie z urlopów wzorowanych na urlopiach wychowawczych. Rozbudowa systemu opieki domowej nad osobami starszymi to najlepsze rozwiązanie trudnej sytuacji osób starszych dla 15% respondentów, a 9% wskazywało w tym wypadku na rozbudowę systemu opiekuńczo-pielęgnacyjnego. Jednocześnie respondenci postrzegają rodzinę (szczególnie partnerów życiowych osób starszych i dzieci) jako osoby najbardziej kompetentne w zakresie opieki nad osobą starszą.

Należy wspomnieć, że 56% respondentów zgadzało się z koncepcją wynagradzania krewnych za opiekę sprawowaną nad osobą starszą wymagającą wsparcia. Natomiast 55% twierdziło, że powinna być zapewniona pomoc gminy w postaci usług pielęgnacyjnych, gdy opiekun osoby starszej musi wyjść do pracy lub chce wyjechać na urlop.

Badanie „To idzie starość” wskazuje, że społeczeństwo nadal uważa rodzinę za podstawową instytucję, która powinna opiekować się osobami starszymi, jednocześnie respondenci dostrzegają konieczność wspierania rodziny w wypełnianiu przez nią roli opiekuńczej względem swoich członków. Rodzina jest również postrzegana jako najbardziej kompetentna instytucja do opieki nad osobami starszymi ponieważ jej członkowie najlepiej znają potrzeby osoby starszej. Jeśli rodzina nie może wypełniać swojej funkcji, respondenci wskazują na sieć wsparcia koleżeńskiego oraz dom pomocy społecznej jako na istotne ogniwa w opiece nad osobami starszymi.

Gdy rodzina nie wypełnia swoich funkcji w stosunku do osoby starszej niezbędne jest korzystanie z pomocy społecznej. Jednak nawet gdy osoba starsza korzysta z pomocy środowiskowej lub instytucjonalnej rodzina nadal powinna być chociaż częściowo włączona w proces opieki (Moody 2006). Pomoc instytucjonalna powinna być ukierunkowana na pomaganie rodzinom w sprawowaniu opieki nad osobami starszymi. Taką formą pomocy są domy dziennego pobytu, gdzie osoba starsza może przebywać w czasie, gdy młodsze pokolenie pracuje, bądź uczy się. Taka forma pomocy „zmusza” członków rodziny do włączenia się do opieki nad seniorami. Instytucje pomocy w tym przypadku nie przejmują całkowicie roli rodziny, a jedynie ją wspierają. Rodzina nie jest instytucją dysfunkcyjną, lecz pełni obowiązki w stosunku do swoich starszych członków, przy wsparciu odpowiednio rozwiniętych w tym kierunku instytucji.

7.5. POZARODZINNE NIEINSTYTUCJONALNE SIECI WSPARCIA

Człowiek starszy funkcjonuje w określonym środowisku, jest ogniwem grupy sąsiedzkiej lub koleżeńskiej, częścią mikrostruktury społecznej. Pomędzy częściami tej mikrostruktury zachodzą interakcje wynikające z powiązań zarówno między jednostkami, jak i grupami. Rozpatrując cykl życia jednostki, należy podkreślić, że w kolejnych fazach życia jednostka staje się częścią różnych grup społecznych. Po przejściu na emeryturę najczęściej zanikają

relacje, które pojawiły się w miejscu pracy. Pojawiają się nowe, powstające w wyniku uczestnictwa w innych grupach społecznych (np. uniwersytet trzeciego wieku, wolontariat w organizacjach pozarządowych), należy jednak zaznaczyć, że osoby starsze są najczęściej wyłączone z uczestnictwa w głównym nurcie życia społecznego i mają mniej możliwości do nawiązywania nowych kontaktów i znajomości. W ramach mikrostruktur społecznych możliwe jest uzyskanie wsparcia oraz pomocy. Dodatkowo brak rodziny lub niemożność zaspokojenia potrzeb osób starszych w jej ramach sprawia, że jednostka musi poszukiwać innych źródeł i form pomocy. Osoby starsze najczęściej chcą pozostawać w swoim dotychczasowym miejscu zamieszkania i niechętnie zmieniają swoje środowisko, ale często możliwość egzystencji w dotychczasowym miejscu jest możliwa tylko dzięki wsparciu grupy sąsiedzkiej czy koleżeńskiej. Dlatego też dom pomocy społecznej jest postrzegany przez osoby starsze jako ostatnie ogniwo łańcucha pomocy, którą można uzyskać. W przypadku niezaspokojenia potrzeb przez rodzinę w pierwszej kolejności pomocy udzielają sąsiedzi i znajomi osoby starszej. Sieć wsparcia sąsiedzkiego pozwala na funkcjonowanie w dotychczasowym miejscu zamieszkania osoby starszej. Często też jest komplementarna wobec usług pomocy środowiskowej, oferowanej przez lokalne ośrodki pomocy społecznej. Opiekunki środowiskowe przychodzą tylko na kilka godzin dziennie i najczęściej nie we wszystkie dni tygodnia. Sąsiedzi są dla osób korzystających z usług opiekuńczych źródłem pomocy w czasie, gdy nie przychodzi opiekunka; doglądają osoby starszej, sprawdzają, czy nie wymaga pomocy, i to oni najczęściej zawiadamiają pogotowie, gdy występuje nagłe pogorszenie jej stanu zdrowia. Pomoc sąsiedzka i koleżeńska składa się na nieformalną sieć wsparcia (system wsparcia), która jest potencjalnym źródłem pomocy w przypadku trudnych sytuacji życiowych (Grotowska-Leder 2008). Sieci wsparcia sąsiedzkiego i rodzinnego zapewniają osobie starszej poczucie bezpieczeństwa oraz czynią jej sytuację życiową bardziej stabilną.

Sieci wsparcia można rozpatrywać w dwóch ujęciach: strukturalnym i funkcjonalnym. W pierwszym ujęciu sieć jest obiektywnie istniejącą strukturą, będącą źródłem potencjalnego wsparcia. Z tej perspektywy najważniejsza jest rola, jaką jednostka pełni w strukturze. Z punktu widzenia pomocy osobie starszej najistotniejszą kwestią jest dostępność sieci wsparcia, czyli liczba członków sieci mogących potencjalnie udzielić pomocy oraz

przestrzenna odległość między udzielającymi wsparcia i jej odbiorcami. Dlatego sieć wsparcia osób starszych to najczęściej grupa sąsiedzka.

W ujęciu funkcjonalnym wsparcie jest definiowane jako „rodzaj interakcji społecznej, która zostaje podjęta przez jednego lub obu uczestników w sytuacji problemowej, trudnej, stresowej lub krytycznej” (Sęk 2004). W definicji tej podkreśla się konieczność istnienia trwałych kontaktów społecznych. Wsparcie w przypadku osób starszych ogranicza się do osób, z którymi dana jednostka najczęściej się spotyka. Ponieważ osoby starsze wymagające pomocy mają najczęściej problemy z poruszaniem się, krąg osób, z którymi się stykają, zawęża się do najbliższych sąsiadów.

W przypadku wystąpienia sytuacji kryzysowej w życiu jednostki to, czy pomoc zostanie udzielona przez sieć, jest uzależnione od wcześniejszej partycypacji jednostki w danej grupie społecznej. W starszym wieku liczba kontaktów społecznych systematycznie ulega zmniejszeniu więc i pula osób mogących udzielić potencjalnego wsparcia się zawęża (Grotowska-Leder 2006). Tak więc przyszła pomoc zależy od rodzaju i jakości kontaktów społecznych wypracowanych przez osobę starszą we wcześniejszych fazach życia. Jednocześnie należy podkreślić, że sieć wsparcia sąsiedzkiego należy do jednych z najtrwalszych. W Polsce mobilność przestrzenna społeczeństwa jest stosunkowo niska, a w starszych grupach wieku praktycznie zanika. Dlatego też kontakty sąsiedzkie są dość trwałe.

Praktycznie każdy członek społeczeństwa jest elementem jakiejś grupy społecznej. Różnice jednostkowe będą dotyczyły przynależności do różnej liczby tych grup oraz trwałości więzi wytwarzających się w ich ramach. Seniorzy prowadząc mniej aktywne życie społeczne niż osoby z młodszych grup wieku posiadają odpowiednio mniejszą liczbę kontaktów, jednak więzi wytworzone w ramach interakcji z innymi członkami społeczności są głębsze i trwalsze (Carstensen 1992). Osoba starsza może być bardziej skłonna do pozostania w swoim dotychczasowym miejscu zamieszkania, jeśli wie, że może w razie trudnej sytuacji życiowej (śmierci partnera, problemów zdrowotnych) otrzymać pomoc od swoich sąsiadów czy przyjaciół. Zgodnie z zasadą lokalności, sąsiedzi znają lepiej potrzeby osoby starszej niż pracownicy socjalni czy opiekunki środowiskowe. Dodatkowo opiekunka, jako osoba pomagająca tylko w określonym wymiarze godzin, nie będzie pierwszym źródłem pomocy w nagłej sytuacji. Dlatego też, jeśli to możliwe, sieć sąsiedzka powinna być – o ile istnieje i dobrze funkcjonuje – częścią programu pomocy osobie starszej. W przypadku osób

starszych należy wziąć pod uwagę, jak już wspomniano, podział wsparcia na: postrzegane oraz otrzymywane (Sęk 2004).

Sieci wsparcia sąsiedzkiego lub koleżeńskiego są istotnym czynnikiem ułatwiającym pozostawanie w dotychczasowym miejscu zamieszkania osobie starszej, gdy jest ona samotna i nie posiada bliskich krewnych współzamieszkujących z nią. Osoby samotne, funkcjonujące poza siecią rodzinną, aby egzystować w swoim całozyciowym środowisku, muszą otrzymywać wsparcie ze strony sąsiadów lub znajomych. Świadomość, że można liczyć na czyjąś pomoc może być ważnym elementem poczucia bezpieczeństwa osoby starszej i pozytywnie wpływać na psychikę danej jednostki.

Tabela 7.5. Kontakty z przyjaciółmi i znajomymi według grup wieku (w %) w 2011 r.

Z przyjaciółmi						
Wiek	0	1-2	3-4	5-6	7-8	9+
do 24 lat	4	14	20	20	8	35
25-34	5	21	22	19	6	26
35-44	8	22	23	19	6	21
45-59	9	27	23	18	6	18
60-64	10	28	22	18	5	17
65 i więcej	15	33	21	14	4	13
Ze znajomymi						
Wiek	0	1-2	3-4	5-6	7-8	9+
do 24 lat	7	9	12	13	5	55
25-34	9	17	17	16	5	35
35-44	12	19	17	17	6	30
45-59	15	22	19	15	5	24
60-64	16	23	19	17	5	21
65 i więcej	20	30	19	14	4	14

Źródło: Obliczenia własne na podstawie: Diagnoza Społeczna 2011. Warunki i jakość życia Polaków, J. Czapiński, T. Panek (red.), Rada Monitoringu Społecznego, Warszawa 2012, bazy danych, indywidualni respondenci baza dostępna na stronie: <http://www.diagnoza.com/> w dniu 10.12.2012 r.

W badaniu „Diagnoza Społeczna 2011” zapytano respondentów, z iloma osobami kontaktowali się w celach towarzyskich i osobistych przynajmniej raz w roku (tabela 7.5). Osoby w starszym wieku miały kontakt z mniejszą liczbą osób. Ponad 69% respondentów w wieku 65 lat i więcej miało kontakt z nie więcej niż czterema osobami, będącymi ich przyjaciółmi i taki sam odsetek ze znajomymi. Osoby te to potencjalni członkowie sieci

wsparcia osoby starszej. Osoby mające kontakt z nie więcej niż czterema osobami to najczęściej mieszkańcy miast o wielkości od 20 do 200 tys. mieszkańców, częściej kobiety niż mężczyźni oraz osoby z wykształceniem podstawowym lub niższym, gimnazjalnym oraz zasadniczym. Najczęściej osoby, z którymi kontaktowali się respondenci, mieszkały w tej samej miejscowości lub w odległości do 10 km od nich.

Dane z Diagnozy Społecznej w 2011 r. dotyczące uczestnictwa osób w wieku 65 lat i więcej w stowarzyszeniach, organizacjach, partiach, grupach religijnych, radach, komitetach, związkach pokazują, że tylko 15% było zaangażowanych w taką działalność (wzrost o 4 p.p. w porównaniu z 2005 r.). Organizacje takie to źródło kontaktów społecznych i możliwość nawiązania znajomości, które w przyszłości mogą być częścią sieci wsparcia. Również sama organizacja może udzielać wsparcia jej członkom. Nie ma istotnych różnic pomiędzy deklarowanym przez kobiety i mężczyzn udziałem w różnorodnych organizacjach.

7.6. CZYNNIKI EKONOMICZNE

Czynniki ekonomiczne bezpośrednio determinują możliwości zakupu przez osobę starszą usług opiekuńczych oferowanych przez sektor komercyjny. W momencie utraty sprawności i niemożności uzyskania dostatecznego wsparcia ze strony rodziny, sąsiadów czy znajomych sektor komercyjny oferuje zarówno usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania seniora, jak też pomoc instytucjonalną. Możliwość zakupu niezbędnych usług w potrzebnym wymiarze godzin jest uzależniona od dochodów, którymi rozporządza osoba starsza. Czynniki ekonomiczne determinują nie tylko typ sektora udzielającego wsparcia, lecz również wpływają na sytuację zdrowotną. Niskie dochody nie pozwalają na zakup potrzebnych leków oraz zabiegów rehabilitacyjnych, które mogłyby przywrócić, całkowicie lub częściowo, sprawność osobie starszej. Warunki materialne, czyli posiadane zasoby pieniężne oraz majątek powodują, że konkretne potrzeby osób starszych mogą być zaspokojone lub nie. Posiadane mieszkanie może wpłynąć na możliwość egzystencji we własnym środowisku. Osoby starsze zamieszkują głównie w starych zasobach mieszkaniowych, często nieposiadających wind oraz nieprzystosowanych do ich potrzeb (np. brak udogodnień w łazienkach, za wąskie drzwi uniemożliwiające poruszanie się osobie na wózku inwalidzkim). Gdy osoba starsza zostaje skierowana do dps i jej dochody nie pozwalają na

pokrycie kosztów zamieszkania, niezbędna staje się pomoc finansowa rodziny, a gdy ta jest niewystarczająca (lub gdy mieszkaniec nie posiada rodziny), pozostałą część kosztów pokrywa gmina. Tak więc niskie dochody sprawiają, że konieczna jest partycypacja finansowa gminy, gdy osoba starsza wymaga umieszczenia w dps.

Aby przedstawić sytuację ekonomiczną osób starszych, wykorzystane zostaną dane zgromadzone przez ZUS, KRUS oraz GUS. Dane zgromadzone przez dwie pierwsze instytucje pozwalają spojrzeć na sytuację ekonomiczną osób starszych od strony dochodów przez nie otrzymywanych. Dane uzyskane przez GUS w trakcie Badania Budżetów Gospodarstw Domowych pokazują wydatki osób starszych.

W 2011 roku przeciętnie 4 973 tys. osób pobierało świadczenia emerytalne z ZUS (2012) natomiast 1 326 tys. osób pobierało emeryturę z KRUS (2012). Jednak nie wszystkie osoby pobierające świadczenia emerytalne przekroczyły 60. rok życia (czyli zgodnie z przedstawioną we wcześniejszym rozdziale typologią były osobami starszymi). Należy zaznaczyć, że wiek przechodzenia na emeryturę w Polsce jest jednym z najniższych w Europie. Równocześnie wskaźnik zatrudnienia osób w wieku 55–64 wynosił 36,9% w 2011 roku (GUS 2012b). Tak więc kobiety przechodzące na emeryturę często nie przekroczyły w momencie wypłaty pierwszego świadczenia umownej granicy starości – 60 lat. W 2011 roku kobiety wychodzące z systemu emerytalnego na skutek zgonu pobierały świadczenie średnio 17,4 lat, natomiast mężczyźni 15,4 lat (ZUS 2012b). Krótszy staż pracy związany z wcześniejszym przechodzeniem na emeryturę, skutkuje niższym świadczeniem, jest to szczególnie widoczne w przypadku kobiet. Ponieważ kobiety pozostają we wdowieństwie dłużej niż mężczyźni i dodatkowo ich świadczenia emerytalne są niższe, wpływa to negatywnie na możliwość zakupu usług opiekuńczych w ramach sektora prywatnego. W momencie korzystania przez nie ze wsparcia publicznego pomoc instytucjonalna i środowiskowa musi być w większym stopniu subsydiowana przez państwo. Mężczyźni charakteryzują się dłuższym okresem pracy i w konsekwencji wyższą średnią emeryturą (wpływ mają również wyższe zarobki mężczyzn przez okres aktywności zawodowej). Średni staż pracy mężczyzn pobierających emeryturę z ZUS to 37,4 lat, natomiast kobiet 33,0 lat (ZUS 2012). Wśród mężczyzn dominujący staż pracy jest o ponad 4 lat wyższy niż u kobiet (jest to wynik głównie uregulowań prawnych). Średni wiek mężczyzn pobierających emeryturę jest wyższy niż kobiet i wynosi 70,6 lat. Średni wiek kobiet pobierających emeryturę to 68,1 lat. Tak więc, ponieważ kobiety

przechodzą wcześniej na emeryturę i żyją średnio o 9 lat dłużej niż mężczyźni, to emerytura jest głównym źródłem utrzymania przez dłuższy okres ich życia (ZUS 2012).

Chociaż przeciętna miesięczna emerytura wzrastała w latach 2002–2011, to jednak relacja przeciętnej emerytury do przeciętnego wynagrodzenia pogarsza się z niewielką tendencją wzrostową w latach 2010-2011 (tabela 7.6). Wynika to przede wszystkim z szybko rosnących w ostatnich latach wynagrodzeń. Należy podkreślić, że obecna relacja przeciętnej emerytury do przeciętnego wynagrodzenia jest wysoka, symulacje wykonywane dla świadczeń wypłacanych z nowego systemu emerytalnego wskazują, że relacja ta będzie na poziomie około 40%. Taka sytuacja może spowodować konieczność znacznego ograniczenia konsumpcji oraz zmiany stylu życia po przejściu na emeryturę. Może się również przyczynić do chęci dłuższego pozostawania na rynku pracy osób starszych, które będą chciały podwyższyć swoje przyszłe świadczenia emerytalne.

Tabela 7.6. Przeciętna miesięczna wysokość emerytury wypłacanej przez ZUS (w zł) oraz w relacji do przeciętnego wynagrodzenia (w %) w latach 2002–2011

Rok	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Świadczenie emerytalne (w zł)	1128,87	1188,34	1237,38	1256,53	1310,75	1346,42	1471,30	1596,46	1698,35	1783,06
W relacji do przeciętnego wynagrodzenia (w %)	63,7	65,0	65,0	63,6	63,6	59,0	59,2	57,1	58,8	59,9

Źródło: Ważniejsze informacje z zakresu ubezpieczeń społecznych 2010 r. i 2011 r., ZUS, Departament Statystyki, dane dostępne na stronie: <http://www.zus.pl/files/Wa%C5%BCniejsze%202010.pdf>, w dn. 8.12.2012 r., oraz <http://www.zus.pl/files/Wa%C5%BCniejsze%20informacje%20z%20zakresu%20ubezpiecze%C5%84%20spo%C5%82ecznych%202011%20r.pdf> w dn. 8.12.2012.

Przedstawione powyżej dane pokazują osiągnięte przez emerytów dochody ze świadczeń. Analiza Badania Budżetów Gospodarstw domowych pozwala na przyjrzenie się strukturze wydatków gospodarstw emeryckich. Należy podkreślić, że gospodarstwa emerytów osiągają relatywnie wyższe dochody per capita niż na przykład gospodarstwa rodzin wielodzietnych, ale wysokość kosztów stałych pozostaje niezmienna. Na przykład wysokość czynszu nie ulega istotnej zmianie, gdy w gospodarstwie domowym jest pięć osób, a nie jedna. Wśród gospodarstw emerytów dominują gospodarstwa jednoosobowe. Oznacza to, że wszystkie koszty stałe muszą być pokryte z dochodów jednej osoby. Dlatego też, chociaż osoby starsze

są grupą społeczną w mniejszym stopniu niż inne zagrożoną ubóstwem, to jednak część potrzeb konsumpcyjnych (szczególnie w obszarze zdrowia) nie może być zaspokojona. Wśród osób w wieku 65 lat i więcej gospodarstwa jednoosobowe stanowiły 47%. Gospodarstwa emerytów i rencistów charakteryzują się największym, obok gospodarstw rolników, udziałem wydatków na żywność oraz wyższymi wydatkami na zdrowie, czyli zabiegi rehabilitacyjne, zakup leków, usługi medyczne (tabela 7.7). Wzrost udziału wydatków na leki jest związany z pogarszającym się stanem zdrowia wynikającym z postępującego procesu starzenia.

Tabela 7.7. Przeciętne miesięczne wydatki na towary i usługi konsumpcyjne na 1 osobę w 2011 roku (w %)

	Żywność i napoje bezalkoholowe	Zdrowie
Pracownicy	23,7	4,0
Rolnicy	33,0	3,7
Pracujący na własny rachunek	21,2	4,1
Emeryci	27,4	8,1
Renciści	30,5	7,6

Źródło: Budżety gospodarstw domowych w 2011 r., GUS, dane dostępne na stronie http://www.stat.gov.pl/gus/5840_1160_PLK_HTML.htm w dn. 26.11.2012 r., Warszawa 2012.

Danych dotyczących subiektywnej oceny poziomu życia osób starszych dostarcza Diagnoza Społeczna. Zgodnie z danymi uzyskanymi w czasie badania w 2011 r., osoby starsze częściej niż osoby młode są niezadowolone z finansowej sytuacji swojej rodziny. Jednak odsetek osób bardzo niezadowolonych ze swojej sytuacji finansowej jest wyższy w grupie wieku 60–64 (9%) niż w grupie 65 lat i więcej (7,7), najwięcej niezadowolonych osób z sytuacji finansowej rodziny jest w grupie 60-64 lata – 18,2% (tabela 7.8). Badanie pokazało również, że niezadowolone z sytuacji finansowej swojej rodziny są osoby na przedpolu starości (czyli osoby w wieku 45-59 lat).

Należy podkreślić, że chociaż osoby starsze dysponują praktycznie tylko jednym źródłem dochodu i charakteryzują się zwiększoną konsumpcją w zakresie usług zdrowotnych, to jednak nie są w grupie społecznej potencjalnie najbardziej narażonej na ubóstwo. Również same osoby starsze poproszone o ocenę swojej sytuacji materialnej nie oceniają jej w najniższych kategoriach. Jednak wielkość dochodów osób starszych zazwyczaj nie pozwala na wykupienie dodatkowych usług pielęgnacyjnych, gdy zachodzi taka potrzeba. W przypadku

opłat za pobyt w domu pomocy społecznej odsetek opłacających tę usługę samodzielnie jest niższy niż 1% w skali kraju.

Tabela 7.8. Stopień zadowolenia z sytuacji finansowej rodziny respondenta w 2011 r. (w %)

Wiek	Bardzo zadowolony	Zadowolony	Dosyć zadowolony	Dosyć niezadowolony	Niezadowolony	Bardzo niezadowolony
do 24 lat	7,3	28,3	31,9	15,2	11,4	5,9
25–34	5,0	26,8	37,4	13,9	11,2	5,7
35–44	4,1	24,4	36,1	13,8	13,3	8,4
45–59	3,8	23,2	31,6	14,8	16,6	10,0
60–64	3,3	24,1	31,1	14,4	18,2	9,0
65 i więcej	4,3	26,2	29,8	15,6	16,2	7,7

Źródło: Obliczenia własne na podstawie: Diagnoza Społeczna 2011. Warunki i jakość życia Polaków, red. J. Czapiński, T. Panek, Rada Monitoringu Społecznego, Warszawa 2012, bazy danych, indywidualni respondenci baza dostępna na stronie: <http://www.diagnoza.com/> w dniu 10.12.2012 r.

7.7. PODSUMOWANIE

Mikrocynniki wpływające na samodzielność lub konieczność korzystania przez seniora z pomocy środowiskowej lub instytucjonalnej są jednocześnie czynnikami stratyfikującymi populację osób starszych oraz czynnikami wpływającymi na jakość życia seniorów. Sytuacja ekonomiczna determinuje możliwość wyboru sektora udzielającego wsparcia. Czynniki takie jak stan zdrowia, samodzielność, sytuacja ekonomiczna, wiek, zasoby kulturowe to determinanty konieczności korzystania ze wsparcia osób trzecich przy wykonywaniu codziennych czynności. Sieci wsparcia są natomiast filtrem pomiędzy seniorem niemogącym samodzielnie zaspokoić swoich potrzeb a pomocą społeczną, która udziela wsparcia bądź to w postaci usług opiekuńczych lub pomocy instytucjonalnej. Sąsiedzi, przyjaciele i znajomi stanowią istotne ogniwo łańcucha wsparcia niesamodzielnego seniora często zastępując rodzinę, a nie tylko uzupełniając ją w świadczeniu wsparcia. Należy wspomnieć, że nie tylko protezy cywilizacyjne przyczyniły się do większej samodzielności w starości, lecz także rozwój technologii informacyjnych. Coraz częściej w opiece nad seniorem wykorzystywany jest

lokalizator GPS pozwalający określić miejsce pobytu np. osoby z zaburzeniami funkcji poznawczych. W Szwecji coraz częściej w opiece nad osobami starszymi wykorzystywane są roboty, które potrafią otworzyć drzwi, włożyć do lodówki produkty spożywcze, nakarmić osobę niesamodzielną. Nowoczesne technologie, chociaż ułatwiają sprawowanie opieki oraz umożliwiają większą niezależność od opiekunów to jednak ich wdrażanie w system opieki nad osobą starszą budzi kontrowersje etyczne np. umieszczenie kamery w pomieszczeniu, w którym przebywa osoba niesamodzielną powinno odbywać się za zgodą sądu, w sytuacji, gdy senior ze względu na stan zdrowia nie może podjąć w pełni świadomej decyzji, czy zgadza się na taki rodzaj opieki.

8. UCZESTNICTWO LUDZI STARYCH W ŻYCIU ŚRODOWISKA LOKALNEGO⁵³

Gminy wykorzystujące potencjał osób starszych i im przyjazne to, w polskich warunkach, wciąż głównie hasło związane z dziedziną Public Relations i ewentualnie specjalne wycinkowe działania skierowane na osoby starsze, które czynią seniorów raczej przedmiotem oddziaływania instytucji, a nie jednym ze współdecydujących podmiotów (Kubicki 2011, Raclaw 2011). Z całą pewnością nie można stwierdzić istnienia podejścia całościowego, czyli takiego sposobu kreowania polityki samorządowej i wszystkich jej obszarów, by uwzględniły specyficzne potrzeby osób starszych w możliwie największym stopniu. Prawdopodobnie jednak kilku-kilkunastu najbliższych lat ulegnie to zmianie.

Pierwszą i najważniejszą przyczyną tych przekształceń będą zmiany demograficzne. Relatywnie młoda demograficznie Warszawa, do której przyjeżdżają za pracą młodzi ludzie z całej Polski, pomiędzy rokiem 2012 a 2020 zwiększy liczbę osób w wieku 65+ ze 304 tys. do 370 tys. Jednak najstarsza dzielnica stolicy, jaką jest Śródmieście, już w 2010 r. miała dwa razy więcej seniorów, niż dzieci (12,3 tys. osób w wieku 0-14 lat i niecałe 30 tys. w wieku 65+). Innym przykładem szybko starzejącego się miasta jest Łódź, która przy malejącej liczbie mieszkańców zwiększy liczbę sześćdziesięciopięciolatek ze 132 tys. do 161 tys. Będą oni stanowili jedną czwartą populacji miasta, a na dwóch seniorów będzie przypadać jedno dziecko do 15 roku życia. Proces ten tylko się pogłębi w perspektywie długookresowej, czyli lat 2030-2035 (GUS 2009)⁵⁴. Identyczny trend jest charakterystyczny dla całej Unii Europejskiej i znacznej części krajów na świecie (Asian 2011; OECD 2010a; OECD 2010b; Taylor 2011, The 2012 Ageing Report 2011).

⁵³ Tekst powstał w oparciu o wyniki badań własnych realizowanych w ramach Szkoły Głównej Handlowej: Gmina przyjazna seniorom – 2012; (Nie)aktywna starość - 2011

⁵⁴ Patrz też: *Prognoza dla powiatów i miast na prawie powiatu oraz podregionów na lata 2011 – 2035* dostępna na stronach Głównego Urzędu Statystycznego (http://www.stat.gov.pl/gus/5840_11752_PLK_HTML.htm)

Poza zmianami o charakterze ilościowym, drugą istotną przyczyną będą zmiany jakościowe, związane przede ze zmianami życia rodzinnego i tzw. drugim przejściem demograficznym (van de Kaa 1987) charakteryzującym się spadkiem liczby urodzeń i małżeństw, przesuwaniem średniego wieku rodzenia i tworzenia związków – w kierunku starszych roczników wieku, wzrostem liczby rozwodów i związków nieformalnych. Obecnie wiele osób starszych kultywuje tradycyjny model rodziny, w którym większość działań nakierowanych jest na najbliższych członków rodziny (Zalewska 2010) . Jednak coraz większa część, czy to z wyboru, czy z konieczności spowodowanej brakiem najbliższej rodziny wybiera postawę bardziej indywidualistyczną i egocentryczną. Co oznacza, że coraz częściej i chętniej spędza czas poza domem, ale też w razie potrzeby oczekuje wsparcia i pomocy od instytucji publicznych. Łącznie oznacza to wzrost liczby osób starszych, które będą chciały aktywnie uczestniczyć w życiu społeczności lokalnej i sobie tę umowną przyjazność prędzej czy później wywalczą. Także za pomocą głosowania na tych, którzy takie dostosowanie do potrzeb seniorów obiecują.

Celem niniejszego rozdziału jest dyskusja i próba odpowiedzi na pytania, jak wykorzystać potencjał osób starszych? Jak zwiększyć ich poziom uczestnictwa w życiu społeczności lokalnych? Jak sprawić, by gmina była bardziej przyjazna osobom starszym, ale też bardziej przygotowana na proces starzenia się społeczności lokalnej? Co myślą same osoby starsze na ten temat? Wreszcie co zrobiono do tej pory w Polsce w tej kwestii? Tekst rozpoczyna się od przedstawienia kontekstu teoretycznego związanego z paradygmatem aktywnego starzenia się i ideą gmin przyjaznych ludziom w każdym wieku (ang. *age-friendly cities*), czyli prawdopodobnie najbardziej rozpowszechnionego w dyskursie podejścia do kwestii starzenia się i uczestnictwa osób starszych w życiu codziennym społeczności lokalnej.

8.1. AKTYWNE STARZENIE SIĘ – DYSKUSJA NAD NOWYM PARADYGMATEM

Współcześnie, ze względu na coraz większe zaangażowanie w problematykę starzenia się populacji wielu organizacji międzynarodowych (WHO 2002; 2007), jak i ogłoszenie roku 2012 rokiem aktywności osób starszych/aktywnego starzenia się na znaczeniu zyskuje rozumienie tego terminu w kontekście prowadzenia aktywnej polityki społecznej wobec starzenia się populacji. Wskazuje się zatem na trzy istotne obszary, jednym z nich jest

aktywność zawodowa, drugim społeczna, a trzecim szeroko rozumiana jakość życia w powiązaniu z dobrym zdrowiem. W definicji WHO (2002) zwraca się uwagę na zdrowie, szeroko rozumianą partycypację oraz bezpieczeństwo/zabezpieczenie (*security*), w tym opiekę i godne traktowanie w ramach podnoszenia jakości życia osób starszych.

Warto jednak zaznaczyć, że termin „aktywne starzenie się” zastąpił nieco wcześniejsze określenie „pomyślnej starości” pierwotnie użyte jeszcze na przełomie lat 70-tych i 80-tych (Palmore 1979). Najczęściej jednak w literaturze spotkać można odwołania do modelu zaproponowanego pod koniec lat 80-tych (Rowe i Kahn 1987, 1998), zgodnie z którym pojęcie pomyślnej starości wiąże się z niskim poziomem niepełnosprawności, wysokim poziomem funkcjonowania fizycznego i umysłowego oraz aktywnością społeczno-zawodową. W opozycji do zwykłego starzenia się (*usual aging*) i związanych z wiekiem problemów zdrowotnych i różnego rodzaju ograniczeń. Koncepcja ta była w znacznie większym stopniu niż obecnie skoncentrowana na jednostce i przygotowaniu do starości, a dopiero z czasem punkt ciężkości przesunął się z osób starszych i starzenia na starzejące się społeczeństwo. Do czasów współczesnych powstało kilkadziesiąt różnych definicji pomyślnego starzenia, jak i wiele opracowań próbujących podsumować dotychczasową wiedzę na ten temat (Bowling, Dieppe 2005; Depp, Jeste 2006, Perek-Białas 2005). Istnieje również wiele publikacji krytykujących całą koncepcję, jak i wskazujących na potencjalne niebezpieczeństwa związane z promowaniem idei aktywnego starzenia się. Przede wszystkim ze względu na powiązanie pomyślnego starzenia ze sprawnością fizyczną i dobrym stanem zdrowia, wykluczające osoby z ograniczoną samodzielnością, ale koncepcję krytykowano też ze względu na swego rodzaju przemoc symboliczną i narzucanie pewnego stylu życia (Ranzijn 2010, Weir i inni 2010).

Wiele badań wskazywało też, że subiektywne postrzeganie pomyślnego starzenia się przez osoby starsze miało często niewiele wspólnego z modelem zaproponowanym przez naukowców i częściej było uzależnione od pewnej indywidualnej wizji starości, a nie czynników obiektywnych (Blazer 2006; Montross i inni 2006; Stenner i inni 2011). W Polsce takim przykładem jest definiowanie swojej starości w ramach powiązań i relacji rodzinnych. W praktyce oznacza to, że osoby, które nie spełniają żadnych z modelowych kryteriów wciąż mogą czuć się spełnione i zadowolone z życia o ile mogą realizować się w ramach rodziny i mają dobre relacje z dziećmi i wnukami (Kubicki i Olcoń-Kubicka 2010, Zalewska 2009,

2010). Związane jest to przede wszystkim z postrzeganiem starości u respondentów przez pryzmat rodziny i obowiązków rodzinnych oraz pomocy dzieciom i wnukom.

Można więc zauważyć przynajmniej trzy wymiary postrzegania aktywnej starości:

- (1) z punktu widzenia samych osób starszych i ich jednostkowych, subiektywnych odczuć;
- (2) z perspektywy obiektywnych i mierzalnych czynników wynikających z naukowych założeń oraz
- (3) w ramach określonej polityki społecznej wobec starzejącego się społeczeństwa.

Te trzy perspektywy mogą być ze sobą zbieżne, ale można również założyć, że nie wszyscy badacze, jak i przede wszystkim nie wszystkie osoby starsze, jak i pozostała część społeczeństwa akceptuje zwiększenie udziału osób starszych w życiu codziennym i model aktywizacyjny.

Dlatego też przedstawiciele Komisji Europejskiej na stronie Europejskiego Roku Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej zwracają również uwagę, że niezwykle istotne jest utrzymanie solidarności międzypokoleniowej w społeczeństwach, w których liczba osób starszych szybko wzrasta. Wskazują także, że działania skoncentrowane na zapewnianiu warunków sprzyjających aktywności osób starszych powinny być realizowane w ramach polityki zatrudnienia, opieki zdrowotnej, usług społecznych, programów szkolenia dorosłych, wolontariatu, dostępu do mieszkań, technologii informacyjnych i transportu. W praktyce oznacza to konieczność przedefiniowania całej polityki państwa, jak też poszczególnych samorządów regionalnych i lokalnych.

Koncepcja aktywnego starzenia się wpisuje się także w szersze przemiany polityki społecznej, jako takiej. „Począwszy od lat 90. XX wieku coraz więcej działań socjalnych (a także programów rynku pracy) miało charakter aktywizujący beneficjentów wsparcia. Podejście to określane jest w literaturze jako aktywna polityka społeczna (...) Najważniejsze założenia koncepcji APS to: (1) aktywna inkluzja społeczna, oznaczająca dowartościowanie zasady partycypacji społecznej, nawet kosztem bezpieczeństwa socjalnego; (2) upowszechnienie różnych form zatrudnienia wspieranego (przedsiębiorczości społecznej, zatrudnienia socjalnego, itp.), co oznacza, że zmienia się charakter transferów socjalnych: w miejsce redystrybucji świadczeń socjalnych pojawia się (re)dystrybucja miejsc pracy; (3) poszukiwanie rozwiązań elastycznych, przekraczających ugruntowane po II wojnie światowej

podziały ideologiczne (zwolennicy i przeciwnicy państwa opiekuńczego)” (Rymsza 2007a, s. 13-14, Karwacki, Rymsza 2011, s. 29-54; Rymsza 2008; Karwacki 2010, RPO 2012). W odniesieniu do osób starszych można także mówić o przejściu od polityki przetrwania i izolacji do polityki dobrostanu i integracji (Szatur-Jaworska i inni 2006). Polityka taka, a w jej ramach także działania na rzecz aktywnego starzenia się, powinna być wielosektorowa (Grewiński 2009), co wymusza z założenia zaangażowania w jej realizację, a przynajmniej przekonanie co do podstawowego kierunku przemian, partnerów społecznych oraz przedsiębiorców (Bertelsmann 2006).

W przypadku Polski, kiedy brak jest ogólnospołecznego konsensusu co do kierunku i zasad wprowadzanych zmian, choćby w kwestii zasad finansowania systemu emerytalnego, usług opiekuńczych, polityki rodzinnej na rzecz podniesienia dzietności etc., o taką wielosektorową, komplementarną politykę aktywizacyjną może być niezwykle ciężko. Oczywiście nie wyklucza to działań sektorowych na różnych szczeblach administracyjnych państwa, a za pewien fundament wyznaczający kierunki zmian można uznać wspomniany Rządowy Program ASOS.

Warto przy tej okazji zwrócić uwagę, że nastawienie na aktywną politykę społeczną niesie ze sobą ryzyko nadmiernej koncentracji na rynku pracy oraz marginalizację kwestii wsparcia niesamodzielnych i z założenia nieproduktywnych członków społeczeństwa. „Waga tego zarzutu rośnie, gdy uświadomimy sobie, że odnosi się on do działań w społeczeństwach szybko starzejących (takimi są europejskie społeczeństwa dobrobytu). W skrajnej wersji ów redukcjonizm prowadzi do postrzegania ludzi nieproduktywnych i niebędących w stanie odbudować swojej «zdolności zatrudnieniowej» (*employability*) jako «ludzi zbędnych»” (Rymsza 2007b, s. 187). Nastawienie na aktywne starzenie, przed czym przestrzegają niektórzy badacze zachodni może tworzyć fałszywy i zbyt pozytywny wzorzec starości, pozbawionej chorób i niewiele różniącej się od aktywności wieku średniego, co dla wielu seniorów jest nieosiągalne (Holstein i Minkler 2007). Stoi też w sprzeczności z oczekiwaniami przynajmniej części osób starszych, które chciałyby w miarę szybko „uciec” z rynku pracy i odpocząć (Szukalski 2009, s. 177-206). Ryzyko to zdaje się dostrzegać program ASOS, który w swoich priorytetach uwzględnia działalność społeczną, w tym działania na rzecz solidarności wewnątrzpokoleniowej i międzypokoleniowej.

Istotnym elementem działań w ramach polityki aktywnej starości jest także ponowne ustalenie relacji i transferów pomiędzy poszczególnymi grupami wiekowymi w ramach umowy międzypokoleniowej, rozumianej jako: „bazujące na zasadzie odroczonej i ekwiwalentnej wymiany, porozumienie dotyczące intergeneracyjnej redystrybucji atrybutów statusu społecznego, a zatem takich zasobów, jak: władza, prestiż i bogactwo materialne. Celem umowy jest określenie beneficjanta ponoszącego koszt danej alokacji, jej czasu, miejsca, formy oraz innych warunków szczegółowych (...) Kontrakt międzypokoleniowy składa się z dwóch podumów: publicznej, dotyczącej redystrybucji w ramach jakiejś zbiorowości (państwa), oraz prywatnej, dotyczącej redystrybucji w ramach rodziny” (Szukalski 2009, s. 29). W praktyce oznacza to konieczność rozpoczęcia ogólnokrajowej debaty publicznej na temat starzenia się populacji, co po części miało miejsce przy okazji debaty nad wydłużeniem wieku emerytalnego.

8.2. GLOBAL AGE-FRIENDLY CITIES – Dyskusja

W przypadku miast „przyjaznych seniorom” przyjęto, że punktem wyjścia jest definicja WHO, która wskazała cztery główne kryteria decydujące o tym, czy dane miasto można uznać za przyjazne osobom starszym. Zgodnie z wytycznymi, miasta przyjazne to takie, w których władze, przedsiębiorcy i mieszkańcy:

- uwzględniają różnorodność osób starszych,
- przeciwdziałają wykluczeniu i promują wnoszony przez seniorów wkład do wszystkich dziedzin życia,
- szanują wybory, decyzje i sposób życia osób starszych,
- przewidują i elastycznie reagują na potrzeby związane ze starzeniem się.

To co jest warte podkreślenia, to wskazanie, że za umowną przyjazność nie odpowiadają jedynie władze, ale też przedsiębiorcy i sami mieszkańcy i dopiero wspólne zgodne postępowanie tworzy odpowiedni klimat do życia. Jednocześnie należy zaznaczyć, że choć początkowo cały raport, jak i definicja koncentrowały się na miastach to założona przez WHO sieć podmiotów zainteresowanych kreowaniem przestrzeni przyjaznej dla osób starszych otrzymała nazwę *Global Network of Age-friendly Cities and Communities*, czyli sieci miast i społeczności. To podkreślenie możliwości przystąpienia do sieci każdego, nawet małego

samorządu widać wyraźnie w tekście promującym całą inicjatywę zamieszczonym na stronach WHO⁵⁵: *Coraz więcej miast i społeczności na całym świecie stara się lepiej zaspokajać potrzeby swoich starszych mieszkańców. Światowa Sieć Miast i Społeczności Przyjaznych Osobom Starszym WHO ("Sieć") została ustanowiona w celu ułatwienia wymiany doświadczeń i wiedzy pomiędzy miastami i społecznościami na skalę globalną. Do programu są zapraszane wszystkie miasta i społeczności, które starają się tworzyć dla swoich starszych mieszkańców dostępne i integracyjne środowiska miejskie.*

Miasta i społeczności należące do Sieci są różnych rozmiarów i mieszczą się w różnych częściach świata. Starają się być bardziej przyjazne osobom starszym w różnorodnych kontekstach kulturowych i społeczno-ekonomicznych. Ich cechą wspólną jest pragnienie i zaangażowanie w tworzenie fizycznych i społecznych środowisk miejskich promujących zdrowe i aktywne starzenie się, oraz dobrą jakość życia dla starszych mieszkańców.

W jednym z najnowszych podsumowań poświęconych idei miast przyjaznych (Buffel i inni 2012) wskazano na cztery główne powody popularności dyskusji dotyczącej tego zagadnienia. Pierwszy z nich to wpływ zmian demograficznych na potrzeby mieszkańców miast, drugi dotyczy idei starzenia się w miejscu zamieszkania (Lui i inni 2009), co jest powiązane zarówno z dyskusją o ekonomiczności poszczególnych form wsparcia, ale także z kolejnym powodem, jakim jest debata o *dobrym* starzeniu się i odpowiednich ku temu warunkach. Natomiast czwartym czynnikiem jest wpływ zmian przestrzeni miejskiej na warunki życia i integrację, bądź wykluczenie osób starszych. Wracając do kluczowego dokumentu, jakim jest opracowanie Światowej Organizacji Zdrowia (WHO 2007) należy podkreślić, że powstało ono w oparciu o badania przeprowadzone w 33 różnej wielkości miastach znajdujących się w 22 krajach na każdym z kontynentów. Łącznie zrealizowano 158 wywiadów grupowych z 1485 uczestnikami 60+, dodatkowo konsultacje z 250 opiekunami oraz 515 usługodawcami. Badaniami objęto zarówno największe metropolie liczące powyżej 10 mln mieszkańców (Meksyk, Moskwa, Tokio), duże miasta wielkości Londynu i Nowego Jorku, jak i niewielkie liczące kilkadziesiąt tysięcy, np. Dundalk w Irlandii.

Warto zwrócić uwagę, że choć główne wnioski z dokumentu były wyprowadzane bezpośrednio z wypowiedzi osób starszych, to miał on również wyraźne założenia

⁵⁵ Patrz strona WHO: http://www.who.int/ageing/projects/age_friendly_cities_network/en/index.html (dostęp 22.10.2012)

ideologiczne. A priori uznano, że miasto przyjazne jest jednocześnie miastem sprzyjających aktywnemu starzeniu się, co w definicji WHO (2002) oznacza zwrócenie uwagi na zdrowie, szeroko rozumianą partycypację oraz bezpieczeństwo/zabezpieczenie, w tym opiekę i godne traktowanie w ramach podnoszenia jakości życia osób starszych (patrz też: Kubicki 2011). Drugim, choć bardziej ukrytym założeniem było przyjęcie perspektywy top-down, czyli uznanie, że głównym inicjatorem zmian są władze lokalne, które tworzą ramy do współpracy i zaangażowania seniorów.

Z idei aktywnego starzenia się, a dokładniej faktu, że jest to proces trwający całe życie, jak i z faktu uniwersalnego charakteru niektórych udogodnień wywiedziono założenie o tym, że miasta przyjazne seniorom to jednocześnie miasta przyjazne ludziom w każdym wieku. We wstępie do przewodnika (WHO 2007: 6) wyraźnie wskazano, że przestrzeń bez barier architektonicznych to jednocześnie przestrzeń przyjazna osobom z niepełnosprawnościami (bez względu na wiek), zapewnienie bezpieczeństwa jest istotne dla wszystkich mieszkańców, w tym matek i dzieci, a dobra opieka medyczna i wsparcie środowiskowe dla osób starszych to też możliwość większej mobilności pozostałych członków rodziny opiekujących się danym seniorem. Na zakończenie osoby starsze to także konsumenci, którzy mają swój udział w rozwoju gospodarki lokalnej.

W każdym z trzydziestu trzech badanych miast w ramach wywiadów grupowych pytano o osiem kluczowych obszarów. Pierwsze trzy: (1) przestrzeń publiczna, (2) transport i (3) mieszkalnictwo obejmowały otoczenie fizyczne osoby starszej i jej możliwość poruszania się. Kolejne trzy: (4) partycypacja społeczna (to jak seniorzy angażują się w życie miasta), (5) szacunek i integracja społeczna (to jak są odbierani przez innych), (6) aktywność obywatelska i zatrudnienie (możliwości pracy wolontaryjnej i zawodowej) tworzyły otoczenie społeczne seniora. Ostatnie dwa: (7) komunikowanie się i informacja oraz (8) wsparcie środowiskowe i usługi zdrowotne dotyczyły czynników społeczno-ekonomicznych i koncentrowały się na możliwościach uzyskania odpowiedniego wsparcia. Co istotne, jego brak może wynikać zarówno z niewystarczającej sieci wsparcia, ale też z braku informacji o dostępnych możliwościach (z perspektywy seniora), bądź o osobie starszej potrzebującej pomocy (z perspektywy instytucji).

Efektom wywiadów było dopisanie do każdej z kategorii szeregu punktów pozwalających doprecyzować, z jednej strony braki, a z drugiej postępy danego miasta w zakresie

przyjazności⁵⁶. I tak mówiąc o przestrzeni publicznej wskazano między innymi na czystość, dostępność terenów zielonych i ławek, bezpieczeństwo rozumiane między innymi jako obecność patroli policyjnych, jak i dobre oznaczenie budynków, które są jednocześnie dostępne architektonicznie. Wymagania wobec transportu dotyczyły zarówno jego dostępności, kosztów, zasięgu (terytorialnego, jak i kursów w weekendy i święta), warunków jazdy (miejsca siedzące), przystanków, jak i informacji o rozkładach. Problemy związane z mieszkalnictwem to zarówno możliwość poruszanie się po mieszkaniu i dostosowanie go do potrzeb osoby starszej, ale też solidne wykonanie i dostęp do ogrzewania i codziennych udogodnień. Łącznie pierwsza część listy liczy trzydzieści sześć szczegółowych punktów.

Nieco krótsza, bo dwudziestopięciopunktowa jest lista uwag obejmująca kolejne trzy kategorie. W ramach partycypacji społecznej omówiono organizację imprez i aktywności, tak by odbywały się w miejscu dostępnym architektonicznie i osiągalnym przy pomocy komunikacji miejskiej, w godzinach wygodnych dla seniorów i bez żadnych ukrytych kosztów, jak i atrakcyjne dla różnych grup odbiorców, ze szczególnym uwzględnieniem osób zagrożonych wykluczeniem społecznym. Szacunek i integracja społeczna została dookreślona między innymi poprzez możliwość uczestnictwa w konsultacjach społecznych i współdecydowanie o własnych potrzebach, ale też widoczność osób starszych w mediach i naukę o starości i starzeniu się w szkole. Natomiast aktywność obywatelska i zatrudnienie to przede wszystkim wspieranie i umożliwianie zarówno wolontariatu, jak i pracy zarobkowej osób starszych, jak i przeciwdziałanie zjawisku dyskryminacji oraz dostosowanie miejsc pracy.

Ostatnie dwa obszary to łącznie dwadzieścia dwa punkty. W ramach komunikowania się i informacji wskazywano zarówno na konieczność docierania z kluczowymi informacjami do wszystkich mieszkańców, jak i na odpowiednie formy komunikowania się dostosowane do możliwości odbiorców, zarówno w formie (np. duże litery), jak i treści (prosty komunikat). Jednocześnie podkreślono wagę informacji ustnej, udzielanej przez zaufaną i znaną seniorowi osobę, jako jedną z opcji szczególnie istotnych do osób zagrożonych wykluczeniem społecznym. Wsparcie środowiskowe i usługi zdrowotne to przede wszystkim dostępność do wsparcia w zakresie aktywności dnia codziennego, jak i możliwość łatwego skontaktowania

⁵⁶ Checklist of Essential Features of Age-friendly Cities:
http://www.who.int/ageing/publications/Age_friendly_cities_checklist.pdf (dostęp 22.10.2012).

się i uzyskania pomocy w przypadku bardziej specjalistycznych potrzeb, tak by nie stanowiły nadmiernego obciążenia dla osoby starszej.

Jak słusznie podkreślają autorzy listy, nie jest ona zamknięta i nie służy do porównywania, które miasto jest bardziej przyjazne, ale do dokonania dosyć szczegółowej samooceny i wskazania braków, które wymagają interwencji i działań naprawczych. Jest to również lista pozwalająca odpowiedzieć nie tyle, jakie miasto byłoby idealne, ale raczej co przeszkadza mieszkańcom w danym, konkretnym mieście. Poradnik nie mówi też, jak najlepiej rozwiązać wskazane problemy, ani nie pokazuje ewentualnych efektów wprowadzonych programów naprawczych.

Jednocześnie powyższe zarzuty dotyczące braku weryfikacji korzyści wynikających z większej przyjazności miasta dotyczą w zasadzie całej filozofii miast przyjaznych (Liu 2009). Dokładnie taki sam zarzut można postawić niniejszemu tekstowi, jak i dyskusji prowadzonej w Polsce. Nie wynika to jednak z braku chęci, ale braku odpowiednich narzędzi i danych. Prawdopodobnie nikt w Polsce⁵⁷ nie liczy kosztów zaniechania udzielanego wsparcia i *nieprzyjazności* środowiska lokalnego, jak i kosztów zasobowych wynikających z niewykorzystanego potencjału osób starszych. Jednym z nielicznych wyjątków zwracających przede wszystkim uwagę na efektywność udzielanego wsparcia jest opracowanie Joseph Rowntree Foundation⁵⁸, które w krótkim syntetycznym podsumowaniu opisuje doświadczenia lokalnych samorządów pozwalające *za mniej pieniędzy lepiej wspierać osoby starsze*. Tekst ten jest o tyle istotny, że główne przyczyny jego napisania, dotyczące przeobrażeń polityki społecznej w Wielkiej Brytanii odpowiadają przekształceniom polityki społecznej w Polsce. Są to rosnące potrzeby osób starszych, które przy jednoczesnych malejących możliwościach finansowych samorządów wymuszają innowacyjność rozwiązań i działania proefektywnościowe.

Punktem wyjścia jest stwierdzenie, że osoby starsze potrzebują i cenią „odrobinę pomocy”, pomocy udzielanej lokalnie i niezbyt dużej, ale mającej bardzo istotny wpływ na zdrowie, dobrostan i generalnie jakość życia. Wsparcie to z zasady nie generuje dużych kosztów, co jest istotne przy ograniczonych możliwościach samorządu, ale też ze względu na swoją

⁵⁷ Nie udało się dotrzeć do żadnych badań mierzących na poziomie lokalnym efektywność polityki społecznej jako całości, a dostępna literatura koncentruje się jedynie na efektywności poszczególnych wycinkowych projektów.

⁵⁸ Patrz: How can local authorities with less money support better outcomes for older people? <http://www.jrf.org.uk/sites/files/jrf/authorities-supporting-older-people-summary.pdf> (dostęp 22.10.2012)

specyfikę nie przynosi szybkich i widocznych zmian i wymaga długotrwałego działania, a co za tym idzie jest podatne na cięcia budżetowe. Stąd konieczność współangażowania w realizację zadań beneficjentów i zmiany filozofii działania z oferowania tradycyjnej pomocy środowiskowej sterowanej przez samorząd na wsparcie lokalnych podmiotów i organizacji i stworzenie wzajemnie się uzupełniającej sieci wsparcia różnego rodzaju organizacji lokalnych. Sama idea nie jest nowa, natomiast to co – przynajmniej z polskiego punktu widzenia – jest nowatorskie to próba policzenia kosztów i korzyści poszczególnych działań.

Zebrane doświadczenia wskazują, że niewielka pomoc w problemach dnia codziennego ma bardzo duże przełożenie na ograniczenie korzystania z drogiej formalnej pomocy, w tym opieki stacjonarnej. Jednym z podawanych przykładów jest sieć walijskich punktów wsparcia (*Care & Repair*), które oferują dostosowanie domów do ograniczonej sprawności osób starszych, w postaci większych prac budowlanych, bądź natychmiastowej likwidacji głównych barier w przypadku konieczności szybkiego dostosowania, np. powrotu seniora do domu ze szpitala, by zabezpieczyć przed powtórny wypadkiem, bądź koniecznością umieszczenia na okres rehabilitacji w placówce zamkniętej. Oszacowano, że rocznie poszczególne punkty udzielają wsparcia około 50000 osób starszych, w tym 60% to osoby powyżej 75 roku życia, a 40% udzielanych świadczeń ma charakter prewencyjny i dotyczy działań wobec osób, które nie są uprawnione do wsparcia medycznego czy socjalnego innego typu. Szacowane oszczędności to: 26,37 mln funtów wynikających z braku konieczności przeniesienia się z własnego domu do domu pomocy społecznej; 1,79 mln funtów wynikających ze skrócenia czasu pobytu w szpitalu; 3,72 mln w ramach zmniejszenia liczby hospitalizacji i 9,49 mln wynikających z ograniczenia liczby wypadków.

Powyższy przypadek, nawet jeśli założymy pewne błędy wynikające z oszacowania, pokazuje, że zakres potencjalnych oszczędności, zwłaszcza na styku systemów pomocy społecznej i służby zdrowia, jest znaczący.

Wracając jednak do wątku gmin przyjaznych można wskazać jeszcze jedno bardzo istotne, choć znacznie mniej znane opracowanie przygotowane w ramach parasolowej organizacji działającej na rzecz osób starszych i skupiającej 167 mniejszych organizacji z całej Europy (w tym dwie z Polski), czyli AGE-Platform⁵⁹. Powstało ono na bazie doświadczeń AGE i stanowiło jednocześnie podsumowanie unijnego roku walki z ubóstwem z 2010 i przegląd

⁵⁹ Strona organizacji: <http://www.age-platform.eu/en> (dostęp 22.10.2012)

propozycji związanych z rokiem aktywnego starzenia się i solidarności międzypokoleniowej⁶⁰. To co podkreślono w raporcie to dualność problemów związanych z jakością życia wynikających z fizycznych barier związanych z dostępnością, jak i barier mentalnych, tkwiących w zasadach organizacji życia społecznego. Równocześnie zwrócenie uwagi, że zniesienie tych barier umożliwiłoby wykorzystanie zasobów tkwiących w osobach starszych, na rzecz rozwoju całego społeczeństwa. To co istotne, to znacznie mocniejsze akcentowanie niż we wcześniejszym tekście WHO tego, że działania na rzecz osób starszych to działania na rzecz ludzi w każdym wieku. Bardzo istotnym elementem publikacji jest także wskazanie ryzyk związanych z polityką społeczności przyjaznych ludziom w każdym wieku i tego, że polityka taka nie jest prosta, ale pełna sprzeczności i wymagająca dostosowania do potrzeb lokalnych. W opracowaniu zwrócono między innymi uwagę, że choć potrzeba dostępności jest priorytetowa, to zastanowienia wymaga to, kiedy i na ile można stosować rozwiązania uniwersalne, a na ile stosować pomoc spersonalizowaną. Kolejną kwestią jest dominacja barier architektonicznych związanych z poruszaniem się, ale są jeszcze ograniczenia wynikające z wad wzroku, słuchu, bądź demencji. Na marginesie warto wspomnieć, że potrzeby osób niewidomych i poruszających się na wózkach mogą być sprzeczne np. brak krawężników i płynne przejście między chodnikiem i jezdnią jest idealne dla „wózkowicza”, ale bez specjalnych „guzków” w nawierzchni może stanowić zagrożenie dla osoby niewidomej, która nie zauważy, że weszła na ulicę. Jeszcze inną pułapką jest koncentracja na aktywnym i zdrowym starzeniu się, co rodzi obawę o niedostrzeganie starości trudnej, schorowanej i biednej. Ten ostatni przypadek może odnosić się do sytuacji w Polsce, gdzie niesłyszany rozkwit uniwersytetów trzeciego wieku i duży nacisk na ich rozwój – co samo w sobie jest bez wątpienia zjawiskiem bardzo pozytywnym, przy ograniczonych zasobach finansowych państwa i samorządów, zrodził obawy wielu organizacji pomocowych, o możliwość współfinansowania przez instytucje publiczne także ich działań.

W tekście wskazano też projekty skierowane stricte do obszarów wiejskich: irlandzki *Age-Friendly Counties Programme*⁶¹ i kanadyjski *Age-Friendly Rural and Remote Communities*⁶²,

⁶⁰ Patrz: Towards Smart, Sustainable and Inclusive Places for All Ages: http://www.age-platform.eu/images/stories/AGE_Friendly_Environment_Final_PDF-EN.pdf (dostęp 22.10.2012)

⁶¹ Patrz strona projektu: <http://www.agefriendlycounties.ie/> (dostęp 22.10.2012).

co pokazuje ewolucję całej idei i to, że może być ona realizowana także na terenach wiejskich, z dala od dużych centrów miejskich, co wymaga jednak znacznie większej koordynacji działań rozmaitych instytucji, jak i co oczywiste dużego bezpośredniego udziału samych osób starszych.

Kontynuując i jednocześnie próbując podsumować dyskusję nad przekształceniami tematyki gmin i miast przyjaznych można zauważyć, że z perspektywy roku 2012 można coraz wyraźniej zauważyć dwie, częściowo sprzeczne ze sobą tendencje.

Jedną jest, wspomniana już przy omawianiu tekstu AGE-Platform, uniwersalizacja dyskursu, na co z całą pewnością miało wpływ ogłoszenie, na podstawie decyzji Parlamentu Europejskiego i Rady NR 940/2011/UE z dnia 14 września 2011 r., Europejskiego Roku Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej (2012). Idealnym odzwierciedleniem tej polityki jest *Manifest Koalicji na rzecz Europejskiego Roku 2012*⁶³ i proponowany dekalog działań tworzących Unię Europejską przyjazną ludziom w każdym wieku, *poprzez pielęgnowanie solidarności międzypokoleniowej oraz zachęcanie do aktywnego uczestnictwa i angażowania wszystkich grup wiekowych w życie społeczne, przy jednoczesnym zapewnianiu im odpowiedniego wsparcia i ochrony.*

Taka uniwersalizacja problematyki pozwala na połączenie sił grup zagrożonych wykluczeniem, np. osób starszych i niepełnosprawnych, jak i trochę obniża poziom potencjalnych konfliktów międzypokoleniowych. Z drugiej strony daje się zauważyć, przy jednoczesnym zachowaniu dyskursu uniwersalistycznego, większe doprecyzowanie i skonkretyzowanie programów. Dobrym przykładem jest tutaj program sprzyjający osobom z demencją, w angielskim mieście Jork⁶⁴. Wprawdzie na poziomie założeń podkreśla, że rozwiązania dla ludzi z demencją są dobre dla mieszkańców Jorku w każdym wieku, ale poprzez zawężenie działań do jednego typu problematyki ułatwia rekomendacje, jak i mierzenie efektów. Cały projekt opiera się na czterech podstawowych obszarach działania (*cornerstones*) określanych jako: (1) miejsca (*place*), (2) ludzie (*people*), (3) sieci (*networks*)

⁶² Patrz opracowanie: Age-Friendly Rural and Remote Communities: A Guide: http://www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/alt-formats/pdf/publications/public/healthy-sante/age_friendly_rural/AFRRRC_en.pdf (dostęp 22.10.2012).

⁶³ Pełen tekst Manifestu patrz strona AGE-Platform: http://www.age-platform.eu/images/stories/EY2012_Manifesto_PL.pdf (dostęp 22.10.2012)

⁶⁴ Patrz raport na temat projektu: Creating a dementia-friendly York <http://www.jrf.org.uk/publications/creating-dementia-friendly-york> (dostęp 22.10.2012)

oraz (4) zasoby (*resources*). Przy czym obszary te mają charakter uniwersalny i w zasadzie każdy projekt skierowany do osób starszych powinien zakładać rozwiązania w tym zakresie.

W przypadku Polski i polskich samorządów można by zastosować oba te podejścia, w zależności od lokalnego kontekstu. W przypadku dużych miast, bądź braku silnych organizacji pozarządowych, kluczowe byłoby bardziej uniwersalistyczne i całościowe podejście. Jednak w mniejszych miastach, gdzie istnieją bardzo silne, ale wąsko sprofilowane organizacje pozarządowe, bądź specjalistyczne ośrodki publiczne, np. działające na rzecz osób z chorobą Alzheimera, można zastanowić się nad tym drugim podejściem. Niezależnie od wyboru odpowiedniej strategii działania czynnikiem w dużym stopniu wpływającym na trudności w przełożeniu doświadczeń zachodnich na polskie są same osoby starsze i odmienny kontekst kulturowo-społeczno-zdrowotny, czyli ludzie będący w założeniach zarówno współorganizatorami, jak i beneficjentami planowanej polityki gminnej.

Jednym z fundamentalnych czynników wpływających na aktywność społeczno-zawodową osób starszych jest zdrowie. Warto podkreślić, że problem dostępu do usług medycznych, jako bariera sama w sobie, jak i w wyniku potencjalnego pogorszenia się stanu zdrowia i samodzielności funkcjonowanie może mieć w Polsce szczególne znaczenie ze względu na niewydolność służby zdrowia i wręcz katastrofalny stan opieki geriatrycznej. Cytując jedno z opracowań eksperckich: *polityka zdrowotna państwa w zasadzie pozostaje na poziomie deklaracji - nie przedstawia strategii dostosowania systemu do nadchodzących zmian społecznych, co sprawia, że podmioty realizujące opiekę nie posiadają odpowiednich instrumentów lub nie są zobligowane do rutynowego prowadzenia programów skierowanych do osób starszych. (...) (Derejczyk i inni 2012)*. Powyższe informacje na temat złego funkcjonowania służby zdrowia i ograniczonej sprawności osób starszych znajdują częściowe potwierdzenie w wynikach badań zrealizowanych w ramach projektu PolSenior (Mossakowska i inni 2012), największego i najważniejszego badania na temat osób starszych w Polsce. Najczęstsze wśród osób po 65. roku życia są zaburzenia funkcji poznawczych, od łagodnych, po umiarkowane i ciężkie, przy czym ryzyko wzrasta wraz z wiekiem osoby starszej. Prawie 30% seniorów ma stałe objawy depresji, która nie jest zdiagnozowana ani leczona. Występują one głównie u seniorów samotnych i wdów. Co trzeci ma zaćmę i gorzej słyszy, a 40% cierpi na bóle przewlekłe. Co czwarty senior pomiędzy 65. a 80. rokiem życia i co piąty powyżej 80. roku życia cierpi na cukrzycę, a prawie połowa ma powikłania tej

choroby, takie jak zaburzenia wzroku i niewydolność nerek. U co 25. chorego występuje również tzw. stopa cukrzycowa. Szukając pozytywów należy wskazać, że choć seniorzy w Polsce są relatywnie często schorowani to w przeważającej większości nie przeszkadza im to w samodzielnej egzystencji. Jedynie co piąta badana osoba przed 75. rokiem życia twierdziła, że potrzebuje pomocy. Spośród nich zaledwie 7% przyznało, że zdecydowanie jej wymaga, pozostali, czyli 12,4%, uznali jedynie, że "raczej jej potrzebują". Pomocy najbardziej oczekują seniorzy po 85. roku życia. Raport wykazał też, że 93% badanych po 65. roku życia jest samodzielnych w podstawowych czynnościach życia codziennego. Jeśli pomoc byłaby im potrzebna, to głównie podczas mycia całego ciała i ubierania się. Nawet wśród dziewięćdziesięciolatków stałej opieki wymaga jedynie 21% seniorów. Argumentem przemawiającym za tym, że problem opieki zdrowotnej jest jednym z kluczowych jeśli chodzi o jakość życia osób starszych jest w 2013 r. zbieranie przez Wielką Orkiestrę Świątecznej Pomocy pieniędzy nie tylko na leczenie małych dzieci, ale także osób starszych⁶⁵.

Tymczasem poprawę zdrowia osób starszych można uzyskać nawet bez specjalistycznego wsparcia, bowiem wystarczy stworzyć osobom starszym warunki do częstszego wychodzenia z domu i zwykłych spacerów (Burton 2012; Kerr i inni 2012). Dodatkową barierą, poza istnieniem miejsc umożliwiających spacerowanie jest motywacja do wychodzenia z domu, poczucie bezpieczeństwa i coś, co kolokwialnie można nazwać poczuciem przynależności do miejsca, w którym się żyje. Zamknięcie lokalnej cukierni, do której chodziło się od lat, upadek miejscowego warzywniaka i sklepu spożywczego w wyniku otwarcia nowego centrum handlowego, czy wybudowanie na niedalekim skwerze nowych budynków mogą w istotny sposób wpłynąć na poczucie bezpieczeństwa osób starszych i sprawić, że w najbliższym otoczeniu miejscu zamieszkania nie będą się czuć dobrze. Co ciekawe, choć na poczucie bezpieczeństwa ma wiele czynników, w tym posiadany kapitał społeczny i więzi sąsiedzkie, znajomość okolic, jak i aktywność społeczna i partycypacja publiczna, to właśnie ta ostatnia jest elementem mającym relatywnie najsilniejszy wpływ. Tym samym poczucie sprawczości, że ma się wpływ na to, co się dzieje w sąsiedztwie i zaangażowanie w życie dzielnicy powinno być bardzo istotnym elementem polityki na rzecz miast przyjaznych ludziom starszym (De Donder i inni 2012).

⁶⁵ Patrz strona WOŚP: http://www.wosp.org.pl/final/aktualnosci/temat_21_finalu_wosp (dostęp 22.10.2012)

Należy również pamiętać, że osoby starsze to nie tylko odbiorcy różnego rodzaju działań i wsparcia, ale też konsumenci mogący w bardzo istotny sposób wpływać na lokalny rynek. Po pierwsze dlatego, że są klientami bardziej lojalnymi i przywiązanymi do swoich ulubionych sklepów i marek, a po drugie i chyba najważniejsze, dysponują relatywnie dużą siłą nabywczą. Według ustawy budżetowej na 2013 r. emeryci otrzymujący środki z ZUS będą dysponować kwotą 119,6 mld zł, a renciści – 40,3 mld zł. Emerytury i renty rolne z KRUS mają wynieść 14,4 mld zł, a na emerytury mundurowe 7,2 mld zł (aczkolwiek trudno wszystkich świadczeniobiorców z tej ostatniej grupy zaliczyć do kategorii seniorów). Łącznie przychody tych trzech grup świadczeniobiorców wyniosą ok. 181,5 mld zł⁶⁶. Przyjmując, że osoby te wydają około 87% swoich dochodów rozporządzalnych, oznacza to grupę konsumencką o stabilnym, w dużej mierze niezależnym od stanu gospodarki, potencjale nabywczym 158 mld rocznie i ponad 13 mld zł miesięcznie. Dla ilustracji, stanowi to 17,2% wartości spożycia indywidualnego z roku 2011 (Stańko 2013).

Seniorzy to także producenci dóbr i usług, stąd hasło wspierania aktywności osób starszych może oznaczać zarówno sprzyjanie zatrudnianiu pracowników w tym wieku, ale też sprzyjanie przedsiębiorczości rozumianej jako zakładanie własnych firm. Proces ten, choćby ze względów demograficznych będzie przybierać na sile, są też już pierwsze programy nakierowane na wspieranie przedsiębiorczości osób starszych⁶⁷. Wprawdzie obecne wysokie bezrobocie sprawia, że nie są to grupy priorytetowe, jednak myśląc perspektywicznie, a w szczególności mając na uwadze plany wydłużenia aktywności zawodowej do 67 roku życia, warto również rozważyć wykorzystanie dostępnych narzędzi dla tego typu odbiorców. Bowiern liczba wypalonych i zmęczonych dotychczasową pracą sześćdziesięciolatków, którzy będą ze względów prawnych oraz finansowych pozostać na rynku pracy do 67-70 roku życia będzie w przeciągu najbliższych lat rosnąć (patrz też Kubicki 2012).

⁶⁶ Dane dla ZUS i KRUS – *Ustawa budżetowa na rok 2013 z dnia 25 stycznia 2013 r.*, ss. 169 i 146, <http://isap.sejm.gov.pl/Download?id=WDU20130000169&type=2>; dane dla emerytur mundurowych – *Budżet 2013: 18,6 mld na mundurowych*, Newsweek, artykuł z 6 września 2012 r.

⁶⁷ Patrz. np. projekt: „Dojrzała przedsiębiorczość - innowacyjny model preinkubacji przedsiębiorczej osób 50+” www.dojrzaalaprzedsiebiorczosc.pl (dostęp 22.10.2012)

8.3. GMINY PRZYJAZNE SENIOROM – STRATEGIE I PRZYKŁADY

Na terenie Polski według stanu na 1 stycznia 2011 r. było 2479 gmin trzech rodzajów: 1571 gmin wiejskich, 602 gminy wiejsko-miejskie i 306 gmin miejskich. Zbadanie ich wszystkich w ramach obecnego projektu byłoby dosyć skomplikowane, jak i wydaje się niezbyt potrzebne. Stąd konieczność wyboru metody pozwalającej na zbadanie gmin różniących się od siebie i pozwalających na uogólnianie pewnych wyników. Ze względów na możliwość praktycznego wykorzystania uzyskanych wyników w badaniu i potencjalny efekt synergii postanowiono posłużyć się metodologią powstałą w ramach jednego z projektów realizowanych przez Szkołę Główną Handlową na potrzeby województwa mazowieckiego, wprowadzając jedną poprawkę do oryginalnych założeń w postaci ograniczenia liczby gmin wiejskich z 40 do 20, co i tak pozwala na dokonanie oceny zapisów strategii względem problematyki starzenia się i osób starszych.

Podział ten uwzględnia zarówno zróżnicowane o charakterze administracyjnym (typ gminy), jak i sytuację ekonomiczną, a tym samym realne możliwości kreowania odpowiedniej polityki społecznej. Wydaje się również, że choć ograniczony jedynie do województwa mazowieckiego, to ze względu na zróżnicowanie jednostek samorządu terytorialnego, jak i samo wewnętrzne zróżnicowanie województwa dosyć trafnie odzwierciedla sytuację na poziomie całego kraju (tab. A1 w Aneksie). W każdej z badanych gmin prezentowanych w tabeli poniżej starano się odnaleźć lokalną strategię rozwiązywania problemów społecznych oraz lokalną strategię rozwoju, przyjmując również założenie, że jeśli nie są one dostępne na stronach internetowych w widocznym miejscu to jednocześnie istnieje niewielkie prawdopodobieństwo, że są wdrażane w praktyce. Każdy dokument przejrano pod kątem pojawiania się w nim osób starszych oraz tematyki, która choć nie wprost nazwana w ten sposób odnosi się w dużej części do problematyki starzenia się. Najczęściej dotyczyło to kwestii niepełnosprawności i długotrwałej choroby. Należy również podkreślić, że była to jedynie analiza danych zastanych, czyli ocena na ile w teorii samorządy podchodzą do zagadnień związanych z życiem codziennym osób starszych. Teoria ta może odbiegać, zarówno na korzyść, jak i niekorzyść od tego, jak wygląda praktyka.

Jednym z oczywistych wniosków, wynikających z analizy dokumentów strategicznych jest ich bardzo duże zróżnicowanie. Generalnie samorządy większe i bogatsze dysponowały bardziej dopracowanymi strategiami, choć nie była to zależność prosta. Istotną zmienną było to, czy strategia była opracowywana własnymi siłami, czy też zamawiana w firmie zewnętrznej. Warto podkreślić, że choć opracowania przygotowywane przez firmy zewnętrzne były zazwyczaj bardziej profesjonalne, to istnieje ryzyko, że jako twory „zewnętrzne” nie były uznawane za swoje i przez to ignorowane w praktyce. Trudno jednak zweryfikować tę tezę bez odpowiednich badań terenowych, choć to co daje się zauważyć to pewną schematyczność przedstawianych danych, opartych na tym samym szablonie wykorzystywanym w wielu gminach. Można też było dostrzec wyraźną poprawę jakości opracowań, tworzonych w ostatnich latach jako aktualizację już istniejących strategii powstałych przed rokiem 2008. Kolejnym elementem wartym uwagi były różnice pomiędzy strategiami rozwoju a strategiami rozwiązywania problemów społecznych. Te pierwsze były zazwyczaj lepsze merytorycznie, gdy strategie rozwiązywania problemów relatywnie często były bardziej rozbudowanymi sprawozdaniami lokalnych ośrodków pomocy społecznej. Rzutowało to oczywiście na postrzeganie problematyki starzenia się i starości przede wszystkim w ramach usług opiekuńczych, długotrwałej choroby i niepełnosprawności. Zdarzały się również bardziej rozbudowane i całościowe podejścia, wskazujące między innymi na konieczność aktywizacji społecznej osób starszych. Jednak nawet mimo bardziej całościowego i zniuansowanego podejścia starzenie się populacji było zawsze postrzegane jednoznacznie negatywnie, jako istotne ograniczenie szans rozwojowych gminy. Brakowało zaś odniesień wskazujących na potencjał tkwiący w populacji osób starszych.

Jednocześnie wiele strategii wskazywało, jako jeden z głównych celów działania podniesienie jakości życia mieszkańców, a w ramach doprecyzowania wiele haseł zbieżnych z działaniami na rzecz gmin przyjaznych. W tym przede wszystkim działania na rzecz aktywizacji społecznej mieszkańców oraz likwidacji barier architektonicznych. To, co studziło entuzjazm to bardzo deklaracyjny charakter wielu postulatów, bez wskazania źródeł finansowania, wskaźników realizacji, czyli kolokwialnie mówiąc konkretów pozwalających monitorować przebieg realizacji celów strategicznych i wierzyć w osiągnięcie pozytywnych rezultatów w tym zakresie. Jeszcze inaczej mówiąc, choć wiele strategii pozwala w teorii na realizację polityki na rzecz gmin przyjaznych, to te potencjalne możliwości nie przekładają się – przynajmniej

na poziomie dokumentów strategicznych - na skoordynowany plan działania wykorzystujący potencjał starzejącego się społeczeństwa.

Zbierając wszystkie uwagi krytyczne w ramach swego rodzaju rekomendacji dotyczących planowania strategicznego sugeruje się w pierwszej kolejności na zmianę perspektywy i rozpatrywanie procesów starzenia się populacji w oderwaniu od niepełnosprawności i usług świadczonych przez ośrodek pomocy społecznej, co w części gmin już ma miejsce. Po drugie, na konieczność postrzegania starszej populacji (np. w analizie SWOT), jako pewien zasób do wykorzystania, a nie tylko poważną barierę rozwojową, co wymusza także zaproponowanie rozwiązań pozwalających na wykorzystanie możliwości (choćby czasowych) seniorów. Po trzecie, proces powstawania strategii powinien w znacznie większym stopniu angażować społeczność lokalną, a nie bazować na ograniczonych zasobach kadrowych instytucji samorządowych oraz ekspertach zewnętrznych. Być może ograniczyłoby to poczucie *déjà vu*, jakie towarzyszyło przy analizie kolejnych opracowań. Po czwarte i ostatnie strategie takie powinny pozwalać na faktyczną ewaluację dokonań i częściej wykorzystywać mierzalne wskaźniki, jak i osoby/instytucje odpowiedzialne.

8.4. RADY SENIORÓW I FORMY AKTYWNOŚCI LOKALNEJ⁶⁸

Nie ulega wątpliwości, że samorzady będą w niedalekiej przyszłości konfrontowane z potrzebą zajęcia stanowiska wobec takiego przekształcenia struktury wydatków i inwestycji, by w większym niż obecnie stopniu zaspokajać oczekiwania coraz liczniejszej grupy coraz starszych mieszkańców. Ewentualna zmiana akcentów w lokalnej polityce wymaga społecznej dyskusji, analiz i czasu oraz – co istotne – istnienia odpowiednich dokumentów strategicznych.

Istotnym elementem takiej dyskusji powinno być współdziałanie organów i instytucji samorządowych z mieszkańcami w kształtowaniu ich warunków bytu i realizacji indywidualnych, specyficznych dla wieku potrzeb, a nie wyręczanie samych mieszkańców i ich rodzin oraz innych członków gospodarstwa domowego w działaniach służących zaspokojeniu potrzeb. By to osiągnąć, niezbędne jest istnienie mechanizmów ułatwiających

⁶⁸ Podrozdział powstał w oparciu o wcześniejszy tekst poświęcony tej problematyce (Kubicki 2010)

partycypację społeczną i aktywne uczestnictwo seniorów w życiu miasta, tak by osoby starsze były podmiotami, a nie tylko biernymi odbiorcami działań realizowanych w ramach lokalnej polityce społecznej. Jednym z rozwiązań ułatwiających dialog mieszkańców z władzami i aktywizację społeczną osób starszych – niezbędną, by samorząd uznać za przyjazny – mogą być rady seniorów. W związku z powyższym niniejszy podrozdział poświęcony jest analizie istniejących dokumentów strategicznych oraz omówieniu ram sprzyjających aktywności społecznej osób starszych i partycypacji obywatelskiej.

Rady seniorów w Polsce powoływane są na podstawie ustawy z dnia 8 marca 1990 roku o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2001 r. Nr 142, poz. 1591 z późn. zm.). W przypadku powoływania ich przez radę miasta, tak jak to miało miejsce w Poznaniu, podstawę stanowi art 18 ust. 1 (uchwała nr XXIV/228/V/2007), w przypadku powoływania Rady przez prezydenta – taką drogę powołania rady wybrał Gdańsk i Wrocław⁶⁹ - jest to art. 30 ust. 1 (Zarządzenie Nr 1348/07; Zarządzenie 7043/09). W maju 2009 z inicjatywy parlamentarnego Zespołu ds. osób starszych powstała uchwała Senatu RP w sprawie wniesienia do Sejmu projektu ustawy zmieniającej ustawę o samorządzie gminnym, którego celem była modyfikacja artykułu 5b. Pierwotnie dotyczył on możliwości powołania młodzieżowej rady gminy mającej charakter konsultacyjny. Celem zmian było dopisanie możliwości powołania w analogiczny sposób rady seniorów, jednak projekt ten nigdy nie został poddany pod głosowanie. Potencjalne zmiany co do umocowania prawnego i trybu powoływania rad seniorów wniosła ustawa z dnia 22 stycznia 2010r. O zmianie ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. 2010 nr 28 poz. 146). W odniesieniu do omawianej problematyki istotnym elementem jest dodanie w art. 4 ust. 1 do sfery zadań publicznych działalności na rzecz osób w wieku emerytalnym oraz możliwość powołania rady działalności pożytku publicznego (RDPP) na poziomie regionalnym i lokalnym. Zakres działania takich rad, choć oczywiście znacznie szerszy, pokrywa się w znacznym stopniu z działalnością rad seniorów. Jednak w praktyce RDPP nie wpłynęły na funkcjonowanie już istniejących rad seniorów.

⁶⁹ W przypadku Wrocławia w zarządzeniu dodatkowo powołano się na art. 5 ust. 1 pkt 2 i 4 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. Nr 96, poz. 873, z późn.zm.), art. 15 ust. 1 pkt 4 i 6, art. 17 ust. 1 pkt 2 i ust. 2 pkt 4 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2008 r. Nr 115, poz. 728, z późn.zm.3), art. 13 ust. 1 pkt 8 ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. - Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz. U. Nr 164, poz. 1365, z późn.zm.)

Interesujące na tym tle są wyniki badania zrealizowanego na terenie Polski przez Forum 50+ w ramach międzynarodowego projektu *Włączwiek*⁷⁰. Zgodnie z podsumowaniem kilkunastu spotkań zrealizowanych z seniorami i lokalnymi decydentami w kilku miastach Polski zdecydowana większość seniorów⁷¹ chciałaby mieć wpływ na kształtowanie lokalnej polityki społecznej, jednak prawie nikt tego nie robi. Pytani dlaczego tak się dzieje, odpowiedzieli, że nikt ich o to nie poprosił, władze nie są zainteresowane ich zdaniem, czy też nie dotarli do odpowiednich informacji. Oczywiście nie oznacza to, że wystarczy zapytać seniorów, by uzyskać masowy wzrost aktywności społecznej i zbudować społeczeństwo obywatelskie, ale warto się o to postarać i co ważne zrobić to przy pomocy odpowiednich narzędzi, np. opracowanego przez Age Platform i przetłumaczonego na polski specjalnego poradnika (Age Platform 2007). Większość decydentów była też zdania, że w ich gminie przydałoby się specjalne ciało doradcze złożone między innymi z seniorów oraz pozytywnie wypowiadało się o potrzebie słuchania i angażowania w działalność publiczną starszych mieszkańców gminy.

Nieco bardziej szczegółowe pytania zadano we wspomnianym badaniu dla władz Warszawy (Kubicki 2010), wykorzystując do tego indywidualne wywiady pogłębione z ekspertami oraz ankiety dla seniorów oraz liderów organizacji działających na rzecz osób starszych z różnych dzielnic Warszawy (ostatecznie wypełnione przez 273 osoby). Pierwszym pytaniem, jakie postawiono respondentom było to, czy warto powoływać rady seniora. Odpowiedzi badanych można podzielić na trzy podstawowe typy: 1) zdecydowanych przeciwników, którzy stanowili najmniejszą część badanych; 2) umiarkowanych zwolenników, którzy wskazywali dodatkowe warunki, które musiałyby być spełnione, by takie rady miały sens; 3) jednoznacznych zwolenników rad.

Przeciwnicy rad, składający się głównie z ludzi młodszych oraz osób już działających w różnego rodzaju organizacjach argumentowali, że powołanie rady nie wpłynie na podstawowy problem, jakim jest słaby przepływ informacji pomiędzy organizacjami, mieszkańcami a samorządem oraz niewystarczająco efektywne działanie już istniejących instytucji. Dlatego też zamiast tworzyć nowe ciało, należałoby usprawnić te już stworzone,

⁷⁰ Patrz: Przewodnik dialogu obywatelskiego na rzecz integracji społecznej osób starszych http://www.age-platform.eu/images/stories/106_AGE-civil-dialogue-PL-web.pdf oraz strona internetowa całego projektu: <http://www.age-platform.eu/en/action-name-02>

w tym przede wszystkim rozbudować system wymiany informacji, tak by różnego rodzaju instytucje i organizacje wiedziały o sobie nawzajem, jak też – a może nawet przede wszystkim – by informacja o działaniach miasta i trzeciego sektora docierała do osób starszych. Niewielka grupa seniorów i urzędników wątpiła również w możliwość sprawnego funkcjonowania takiej rady złożonej z osób starszych, proponując zamiast niej rozbudowanie konsultacji społecznych z seniorami, by lepiej poznać ich opinię. Natomiast opracowywaniem pomysłów osób starszych i ich ewentualnym wdrażaniem mieliby się zająć urzędnicy miejscy skupieni np. wokół powołanego w tym celu pełnomocnika prezydenta ds. osób starszych.

Umiarkowani zwolennicy rad wyrażali najczęściej niewiarę w możliwości skutecznego działania rady obawiając się przede wszystkim, że będzie to ciało o charakterze „dekoracyjnym”, bez realnego wpływu na decyzje władz miasta czy dzielnicy. Podkreślali też ryzyko uzależnienia politycznego i tego, że w efekcie rada będzie doskonałą wymówką do realizowania polityki partyjnej „w imieniu” osób starszych. Stąd między innymi zdecydowane odrzucenie pomysłu, by ciało takie powołać przy prezydencie miasta przy pomocy rozporządzenia i duży nacisk na konieczność wyboru członków rady bezpośrednio przez seniorów i umiejscowienie rady niejako „na zewnątrz” struktur samorządowych. Co ciekawe, wśród głosów osób starszych można było znaleźć odwrotną opinię, według której brak realnego wpływu na działania władz wynika właśnie ze zbyt dużego „oddalenia” od władz, a członkowie takiej rady seniorów by być skuteczni, powinni bardzo ściśle współpracować z samorządem, uczestnicząc w spotkaniach rady miasta i dzielnicy, konsultując wszystkie projekty dotyczące osób starszych, a w składzie rady seniorów powinno się znaleźć miejsce dla przedstawicieli rady miasta/dzielnicy i prezydenta/burmistrza.

Część badanych zwracała także uwagę, że w imię podniesienia skuteczności działań należałoby znaleźć i zapisać w uchwale, bądź rozporządzeniu powołującym radę, takie rozwiązanie, które wymusza na władzach samorządowych poważne podejście do postulatów rady seniorów, choć nie potrafili dokładnie określić, na czym miałyby ono polegać. Eksperti podkreślali natomiast, że idealna rada powinna być nie tylko konsultantem, ale także partnerem miasta, a co za tym idzie, przejąć część obowiązków i odpowiedzialności, ale tym samym również władzy decyzyjnej. Takim przykładem przejęcia części odpowiedzialności miałyby być dysponowanie niewielką częścią budżetu gminy, np. w ramach konkursów na

małe granty dla organizacji pozarządowych, czy współdecydować o wydatkowaniu środków na politykę senioralną w ramach tzw. budżetu partycypacyjnego.

Grupa zdecydowanych zwolenników powołania rady seniorów swoją postawę argumentowała przede wszystkim tym, że każda inicjatywa na rzecz osób starszych zmierzająca do podniesienia aktywności społecznej seniorów i poprawienia jakości życia jest cenna i nawet, jeśli nie będzie funkcjonować idealnie, to i tak warto ją zrealizować.

Kolejnym kluczowym punktem rozważań było wskazanie na obszar terytorialny działania rady seniorów oraz tryb jej powołania. Wstępne dyskusje wskazały na występowanie trzech modelowych rozwiązań:

- (1) powołania rady jedynie na poziomie miasta,
- (2) powołanie jedynie rad dzielnicowych, bądź
- (3) jednoczesne powołanie rad dzielnicowych i miejskich.

Władze samorządowe mogły natomiast pełnić rolę inicjatora i głównego organizatora, bądź też jedynie ciała wspierającego osoby starsze.

Największe grono zwolenników zyskała propozycja powołania jedynie rad dzielnicowych, znaczną grupę stanowili także respondenci wybierający opcję powołania zarówno rad dzielnicowych, jak i miejskiej składającej się z przedstawicieli poszczególnych dzielnic. Zdecydowanie najmniejsze poparcie zdobyło powołanie rady jedynie na poziomie miasta. Niewielką grupą, głównie najstarszych seniorów stanowili zwolennicy centralnego planowania, zakładający że miasto powinno pełnić główną rolę sprawczą przy powoływaniu rad, jak też nadzorować ich funkcjonowanie. Pomysł ten spotkał się ze zdecydowaną krytyką grupy składającej się przede wszystkim z osób młodszych i liderów organizacji pozarządowych, którzy to zaproponowali całkowicie odmienne rozwiązanie. Zakładali oni oddanie pełnej inicjatywy osobom starszym i organizacjom pozarządowym, które powinny same chcieć powołania takich rad i się zorganizować, korzystając jedynie z niewielkiego wsparcia urzędników. W ich mniemaniu rady takie powinny powstać maksymalnie blisko mieszkańców, czyli przede wszystkim na poziomie dzielnic. Bowiem jedynie inicjatywy oddolne dają nadzieję na sprawne działanie rady oraz osobiste zaangażowanie samych osób starszych. Część z badanych postulowała też przeprowadzenie pilotażu w wybranych dzielnicach, by móc zweryfikować w praktyce sam pomysł istnienia rad seniorów, jak i konkretne rozwiązania dotyczące ich funkcjonowania.

Rozmówcy zapytani o wybór pomiędzy uchwałą rady miasta/dzielnicy a powołaniem rady rozporządzeniem prezydenta/burmistrza, zdecydowanie wskazali to pierwsze rozwiązanie. Eksperti podkreślili również, że dyskusja na radzie pomiędzy ugrupowaniem rządzącym a opozycją choć ryzykowna pozwoliłaby na wypracowanie wspólnego stanowiska i ułatwiłaby współpracę pomiędzy radą seniorów a radą miasta/dzielnicy w przyszłości. O tym, że powołanie takiej rady może podlegać grze politycznej, świadczy między innymi przypadek Wrocławia, gdzie początkowa inicjatywa powołania takiej rady w drodze uchwały opozycyjnej Platformy Obywatelskiej została storpedowana w trakcie debaty, a rada seniorów została ostatecznie powołana rozporządzeniem prezydenta miasta⁷².

Jeden z obszarów dyskusji, który wzbudził najwięcej kontrowersji, dotyczył kryteriów wyboru członków rady seniorów. Respondenci podzielili się na trzy zbliżone do siebie grupy. Pierwsza z nich proponowała nie wprowadzać żadnych limitów poza obowiązkiem działalności na rzecz osób starszych. Część seniorów opowiedziała się za wprowadzeniem granicy wieku na poziomie 50 lat i więcej. Istniała także grupa respondentów, która proponowała ustalić przedział wiekowy nieco wyżej na granicy 60 lat. Kilka osób chciało nawet podwyższenie wieku do 70 lat, a kilka zamiast wprowadzać dolny limit sugerowało wprowadzenie granicy maksymalnej na poziomie 70 bądź 80 lat, chcąc wykluczyć z rady najstarszych seniorów.

Eksperti i specjaliści proponowali ustalenie granicy na wieku 60 lat, ewentualnie ze względu na niewielką aktywność zawodową starszych Polaków, w tym w szczególności kobiet, które często przechodzą na emeryturę we wcześniejszym okresie obniżyć ją do pięćdziesiątego roku życia. Dodatkowym argumentem za ewentualnym obniżeniem wieku jest niewielka aktywność społeczna seniorów, jak też zły stan zdrowia części z nich. Stąd obniżenie granicy do 50-tego roku życia w istotny sposób zwiększa liczbę potencjalnych radnych. Przedział wiekowy powyżej 70-tego roku życia uznano w warunkach polskich za nierealny, a wprowadzenie wieku maksymalnego za niezgodny z ideą rad i dyskryminujący.

Badani zapytani o to, czy członkami rady powinni być jedynie przedstawiciele grup seniorów, czy też dopuścić do uczestnictwa w pracach rady osoby rekomendowane przez radę miasta/dzielnicy (ew. samych radnych) i prezydenta/burmistrza w przeważającej większości opowiedzieli się za radą złożoną i wybieraną przez samych seniorów. Przy czym część

⁷² Patrz projekt PO http://www.dolnoslaski.platforma.org/files/files/1/33861/Wroclawska_Rada_Seniorow_2009.doc (dostęp 22.10.2012).

badanych proponowała zachowanie rozwiązań istniejących w komisjach dialogu społecznego, czyli wybór członków spośród przedstawicieli organizacji pozarządowych, a część proponowała także dopuszczenie możliwości uczestnictwa w radzie poszczególnych jednostek, jak też przedstawicieli seniorów z klubów seniora, domów pomocy społecznej czy dziennych domów pomocy społecznej. W przypadku ograniczenia się do reprezentantów organizacji obowiązującą zasadą był jeden przedstawiciel danej organizacji. Nierozstrzygniętym problemem pozostał wybór osób nie będących reprezentantami konkretnych stowarzyszeń. Pewnym rozwiązaniem mogłaby być formuła zebrań wyborczych, gdzie wybierano by w głosowaniu członków rady, jednak wydaje się, że szczegóły powinny być ustalane lokalnie w chwili tworzenia się danej rady.

Całkiem spora grupa badanych wskazała jednak, że preferowanym rozwiązaniem byłoby powołanie ciał kolegialnych. O korzyściach płynących z posiadania w ramach rady przedstawicieli samorządu mówili także eksperci oraz badani z Gdańska i Poznania. Poza lepszą współpracą chodziło przede wszystkim o codzienny dostęp do rady i przepływ informacji, bowiem urzędnik będący członkiem rady jest uchwytany pod mailem i telefonem każdego dnia, gdy społeczni członkowie będący przedstawicielami organizacji seniorskich i seniorów mogą nie być dostępni pomiędzy zebraniem, czy dyżurami. Urzędnicy samorządowi znają też procedury obowiązujące w urzędzie i lepiej znają jego strukturę, co jest przydatne w praktyce. Stąd postulowany mieszany skład rady seniorów, w którym to reprezentanci seniorów mają liczebną przewagę. Przy czym, by zminimalizować obawy oraz opór osób starszych, wybór członków rady seniorów przez przedstawicieli samorządu powinny regulować jasne kryteria, a wybrani powinni specjalizować się w tematyce osób starszych. W oparciu o doświadczenia praktyczne respondenci z Gdańska zaproponowali, by przewodniczącym takiej rady uczynić przedstawiciela seniorów, natomiast sekretarzem członka wybranego przez samorząd lokalny.

Jeśli chodzi o liczebność rady seniorów większość badanych była jednomyślna i proponowała ustalenie składu na poziomie kilkunastu osób, przy czym dokładna liczebność zależałaby od lokalnej specyfiki. Przykładem może być tutaj rada Poznania, w której skład wchodzi dziewięciu seniorów wybranych przez przedstawicieli organizacji pozarządowych, które działają na rzecz środowiska osób starszych, rad osiedli i klubów seniora, trzech przedstawicieli Rady Miasta oraz trzech przedstawicieli Prezydenta Miasta Poznania. Jedynie

kilka osób proponowało, by taka rada składała się z kilku osób i miała przede wszystkim charakter ekspercki, część badanych sugerowała również by liczyła ona 20-30 osób.

Eksperti, jak i część seniorów w trakcie dyskusji zaproponowało ustalenie dodatkowych - poza wiekiem kryteriów - formalnych niezbędnych do tego, by zostać kandydatem, a później członkiem rady seniorów. Przede wszystkim podkreślano konieczność posiadania wiedzy na temat problemów osób starszych oraz doświadczenia pracy na rzecz seniorów, także w ramach działalności niesformalizowanej, tak by do rady nie trafiały osoby przypadkowe, kompletnie nie znające się na temacie. Sensownym rozwiązaniem wydaje się również krótkie szkolenie wprowadzające członków rady w specyfikę funkcjonowania samorządu terytorialnego, podstawowe regulacje prawne na temat trzeciego sektora, ale też zasady animacji działań lokalnych i pracy w grupie.

Zgodnie z opinią badanych rada seniorów powinna być ciałem o charakterze opiniująco-doradczym, do którego poszczególne jednostki samorządowe obowiązkowo przekazują do konsultacji projekty dotyczące osób starszych i które ma prawo do zgłaszania wniosków i własnych inicjatyw. Niektórzy jednak postulowali, by rada seniorów mogła nie tylko opiniować pewne pomysły, ale też podejmować samodzielnie decyzje. Takie przekazanie uprawnień służyłoby budowie partnerstwa i skuteczniejszej aktywizacji osób starszych.

Wszyscy rozmówcy podkreślali, że bardzo istotnym warunkiem sprawnego funkcjonowania rady jest jej pełna przejrzystość oraz rozbudowana działalność informacyjna i regularny kontakt ze starszymi mieszkańcami Warszawy. Słaba wymiana informacji pomiędzy miastem, trzecim sektorem i mieszkańcami i to pomimo istnienia miejskich Komisji Dialogu Społecznego ds. Osób Starszych i Kombatantów oraz ds. Uniwersytetów Trzeciego Wieku jest zresztą bolączką Warszawy, problem ten był kilkakrotnie zgłaszany w trakcie zorganizowanej przez IPiSS miejskiej debaty.

Badani nie byli zgodni co do częstotliwości spotkań rady, część z nich postulowała obowiązkowe spotkania minimum raz w miesiącu, gdy niektórzy szacowali, że wystarczającym okresem będzie jedno spotkanie minimum raz na kwartał. Wydaje się jednak, że dla sprawnego funkcjonowania rady spotkania te powinny odbywać się w trybie miesięcznym, gdyż dłuższe przerwy uniemożliwiają w zasadzie jakąkolwiek szybką reakcję na aktualne problemy. Dodatkowo rada powinna wyznaczyć dyżury swoich przedstawicieli, na których zajmowaliby się sprawami bieżącymi i spotykali z mieszkańcami.

Eksperci pytani o możliwości zaangażowania większej liczby mieszkańców w działalność rady zaproponowali, by poza normalnym członkostwem w radzie istniała opcja bycia jej sympatykiem/członkiem wspierającym, współpracującym przy realizacji jej zadań. Przykładem takiego rozwiązania jest rada seniorów Devonu w Wielkiej Brytanii⁷³, która udostępnia na swoich stronach internetowych specjalny formularz członkowski, który można też wydrukować i wysłać normalną pocztą. Poza danymi kontaktowymi, w tym telefonem i mailem każda z osób zaznacza, w jakim zakresie chciałaby być zaangażowana w działalność rady. Taka baza danych, z wyraźnym podziałem komu i jakie informacje należy dostarczyć i na jaką pomoc można liczyć mogłaby być istotnym ułatwieniem dla rady, jak i wszelkich lokalnych działań skierowanych do osób starszych.

O tym, że pomysł otwarcia się na sympatyków rady może zakończyć się dużym sukcesem mogą świadczyć wyniki zrealizowanej na potrzeby projektu ankiety, w której to dwóch na pięciu seniorów wyraziło chęć aktywnego udziału w radzie. Warto podkreślić, że prawie połowa z nich nie należy obecnie do żadnej organizacji pozarządowej. Być może, na co pośrednio wskazują wyniki projektu *Włączwielk*, wystarczy poprosić o pomoc i jednocześnie dowartościować takie osoby, by metodą „małych kroków” stopniowo zaczęły się angażować i integrować społecznie. Pomimo generalnie przychylnych opinii, jak i relatywnie niewygórowanych warunków koniecznych do powstania rad seniorów, bądź też bardziej nieformalnych ciał angażujących osoby starsze w proces zarządzania gminą, w polskiej praktyce jest to stosunkowo rzadkie rozwiązanie.

Tabela 8.1. Schemat powstawania rad seniorów

1	Inicjatywa zgłoszona przez grupę seniorów/organizacji seniorskich władzom lokalnym
2	Pozytywna reakcja władz i chęć współdziałania w celu powołania rad seniorów
3	Wspólna organizacja spotkań z mieszkańcami na temat zasad powoływania i funkcjonowania rad
4	Powołanie rady ds. osób starszych złożonej z przedstawicieli organizacji seniorskich, lokalnych liderów oraz przedstawicieli władz powyżej 50/60 roku życia
5	Wybór przewodniczącego, podział funkcji i ustalenie regulaminu
6	Powstanie strony internetowej i kanałów komunikacji

⁷³ Patrz strona <http://www.seniorcouncildevon.org.uk> (dostęp 22.10.2012)

7	Ustalenie programu działania na najbliższy okres w porozumieniu z mieszkańcami
8	Ustalenie zasad współpracy na poziomie miasta
9	Bieżąca działalność rady, w tym budowa bazy danych sympatyków/członków wspierających
10	Okresowa ewaluacja dokonań i konsultacje społeczne
11	Przygotowanie kolejnych wyborów do rady i ewentualnych rekomendacji dotyczących zmian jej funkcjonowania w następnej kadencji

Źródło: opracowanie własne

Wydaje się, że jest to spowodowane z jednej strony fasadowością partycypacji publicznej w wielu polskich samorządach (Olech 2012), a z drugiej brakiem nacisków samych potencjalnie zainteresowanych seniorów. Ta druga kwestia jest przy tym pochodną pierwszej, bo bez dobrych przykładów i pokazania przez władze, że wsłuchują się w głos mieszkańców trudno o motywację.

8.5. WYBRANE PRZYKŁADY DZIAŁAŃ

Gmina Zawichost nie jest może dobrym przykładem działań, bo na razie jest to jedynie medialny projekt, ale została wymieniona jako pierwsza ze względu na unikalność swojego pomysłu. Jest to prawdopodobnie jedyna gmina w Polsce, która za podstawę swojego rozwoju uznała bycie gminą przyjazną dla mieszkańców, a w szczególności osób starszych. Zgodnie ze strategią rozwoju na lata 2012-2020⁷⁴ gminna misja zawiera się w zdaniu: *Gmina Zawichost, jako Arkadia dobrego życia, stwarza warunki do aktywizacji osób trzeciego wieku i niepełnosprawnych, jest przyjazną i dostępną dla tych wszystkich, którzy po osiągnięciu stabilizacji życiowej lub zawodowej marzą o życiu w czystym, bezpiecznym i spokojnym miejscu.* Obecnie za wcześnie ocenić, na ile plany te uda się zrealizować.

Odrębną kategorią są działania dużych miast na rzecz koordynacji polityki lokalnej w ramach wydzielonych specjalistycznych podmiotów. Takim przykładem jest cytowane Centrum Usług

⁷⁴ Do pobrania ze strony: <http://www.zawichost.pl/index.php?id=309> Patrz też artykuł w Gazecie Wyborczej: pt. Zawichost stawia na emerytów http://wyborcza.pl/1,75478,12336602,Zawichost_stawia_na_emerytow.html (dostęp 22.10.2012)

Senioralnych z Poznania, podobną rolę pełni Wrocławskie Centrum Seniora⁷⁵. Do grona miast posiadających tego typu centrum chce dołączyć też Warszawa, w której w trakcie realizacji jest projekt dotyczący powstania w Warszawie lokalnego centrum seniorów. Warto podkreślić, że zgodnie z założeniami centrum powinno także skupiać lokalnych liderów i organizacje pozarządowe oraz być miejscem międzypokoleniowych spotkań. Tym samym centrum takie może być – w założeniu – koordynatorem polityki na rzecz miasta przyjaznego ludziom w każdym wieku.

Wiele miast w Polsce realizuje także konkursy na rzecz miejsc przyjaznych seniorom. Tak robi zarówno wspomniane wcześniej Poznań i Wrocław, ale też Kraków⁷⁶ czy Lublin⁷⁷. Wszędzie są to inicjatywy w miarę nowe, zorganizowane w ostatnich latach i można się spodziewać, że liczba gmin ogłaszających podobne konkursy będzie z każdym rokiem rosła. Warto też podkreślić relatywnie dużą liczbę bibliotek, które biorą udział w takich konkursach. Podobnie zresztą działania na rzecz seniorów były jedną z głównych propozycji zgłaszanych w konkursie rozwoju bibliotek organizowanym przez Fundację Rozwoju Społeczeństwa Informacyjnego⁷⁸. Również we własnych badaniach terenowych realizowanych na terenie Wielkopolski w latach 2003-2004 oraz w Warszawie 2009-2012 biblioteki były wskazywane jako potencjalne centra aktywności osób starszych, choć ostatnio (szczególnie w dużych miastach) ich rolę zaczęły przejmować stowarzyszenia uniwersytetów trzeciego wieku.

Można też znaleźć w Polsce przykłady budowy mieszkań bez barier, gdzie odbiorcami poza niesamodzielnymi osobami starszymi są też osoby z różnego rodzaju niepełnosprawnościami - wzorcowym przykładem jest Stargard Szczeciński⁷⁹ oraz małej architektury, np. specjalnych placów zabaw⁸⁰. Warto też wyróżnić dokonania Krakowa w zakresie dostępności, co znalazło także uznanie w konkursie Komisji Europejskiej, która przyznała Krakowowi wyróżnienie

⁷⁵ Patrz strona: <http://www.seniorzy.wroclaw.pl/> (dostęp 22.10.2012)

⁷⁶ Patrz serwis Kraków dla seniora: <http://www.dlaseniora.krakow.pl/> (dostęp 22.10.2012)

⁷⁷ Patrz wyniki konkursu: <http://um.lublin.eu/um/index.php?t=200&id=174886> (dostęp 22.10.2012)

⁷⁸ Patrz strona projektu: <http://www.biblioteki.org/> (dostęp 22.10.2012)

⁷⁹ Patrz program TBS: <http://tbs.stargard.pl/programy/1%20bez%20barier/1%20opis%20programu%20bez%20barier.pdf> (dostęp 22.10.2012)

⁸⁰ Patrz info z Poznania: http://poznan.gazeta.pl/poznan/1,36037,8371314,W_Poznaniu_pierwsze_place_zabaw_dla_seniorow.html oraz artykuł mówiący o ich utworzeniu w Częstochowie: <http://www.dziennikzachodni.pl/artykul/550643,w-czestochowie-powstana-place-zabaw-dla-seniorow,id,t.html?cookie=1> oraz ofertę firmy sprzedającej tego typu urządzenia <http://silowniezewnetrzne.pl/>, która chwali się w swojej ofercie, że *bazuje na idei, iż każdy, bez względu na wiek i zamożność powinien mieć możliwość prowadzenia aktywnego trybu życia (...)* *Zewnętrzna siłownia outdoor fitness na świeżym powietrzu to także ścieżka zdrowia, również dla seniorów po 50 -tce* (dostęp 22.10.2012)

w ramach *Access City Award* za podejmowanie wysiłków mających na celu zwiększenie dostępności przestrzeni publicznej w bardzo trudnym otoczeniu, charakteryzującym się niedostępną infrastrukturą, oraz za szczególną uwagę przywiązywaną do udostępniania zabytków⁸¹.

Oddzielną kategorią działań jest wykorzystywanie potencjału organizacji pozarządowych, czego najlepszym przykładem jest zakładanie na terenie całego kraju uniwersytetów trzeciego wieku. Słabością UTW, których jest obecnie w Polsce około czterystu, jest relatywnie niewielka działalność na rzecz społeczności lokalnej i kierowanie całości, bądź zdecydowanej większości energii na wspieranie swoich członków⁸². Stąd UTW jest dobrym narzędziem do skupiania najaktywniejszych i najlepiej wykształconych seniorów, natomiast rzadko kiedy ma przełożenie na kreowanie lokalnej polityki społecznej. Słabość tę dostrzegają również liderzy organizacji działających na rzecz osób starszych, stąd np. pomysł na warsztaty Uniwersytety *Trzeciego Wieku dla społeczności lokalnych*⁸³, który odbył się na przełomie listopada i grudnia 2012 r. pod Warszawą.

Wzorcowym przykładem działań międzypokoleniowych, który może i powinien być naśladowany przez samorządy lokalne jest projekt „Seniorzy w akcji” organizowany przez Towarzystwo Inicjatyw Twórczych „e” (www.seniorzyw akcji.pl), w ramach którego wspierane są małymi grantami międzypokoleniowe inicjatywy lokalne.

8.6. UWARUNKOWANIA AKTYWNOŚCI – PERSPEKTYWA OSÓB STARSZYCH

Przedstawione we wcześniejszych rozdziałach rozważania, choć też często oparte na wiedzy uzyskanej bezpośrednio od osób starszych, mówią raczej o tym, jak być powinno. Uzyskane wyniki bardzo wyraźnie wskazują na czynniki mające wpływ na życie codzienne osób starszych, jak i na pewne ograniczone postrzeganie tejże problematyki przez polskie samorządy, ale w mniejszym stopniu odnoszą się do tego, jak jest i jak patrzą na ten problem seniorzy w Polsce. Dlatego też, zgodnie z często stosowaną w badaniach jakościowych zasadą triangulacji (Konecki 2000, 85-86), czy też inaczej rzecz ujmując wielość źródeł

⁸¹ Patrz strona: http://ec.europa.eu/polska/news/111201_access_city_pl.htm (dostęp 22.10.2012)

⁸² Patrz wyniki projektu Zoom na UTW: <http://zoomnautw.pl/>

⁸³ Patrz ogłoszenie: <http://www.utw.pl/index.php?id=4&news=406>

danych i perspektyw, ostatnia część opracowania poświęcona jest opinii tych, dla których w teorii gminy mają być bardziej przyjazne.

Przyjęto, że punktem wyjścia do rozważań będą opinie osób w istotny sposób zagrożonych wykluczeniem społecznym jak i potrzebujących wsparcia ze strony instytucji publicznych, tzn. samotnych osób starszych. Ze względu na trudność w dotarciu do tego typu respondentów, którzy nie ufają osobom „z zewnątrz” postanowiono skorzystać z pośrednictwa Stowarzyszenia „mali bracia Ubogich”. Taki dobór badanych w założeniu powinien pozwolić wskazać kwestie o znaczeniu podstawowym, z jakimi styka się każdy senior. Punkt odniesienia do uzyskanych wyników stanowiły rezultaty wcześniejszych badań, zrealizowanych na zróżnicowanej grupie seniorów w 2009 r. i bazujące zarówno na analizie treści wypowiedzi internetowych i wywiadach indywidualnych z trzema typami osób starszych: osobami samotnymi (podobnie jak w obecnym badaniu), osobami korzystającymi z jednego z warszawskich domów dziennego pobytu na Ursynowie, bądź domu pomocy społecznej na Woli oraz aktywnymi – społecznie lub zawodowo – osobami starszymi. O skomentowanie wyników z obu badań poproszono natomiast wybranych w sposób celowy liderów organizacji pozarządowych działających na rzecz osób starszych. Dużym ograniczeniem przyjętej perspektywy jest poznanie opinii seniorów „miejskich”, stąd mowa raczej o mieście przyjaznym, a nie przyjaznej gminie.

Podstawę do dokonywania analiz stanowiła krótka, jednostronicowa ankieta. Składała się ona tylko z dwóch pytań, w których poproszono o zdefiniowanie terminu miasto przyjazne seniorom, jak i wskazanie działań, które powinny być zrealizowane, by dane miasto było bardziej przyjazne. W praktyce badani często traktowali te pytania, jako jedną całość i pisali przede wszystkim o tym, co im w danym mieście najbardziej przeszkadza oraz o swoich pragnieniach i oczekiwaniach. Uzupełnienie stanowiła krótka metryczka z pytaniami o płeć, wiek, miejsce zamieszkania oraz subiektywną ocenę stopnia samodzielności. Odpowiedzi na ten ostatni punkt, były zgodnie z uwagami wolontariuszy ze stowarzyszenia nie do końca miarodajne, ponieważ wiele osób, które miały widoczne kłopoty z codziennym funkcjonowaniem oceniały siebie jako w pełni sprawne, ponieważ grupę odniesienia stanowił dla nich nie ogół populacji, ale seniorzy w podobnym wieku.

Choć w założeniu była ona skierowana zarówno do kobiet, jak i mężczyzn, to ze względu na specyfikę funkcjonowania organizacji – koncentrację na osobach samotnych, z których

większość ze względów demograficznych (mężczyźni żyją relatywnie krócej) stanowią kobiety – nie uzyskano żadnej wypowiedzi od osoby płci męskiej. W okresie lipiec-sierpień 2012 r. ankietę rozdawaną przez wolontariuszy Stowarzyszenia wypełniło trzydzieści siedem kobiet, w większości w wieku powyżej 75 lat, z trzech miast, w których znajdują się siedziby stowarzyszenia: Warszawy, Poznania i Lublina.

Należy podkreślić, że uzyskane wyniki w żaden sposób nie mogą być uogólniane na całą populację, a raczej są wskazaniem pewnego kierunku myślenia pewnej grupy osób starszych, jaką są samotne kobiety. Jednocześnie grupa ta, ze względów demograficzno-społecznych powinna w najbliższych latach rosnąć, są to też z całą pewnością seniorki żywotnie zainteresowane funkcjonowaniem usług publicznych i polityką lokalną wobec osób starszych, bowiem w życiu codziennym nie mogą liczyć na pomoc swojej rodziny, a ich dochody zazwyczaj nie pozwalają na zakupienie odpowiednich dóbr i usług na zasadach komercyjnych.

Jedną z pełniejszych definicji tego, czym jest miasto przyjazne jest zdanie zaproponowane przez jedną z mieszkanki Warszawy: *Miasto życzliwe dla seniorów, bez barier architektonicznych, w którym emeryt może uczestniczyć w najróżniejszych zajęciach, gdzie może rozwijać swoje zdolności, zamiłowania, dbać o kondycję, miasto w którym czuje się bezpiecznie* (K, 66-75 lat). W zdaniu tym podkreślono zarówno brak barier architektonicznych – kwestię najczęściej poruszaną w ankietach, życzliwy stosunek do osób starszych, ale też możliwość samorealizacji i potrzebę poczucia bezpieczeństwa. Miasto przyjazne jest to również miasto, które wspiera seniorów i im pomaga, natomiast kwestią wtórną jest tutaj to, czy seniorzy coś dają miastu. Nie oznacza to oczywiście, że seniorzy są głównie „biorcami”, bo też nie tak było sformułowane pytanie. Jednak z całą pewnością samorząd przyjazny w opinii badanych to bardziej taki, który dba o jakość życia osób starszych i oferuje szeroki zakres wsparcia. Wracając do głównego motywu przewijającego się w wypowiedziach widać wyraźnie, że poruszanie się po mieście, także osób deklarujących, że są sprawne rzutuje w istotny sposób na wizerunek miasta i jest jedną z pierwszych rzeczy wskazywanych w wypowiedzi, a w skrajnej wersji jedyną, która decyduje o tym, czy miasto uważane jest za przyjazne: *Komunikacja niskopodłogowa darmowa, bez reklam w oknach, ogłoszenia dużym wyraźnym drukiem, numery podświetlane, a nie błyszczące w słońcu, chodniki gładkie, ławki na każdej ulicy.* (K, 76+, Poznań). Niektórzy badani zwracali też uwagę na to, by wiaty

przystankowe dawały cię, a ławki pozwalały na wstanie, jak i na czystość przestrzeni miejskiej. Tak duży nacisk na tę problematykę wskazuje jednocześnie jeden z potencjalnych priorytetów dla władz lokalnych. Warto podkreślić, że choć kupno odpowiedniego taboru, czy wyrównanie dróg i położenie chodnika mogą być dosyć kosztowne, to mieszkańcy docenią też drobne udogodnienia związane z tzw. małą architekturą – ławkami, kosztami na śmieci, zapewnieniem cienia, itp. Uzupełnieniem dla tematyki związanej z barierami architektonicznymi jest rzadko pojawiający się, ale istotny problem mieszkań dostępnych, które byłyby jednocześnie tanie w utrzymaniu.

Jednym z częściej poruszanych tematów jest dostęp do służby zdrowia, czy też szerzej usług opiekuńczo-zdrowotnych. Bowiem dla wielu seniorów jednym z kluczowych problemów dnia codziennego jest uzyskanie należytej im prawnie pomocy. Stąd wypowiedzi o wstawaniu o piątej rano, by zdobyć numerek do lekarza, czekaniu miesiącami na wizytę u specjalisty, ale też brak pomocy w prostych pracach fizycznych czy zakupach. Uzupełnieniem tematyki usług na rzecz osób starszych jest wspomniana w kilku wypowiedziach konieczność zapewnienia seniorom relatywnie tanich posiłków. Jest to specyfika samotnie gospodarujących osób starszych, które często zamiast przygotowywać posiłek tylko dla siebie wolałyby zjeść go na mieście. Dodatkowo wiele osób starszych z ograniczoną samodzielnością ma problemy z przyniesieniem codziennych zakupów, niezbędnych do przyrządzenia posiłku. Jako ciekawostkę można wspomnieć, że w wielu domach dziennego pobytu dla osób starszych jednym z głównych powodów regularnego uczestnictwa wymienianym przez seniorów, obok kontaktów z innymi ludźmi jest właśnie ciepły posiłek.

Jednocześnie relatywnie dużo wypowiedzi przełamuje tradycyjny wizerunek biernego seniora i dotyczy aktywności kulturalnej, w tym przede wszystkim braku środków finansowych na regularne chodzenie do kina, czy teatru, ale też wycieczek czy możliwości wypożyczenia z biblioteki ciekawych nowości, jak i chęci udziału w różnego rodzaju imprezach i spotkaniach. Seniorzy mają też świadomość istotnej roli organizacji pozarządowych, stąd deklaracje o konieczności wspierania ich działań.

Można zatem powiedzieć, że choć podstawowe bariery dotyczyły kwestii „twardych”, związanych z infrastrukturą, to relatywnie często wskazywano także na zagadnienia „miękkie” związane z uczestnictwem w kulturze, podejściem do starości i osób starszych, czy integracją międzypokoleniową.

8.7. MIEJSCA I MIASTA PRZYJAZNE OSOBOM STARSZYM – WYNIKI BADAŃ Z 2009 R.

Pomimo braku reprezentatywności tegoroczne wypowiedzi są zbieżne z wynikami badań zrealizowanych w ramach projektu „Bądź blisko” w pierwszej połowie 2009 roku na zlecenie Fundacji „Ja Kobieta” i Forum 50+ Seniorzy XXI wieku, gdzie rozmówcami były podobnie, jak w obecnym badaniu przede wszystkim samotne osoby starsze (Kubicki, Olcoń-Kubicka 2010), jak i projektu realizowanego na zlecenie M. St. Warszawy również w 2009, a poświęconego poznaniu opinii osób starszych o stolicy (Błędowski, Kubicki 2009), w którym do analizy poza materiałami pochodzącymi z wywiadów indywidualnych wykorzystano wypowiedzi internautów, zebrane z trzech wątków zamieszczonych na internetowych forach Senior.pl i Gazeta.pl na przełomie czerwca i lipca 2009. W każdym z wątków pytanie rozpoczynające dyskusję dotyczyło tego, co oznacza dla badanych „Warszawa przyjazna seniorom”. Należy podkreślić, że odpowiedzi udzielane przez rozmówców w sieci są raczej głosem bardziej aktywnych i wielkomiejskich seniorów, o nieco wyższym niż przeciętne wykształceniu. W wypowiedziach dominowały problemy związane z:

- niewystarczającymi emeryturami osób starszych, a tym samym brakiem pieniędzy na realizację własnych potrzeb i zachcianek;
- służbą zdrowia, w tym przede wszystkim długim czasem oczekiwania na wizytę u specjalisty;
- barierami architektonicznymi utrudniającymi wyjście z domu i poruszanie się po mieście – strome schody, brak podjazdów i wind. Z usuwaniem barier wiąże się też istnienie biur wspomagających zamianę mieszkań na takie, które mieszczą się na parterze.

Użytkownicy forum wskazywali także na problemy z bezpieczeństwem osób starszych, zwłaszcza po zmroku, niewystarczającą liczbę niskopodłogowych autobusów, brak publicznych (czystych) toalet, brak zielonego światła palącego się na tyle długo, by osoba starsza przeszła na drugą stronę ulicy, brak ławek na ulicach, co utrudnia codzienne poruszanie się po mieście. Problemem warszawskim była też częsta zmiana tras linii

autobusowych i tramwajowych, co jest szczególnie uciążliwe dla osób starszych, które z powodu małej czcionki wydruku nie są w stanie odczytać informacji zawieszanych na przystankach, jak i wolniej przyzwyczajają się do nowego rozkładu jazdy.

Seniorzy pisali również o potrzebie stworzenia miejsc przyjaznych seniorom, w których osoby starsze byłyby mile widzianymi gośćmi, najlepiej korzystającymi z pewnych przywilejów w postaci zniżek w cenie kawy czy ciastka (w kawiarniach), biletu wstępu (kina, teatry, muzea, pływalnie), czy usługi (fryzjer, pralnia). Jednak zniżki te powinny mieć stały, a nie czasowy i promocyjny charakter, tak by senior nie był zaskakiwany brakiem zniżki, gdy zdecyduje się odwiedzić lokal. Ulgi te nie powinny też zależeć od dochodów, jak i spełniania dodatkowych kryteriów, a jedynie od wieku.

Kolejnym aspektem, który przewijał się już w trakcie dyskusji o miejscach przyjaznych seniorom, była kwestia godnego traktowania osób starszych i negatywnych stereotypów związanych ze starością, które powinny być w miarę możliwości zwalczane. Jednym z proponowanych sposobów była w tym przypadku poprawa relacji międzypokoleniowych pomiędzy starszymi a młodszymi, choćby poprzez rozmaite formy wolontariatu. Jako głównego sojusznika w realizacji tego typu działań badani wskazywali organizacje pozarządowe, choć w wypowiedziach podkreślano, że jest to obowiązek urzędników miejskich i państwowych, więc w opinii badanych pytanie o ewentualnych sojuszników wydaje się niewłaściwe, bo to tak jakby ktoś miał wyręczyć państwo i miasto z wypełniania ich obowiązków.

W dyskusji wyróżniły się przy tym dwie główne grupy osób. Osoby w wieku 50-60 lat, które były aktywne zawodowo sprzeciwiały się określaniu ich jako seniorów, jak i „gettoizacji” osób starszych i tworzenia jakichś wydzielonych miejsc tylko dla nich. Osoby te podkreślały raczej rolę zapewnienia odpowiednich dochodów dla seniorów, które pozwolą na godne życie. Tymczasem niektórzy, zwłaszcza starsi seniorzy widzieli potrzebę działań nakierowanych tylko na osoby starsze, np. UTW czy kluby seniora, choć z podkreśleniem, że nie może to być jedyna działalność na rzecz tej grupy wieku.

Wielu wypowiedzających się podkreślało także niewiarę w możliwość realizacji projektu przez administrację samorządową Warszawy, jak i obawę, że dokument ten zostanie tuż po napisaniu odłożony na półkę, jako kolejna słuszna, ale niezrealizowana inicjatywa. Świadczy to o dużym rozgoryczeniu osób starszych, jak i braku zaufania do polityki i polityków, co jest cechą typową dla całego polskiego społeczeństwa.

W przypadku realizowanych w projekcie wywiadów indywidualnych czynnikiem, który całkowicie zmieniał optykę patrzenia na problematykę osób starszych było wykonywanie pracy zawodowej. Osoby pracujące na pełen etat koncentrowały się na swojej pracy, nie myśląc o swojej starości i emeryturze, chyba że w kontekście zakończenia aktywności zawodowej, bądź zetknięcia się ze zjawiskiem dyskryminacji ze względu na wiek. Warto też podkreślić, że wszystkie zrealizowane z osobami aktywnymi wywiady indywidualne były przeprowadzone z osobami będącymi w pełni samodzielnyymi życiowo, o relatywnie dobrym stanie zdrowia, jak i lepszej od średniej sytuacji ekonomicznej.

Grupę mniej aktywnych, czy też w przypadku niektórych rozmówców wręcz biernych osób starszych stanowiły osoby korzystające z dziennego domu pobytu, domu pomocy społecznej (DPS) oraz seniorzy mieszkający samotnie we własnym mieszkaniu. Podobnie, jak w przypadku wypowiedzi na forum internetowym, dominowały tu kwestie związane ze zbyt niskimi, w opinii respondentów, środkami finansowymi pozostającymi do dyspozycji, które nie pozwalają na godne życie, a niekiedy nawet na opłacenie wszystkich wydatków związanych z zaspokojeniem podstawowych potrzeb i zakupem lekarstw. Dużo negatywnych komentarzy wzbudziło też funkcjonowanie służby zdrowia, a w szczególności długi czas oczekiwania na wizytę u specjalisty. Trzecim najczęściej powtarzającym się wątkiem był problem barier architektonicznych i komunikacyjnych utrudniających poruszanie się po mieście. Ta triada wydaje się wyznaczać podstawę piramidy potrzeb osób starszych.

Co istotne, w przeciwieństwie do grupy aktywnych seniorów żadna z osób odwiedzających dom pomocy społecznej i dom dziennego pobytu nie mówiła o takich formach aktywności osób starszych, jak uniwersytety trzeciego wieku, nie wskazywała także na konieczność stworzenia miejsc przyjaznych seniorom, czy też ulg w biletach do kin czy teatrów, ani aktywności zawodowej. Można więc powiedzieć, że są to dwa, tylko częściowo zachodzące na siebie światy osób starszych, czy też bardziej precyzyjnie pewne kontinuum, którego jeden z brzegów stanowią te osoby starsze, które wszelkie wsparcie seniorów uważają za dyskryminację i zamykanie seniorów w gettach. Jednocześnie osoby te same nie uważają się za seniorów, a ich tryb i styl życia faktycznie nie odbiega od tego, jaki jest charakterystyczny dla średniego pokolenia. Drugi kraniec stanowią zaś niektórzy mieszkańcy DPS-u, którzy ograniczyli swoje funkcjonowanie do podstawowych potrzeb biologicznych i są biernymi odbiorcami oferty przygotowanej przez personel placówki.

8.8. OD PROBLEMÓW I KOSZTÓW DO PARTNERÓW I KORZYŚCI – REKOMENDACJE

Zaczynając nie tyle od tego, jak rozwiązywać pewne kwestie, ale jak o nich mówić postulatem wyjściowym jest zmiana dyskursu i zastąpienie używanego w języku polskim pojęcia „aktywna starość” na „aktywne starzenie się” w sytuacji, kiedy to mówi się o całości procesów związanych ze zjawiskiem starzenia się populacji. Pojęcie to jest trafniejszym odpowiednikiem angielskiego „*active ageing*” i co najważniejsze odwołuje się co całego okresu życia jednostki, a nie bezpośrednio okresu starości. Przekłada się to wprost na sposób myślenia o samym zjawisku, z zawężającego i skierowanego głównie do ludzi starych, na rozszerzające i nakierowane także na młode pokolenia. Jednocześnie, do czego odnosi się chociażby drugi element roku 2012, czyli solidarności międzypokoleniowej ułatwia wszelkie dyskusje międzygeneracyjne. Z założenia bowiem każdy z nas się starzeje, ale nie każdy jest stary. Oczywiście wyrażenie aktywna starość ma swoje uzasadnienie, ale nie wtedy kiedy miałyby się odnosić do całej polityki, ale wtedy gdy mówimy bezpośrednio o osobach starych, czyli przyjmując najpopularniejszą granicę starości o ludziach powyżej 65 roku życia. Należy także zwrócić uwagę, to coraz częstsze odchodzenie od rozważań i analiz nakierowanych na jedną grupę i tworzenie wąskich programów celowych, na rzecz działań zgodnie z ideą projektowania uniwersalnego, uwzględniającego potrzeby możliwie różnych grup mieszkańców. Wynika to z jednej strony z potrzeby unikania potencjalnego międzypokoleniowego konfliktu, a z drugiej z prostego faktu, że wiek w coraz mniejszym stopniu determinuje styl życia. Zgodnie z tą filozofią zamiast o gminie przyjaznej np. seniorom, lepiej mówić o gminie przyjaznej mieszkańcom, w której będą się dobrze czuć różne grupy mieszkańców i która będzie spełniała wiele różnych funkcji. Jest to gmina, która stwarza dużo przestrzeni do kontaktów międzyludzkich, w tym integracji międzypokoleniowej, aktywnego życia i wypoczynku, ale też łączy funkcje biznesowe z mieszkalnymi. Gmina skierowana jednocześnie na zaspokajanie potrzeb ekonomicznych, społecznych i kulturalnych.

Analiza literatury oraz dotychczasowych praktyk skłania mnie do refleksji, że oddzielna strategia senioralna, choć posiadająca wiele zalet i ułatwiająca działanie strategiczne, może być przy jej nieumiejętnym wprowadzeniu dla polskich samorządów błędem i przynieść

więcej szkód, niż pożytku. Przede wszystkim ze względu na potencjalne konflikty międzypokoleniowe, jak też mimowolne spychanie w ten sposób problematyki starzenia się do swego rodzaju getta. To co wydaje się mniej ryzykowne, choć trudniejsze koncepcyjnie to starania o bycie gminą przyjazną dla wszystkich mieszkańców, czy też używając istniejącej nomenklatury ludzi w każdym wieku. Nie wyklucza to powołania ciał doradczych, bądź gminnych instytucji, które specjalizowałyby się w problematyce seniorskiej. Jednak ciała te nie miałyby być odpowiedzialne za prowadzenie odrębnej polityki senioralnej, ale dbanie by głos osób starszych, jak i ich problemy i oczekiwania były słyszalne i uwzględniane w całej polityce lokalnej. Inaczej mówiąc o włączanie problematyki senioralnej do głównego nurtu działań w analogiczny sposób, jak problematyki równouprawnienia kobiet i mężczyzn (z ang. *gender mainstreaming*), czy osób niepełnosprawnych. Tym samym opisywaniu działań i rozwiązań nie z perspektywy poszczególnych grup osób, ale z perspektywy problemów, które dane działania rozwiązują.

Perspektywa problemowa, czy też zadaniowa pozwala również na łatwiejsze mierzenie rezultatów i planowanie budżetu, co ma ogromne znaczenie przy postępującej ekonomizacji polityki społecznej. Ta zmiana perspektywy myślenia i planowania wydaje się niezbędną, by kwestie społeczne i szeroko rozumiana polityka społeczna nie przegrały umownej walki z kwestiami z zakresu przedsiębiorczości i szeroko rozumianą polityką gospodarczą, ale by stanowiły zrównoważoną całość w ramach polityki społeczno-gospodarczej. Kwestia ta jest bezpośrednio związana z postrzeganiem działań z zakresu polityki społecznej z perspektywy życia człowieka, a co za tym idzie dostrzegania nie tylko bieżących kosztów i efektów, ale także pozytywnych, jak i negatywnych skutków rozłożonych w czasie. Co po pierwsze w istotny sposób dowartościowuje wszelkie programy profilaktyczne, które z perspektywy danego roku budżetowego często wydają się jedynie kosztem, a po drugie pozwala spojrzeć na brak pewnych działań nie tylko jako oszczędność, co raczej koszt rozłożony w czasie. Taka filozofia powiązana jest myśleniem w ramach budżetu zadaniowego i dokonywania stałej oceny celowości i efektywności swoich działań (patrz np. Misiąg 2010). W teorii powinno to doprowadzić do tego, by wydawane w ramach polityki na rzecz aktywnego starzenia się środki nie szły głównie na bieżące działania interwencyjne, ale były wydawane w sposób przemyślany i celowy. Są to pewne założenia ogólne, które powinny pozwolić na stworzenie pewnych ram do sensownego tworzenia programów strategicznych.

Kluczem jest także przekonanie społeczności lokalnej, że warto i można dokonywać zmian. Do czego niezbędne jest istnienie odpowiednich wskaźników. Obecnie bardzo łatwo można wyliczyć, ile będzie kosztował kilometr drogi, czy chodnika, można też oszacować skrócony czas dojazdu po wybudowaniu autostrady, bądź oszczędności wynikające z zakupu ekologicznego autobusu. Brakuje natomiast wskaźników pozwalających określić, ile środków należy wydać, by zapobiec wykluczeniu społecznemu, bądź zaktywizować daną jednostkę, czy te inwestycje się kiedyś zwrócą? Ten brak danych liczbowych pozwalających na analizę koszty-korzyści ma bardzo wymierne przełożenie na praktykę. W trakcie dyskusji nad budżetem samorządu lokalnego bardzo trudno powiedzieć, że wydatki na bezdomnych, czy długotrwale bezrobotnych, albo program senioralny mają wynieść np. 200 tys. złotych rocznie? Czemu nie połowę tej kwoty, albo dwa razy więcej? Stąd w przypadku poszukiwania oszczędności łatwiej jest ograniczać wydatki „miękkie”, o ile nie są obowiązkiem narzuconym w ramach obowiązujących przepisów prawnych, a trudniej infrastrukturalne, które poniżej pewnego progu nie będą mogły być zrealizowane. Wydatki infrastrukturalne mają też tę przewagę, że zazwyczaj efekty widać jeszcze przed upływem kadencji lokalnych władz, gdy większość inwestycji „miękkich”, wspierających jakość życia mieszkańców jest zauważalna w dłuższej perspektywie.

O ile zmiana dyskursu uzależniona jest przede wszystkim od decyzji politycznych oraz odpowiedniej akcji medialnej i wydaje się w relatywnie prosta do realizacji, o tyle wprowadzenie budżetów zadaniowych od poziomu budżetu państwa, do poziomu gmin i przypisanie działaniom odpowiednich wskaźników jest zadaniem znacznie bardziej skomplikowanym i dalece wykraczającym poza ramy polityki związanej ze starzeniem się.

Niestety bez budżetu zadaniowego i postrzegania wydatków w kontekście realizowanych celów znacznie ciężiej będzie zrealizować kolejny z fundamentalnych postulatów, jakim jest wprowadzenie zintegrowanego systemu wsparcia osób z ograniczoną niesamodzielnością i częściowo niesamodzielnych (Augustyn i inni 2010). Rozwiązanie tego narastającego problemu jest istotne zarówno dla seniorów wymagających największego wsparcia oraz – co istotniejsze w kontekście aktywności społeczno-zawodowej starzejącego się społeczeństwa – także ich opiekunów. Wymaga to nie tylko współpracy pomiędzy kilkoma resortami, ale też prawdopodobnie zmiany zasad finansowania i zlecenia niektórych zadań samorządom lokalnym. Bez takiego systemu bardzo trudno będzie rozwiązać kwestię swoistego „ping-

ponga”, gdzie wymagająca opieki osoba krąży pomiędzy domem rodzinnym, szpitalem, zakładem opiekuńczo-leczniczym, domem pomocy społecznej i ewentualnymi placówkami dziennej opieki⁸⁴.

Wymienione powyżej kwestie stanowią pewien szkielet, na którym mogłaby się opierać polityka wobec starzenia się populacji. Trudno jednak, te dosyć oczywiste z perspektywy gerontologów społecznych postulaty nazwać prostymi do realizacji. Wszystkie odnoszą się także do szczebla centralnego władz, dlatego pozostałe rekomendacje będą odnosić się do szczebla lokalnego i ograniczać się do kwestii, które nie wymagają dużych pieniędzy, jak i są przy dobrej woli, jak i zaangażowaniu samych mieszkańców możliwe do zrealizowania na poziomie lokalnym.

POZIOM LOKALNY

Zrealizowane badania wskazują, że z punktu widzenia osób starszych istnieje triada barier ograniczających integrację społeczną i decydujących o poziomie przyjazności danej gminy i uczestnictwie osób starszych w życiu społeczności lokalnej. Są to bariery architektoniczne, związane z dostępem do usług medycznych, jak i niewystarczającymi środkami finansowymi. Bardzo wielu rozmówców wskazywało, że „wyjście z domu” wymaga w pierwszej kolejności pieniędzy. Równie często wskazywano na zdrowie, jako warunek brzegowy umożliwiający uczestnictwo w życiu miejskim. Jest to ściśle powiązane z barierami architektonicznymi, które utrudniają poruszanie się po mieście osobom z ograniczoną samodzielnością. Relatywnie często wskazywano też na własne mieszkanie i blok bez windy jako swego rodzaju więzienie, dla mniej samodzielnych osób starszych.

Warto podkreślić, że poza zmianami kosztownymi, np. dostępnością komunikacji miejskiej, czy budynków użyteczności publicznej barierę stanowiły sprawy bardzo prozaiczne i nie wymagające wielkich nakładów, jak zbyt mała liczba ławek na osiedlu, mały druk rozkładów jazdy i informacji w urzędach, czy brak toalety w parku. Brak barier architektonicznych, zaczynając od mieszkania, poprzez komunikację i przestrzeń publiczną po punkty usługowe i urzędy jest warunkiem wstępnym i niezbędnym, by można było mówić o kwestiach wyższego rzędu, takich jak aktywność społeczna. Stąd nie dziwi, że głównie ci zdrowsi i bardziej aktywni seniorzy mówili również o potrzebie stworzenia miejsc przyjaznych

⁸⁴ Patrz np. tekst *Pacjent jak kukulcze jajo* http://czestochowa.gazeta.pl/czestochowa/1,35271,10594000,Pacjent_jak_kukulcze_jajo.html (dostęp 4.11.2011).

seniorom, w których osoby starsze byłyby mile widzianymi gośćmi. Kolejnym aspektem, który przewijał się już w trakcie dyskusji o miejscach przyjaznych, była kwestia godnego traktowania osób starszych i zwykłej ludzkiej życzliwości.

Jednocześnie,, w ciągu ostatnich trzech lat zmniejszyła się minimalnie liczba deklaracji wskazujących na „twarde” bariery uczestnictwa osób starszych w życiu miasta, na rzecz nieco większego zwrócenia uwagi na przeszkody „miękkie”. Jak to przedstawiał to Jeff Risom (Gehl Architects) na konferencji miast przyjaznych w 2011 r. w Dublinie, choć główną barierą jest wciąż *hardware* (fizyczna dostępność i infrastruktura), to coraz większą rolę zaczyna odgrywać *software* (kultura i nawyki/styl życia).

Zupełnie innym ograniczeniem były bariery leżące po stronie samorządów, które bądź nie rozumiały, bądź nie postrzegały problemów związanych z życiem codziennym swoich starszych mieszkańców, jako priorytetowych. Wiele samorządów wciąż patrzy na politykę senioralną bardziej poprzez pryzmat ponoszonych kosztów, często utożsamiając ją przede wszystkim z dwoma typami działań. Z jednej strony jest to klasyczna pomoc społeczna, koordynowana przez ośrodek pomocy społecznej, a z drugiej wspieranie lokalnej odmiany uniwersytetu trzeciego wieku oraz okazjonalnych imprez kulturalnych. Ze względu na wciąż trwający proces kształtowania się rozwiązań systemowych, które przyczyniałyby się do postrzegania wydatków na osoby starsze i politykę aktywnego starzenia się jako na inwestycję, bądź też efektywne wydatkowanie środków w celu redukcji przyszłych kosztów wiele samorządów lokalnych w Polsce nie prowadzi jeszcze żadnych działań strategicznych na rzecz dostosowania do starzejącego się społeczeństwa. By można było to zmienić niezbędne jest posiadanie przez samorząd odpowiedniego kapitału pozwalającego na dokonanie zmian. Chodzi tutaj zarówno o środki finansowe, kapitał ludzki oraz kapitał społeczny, bowiem przekształcenie gminy wymaga zarówno środków pozwalających sfinansować inwestycje i działania, ludzi którzy mogliby być inicjatorami i partnerami zmian, jak i więzi społecznych pozwalających na odpowiednią koordynację działań. Relacje pomiędzy poszczególnymi formami kapitału mają charakter zarówno komplementarny, jak i substytucyjny. Duże dochody własne pozwalają na kupno usług i odpowiednich ludzi oraz zbudowanie siatki powiązań, niewielkie pieniądze wymagają pasjonatów i wolontariuszy oraz nieformalnych uzgodnień, a wysoki poziom kapitału ludzkiego i społecznego z dużymi dochodami gminy tworzy wartość dodaną pozwalającą na wysoką efektywność działań.

Dlatego też wszelkie działania na poziomie lokalnym, niezależnie od tego czy organizowane w ramach władz samorządowych, czy też w ramach ruchów społecznych powinny wychodzić od diagnozy sytuacji i znalezienia potencjalnych sojuszników zainteresowanych danym tematem. Przychylność wójta lub burmistrza, albo wieloletniego radnego znającego procedury samorządowe, ewentualnie wsparcie silnej lokalnej organizacji pozarządowej, lub innej instytucji (parafii, przedsiębiorstwa) ułatwia start. Należy jednak podkreślić, że ten model rozwoju, choć uznany za najskuteczniejszy i najbardziej optymalny jest daleki od ideału, bo wzmacnia układy klientelistyczne i buduje sieci zależności, które mogą w przyszłości w bardzo różnorodny sposób wpływać na podejmowane aktywności.

Współcześnie najbardziej „nośnymi” pomysłami z perspektywy organizacji pozarządowych jest założenie lokalnego uniwersytetu trzeciego wieku. W przypadku samorządów warto rozpatrzyć powołanie na swoim terenie rady seniorów. Zrealizowane w ramach Zakładu Gerontologii Społecznej Instytutu Pracy i Spraw Socjalnych badanie (Kubicki 2010b) pokazało, że osoby starsze widzą potrzebę ich powołania. Wskazało również preferencje osób starszych, co do zasad ich funkcjonowania.

Kolejną barierą w organizowaniu działań lokalnych, zresztą wspomnianą przy okazji dyskusji nad radami seniorów jest znalezienie funduszy na finansowanie kosztów stałych. Problem ten dotyczy zarówno małych organizacji pozarządowych, ale i dużych samorządów, które w ramach oszczędności starają się ograniczać zadania dodatkowe, do których nie są zobligowane. Jednym ze sposobów, jest znalezienie wspomnianego powyżej patrona – instytucjonalnego, bądź jednostkowego – walczącego o środki na działalność statutową. Innym, często stosowanym jest próba dopasowania swojej działalności do możliwości pozyskania środków grantowych. Najbardziej ekonomicznym z punktu widzenia samorządu, byłoby współfinansowanie wraz z organizacjami pozarządowymi wspomnianego już lokalnego centrum inicjatyw senioralnych⁸⁵. Z perspektywy organizacji stabilność funkcjonowania, a przez to uniezależnienie się od czynników lokalnych i typowych dla sektora pozarządowego przerw w działalności, bądź spiętrzenia się prac wynikających z braku płynnego przejścia między poszczególnymi projektami jest posiadanie kapitału żelaznego, bądź utrzymywanie się z dotacji od indywidualnych darczyńców. Dopiero

⁸⁵ Przykładem takiej idei, choć całkowicie samorządowym, a nie organizowanym w ramach partnerstwa jest Centrum Inicjatyw Senioralnych z Poznania: <http://www.centrumis.pl/aktualnosci.html>

powstanie bazy w postaci ludzi i instytucji przychylnych działalności seniorskiej umożliwia działania na rzecz aktywnego starzenia się i próby działalności międzypokoleniowej. Ostatnim krokiem budowania lokalnej sieci podmiotów zainteresowanych problematyką starzenia się są działania na rzecz łączenia aktywności społecznej z aktywnością zawodową. Tutaj nie ma żadnych uniwersalnych dobrych przykładów, bowiem w bardzo dużym stopniu zależą one od lokalnych uwarunkowań i potencjału i mają raczej charakter jednostkowy, a nie systemowy. Widać jednak wyraźnie, że na poziomie lokalnym, a zwłaszcza na terenach wiejskich, gdzie sformalizowana aktywność społeczna jest niewielka bardzo trudno będzie realizować typowe dla krajów zachodnich, takich jak Dania czy Holandia programy na rzecz aktywnego starzenia się. Ze względu na inny kontekst społeczno-kulturowy realną drogą jest nastawienie się na powolne zmiany i budowanie struktur od podstaw, w oparciu o lokalne zasoby. Bądź założenie od razu, że animatorzy i liderzy będą tworzyć programy aktywizacyjne w całości, bez współpracy, a co najwyżej przy biernym uczestnictwie społeczności lokalnej.

9. POLITYKA WOBEC OSÓB STARYCH – CELE I ZASADY⁸⁶

Przebiegający szybko proces demograficznego starzenia się społeczeństwa powoduje wiele wyzwań, którym sprostać musi państwo i administracja samorządowa. Zadania te lokują się przede wszystkim w obszarze polityki społecznej i ochrony zdrowia, ale także odnoszą się do wielu innych kompetencji państwa. O skuteczności realizowanych w stosunku do starszej generacji działań decyduje kilka elementów, z których trzy należy uznać za najważniejsze. Są to:

- prawidłowa i systematycznie aktualizowana diagnoza sytuacji i potrzeb starszego pokolenia,
- monitorowanie podejmowanych przez rozmaite podmioty na szczeblu krajowym oraz lokalnych podejmowanych aktywności,
- racjonalna gospodarka publicznymi środkami, przeznaczanymi na realizację tych działań.

Tego rodzaju argumenty przemawiają za tym, by podjąć wysiłek na rzecz wyodrębnienia w praktycznej działalności administracji publicznej działań na rzecz osób starszych i przyjęcia dla nich określenia polityki wobec starzenia się i osób starszych. Następstwem tych działań powinno stać się wyodrębnienie nowego działu administracji państwowej, mianowicie „osoby starsze”.

Demograficzne starzenie się społeczeństwa jest procesem, który w kolejnych dziesięcioleciach będzie przebiegał coraz szybciej. Takie wysokie tempo procesu starzenia się ludności musi prowadzić do poważnych zmian między innymi w strukturze zapotrzebowania na świadczenia w zakresie ochrony zdrowia (dostęp do usług zdrowotnych), polityki socjalnej (zwłaszcza świadczenia emerytalne) oraz pomocy społecznej (systematyczny wzrost zapotrzebowania na usługi opiekuńcze). Oczekiwane przeobrażenia w strukturze popytu na świadczenia wymagają reakcji ze strony podmiotów administracji publicznej. Na taką reakcję powinny składać się zaplanowane w sekwencji czasowej działania, polegające na

⁸⁶ Tę część raportu opracowano przy wykorzystaniu raportu P. Błędowskiego dla Biura Analiz Sejmowych.

zapewnieniu odpowiedniej bazy materialnej, wykwalifikowanych stosowanie do potrzeb zasobów ludzkich oraz zagwarantowaniu adekwatnych do potrzeb możliwości finansowania prowadzonych inwestycji.

To właśnie składa się na politykę, rozumianą jako świadomie zaplanowany i konsekwentnie realizowany ciąg działań zmierzających do osiągnięcia postawionego celu.

Inny obszar działania takiej polityki odnosi się nie do procesu demograficznego starzenia się ludności, ale do samych osób starszych. Jedną z konsekwencji zwiększającej się liczby starszych osób w społeczeństwie i wydłużenia czasu trwania życia jest postępujące wewnętrzne zróżnicowanie starości. Utrwalony głęboko w polskim społeczeństwie stereotyp starości, utożsamiający ją ze słabością, biernością oraz postępującym uzależnieniem od dawna jest nietrafny. Potwierdzają to wyniki badań, sugerujące uwzględnienie podziału na co najmniej dwie grupy osób starszych – należących do tzw. III i IV wieku. Pierwsza z nich, obejmująca osoby w wieku 65 -79 lat, charakteryzuje się stosunkowo wysokim poziomem aktywności życiowej i sprawności fizycznej, samoobsługowej i związanej z wykonywaniem czynności w gospodarstwie domowym oraz względnie dobrym stanem zdrowia. W drugiej natomiast znacznie częściej obserwuje się obniżenie poziomu sprawności, wzrastające uzależnienie od pomocy innych osób oraz pogorszenie stanu zdrowia.

W rezultacie wspomnianego zróżnicowania populacji ludzi starych istnieje potrzeba dostosowania polityki wobec osób starszych do obu grup i wykształcenia instrumentów, stwarzających możliwość najlepszego zaspokojenia ich specyficznych, związanych z wiekiem potrzeb.

9.1. POLITYKA WOBEC STARZENIA SIĘ I OSÓB STARYCH – DEFINICJA I CELE

W literaturze można znaleźć wiele definicji polityki społecznej wobec starości oraz polityki społecznej wobec ludzi starych. Dla uwypuklenia różnic między polityką społeczną wobec starości i wobec ludzi starych należałoby prześledzić zakres, jaki badacze przydają tej pierwszej. Zdaniem H.P. Tews, jednego z prekursorów socjologii starości, zadaniem polityki społecznej wobec starości jest wyciąganie wniosków z zachodzących przeobrażeń demograficznych i przewidywanie ich konsekwencji. Tę opinie można z powodzeniem

rozszerzyć także na inne obszary działalności państwa w stosunku do osób starszych i uznać, że cała polityka wobec starzenia się społeczeństw i ludzi starych musi uwzględniać i antycypować krótkookresowe oraz odległe w czasie konsekwencje przekształceń demograficznych. Reakcja na zmiany w strukturze ludności nie powinna jednak sprowadzać się tylko do rozszerzania lub wprowadzania nowych świadczeń materialnych, ale wymaga również prowadzenia działań edukacyjnych, przygotowujących społeczeństwo do zwiększania się liczby i odsetka ludzi starych oraz pokazujących związane z tym wyzwania. Konieczne jest uświadomienie społeczeństwu, że nieuniknione zmiany demograficzne to nie tylko zagrożenia dla społeczeństwa i gospodarki, ale także szanse związane z przekształceniami w strukturze popytu na pracę, strukturze konsumpcji i zwiększonym zapotrzebowaniu na usługi społeczne. Polityki wobec osób starszych żadną miarą nie można ograniczać do rozwoju tych świadczeń, nawet tych w formie niematerialnej, które powinny przyczynić się do poprawy warunków bytu starszych ludzi i umożliwić im samodzielne bytowanie.

Tak ogólne określenie zadań polityki wobec starości umożliwia elastyczność w podejmowaniu działań, uwzględniającą przeobrażenia zachodzące z upływem czasu w starości, ale i różnice regionalne. Dzięki temu możliwe jest wzięcie pod uwagę przy formułowaniu szczegółowych zadań i kryteriów oceny skuteczności polityki wobec starości lokalnej specyfiki i różnic w sytuacji i statusie społecznym osób starszych w poszczególnych środowiskach. Badacze zajmujący się sytuacją życiową poszczególnych grup ludności jako przesłanką polityki społecznej wskazują na liczne obszary deficytowe, jakie ujawniają się w starości (Geiser 1996). Należą do nich przede wszystkim sytuacja materialna, stan zdrowia, warunki mieszkaniowe oraz udział w życiu społecznym. Możliwości samodzielnego rozwiązania problemów, jakie powstają w związku z tymi niedostatkami, stają się z wiekiem coraz bardziej ograniczone. Polityka społeczna wobec starości to celowe działanie, które wyrównuje lub zapobiega powstaniu uwarunkowanych strukturalnie deficytowych sytuacji życiowych starych ludzi w porównaniu z innymi grupami ludności i wyrównuje nierówności społeczne w starości. Działania te mogą być prowadzone w formie podmiotowego wsparcia materialnego, a także poprzez udostępnienie infrastruktury specyficznej dla potrzeb starości czy adresowanych do tej grupy usług niematerialnych. W Polsce jako pierwszy o polityce wobec starości pisał A. Tymowski (1987). Podkreślał on potrzebę uwzględniania faktu, iż polityka starości powinna antycypować potrzeby i oczekiwania społeczne, jakie będą

formułowane w przyszłości. Jej dzisiejszy kształt jest natomiast konsekwencją sytuacji gospodarczej i rozwoju infrastruktury społecznej w przeszłości.

W przeciwieństwie do polityki wobec starości, w polityce społecznej wobec osób starych kładzie się nacisk na zaspokajanie potrzeb tej populacji. B. Szatur-Jaworska definiuje politykę społeczną wobec ludzi starych jako politykę, której celem jest “stwarzanie – obecnie i na przyszłość – warunków zaspokajania potrzeb ludzi starych oraz kształtowanie odpowiednich relacji pomiędzy starszym pokoleniem a młodszymi generacjami drogą ograniczania uzależnienia starszych od młodszych, zapobiegania marginalizacji ludzi starych oraz kształtowania stosunków międzypokoleniowej solidarności” (Szatur-Jaworska 2000). Na podstawie przytoczonej definicji można wskazać te obszary zadań, które autorka uznaje za szczególnie ważne. Należy do nich stworzenie takich warunków egzystencji starych ludzi, w których będą oni mogli zaspokajać swoje potrzeby przy użyciu własnych środków oraz w razie konieczności korzystając z niezbędnej pomocy. System usług i świadczeń wspierających samodzielność ludzi starych powinien zmniejszyć skalę ich uzależnienia od otoczenia, które w niesprzyjających okolicznościach prowadzi do marginalizacji grup ludzi starych. Wyrazem akceptacji dla potrzeb ludzi starych i rozumienia procesów społecznych zachodzących w starości ma być międzygeneracyjna solidarność. Takie podejście do polityki społecznej wobec ludzi starych zakłada jej koncentrację na zapobieganiu i rozwiązywaniu kwestii społecznej ludzi starych. Polityka wobec ludzi starych może być więc traktowana jako reakcja na nasilające się problemy społeczne zbiorowości ludzi starych. Ponieważ kwestie społeczne mają charakter dynamiczny, a ich charakter może ulegać przeobrażeniom, polityka społeczna powinna dysponować możliwościami elastycznego i szybkiego reagowania na zmiany w społeczeństwie.

Nie negując zasadności prowadzenia polityki społecznej wobec starości jako fazy życia i wobec coraz liczniejszej populacji ludzi starych, trzeba podkreślić, że obecnie konieczne jest myślenie o problemach i potrzebach starszej generacji w kontekście całego społeczeństwa. Zaspokajanie potrzeb zwiększającej się populacji seniorów nie może bowiem prowadzić do zaniedbania innych kategorii ludności ani do skonfliktowania ludzi starych, traktowanych jako beneficjentów polityki społecznej, z innymi grupami, a zwłaszcza nie można dopuścić do powstania wrażenia, iż istnieje konflikt między zaspokajaniem potrzeb seniorów i ludzi młodych.

Potrzebujemy zatem polityki – świadomego, celowego działania z myślą o osobach starszych, ale na tle potrzeb i związanych z tym priorytetów dotyczących całego społeczeństwa. Musi ona wykraczać swoim zakresem poza politykę społeczną. Politykę wobec starzenia się można zdefiniować jako system działań, mających rozwiązać lub ograniczyć problemy związane ze wzrostem w społeczeństwie odsetka ludzi starych. Do problemów tych należą przede wszystkim zagadnienia związane z funkcjonowaniem rynku pracy; systemu zabezpieczenia społecznego, a w tym zwłaszcza ochrony zdrowia i ubezpieczenia społecznego i pomocy społecznej; edukacją i przygotowaniem do starości w kontekście zwiększającego się odsetka osób starych w społeczeństwie. Jak widać, polityka wobec starzenia się społeczeństwa jest nastawiona raczej na identyfikację kwestii i problemów społecznych związanych ze zmianą struktury demograficznej i potencjalnie wynikającymi stąd napięciami społecznymi oraz trudnościami o charakterze ekonomicznym.

Z kolei na politykę wobec osób starszych składają się działania skierowane do osób w wieku poprodukcyjnym oraz ich rodzin. Działania te mają na celu wszechstronną kompensację malejących z wiekiem możliwości samodzielnego zaspokojenia potrzeb oraz integrację z lokalną społecznością. Jak wynika z powyższej definicji, polityka wobec osób starszych nakierowana jest na działania bardziej praktyczne, a zarazem bardziej konkretne. W znacznej mierze wynikają one jednak dokonanej w ramach polityki wobec starzenia się społeczeństwa diagnozy społecznej.

Zaproponowana definicja polityki wobec osób starszych kładzie nacisk na dwa podstawowe cele. Są nimi (Błędowski 2002):

- umożliwienie starszym osobom samodzielnego na miarę możliwości życia oraz
- zapewnienie im ważnej i stabilnej pozycji w strukturze lokalnej społeczności.

Dalsze, wynikające z generalnych, cele to: integracja społeczna i partycypacja ludzi starych w życiu społecznym; indywidualizacja i dostosowanie udzielanych świadczeń do rzeczywistych potrzeb; podniesienie standardu życia ludzi starych przez system świadczeń materialnych i usługowych; zapewnienie im podmiotowości i samodzielności stosownej do ich poziomu sprawności życiowej; sprzyjanie integracji między- i wewnątrzgeneracyjnej oraz organizacja badań naukowych dotyczących problematyki ludzi starych i starości.

Skuteczność takiej polityki wymaga jednak działań adresowanych nie tylko do samych osób starszych oraz ich najbliższego otoczenia, lecz również propagowania w społeczeństwie

wiedzy o tym etapie w życiu człowieka. Przygotowanie do starości nie tylko powinno umożliwić racjonalne wykorzystanie tkwiących w jednostce możliwości, ale również sprzyjać wytworzeniu w społeczeństwie oraz w lokalnych społecznościach klimatu akceptacji dla starości i jej problemów (Aspekty 2012).

Jak można dostrzec, wymienione powyżej bardziej szczegółowe cele polityki wobec osób starszych mają w istocie sprzyjać osiągnięciu dwóch pierwszych. Samodzielność i podmiotowość seniorów odgrywają istotną rolę nie tylko z perspektywy podmiotów polityki wobec osób starszych, ale przede wszystkim – z pozycji samych zainteresowanych. Zapewnienie seniorom i ich reprezentantom silnej pozycji w lokalnej strukturze jest z kolei ważną przesłanką do realizowania projektów dotyczących seniorów przy akceptacji mieszkańców danego terenu. Z punktu widzenia realizacji celów tej polityki ważne jest, by były one znane lokalnej społeczności i przez nią zaakceptowane. Oznacza to potrzebę edukowania całego społeczeństwa na temat starości i jej społecznych oraz ekonomicznych konsekwencji.

Realizacja polityki społecznej wobec ludzi starych powinna uwzględniać trzy podstawowe zasady, które trafnie oddają jej istotę. Pierwsza z nich, zasada subsydiarności, podkreśla znaczenie najbliższego otoczenia, rodziny i grup nieformalnych w tworzeniu warunków do zaspokajania potrzeb osób starszych oraz w samym udziale w realizacji różnorodnych potrzeb. Druga zasada (kompleksowości oceny potrzeb) podkreśla tę różnorodność i zwraca uwagę na konieczność skoncentrowania się nad całościową oceną potrzeb. Kompleksowość oznacza w tym przypadku uwzględnienie zarówno potrzeb samych seniorów jak i ich rodzin, pełniących role nieformalnych opiekunów. Ostatnia z wymienionych zasad odnosi się środowiska lokalnego jako najważniejszego obszaru działania polityki wobec osób starszych. Decydujące miejsce w realizacji polityki senioralnej przypada podmiotom działającym na szczeblu lokalnym, przestrzennie bliskim osobom starszym i dysponującym możliwością szybkiej diagnozy ich potrzeb. Powinno to być traktowane jako podstawowa zasada polityki senioralnej (tab. 9.1).

Tabela 9.1. Zasady polityki wobec ludzi starych

Zasada	Opis zasady
Zasada subsydiarności	<p>Jedna z podstawowych zasad we współczesnej polityce społecznej, zgodnie z którą realizacja jej celów wymaga stworzenia warunków umożliwiających wykorzystanie w pierwszej kolejności potencjału, jaki stanowi rodzina i kręgi nieformalne w otoczeniu człowieka. Podobnie można objaśnić tę zasadę w polityce wobec ludzi starych. Szczególnie w początkowym okresie starości, gdy człowiek utrzymuje jeszcze relatywnie wysoki poziom aktywności, jego środowisko jest punktem oparcia i pomocy w razie potrzeby, pozostając jednocześnie punktem odniesienia jego aktywności (np. pomoc udzielana członkom rodziny, udział w grupach samopomocowych, kontakty z osobami z dawnego środowiska zawodowego). W miarę obniżania aktywności i wzrastającego uzależnienia pojawia się potrzeba włączenia w system wsparcia dla ludzi starych kolejnych grup nieformalnych i organizacji pozarządowych, a także instytucji samorządu terytorialnego. Rola tych ostatnich polega nie tylko na organizacji rozmaitych usług, ale i udzielaniu świadczeń pieniężnych z myślą o sfinansowaniu kosztów zakupu konkretnych usług. Zastosowanie zasady subsydiarności jest uzasadnieniem przeniesienia na poziom lokalny największej części działań polityki społecznej wobec ludzi starych.</p>
Zasada kompleksowości oceny potrzeb	<p>Zasada akcentuje konieczność wszechstronnej analizy sytuacji ludzi starych i rozpatrywania jej pod kątem wzajemnie powiązanych ze sobą elementów, jak na przykład stanu zdrowia, warunków mieszkaniowych, poziomu dochodów i sytuacji rodzinnej czy zapotrzebowania na pomoc udzielana przez osoby spoza gospodarstwa domowego. Dokonywana diagnoza potrzeb powinna mieć charakter całościowy, uwzględniający nie tylko strukturę potrzeb i ich rozmiary, ale również ocenę możliwości ich zaspokojenia przy wykorzystaniu istniejącej infrastruktury i udziału najbliższego otoczenia ludzi starych w procesie zaspokajania potrzeb. Kompleksowość diagnozy wymaga znacznego jej uszczegółowienia. Niezbędna jest w związku z tym indywidualizacja podejścia do sytuacji ludzi starych przynajmniej przez wyodrębnienie w ich zbiorowości grup charakteryzujących się podobnymi cechami społecznymi lub demograficznymi (np. według płci, grup wieku, miejsca zamieszkania, typu gospodarstwa domowego czy poziomu sprawności gospodarskiej). Jednym z możliwych do zastosowania kryteriów indywidualizacji świadczeń jest przynależność do grupy wieku 65 – 79 lat lub 80 lat i więcej.</p>

Zasada lokalności	<p>Jej znaczenie wynika z jednej strony z omówionej wyżej zasady subsydiarności, z drugiej – z faktu, iż na poziomie lokalnym istnieją najlepsze warunki do integracji i partycypacji ludzi starych. Skuteczne włączenie starszych ludzi w realizację celów polityki społecznej wobec tej zbiorowości, a także celów polityk branżowych wymaga uprzedniej identyfikacji tych obszarów, w których działania wewnętrznie integrujące zbiorowość ludzi starych oraz tę zbiorowość z innymi grupami mieszkańców są najbardziej pilne. Lokalność jako warunek partycypacji wynika z możliwości “przełożenia” ogólnych celów polityki wobec ludzi starych na konkretne cele, odpowiadające lokalnym potrzebom i możliwościom. W tych warunkach łatwiej o udział starszych osób w formułowaniu opinii o formach działania podmiotów omawianej polityki, w realizacji ustalonych celów i kształtowaniu relacji między środowiskiem ludzi starych i innymi grupami. Działania, podejmowane z udziałem osób starszych i z myślą o tworzeniu warunków do możliwie samodzielnego zaspokajania ich potrzeb, powinny obejmować udzielanie świadczeń w formie pieniężnej, rzeczowej i usług, szeroko pojmowanej pracy socjalnej, rozwój placówek infrastruktury społecznej udzielającej świadczeń dla osób starszych oraz organizację badań naukowych i tworzenie ram prawno-organizacyjnych dla tej polityki na wszystkich szczeblach.</p>
-------------------	--

Źródło: opr. na podst. P. Błędowski, *Lokalna polityk społeczna wobec ludzi starych*, SGH, Warszawa 2002, s. 175 i nast.

W przypadku polityki wobec starzenia się społeczeństwa obok wymienionych zasad należy zwrócić uwagę na potrzebę systematycznego monitorowania prognoz demograficznych i sytuacji społeczno-ekonomicznej kraju. Jest to niezbędnym warunkiem do trafnego rozpoznawania potrzeb tak osób starszych, jak i tej grupy ludności, która dopiero zbliża się do przedpola starości. Przez monitorowanie należy rozumieć analizę zachodzących zmian, ich konsekwencji dla środowiska lokalnego i regionalnego oraz ocenę perspektywicznego rozwoju monitorowanych procesów.

Stosowanie wymienionych zasad ma duży wpływ na racjonalne gospodarowanie publicznymi środkami, przeznaczanymi na realizację zadań polityki wobec starzenia się i ludzi starych. Ponieważ skuteczna polityka wobec osób starszych wymaga licznych inwestycji, kwestia racjonalności gospodarowania urasta do zasadniczej i wymaga szczególnej troski ze strony administracji publicznej.

9.2. ZADANIA POLITYKI WOBEC STARZENIA SIĘ I WOBEC OSÓB STARSZYCH

Polityka wobec starzenia się ludności powinna spełniać funkcje o charakterze bardziej sztabowym, podczas gdy polityka wobec osób starszych powinna mieć charakter bardziej operacyjny. Za jeden z istotniejszych celów polityki wobec procesu starzenia się ludności należy uznać poszukiwanie wśród podmiotów polityk publicznych sprzymierzeńców w realizacji jej zadań. Zadania te w istocie są ważne dla całego społeczeństwa i całego też dotyczą. Dla zobrazowania zakresu potrzebnego współdziałania w tabeli 9.2 wymienione zostały najważniejsze obszary współpracy krajowych podmiotów polityki wobec starzenia się społeczeństwa z innymi politykami publicznymi. Do podmiotów tych zaliczają się przede wszystkim organy centralne (np. ministerstwa pracy i polityki społecznej, zdrowia, sportu i turystyki) oraz urzędy centralne (np. Zakład Ubezpieczeń Społecznych).

Tabela 9.2. Obszary styku polityki wobec starzenia się z innymi politykami publicznymi

Polityki szczegółowe ważne dla optymalizacji modelu polityki wobec ludzi starych	Najważniejsze zadania
Polityka ubezpieczeń społecznych	<ul style="list-style-type: none"> • Zagwarantowanie dochodu ze świadczeń społecznych w wysokości umożliwiającej samodzielne finansowanie zakupu dóbr i usług typowych dla potrzeb związanych z wiekiem • Mobilizowanie do dbałości we wcześniejszych fazach życia o indywidualne zabezpieczenie dochodów na starość
Polityka ochrony zdrowia	<ul style="list-style-type: none"> • Popularyzacja zasad promocji zdrowia i higieny życia • Rozwój opieki geriatrycznej i poprawa dostępności świadczeń rehabilitacyjnych
Polityka pomocy społecznej	<ul style="list-style-type: none"> • Rozwój pomocy środowiskowej w formie usług • Rozwój kompleksowej opieki długoterminowej (wspólnie z polityką ochrony zdrowia) • Realizacja procesów (re)integracji społecznej różnych grup świadczeniobiorców
Polityka mieszkaniowa	<ul style="list-style-type: none"> • Zapewnienie standardu mieszkaniowego sprzyjającego zachowaniu samodzielności ludzi starych • Stworzenie warunków do dostępu do mieszkań umożliwiających wygodne zamieszkiwanie rodziny wielopokoleniowej
Polityka oświatowa	<ul style="list-style-type: none"> • Podniesienie poziomu wykształcenia ludności • Rozszerzenie dostępu do oświaty dla osób w różnych grupach wieku (kształcenie przez całe życie)

Polityka zatrudnienia	<ul style="list-style-type: none"> • Zapewnienie starszym pracownikom równouprawnienia na rynku pracy • Podniesienie wskaźnika aktywności zawodowej osób w wieku 50 lat więcej • Zmniejszenie rozmiarów bezrobocia
Polityka ludnościowa	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorowanie prognoz demograficznych • Sprzyjanie podniesieniu dzietności • Wspieranie rodzin z małymi dziećmi
Polityka rodzinna	<ul style="list-style-type: none"> • Wsparcie dla rodzin opiekujących się osobami niesamodzielnymi
Polityka podatkowa	<ul style="list-style-type: none"> • Zwiększenie możliwości finansowania działań na rzecz seniorów poprzez zwiększenie dochodów z podatków lokalnych oraz udziału w dochodach w podatkach PIT i CIT

Źródło: Opracowanie własne.

Na określenie obszaru działania polityki społecznej wobec ludzi starych wpływa natomiast stopień realizacji zadań znajdujących się w kompetencjach innych polityk branżowych. Zakres zadań polityki wobec ludzi starych wyznaczają swego rodzaju minimum i maksimum, będące pochodnymi przyjętego modelu polityki i pozostających w dyspozycji jej podmiotów środków finansowych. W najbardziej niekorzystnej sytuacji zadania te są ograniczone do świadczeń pieniężnych bez dbałości o realną szansę zamiany pieniędzy na konkretne świadczenia rzeczowe czy w formie usług. W najlepszej sytuacji realizowane świadczenia nie ograniczają się do formy pieniężnej, lecz są nakierowane na integrację międzypokoleniową oraz w ramach populacji osób starszych. Oczywiście, ten drugi zakres zadań o wiele bardziej sprzyja zwalczaniu wykluczenia społecznego i ułatwia zapobieganiu mu.

Polityka wobec ludzi starych może być w znacznej mierze realizowana przy wykorzystaniu istniejącej struktury podmiotów polityki społecznej. To właśnie polityka społeczna odgrywa najbardziej istotną rolę w działaniach wobec osób starszych. Wprawdzie zakres zadań podmiotów o zasięgu krajowym, którymi są głównie instytucje państwowe, jest stosunkowo ograniczony, ale nie oznacza to, że rola tej grupy podmiotów jest niewielka. Przeciwnie, do jej zadań należy kształtowanie generalnych celów polityki, stanowienie ram prawnych dla tej działalności, ustalanie zasad finansowania polityki wobec ludzi starych oraz prowadzenie i finansowanie badań empirycznych o zasięgu ponadlokalnym.

Na szczeblu krajowym za konieczną trzeba uznać koordynację celów polityki wobec starych ludzi nie tylko w obrębie całego systemu polityki społecznej, ale i z polityką dochodową. W pierwszym przypadku chodzi o zapewnienie wewnętrznej spójności całej polityki

społecznej realizowanej w państwie i uniknięcie konfliktów interesów między politykami szczegółowymi, w drugim natomiast – o taką koordynację celów, by wzajemnie się nie wykluczały. Przyjęcie założenia, że np. większość świadczeń polityki wobec ludzi starych miałyby mieć charakter odpłatny przy braku strategii podnoszenia dochodów ludzi starych (czy to przez zwiększenie wysokości świadczeń, czy to drogą zmniejszenia obciążenia podatkiem od dochodów osobistych ludności) albo bez zwiększenia nakładów na pomoc społeczną może uniemożliwić realizację niektórych celów szczegółowych. Cele polityki społecznej wobec ludzi starych powinny również być spójne z celami zabezpieczenia społecznego, a zwłaszcza ubezpieczenia społecznego.

Szczególnie ważnym elementem działania podmiotów wykonawczych szczebla centralnego jest stanowienie zasad finansowania tej polityki. Decyzja ta wymaga uwzględnienia kilku ważnych elementów: Po pierwsze, konieczne jest określenie relacji między wydatkami na finansowanie świadczeń z budżetów gospodarstw domowych i ze środków publicznych. Finansowanie świadczeń społecznych w większości krajów w coraz większym stopniu spoczywa na obywatelach, co wymaga od nich większej przezorności i decyzji o odłożeniu części konsumpcji na okres późniejszy. Wzrost udziału gospodarstw domowych w finansowaniu świadczeń społecznych następuje albo drogą zwiększenia obciążenia ludności podatkami, albo przez wprowadzenie przynajmniej częściowej odpłatności za świadczenia, rewizji obowiązującego systemu ulg i dopłat lub rezygnacji z niego, albo przez ograniczenie zakresu podmiotowego osób mających prawo do korzystania z bezpłatnych świadczeń. Po drugie, istnieje potrzeba ustalenia relacji między rozmiarami wydatków z budżetu centralnego i z budżetów samorządowych. Przesunięcie części kompetencji w obszarze polityki społecznej z centrum na organy samorządowe wymaga zapewnienia im stabilnych zasad finansowania. Istnieje potrzeba precyzyjnego określenia obowiązków państwa i budżetu centralnego w zakresie skali subwencji dla samorządów i terminów jej przekazywania. Przyjęcie zasady, iż poza zadaniami mającymi charakter obowiązkowy samorząd może podejmować zadania własne o charakterze fakultatywnym wywołuje z kolei potrzebę umożliwienia gminom i powiatom zwiększania własnych dochodów, m.in. poprzez zwiększenie udziału samorządów w dochodach z podatków odprowadzanych do budżetu centralnego i zwiększenie dochodów z podatków lokalnych. Po trzecie, istnieje potrzeba rozpatrzenia możliwości ewentualnej partycypacji funduszy administrowanych przez

podmioty ubezpieczenia społecznego w finansowaniu polityki społecznej wobec ludzi starych. Takie oczekiwanie należałoby sformułować w pierwszej kolejności pod adresem ubezpieczenia zdrowotnego, bowiem wraz z postępującym procesem demograficznego starzenia się społeczeństwa zwiększa się zapotrzebowanie na świadczenia lecznicze oraz pielęgnacyjne, opiekę długookresową i terminalną.

Trafny dobór celów i form realizacji polityki społecznej wobec ludzi starych wymaga dobrego rozpoznania ich sytuacji życiowej, diagnozy potrzeb oraz możliwości ich zaspokojenia. Wiedza o osobach starszych i ich warunkach życia w okresie szybko następujących przemian w sytuacji ekonomicznej, społecznej i rodzinnej seniorów wymaga częstej aktualizacji. Z tego względu podmioty centralne powinny przyjąć na siebie obowiązek organizacji i finansowania badań empirycznych dotyczących potrzeb ludzi starych oraz prowadzenia monitoringu zaspokojenia tych potrzeb w skali regionalnej lub lokalnej (Teoretyczne 1999). Rezultaty badań i monitorowania zmian w stopniu zaspokojenia potrzeb służą określeniu zadań samorządowych podmiotów polityki wobec ludzi starych.

Obok polityki kreowanej przez podmioty na szczeblu państwowym należy podkreślić wpływ podmiotów międzynarodowych i ważną rolę, jaką w roku 2002 odegrała Organizacja Narodów Zjednoczonych, uchwalając w Madrycie Międzynarodową Strategię Działania w Kwestii Starzenia się Społeczeństw (tzw. Plan Madrycki). W planie tym sformułowane zostały najważniejsze obszary działania w stosunku do ludzi starszych. Należą do nich:

- budowa społeczeństwa przyjaznego ludziom w każdym wieku (to określenie sugeruje unikanie preferowania jakiegokolwiek kategorii wieku w społeczeństwie);
- zapewnienie ciągłości rozwoju w starzejącym się świecie (co ma zostać osiągnięte dzięki ograniczaniu rozmiarów ubóstwa wśród ludzi starych; sprzyjaniu produktywnemu starzeniu się; uwzględnianiu problemów związanych z zatrudnieniem coraz starszych pracowników; edukacji osób starszych; wyrównywaniu dysproporcji w rozwoju poszczególnych regionów; umacnianiu więzi międzypokoleniowych i przestrzeganiu praw człowieka w odniesieniu do osób starszych i niesamodzielnych);
- dbałość o dobry stan zdrowia i dobre samopoczucie osób starszych (czemu ma sprzyjać m.in. zapewnienie równego dostępu do opieki zdrowotnej, zwiększenie

nakładów na podstawową opiekę zdrowotną, podniesienie kwalifikacji personelu medycznego i promocja zdrowia);

- tworzenie korzystnych i sprzyjających warunków życia dla osób w każdym wieku (m.in. dzięki zapewnieniu ochrony socjalnej i wsparcia materialnego, poprawie warunków mieszkaniowych i wyposażenia mieszkań, zapewnieniu opieki dla osób niesamodzielnych, ochronie przed naruszaniem praw osób starszych i przemocą, promocję solidarności międzypokoleniowej i pozytywnego wizerunku ludzi starych).

Jeżeli politykę traktować jako swego rodzaju sztukę wyboru celów działania i ich hierarchizacji, to jednym z kryteriów podejmowania decyzji powinien być szacunek kosztów i korzyści związanych z realizacją konkretnych zadań. Z drugiej strony kryterium podejmowania decyzji powinien stać się taki sam szacunek, ale dotyczący tych działań, które ewentualnie miałyby być zaniechane lub odłożone na później. Rozwiązywanie przez politykę społeczną ujawniających się w skali lokalnej kwestii społecznych wymaga długofalowego działania, którego skutki często stają się odczuwalne dopiero po upływie dłuższego czasu.

Niestety, wieloletnie obserwacje pokazują, że na ogół (i nie tylko w Polsce) dla podejmujących decyzje polityków horyzont czasowy nie przekracza na ogół okresu trwania jednej kadencji władz. Jest to istotne niebezpieczeństwo dla realizacji lokalnych programów, wynikające z większych zazwyczaj kosztów ponoszonych na początku programu, podczas gdy korzyści (nie zawsze wymierne) stają się odczuwalne po upływie dłuższego okresu, na przykład w czasie trwania kolejnej kadencji.

Zadania samorządu wynikają z regulacji ustawowych. W Polsce, po wprowadzeniu w 1999 r. trójszczeblowego systemu administracji samorządowej, dokonany został w miarę szczegółowy podział zadań w obszarze polityki społecznej. Obowiązujące ustawodawstwo nie wyodrębnia wprawdzie takich zadań, jak wszechstronna pomoc dla ludzi starych, ale świadczenia te można zakwalifikować do zadań związanych z pomocą społeczną, ochroną zdrowia, edukacją i kulturą czy wspieraniem osób niepełnosprawnych.

Katalog zadań, jakie powinien wypełnić samorząd terytorialny i jego wyspecjalizowane instytucje, może być bardzo długi. Zależy to od stopnia szczegółowości przygotowanej listy. Poniżej przedstawiono przekładowe zadania gminy i powiatu w zakresie niezbędnym do zaspokajania potrzeb ludzi starych. Trzeba jednak podkreślić, że gminę i powiat obliguje stworzenie warunków do realizacji tych zadań, a nie sama ich realizacja. Przyjęta do realizacji

na terenie działania samorządu lista takich zadań powinna odzwierciedlać strukturę rozpoznanych i uznanych za wymagające zaspokojenia przy udziale lokalnej polityki społecznej potrzeb ludzi starych i ich rodzin. Zaspokojenie potrzeb może być po części możliwe dzięki aktywności samych osób starszych i ich środowiska, grup samopomocowych oraz organizacji pozarządowych. Samorząd terytorialny może przede wszystkim stworzyć warunki do realizacji potrzeb, zorganizować rynek usług społecznych oraz razem z podmiotami państwowymi regulować ten rynek, określając wymagania, jakie powinny być spełnione przez podmioty gospodarcze na nim działające. Znajduje tu w pełni zastosowanie model podziału podmiotów polityki społecznej na podmioty publiczne, organizacje pozarządowe i jednostki komercyjne (tab. 9.3). Zawarte w tytule tabeli 9.3. określenie „przykładowe zadania” wynika stąd, że lista ta nie jest kompletna i powinna być dostosowana do specyficznej sytuacji w każdym środowisku lokalnym (gminie i powiecie).

Tabela 9.3. Przykładowe zadania polityki wobec ludzi starych, realizowane przez samorząd terytorialny

Zadania lokalnej polityki społecznej wobec starych ludzi	Właściwy szczebel samorządu
Organizacja działań integracyjnych, imprez kulturalnych, rekreacyjnych	gmina
Wspieranie organizacji pozarządowych, grup samopomocy, wolontariatu ludzi starszych i dla seniorów	gmina
Stworzenie warunków do powstania sieci instytucji oferujących usługi w zakresie organizacji dnia codziennego osobom starszym (pielęgnacja, pomoc w usługach domowych i prowadzeniu gospodarstwa domowego, dowożenie gorących posiłków, zabiegi rehabilitacyjne w domu, pomoc w dokonywaniu zakupów, transport dla niepełnosprawnych, pomoc techniczna w gospodarstwie domowym, pranie)	gmina
Udzielanie świadczeń pomocy społecznej w formie pieniężnej	gmina
Zapewnienie świadczeń rehabilitacyjnych	gmina
Podtrzymywanie kontaktów społecznych dzięki dostosowanym do możliwości formom spędzania czasu wolnego, ofercie kulturalnej, odwiedzinom u osób nie mogących opuszczać mieszkania, zapewnieniu im możliwości kontaktów telefonicznych itp.	gmina
Zapewnienie szybkiej reakcji na wiadomość o sytuacji wymagającej interwencji (doświadczeni pracownicy socjalni, możliwość transportu, możliwość wyboru najbardziej skutecznej formy pomocy)	gmina
Prowadzenie domów dziennego pobytu, klubów seniora itp.	gmina
Prowadzenie lokalnych domów pomocy społecznej	gmina
Krótkookresowa pomoc rodzinom pielęgnującym starsze osoby	gmina
Poradnictwo prawne, psychologiczne, rodzinne	gmina z pomocą

	powiatu
Dostosowanie mieszkań ludzi starych do ich potrzeb i poziomu sprawności	gmina z pomocą powiatu
Zapewnienie opieki geriatrycznej w systemie zakładowym (oddział w szpitalu), lub w opiece ambulatoryjnej (przychodnia specjalistyczna)	powiat
Prowadzenie ośrodka interwencji kryzysowej	powiat
Prowadzenie domów pomocy społecznej	powiat
Wypożyczanie sprzętów do pielęgnacji (łóżka ortopedyczne, wózki inwalidzkie itp.)	powiat
Szkolenia pracowników, zwłaszcza w zakresie usług pielęgnacyjnych i utrzymywania kontaktów ze starszymi osobami	powiat
Współpraca z organizacjami pozarządowymi, koordynacja działań	powiat, gmina

Źródło: Opracowanie własne.

Przedstawiona lista ma wyłącznie charakter przykładowy i jej celem jest wskazanie na różnorodność problemów, z jakimi borykają się ludzie starzy. Z punktu widzenia realizacji zadań samorządu terytorialnego ważnym elementem kształtującym listę problemów wymagających współdziałania ze strony polityki jest miejsce zamieszkania starszej osoby. Szczególnej uwagi wymaga zagadnienie organizacji pomocy ludziom starszym w środowisku wiejskim. Ich sytuacja od lat jest ogólnie gorsza od sytuacji seniorów mieszkających w miastach. Składają się na to różne przyczyny. Większość z nich nie jest specyficzna dla polskiego społeczeństwa, ale charakteryzuje starość na wsi w wielu krajach europejskich.

Potrzeby te mają różny charakter, toteż niezbędne jest takie zróżnicowanie oferty, które uwzględni dyferencjację kategorii ludzi starych, ich odmienne oczekiwania pod adresem lokalnej społeczności oraz różne możliwości zaspokojenia ich potrzeb przy pomocy rodziny i najbliższego otoczenia. Tak szeroki zakres zadań sprawia, że podmioty administracji samorządowej nie mogą – a w istocie nawet nie powinny – samodzielnie sprostać wszystkim oczekiwaniom. Jednym z ważniejszych zadań lokalnych podmiotów polityki społecznej wobec ludzi starych jest koordynacja podejmowanych w skali gminy lub powiatu działań, które w znacznym stopniu mogą być realizowane przez niepubliczne podmioty polityki społecznej.

Istotnym zagadnieniem, wymagającym uwzględnienia przy tworzeniu listy zadań polityki wobec osób starszych na wsi jest nierównomierność demograficznego starzenia się w poszczególnych regionach wiejskich. Duży wpływ na to wywierają rozmiary migracji wewnętrznych. W Polsce, jak wskazują dane GUS, na ogół mają one jeszcze charakter jednokierunkowy, prowadząc do odpływu młodszych mieszkańców wsi do miast. W miarę

poprawy warunków bytu ludności i nasilania się tendencji do przenoszenia swojego miejsca zamieszkania na tereny podmiejskie, będzie można zapewne obserwować i takie regiony, w których proces demograficznego starzenia się ludności zostanie spowolniony poprzez napływ młodszej ludności. Jakkolwiek "demograficzne odmłodzenie" wsi byłoby niezmiernie pożądane, trzeba mieć na uwadze fakt, że napływ nowych, nie znających środowiska i jemu nie znanych mieszkańców może utrudnić proces integracji starszej ludności z lokalną społecznością. Zmiany w strukturze społeczno-zawodowej ludności zamieszkałej na wsi powodują, że następuje zmniejszenie liczby rodzin wielopokoleniowych. Równocześnie zmniejsza się przeciętna liczba członków gospodarstwa domowego oraz rodziny. W rezultacie ograniczeniu ulegają potencjalne możliwości sprawowania przez rodzinę funkcji opiekuńczej w stosunku do starszych osób. Staje się to szczególnie widoczne w rodzinach osób zamieszkujących wsie na terenach zurbanizowanych. Stosunkowo duża liczba ich mieszkańców pracuje zawodowo w miastach, co powoduje, że czas przebywania poza domem ulega wydłużeniu w następstwie dojazdów do pracy. Zmniejszenie roli rodziny w sprawowaniu opieki i organizacji życia starego człowieka powoduje konieczność reakcji ze strony wyspecjalizowanych placówek oraz organizacji pozarządowych.

9.3. PODSUMOWANIE I REKOMENDACJE

Polityki wobec starzenia się społeczeństwa i wobec osób starszych muszą być prowadzone w sposób bardzo elastyczny, przy uwzględnieniu nierównomiernego tempa procesu starzenia się ludności i zróżnicowanego zaawansowania tego procesu w poszczególnych regionach. W następstwie tego należy dokonać zróżnicowania celów polityki wobec ludzi starych, tak by uwzględniać specyficzny, właściwy dla tych regionów cechy demograficznego starzenia się ludności. Polityka wobec osób starszych powinna ułatwiać eksponowanie i wykorzystanie kapitału społecznego, jaki stanowią seniorzy w 20 lat od procesu transformacji społecznej i gospodarczej.

Polityka wobec ludzi starych musi z kolei uwzględniać nie tylko ich sytuację życiową, ale także warunki życia ich rodzin. Żadna z wymienionych polityk nie może jednak prowadzić do zdjęcia z rodziny obowiązku zapewnienia seniorom godnych warunków bytu. Państwo

i samorządy powinny pełnić rolę wspierającą osoby starsze i ich rodziny w zabiegach o dobre warunki bytu, a dopiero tam, gdzie jest to konieczne – włączać się w konkretne działania. Pozostaje to w zgodzie z akceptowaną zasadą subsydiarności. W myśl tej zasady istotna rola w (samo)pomocy seniorom przypada organizacjom pozarządowym, także tym, w których działają osoby starsze.

Polityka społeczna wobec ludzi starych nie może być wyłącznie polityką organizowania pomocy ludziom starym, ale powinna być polityką pomocy w organizowaniu ich życia (Błądowski 2002). Oznacza to, że polityka społeczna nie może ograniczać się do interwencji wobec najślabszych seniorów, najbardziej potrzebujących pomocy, ale powinna być nakierowana na wszystkie grupy seniorów, także tych, którzy są w stanie w miarę samodzielnie organizować sobie życie. W tym drugim przypadku ważne jest wsparcie sprzyjające możliwie najdłuższemu zachowaniu samodzielności.

Uwzględniając aktualną sytuację społeczną i ekonomiczną oraz prognozę demograficzną na okres do 2030 roku jako najpilniejsze zadania polityki społecznej wobec ludzi starych (polityki senioralnej) należałoby uznać działania o charakterze strategicznym, niejako konstytuujące te politykę. Należą do nich:

1. Precyzyjne określenie zakresu przedmiotowego polityki senioralnej i ustalenie jej relacji z innymi politykami, a zwłaszcza z polityką dochodową i ochrony zdrowia;
2. Takie określenie kompetencji poszczególnych organów administracji publicznej, zwłaszcza na szczeblu krajowym, by uniknąć nakładania się kompetencji oraz ewentualnych luk, powodujących niezaspokojenie pewnych potrzeb seniorów;
3. Uwzględnienie w priorytetach tej polityki odmiennych potrzeb i oczekiwań obu środowisk seniorów, określanych w raporcie jako osoby III i IV wieku. W przypadku pierwszej grupy należałoby wyeksponować działania aktywizujące i profilaktyczne, natomiast w przypadku drugiej grupy – działania o charakterze opiekuńczym i rekompensującym zmniejszające się możliwości udziału w życiu społecznym i ograniczoną samodzielność;
4. Sformułowanie priorytetów w perspektywie średnio- i długookresowej oraz uzyskanie dla nich akceptacji społecznej, co wiąże się z przyzwoleniem na przeznaczenie części środków publicznych na finansowanie polityki senioralnej.

Wśród szczegółowych priorytetów w perspektywie średniookresowej należy wymienić:

1. Zapewnienie polityce senioralnej ważnego miejsca w działaniach samorządu przez wprowadzenie mechanizmów finansowania inwestycji dedykowanych starszym mieszkańcom. Do inwestycji tych należą m.in. placówki opiekuńcze i geriatryczne, ośrodki dziennego pobytu oraz placówki oświatowe i kulturalne, oferujące usługi społeczne seniorom;
2. Wspieranie aktywności społecznej seniorów poprzez pomoc dla Uniwersytetów Trzeciego Wieku i innych organizacji pozarządowych grupujących seniorów i/lub działających na ich rzecz;
3. Wprowadzenie idei miast przyjaznych seniorom na poziomie lokalnym, także w odniesieniu do gmin, m.in. poprzez zniwelowanie zróżnicowanego dostępu do usług społecznych będącego następstwem istniejącego przestrzennego rozproszenia starszych mieszkańców na terenach wiejskich;
4. Zwrócenie szczególnej uwagi na wydłużający się okres zatrudnienia osób starszych, wynikający z podniesienia granic wieku emerytalnego poprzez propagowanie idei zarządzania wiekiem w gospodarce;
5. Organizację systemu kompleksowej opieki długoterminowej, uwzględniającej zarówno potrzeby zdrowotne, jak i opiekuńcze osób niesamodzielnych. System ten wymaga zmian w sposobie finansowania opieki długoterminowej, zasadach udzielania świadczeń oraz szkoleniu i wynagradzaniu opiekunów.

Wśród szczegółowych priorytetów w perspektywie długookresowej należy wymienić:

1. Stworzenie systemu placówek pomocy dla osób starszych (domów pomocy społecznej, placówek opieki długoterminowej, placówek opieki dziennej) finansowanych w ujednolicony sposób, przy partycypacji środków publicznych;
2. Wszechstronne wsparcie dla rodzin sprawujących opiekę nad seniorami, m.in. przez ułatwienia w godzeniu zatrudnienia z opieką oraz zapewnienie systemu usług środowiskowych dla niesamodzielnych seniorów, umożliwiających im pozostawanie w środowisku miejsca zamieszkania;
3. Stworzenie infrastruktury społecznej dostosowanej do zróżnicowanych potrzeb seniorów i oferujących im oraz ich opiekunom nieformalnym usługi społeczne.

BIBLIOGRAFIA

- Adamski A., *Rodzina. Wymiar społeczno-kulturowy*, Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2002
- Age Platform (2007). *Zestaw narzędzi do organizacji spotkań z bezradnymi starszymi osobami: słuchanie ich opinii i promowanie ich udziału w procesie formułowania zasad polityki*, (<http://www.age-platform.eu/en/age-publications-and-other-resources/toolkits/992-participation-of-vulnerable-groups-in-policy-making->) (dostęp 22.10.2012)
- Aktywność zawodowa ludności Polski w latach 2003-2007, GUS, Warszawa 2009
- Analiza wyników badania okresów pobierania emerytur i rent, ZUS, Warszawa 2007
- Asian Development Bank (2011) *Asian development outlook 2011 update*. Mandaluyong City, Philippines: Asian Development Bank
- Augustyn M. (red.) (2010) *Opieka długoterminowa w Polsce. Opis, diagnoza, rekomendacje*. Warszawa: Klub Parlamentarny Platformy Obywatelskiej RP
- Balcerzak-Paradowska B., *Rodzina i polityka rodzinna na przełomie wieków: przemiany, zagrożenia, potrzeba badań*, IPISS, Warszawa 2004
- Beauvoir S. de, *The Coming of Age*, WW Norton & Company, New York 1996,7
- Bertelsmann Stiftung (red.) (2006) *Active Aging in Economy and Society*. Carl Bertelsmann Prize 2006. Verlag Bertelsmann Stiftung
- Bień B (1996): *Wpływ pozaontogenetycznych uwarunkowań starzenia na zdrowotną i psychosocjalną sytuację ludzi starych: 15-letnie przekrojowo-sekwencyjne badania kohortowe ludzi starych w Białymstoku*, Akademia Medyczna, Białystok
- Blazer, D. G. (2006), *Successful aging*. American Journal of Geriatric Psychiatry, 14, 2–5
- Błędowski P (2002), *Gospodarstwa domowe i sytuacja mieszkaniowa ludzi starych*, [w:] Synak B (red.) *Polska starość*, Wydawnictwo UG, Gdańsk
- Błędowski P. (2002), *Lokalna polityka społeczna wobec ludzi starych*, Warszawa, SGH
- Błędowski P. (2004), *Zmiany społeczne w Polsce a zadania polityki rodzinnej*, [w:] *Między transformacją a integracją. Polityka społeczna wobec problemów współczesności*, red. P. Błędowski, Warszawa, SGH
- Błędowski P. (2006a), *Człowiek stary jako konsument*, [w:] B. Szatur-Jaworska, P. Błędowski, M. Dziegielewska, *Podstawy gerontologii społecznej*, Aspra-JR, Warszawa
- Błędowski P. (2006b), *Ekonomiczne skutki starzenia się ludności*, [w:] B. Szatur-Jaworska, P. Błędowski, M. Dziegielewska, *Podstawy gerontologii społecznej*, Aspra-JR, Warszawa
- Błędowski P. (2012a), *Starzenie się jako problem społeczny. Perspektywy demograficznego starzenia się ludności Polski do roku 2035*, [w:] M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski (2012) *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce* Poznań, Termedia Wydawnictwo Medyczne
- Błędowski P. (2012b), *Potrzeby opiekuńcze osób starszych*, [w:] M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski (2012) *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, Poznań, Termedia Wydawnictwo Medyczne
- Błędowski P., Kubicki P. (2009), *Warszawa przyjazna seniorom*. Niepublikowany raport przygotowany dla M.st. Warszawy
- Bojanowska E. (2008), *Opieka nad ludźmi starszymi*, [w:] P. Szukalski (red.), *To idzie starość. Postawy osób w wieku przedemerytalnym. Raport z badania*, ZUS, Warszawa
- Bourdieu P., Passeron J.C., *Reprodukcja. Elementy teorii systemu nauczania*, PWN, Warszawa 1990
- Bowling A (2008) *Enhancing Later Life: How Older People Perceive Active Ageing? "Aging and Mental Health" 12(3): 293–301*

- Bowling A., Dieppe P. (2005) *What is successful ageing and who should define it?* BMJ Volume 331 24-31 December 2005 www.bmj.com/content/331/7531/1548.full.pdf (dostęp 10.10.2011)
- Broda-Wysocki P. (red.) (2007). *Państwo, samorządy, organizacje pozarządowe I wspólnoty lokalne wobec ubóstwa i wykluczenia społecznego*, Warszawa, IPISS
- Budżety gospodarstw domowych w 2010 r.* (2011) GUS, Warszawa
- Buffel T., Phillipson C., Scharf T. (2012) *Ageing in urban environments: Developing 'age-friendly' cities*. Critical Social Policy, Nov 2012; vol. 32: pp. 597-617
- Burton E. (2012) *Streets ahead? The role of the built environment in healthy ageing*. Perspectives in Public Health, Jul 2012; vol. 132: pp. 161-162
- Butler R., Warner H.R., Williams T., et al.: *The Aging Factor in Health and Disease: The Promise of Basic Research on Aging*, "Aging Clin. Exp. Res." 2009, 16
- 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
- Carstensen L.L., *Social and Emotional Patterns in Adulthood: Support for Socioemotional Selectivity Theory*, „Psychology and Ageing” 1992 (7)
- Cieślak M., *Zarys rozwoju liczby ludności. Historia myśli demograficznej*, [w:] M. Cieślak, *Demografia: metody analizy i programowanie*, PWN, Warszawa 1992
- Czajka E (1974), *Zdrowie i sprawność ludzi starszych*, [w:] *Problemy ludzi starych w Polsce*, PWE, Warszawa
- Czekanowski P (2002), *Sytuacja materialna*, [w:] Synak B (red.) *Polska starość*, Wydawnictwo UG, Gdańsk: 101 – 114.
- De Donder L. , De Witte N. , Buffel T. , Dury S. , Verte D. (2012) *Social Capital and Feelings of Unsafety in Later Life: A Study on the Influence of Social Networks, Place Attachment, and Civic Participation on Perceived Safety in Belgium*, "Research on Aging", Jul 2012; vol. 34
- Diagnoza (2009), *Diagnoza społeczna 2009, Warunki i jakość życia Polaków*, red. J. Czapiński, T. Panek, Rada Monitoringu Społecznego, Warszawa
- Diagnoza (2011), *Diagnoza Społeczna 2011, Warunki i jakość życia Polaków*, red. J. Czapiński, T. Panek, Rada Monitoringu Społecznego, Warszawa 2012
- Die ergraute Gesellschaft*, Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin 1987
- Depp, C., Jeste, D. (2006), *Definitions and predictors of successful aging: A comprehensive review of larger quantitative studies*, „American Journal of Geriatric Psychiatry”, 14, 6–20
- Derejczyk J., Bień B., Szczerbińska K., Grodzicki T. (konsultacja merytoryczna) (2012) *Ochrona zdrowia osób starszych*. Niepublikowany raport przygotowany na potrzeby Komisji Ekspertów ds. osób starszych przy Rzeczniku Praw Obywatelskich.
- Encyklopedia seniora*, WP, Warszawa 1986
- Erikson E. H., *Dopełniony cykl życia*, Rebis, Warszawa 2002
- Eurostat (2011): *Demography report 2010. Older, more numerous and diverse Europeans*, Eurostat, Luxembourg
- EU-SILC (2011), *Dochody i warunki życia ludności Polski (raport z badania EU-SILC 2011)*, GUS, Warszawa 2012
- Frieske K. W. (red.) (2004). *Utopie inkluzji. Sukcesy i porażki programów reintegracji społecznej*, Warszawa, IPISS
- Fukuyama F., *Koniec człowieka*, Wyd. Znak, Kraków 2004
- Geiser M., *Alterssozialpolitik. Fragmentierung überwinden – Lebenslagen verbessern*, Vincentz Verlag, Hannover 1996
- Giannakouris K (2008): *Ageing characterises the demographic perspectives of the European societies*, Statistics in Focus 72. Eurostat

- Greene V.L., Lovely M. E., Miller M. D., Ondrich J. I. (1995), *Reducing Nursing Home Use through Community Long-term Care: an Optimization Analysis*, „Journal of Gerontology: Social Sciences”, vol. 50B, 4
- Grewiński M. (2009). *Wielosektorowa polityka społeczna. O przeobrażeniach państwa opiekuńczego*, Warszawa, WSP TWP
- Grotowska-Leder J. (2006), *Osoby w wieku sędziwym a materialne wsparcie rodzinne (na przykładzie podopiecznych łódzkiej pomocy społecznej)*, [w:] J.T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Starość i starzenie się jako doświadczenia jednostek i zbiorowości ludzkich*, Łódź
- Grotowska-Leder J., *Sieci społeczne seniorów mieszkających w rejonach niezurbanizowanych w perspektywie teoretycznej i empirycznej* (2008), [w:] J.T. Kowaleski, Szukalski (red.), *Pomyślnie starzenie się w perspektywie nauk o pracy i polityce społecznej*, Łódź
- GUS (1985), *Sytuacja bytowa ludzi starszych w 1985 r.*, GUS, Warszawa
- GUS (1989), *Sytuacja bytowa ludzi starszych w 1989 r.*, GUS, Warszawa
- GUS (2008), *Prognoza ludności na lata 2008-2035*; http://www.stat.gov.pl/gus/5840_8708_PLK_HTML.htm
- GUS (2009a), *Prognoza gospodarstw domowych według województw na lata 2008 – 2035*, GUS, Warszawa.
- GUS (2009b), *Prognoza ludności na lata 2008–2035*, GUS, Warszawa.
- GUS (2010a), *Prognoza gospodarstw domowych na lata 2008–2030*, GUS, Warszawa
- GUS (2010b), *Rocznik Demograficzny 2010*, GUS, Warszawa
- GUS (2011), *Mały Rocznik Statystyczny Polski 2011*, GUS, Warszawa
- GUS (2011a), *Monitoring wyników prognozy dla 2010 r.*, GUS, Warszawa
- GUS (2011b), *Rocznik Demograficzny 2011*, GUS, Warszawa
- GUS (2011c), *Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r.*, GUS, Warszawa
- GUS (2012a), *Jak się żyje osobom starszym w Polsce?*, GUS, Warszawa
- GUS (2012b), *Aktywność zawodowa ludności Polski I kwartał 2012*, Warszawa
- GUS (2012c), *Rocznik Demograficzny 2012*, GUS, Warszawa
- GUS (2013), *Gospodarstwa domowe w 2011 roku – wyniki spisu ludności i mieszkań 2011*, Warszawa
- Halik J. (red.) (2002): *Starzy ludzie w Polsce. Społeczne i zdrowotne skutki starzenia się społeczeństwa*, ISP, Warszawa
- Holstein M. and Minkler M (2007) *Critical Gerontology: Reflections for the 21st Century*. [w:] M. Bernard, T. Scharf (eds.) *Critical Perspectives on Ageing Societies*, Cambridge, Policy Press, 13–26.
- Holzer J.Z., *Trzy procesy demograficzne*, [w:] J. Koziński (red.), *Humanistyka przełomu wieków*, Żak, Warszawa 1999
- Karwacki A. (2010) *Papierowe skrzydła. Rzecz o spójnej polityce aktywizacji*, Toruń, Wydawnictwo UMK
- Karwacki A., Rymśka M. (2011) *Meandry upowszechniania koncepcji aktywnej polityki społecznej w Polsce* [w:] M. Grewiński, M. Rymśka (red.) *Polityka aktywizacji w Polsce. Usługi reintegracji w sektorze gospodarki społecznej*, Warszawa: WSP TWP
- Kempny M., Szmatacka J. (1992), *Współczesne teorie wymiany społecznej*, M. Kempny, J. Szmatacka (red.), PWN, Warszawa
- Kerr J., Rosenberg D., Frank L. (2012) *The Role of the Built Environment in Healthy Aging: Community Design, Physical Activity, and Health among Older Adults*, „Journal of Planning Literature”, Feb 2012; vol. 27: pp. 43-60
- Kinsella K., Velkoff V. A., *The Demographic of Aging*. „Aging Clin Exp Res” 2002, vol. 14. No 3
- Kirkwood T.B., *Human Senescence*, „BioEssay” 1996, 18(12)
- Klonowicz S., *Starzenie się ludności*, [w:] *Encyklopedia seniora*, WP, Warszawa 1986, s. 35–56
- Konecki K. (2000), *Studia z metodologii badań jakościowych. Teoria ugruntowana*, Warszawa, PWN

- Kotowska I., Wóycicka I. (red.) (2008), *Sprawowanie opieki oraz inne uwarunkowania podnoszenia aktywności zawodowej osób w starszym wieku produkcyjnym*, Raport z badań, Warszawa, MPiPS
- Kotowska I.E., *Zmiana modelu rodziny. Polska – kraje europejskie*, „Polityka Społeczna” 2002, nr 4
- Krzyszowski J. (2011) *Osoby starsze* [w:] R. Szarfenberg (red.) *Krajowy raport badawczy – pomoc i integracja społeczna wobec wybranych grup – diagnoza standaryzacji usług i modeli instytucji*, Warszawa, Wspólnota Robocza Związków Organizacji Socjalnych WRZOS
- Kubicki P. (2003a) *Rola organizacji pozarządowych w zaspokajaniu potrzeb osób starszych na przykładzie wybranych gmin Wielkopolski*, Niepublikowany raport z badań własnych SGH
- Kubicki P. (2003b) *Rozwój społeczny i wzrost gospodarczy jako warunki godnego życia osób starszych w społeczeństwie ponowoczesnym*. [w:] J. Osiński (red.) *Wzrost gospodarczy i rozwój społeczny jako paradygmaty współczesności*, Warszawa, SGH
- Kubicki P. (2004) *Seniorzy w społeczności lokalnej – analiza zróżnicowania aktywności społecznej osób starszych na przykładzie wybranych gmin Wielkopolski. Samodzielność ludzi starych z perspektywy medycyny i polityki społecznej. Dotychczasowe doświadczenia UE i Polski*, Warszawa, PTG
- Kubicki P. (2006) *System nieformalnej pomocy dla niepełnosprawnych seniorów i ich rodzin w lokalnej polityce społecznej*. Niepublikowany raport z badań statutowych SGH
- Kubicki P. (2008) *Przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu w lokalnej polityce społecznej*. Niepublikowana praca doktorska napisana pod kierunkiem dr hab. P. Błędowskiego w SGH
- Kubicki P. (2010) *Warszawskie rady seniorów*. Niepublikowany raport przygotowany dla M.st. Warszawy
- Kubicki P. (2011) *(Nie)aktywna starość*. Niepublikowany raport z badań własnych. Warszawa: SGH
- Kubicki P. (2012) *Przedsiębiorczość osób w wieku 50+ - perspektywy i bariery*. (tekst oczekuje na recenzję w miesięczniku „Polityka Społeczna”)
- Kubicki P., Olcoń-Kubicka M. (2010) *Osamotnienie osób starszych w Polsce – skala, przejawy oraz sposoby przeciwdziałania zjawisku*, „Studia Humanistyczne AGH” 8, s. 129–138.
- Kurek S., *Wybrane metody i kierunki badania starzenia się ludności w świetle literatury problemu*, „Studia demograficzne” 2001, nr 1 (139)
- Levinson D.J., *A Conception of Adult Development*, „American Psychologist” 1986, vol. 41(1)
- Lui C.W., Everingham J.A., Warburton J., Cuthill M., and Bartlett H. (2009) *What Makes a Community Age-Friendly: A Review of International Literature*, Australasian Journal on Ageing 28(3): 116–121
- Mejsner B. (2011) *Lokalne inicjatywy na rzecz ustalania kryteriów jakości i standaryzacji usług opiekuńczych świadczonych w miejscu zamieszkania*, Warszawa, Wspólnota Robocza Związków Organizacji Socjalnych WRZOS. (<http://www.wrzos.org.pl/projekt1.18/download/Ekspertyza%20ZE%20OOS.pdf>)
- Miller C.A., *Nursing for Wellness in Older Adults*, Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia 2009
- Misiąg W. (2010) *Koncepcja i wskaźniki budżetu zadaniowego a bilans potrzeb pomocy społecznej*. Opracowanie, wykonane dla Instytutu Rozwoju Służb Społecznych w ramach projektu „Koordynacja na rzecz aktywnej integracji”
- Montross, L., Depp, C., Daly, J., Reichstadt, J., Golshan, S., Moore, D. et al. (2006). *Correlates of self-rated successful aging among community dwelling older adults*. American Journal of Geriatric Psychiatry, 14, 43–51.
- Moody H., *Ageing. Concepts and Controversies*, Pine Forge Press, London 2006
- Mossakowska M., A. Więcek, P. Błędowski (2012) *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, Poznań, Termedia Wydawnictwo Medyczne
- 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, 2
- NSP2002, *Ludność. Stan i struktura demograficzno-społeczna*, GUS, Warszawa 2004

- OECD (2010a) *OECD Health Data 2010*. Paris
- OECD (2010b) *OECD Factbook 2010: Economic, Environmental and Social Statistics*, Paris
- Okólski M., *Demografia zmiany społecznej*, Wyd. Nauk. Scholar, Warszawa 2004
- Okólski M., *Demografia. Podstawowe pojęcia, procesy i teorie w encyklopedycznym zarysie*, Wyd. Nauk. Scholar, Warszawa 2004
- Olech A. (red.) (2012) *Dyktat czy uczestnictwo? Diagnoza partycypacji publicznej w Polsce*, Warszawa, Instytut Spraw Publicznych
- Olshansky S. J., Carnes A.B., Cassel Ch. K., *Starzenie się gatunku ludzkiego*, „Świat Nauki”, nr 6 (22) 1993
- Osoby niepełnosprawne oraz ich gospodarstwa domowe*, GUS, Warszawa 2003
- Palmore, E. (1979). *Predictors of successful aging*. *The Gerontologist*, 19, 427–431
- Patsios D., Davey A., *Formal and Informal Community Care for Older Adults*, [w:] L. Johnson (eds.), *The Cambridge Handbook on Age and Ageing*, Cambridge University Press, Cambridge 2005
- Pączkowska M (2002), *Sytuacja materialna ludzi starszych*, [w:] *Starzy ludzie w Polsce. Społeczne i zdrowotne skutki starzenia się społeczeństwa*, Halik J (red.), Instytut Spraw Publicznych, Warszawa
- Penning J. M., *Receipt of Assistance by Elderly People: Hierarchical Selection and Task Specificity*, „The Gerontologist” 1990, 30
- Perek-Białas J. (red.) (2005) *Aktywne starzenie. Aktywna starość*. Kraków: AUREUS
- Pędich W (red.) (1965), *Badania nad stanem zdrowia i warunkami życiowymi ludzi starych miasta Opola*, PWN, Opole
- Piechór E., A. Manikowski, M. Mossakowska, T. Zdrojewski, *Podstawowe wskaźniki realizacji badania PolSenior*, [w:] *PolSenior. Aspekty medyczne, psychologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski (red.), Termedia, Poznań 2012
- Piotrowski J (1973), *Miejsce człowieka starego w rodzinie i społeczeństwie*, PWN, Warszawa
- Porzych K., Kędziora-Kornatowska K., Porzych M., *Psychologiczne aspekty starzenia się i starości*, „Gerontologia Polska” 2004, 12(4)
- Raław M. (red.) (2011) *Publiczna troska, prywatna opieka. Społeczności lokalne wobec osób starszych*, Warszawa, Instytut Spraw Publicznych
- Radzikowska B., *Struktura ludności*, [w:] M. Cieślak (red.), *Demografia: metody analizy i prognozowania*, PWN, Warszawa 1992
- Ranzijn B. (2010) *Another Way to Oppress Marginalized and Disadvantaged Elders? Aboriginal Elders as a Case Study*, „Journal of Health Psychology”, Vol 15(5) 716–723.
- Raport Siemens (2012) *Zdrowie – męska rzecz*, D. Cianciara, Siemens sp. z o. o., Warszawa
- Rosenmayr L., H. Rosenmayr, *Der alte Mensch in der Gesellschaft*, Rowohlt, Reinbek 1978
- Rosset E. (1978), *Eksplozja demograficzna*, KiW, Warszawa
- Rosset E. (1967), *Ludzie starzy. Studium demograficzne*, PWE, Warszawa
- Rosset E. (1959), *Proces starzenia się ludności. Studium demograficzne*, PWG, Warszawa 1959
- Rowe, J., Kahn, R. L. (1987). *Human aging: Usual and successful*. *Science*, 237, 143–149
- Rowe, J., Kahn, R. L. (1998). *Successful aging*. New York: Dell Publishing
- Rymsza M. (2007a) *Rola służb społecznych w upowszechnianiu aktywnej polityki społecznej*. [w:] M. Grewiński, J. Tyrowicz (red.), *Aktywizacja, partnerstwo, partycypacja – o odpowiedzialnej polityce społecznej*, Warszawa, Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej
- Rymsza M. (2007b) *Druga fala ekonomii społecznej w Polsce a koncepcja aktywnej polityki społecznej* [w:] T. Kazmierczak, M. Rymsza, *Kapitał społeczny. Ekonomia społeczna*, Warszawa, Instytut Spraw Publicznych
- Rymsza M. (2008) *Aktywna polityka społeczna w Polsce. Szanse i ograniczenia upowszechniania koncepcji* [w:] A. Karwacki, H. Kaszyński (red.), *Polityka aktywizacji w Polsce. Nowy paradygmat zmiany społecznej czy działania pozorne?* Toruń, Wydawnictwo UMK

- Sęk H., R. Cieślak (2004), *Wsparcie społeczne – sposoby definiowania, rodzaje i źródła wsparcia, wybrane koncepcje teoretyczne*, [w:] H. Sęk, R. Cieślak (red.), *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*, PWN, Warszawa
- Skrętowicz B., Gorczyca R. (2004), *Niepełnosprawność osób starszych w świetle wyników NSP 2002*, [w:] J.T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Nasze starzejące się społeczeństwo. Nadzieje i zagrożenia*, Wyd. UŁ, Łódź
- Slany K. (2008), *Alternatywne formy życia małżeńsko-rodzinnego w ponowoczesnym świecie*, Nomos, Kraków
- Stan zdrowia ludności w województwie łódzkim w 2004 r.* (2007), US w Łodzi, Łódź
- Staręga-Piasek J. (1975), *Niematerialne potrzeby ludzi starych*, [w:] J. Piotrowski (red.), *Starzenie się, starość w badaniach gerontologicznych w Polsce*, PTG, Ossolineum, Warszawa-Wrocław 1975
- Stenner P., McFarquhar T., Bowling A. (2011) *Older people and 'active ageing': Subjective aspects of ageing actively*. *Journal of Health Psychology* 16(3) 467–477
- RPO (2012), *Strategie działania w starzejącym się społeczeństwie. Tezy i rekomendacje*, RPO, Warszawa
- Synak B (red.). (2002), *Polska starość*, UG, Gdańsk
- Szatur-Jaworska B (2000), *Ludzie starzy i starość w polityce społecznej*, ASPRA-JR, Warszawa
- Szatur-Jaworska B. Błędowski P., Dzięgielewska M (2006) *Podstawy gerontologii społecznej*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR
- Szatur-Jaworska B. (1999), *Życie rodzinne ludzi starych w Polsce*, „Polityka Społeczna” 1999, nr 9
- Szatur-Jaworska B. (2012), *Sytuacja rodzinna i więzi rodzinne osób starych i osób na przedpolu starości*, [w:] M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski (2012) *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce* Poznań, Termedia Wydawnictwo Medyczne
- Szukalski P. (red.) (2009) *Przygotowanie do starości. Polacy wobec starzenia się*. Warszawa: Instytut Spraw Publicznych
- Szukalski P. (2000), *Ewolucja wielkości i struktury rodziny*, „Polityka Społeczna”, nr 4
- Szukalski, *Podstawowe informacje o badaniu, Status rodzinny a sytuacja zdrowotna i bytowa osób sędziwych w środowisku wielkomiejskim*, niepublikowany raport z realizacji grantu KBN
- Szukalski P. (2006), *Proces starzenia się ludności – przyczyny, etapy, konsekwencje*, [w:] T. Grodzicki, J. Kocemba, A. Skalska (red.), *Geriatrya z elementami gerontologii ogólnej*, Via Medica, Gdańsk
- Szukalski P. (2004), *Proces starzenia się społeczeństw Europy: spojrzenie perspektywiczne*, „Gerontologia Polska”, 12 (3)
- Szukalski P. (2007), *Przemiany rodziny – wyzwania dla polityki społecznej. Artykuł dyskusyjny*, „Polityka Społeczna”, nr 8
- Szukalski P. (2002), *Przełomy międzypokoleniowe i ich kontekst demograficzny*, Wyd. UŁ, Łódź
- Taylor R. (2011) *Ageing, Health and Innovation: Policy Reforms to Facilitate Healthy and Active Ageing in OECD Countries*. London: The International Longevity Centre.
- Teoretyczne problemy nauki o polityce społecznej* (1999), red. J. Auleytner, J. Danecki, PAN, WSP TWP, Warszawa
- The 2012 Ageing Report. Underlying Assumptions and Projection Methodologies* (2011). The European Economy 4/2011. European Commission Directorate-General for Economic and Financial Affairs.
- Tobiasz-Adamczyk B., P. Brzyski, J. Bajka (2004), *Społeczne uwarunkowania jakości życia kobiet u progu wieku starszego*, Wyd. UJ, Kraków
- Tobiasz-Adamczyk B., Gałaś A., Brzyski P., Błędowski P., Grodzicki T. (2012), *Dostępność i poziom satysfakcji z opieki medycznej*, [w:] M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski (2012) *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce* Poznań, Termedia Wydawnictwo Medyczne
- Trafiałek E. (1998), *Życie na emeryturze w warunkach polskich przemian systemowych*, Wyższa Szkoła Pedagogiczna, Kielce

- Tymowski A. (1987), *Polityka starości*, "Człowiek i Światopogląd", nr 9
- Tyszka Z. (2002), *Rodzina we współczesnym świecie*, Wyd. Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, Poznań
- Ubóstwo w Polsce w 2010 r. (na podstawie badania budżetów gospodarstw domowych)* (2011), Informacja sygnałowa GUS. Warszawa.
- UN-HABITAT (2010) *State of the World's Cities 2010/2011*. London: Earthscan.
- van de Kaa D. (1987) *Europe's Second Demographic Transition*, „Population Bulletin” No no. 1, 1-59.
- Ważniejsze informacje z zakresu ubezpieczeń społecznych 2007 r.*, ZUS, Departament Statystyki, dane dostępne na stronie: <http://www.zus.pl/files/dane2007.pdf>, w dn. 8.01.2009 r., Warszawa 2008.
- Wege aus der Frauenarmut* (2004), Heitzmann K, Schmidt A (red.) Lang, Frankfurt/M.
- Weir P., Meisner B., Baker J. (2010) *Successful Aging across the Years Does One Model Fit Everyone?* Journal of Health Psychology. Vol 15(5) 680-687.
- Wierzchoślawski S. (1999), *Demograficzne aspekty procesu starzenia się ludności Polski*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny”
- Wiśniewska-Roszkowska K. (1967), *Medycyna w walce ze starością*, PZWL Wyd. 2, Warszawa
- Wizner B., A. Skalska, A. Klich-Rączka, K. Piotrowicz, T. Grodzicki (2012), *Ocena stanu funkcjonalnego u osób w starszym wieku [w:] Aspekty medyczne, psychologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski (red.), Termedia, Poznań
- Wojszel ZB (2009): *Geriatryczne zespoły niesprawności i usługi opiekuńcze w późnej starości. Analiza wielowymiarowa na przykładzie wybranych środowisk województwa podlaskiego*, TransHumana, Białystok
- World Health Organization (WHO) (2002) *Active Ageing: A Policy Framework*. Geneva: WHO
- World Health Organization (WHO) (2007) *Global age-friendly cities: a guide*. Geneva: WHO
- Zalewska J. (2009). *Stary człowiek w kulturze młodości. Doświadczenie starości wśród warszawskich seniorów*, niepublikowana praca doktorska napisana pod kierunkiem prof. E. Tarkowskiej w SNS IFiS PAN.
- Zasępa B. (2002), *Wpływ procesu starzenia się ludności na system emerytalny*, [w:] L. Frąckiewicz (red.), *Polska a Europa. Procesy demograficzne u progu XXI wieku*, Wyd. Śląsk, Katowice 2002
- ZUS (2011), *Ważniejsze informacje z zakresu ubezpieczeń społecznych*, ZUS, Warszawa.
- Zych A. (2004), *Moderacja rozwoju – wyzwaniem dla gerontologii edukacyjnej*, „Gerontologia Polska”, 12(3)
- Żakowska-Wachelko B. (2002), *Zadania i perspektywy gerontologii*, [w:] L. Frąckiewicz (red.), *Polska a Europa. Procesy demograficzne u progu XXI wieku*, Wyd. Śląsk, Katowice

ANEKS

Tabela A.1. Gminy objęte badaniem lokalnych strategii rozwiązywania problemów społecznych (dotyczy rozdziału 8, str. 146)

Nazwa	Typ gminy	Ocena sytuacji ekonomicznej
Ostrołęka	miasto na prawach powiatu	brak
Płock	miasto na prawach powiatu	brak
Radom	miasto na prawach powiatu	brak
Siedlce	miasto na prawach powiatu	brak
Warszawa	miasto na prawach powiatu	brak
Podkowa Leśna	gmina miejska	dobra
Sulejówek	gmina miejska	
Żyrardów	gmina miejska	średnia
Łaskarzew	gmina miejska	niekorzystna
Pionki	gmina miejska	
Nadarzyn	gmina wiejska	dobra
Michałowice	gmina wiejska	
Słupno	gmina wiejska	
Wieczfnia Kościelna	gmina wiejska	
Lesznówola	gmina wiejska	
Izabelin	gmina wiejska	
Krzynowłoga Mała	gmina wiejska	średnia
Miedzna	gmina wiejska	
Mrozy	gmina wiejska	
Jakubów	gmina wiejska	
Stara Kornica	gmina wiejska	
Bodzanów	gmina wiejska	
Szulborze Wielkie	gmina wiejska	

Wieniawa	gmina wiejska	
Chlewiska	gmina wiejska	
Gielniów	gmina wiejska	
Rościszewo	gmina wiejska	
Parysów	gmina wiejska	
Wierzbica	gmina wiejska	
Pionki	gmina wiejska	
Konstancin-Jeziorna	gmina wiejsko-miejska	dobra
Różan	gmina wiejsko-miejska	
Błonie	gmina wiejsko-miejska	
Nowe Miasto nad Pilicą	gmina wiejsko-miejska	średnia
Łosice	gmina wiejsko-miejska	
Zakroczym	gmina wiejsko-miejska	
Żelechów	gmina wiejsko-miejska	
Mordy	gmina wiejsko-miejska	niekorzystna
Chorzele	gmina wiejsko-miejska	
Szydłowiec	gmina wiejsko-miejska	