

ZBIGNIEW WOŹNIAK

PROBLEMY STARZENIA SIĘ I STAROŚCI WYZWANIEM DLA POLITYKI SPOŁECZNEJ NA PROGU III TYSIĄCLECIA

Spółceństwo dla wszystkich grup wieku – wiodące hasło proklamowanego przez Organizację Narodów Zjednoczonych **Międzynarodowego Roku Seniorów '99**¹ – wprowadza na scenę publiczną model społeczeństwa, które jest przyjazne, dobre i funkcjonalnie urządzone dla każdego z jego członków. Za *społeczeństwo dla wszystkich* eksperci ONZ proponują uważać taką zbiorowość, która *dostosowuje swą strukturę i funkcjonowanie, jak również politykę i planowanie do potrzeb i umiejętności wszystkich, uwalniając w ten sposób*

potencjał wszystkich z korzyścią dla wszystkich.

Spółceństwo dla wszystkich grup wiekowych będzie dodatkowo umożliwiała poszczególnym pokoleniom wzajemne inwestowanie w siebie oraz dzielenie się owocami tych inwestycji, zgodnie z zasadą wzajemności i równości.

Ten swoisty manifest społeczności międzynarodowej uznać należy za najogólniej zarysowaną zasadę budowania w najbliższych dwudziestu-trzydziestu latach zrębów polityki społecznej² adresowanej do najstarszego pokolenia.

Bliższa charakterystyka zawartości przyszłościowego pakietu możliwych rozwiązań systemowych w obszarze polityki wobec starości i ludzi starych wymaga przeglądu stanu i perspektyw w dziedzinach decydujących o kondycji życiowej seniorów – zmian w strukturze demograficznej społeczeństw i ich społecznych konsekwencji, stanu zdrowia i sprawności, położenia społecznego i relacji międzypokoleniowych.

I. DODAWAĆ LAT DO ŻYCIA

W nadchodzących dziesięcioleciach wystąpią dwie bardzo istotne tendencje o charakterze globalnym, mające wpływ na kondycję społeczno-eko-

¹ Działania na rzecz Międzynarodowego Roku Seniorów poprzedziło kilka rezolucji i decyzji Zgromadzenia Ogólnego NZ. Zatwierdzono m.in. międzynarodowy plan działań na rzecz starzejącego się społeczeństwa (rezolucja 37/51) i uchwalono związaną z tym planem strategię osiągania założonych celów do 2001 roku (rezolucja 47/86), przyjęto katalog zasad, które winny być stosowane wobec osób starszych (rezolucja 46/91), ustanowiono 1 października Międzynarodowym Dniem Seniora (rezolucja 45/106 i 50/141), i wreszcie obwołano rok 1999 Międzynarodowym Rokiem Seniorów (rezolucja 47/5 z 6.10.1992 r.). Zarys koncepcyjny programu obchodów Międzynarodowego Roku Seniorów Zgromadzenie Ogólne ONZ przyjęło w rezolucji 50/141 z dnia 21 XII 1995 r.

² *Polityka społeczna* może być rozumiana dwojako: jako działalność określonych instytucji, których celem jest rozwiązywanie kwestii socjalnych oraz jako dyscyplina naukowa polityka społeczna stanowi system wiedzy o procesach zmierzających do wyrównywania różnic w położeniu społecznym jednostek i/lub grup. W tym opracowaniu rozumienie drugie stanowi podłoże konceptualne omawianych i/lub proponowanych rozwiązań instytucjonalnych w programach adresowanych do osób w wieku emerytalnym.

nomiczną mieszkańców Ziemi – odnotowujemy wysokie tempo starzenia się w krajach rozwijających się i utrzymywanie się wysokiego odsetka starszych osób w krajach rozwiniętych. Zgodnie z prognozami demografów ONZ i krajów OECD³:

- liczba ludzi starszych w roku 2010 wzrośnie z 450 mln do 1 miliarda (podwojenie liczby seniorów nastąpi w ciągu 30 lat) – do roku 2005 przewidywany jest najszybszy przyrost liczby osób starszych,
- do roku 2020 największy przyrost liczby osób w wieku emerytalnym odnotują w kolejności: Niemcy, Szwecja, Japonia, Francja, Anglia i USA,
- w roku 2030 co trzecia osoba w krajach europejskich będzie miała powyżej 60 lat,
- przewidywane jest również bardzo wysokie tempo starzenia się populacji w krajach rozwijających się. – np. we Francji dla podwojenia liczby ludzi starszych trzeba było 115 lat (1865 - 1980), podczas gdy np. w Tunezji dwukrotny przyrost liczby ludności w wieku lat 65 i więcej (z 7 do 14%) nastąpi w ciągu 15 lat (lata 2020 - 2035), zaś w Chile potrwa to lat 30 (2000 - 2030). Na przełomie stulecia prawie 40% Chińczyków będzie miało 60 i więcej lat,
- w roku 2025 ponad 70% ogólnej liczby ludzi w wieku 60 i więcej lat będzie żyło w krajach rozwijających się.

Proces demograficznego starzenia się jest znacznie bardziej zaawansowany w populacji zamieszkującej obszary wiejskie i wśród kobiet.

W wielu krajach wysoko uprzemysłowionych ludzie starzy żyją coraz dłużej i coraz lepiej, stąd też dwukrotnie szybciej rośnie liczba najstarszych spośród starych (tzw. *old-old*), niż generalna populacja seniorów. W gronie gerontologów dość powszechnie określa się kategorię osób *old-old* (80 i więcej lat) mianem *średziwych starców*. Analizy demograficzne ONZ⁴ sygnalizują niezwykle szybki od 1950 roku przyrost liczby osób z najstarszych kategorii wśród mieszkańców Ziemi:

- przyrost liczby ludzi określanych mianem *średziwych starców* jest dwukrotnie szybszy, niż wzrost liczby osób w całej populacji ludzi starych (60 i więcej lat),
- do początku lat dziewięćdziesiątych liczba osób w wieku 80 i więcej lat uległa na świecie *potrojeniu*, podczas gdy liczba ogółu ludzi starych wzrosła tylko dwukrotnie,
- od 1950 do 2025 roku liczba najstarszych spośród seniorów zwiększy się *dziesięciokrotnie* – liczba ogółu ludzi starych wzrośnie zaś ośmiokrotnie,
- w roku 2025 liczba osób w wieku 80 i więcej lat stanowić będzie 11% ogółu populacji ludzi starszych – blisko 60% spośród nich żyć będzie w krajach rozwijających się,
- znacznie szybsze tempo wzrostu liczebności w grupie najstarszych mieszkańców naszego globu rejestruje się w krajach wysoko rozwiniętych – w ciągu 75 lat nastąpi *siedmiokrotny* przyrost liczby *średziwych starców* (3,5 razy w krajach rozwijających się).

³ *The World aging situation 1991*, United Nations, New York 1991 oraz *Aging in OECD countries. A critical policy Challenge*, Social Policy Studies n. 20, Paris 1996.

⁴ *The World aging...*, wyd. cyt., s. 19.

Polska dołączyła do krajów o starzejącej się strukturze demograficznej w połowie lat sześćdziesiątych, by po 30 latach znaleźć się w gronie społeczeństw o zaawansowanym procesie starzenia się – obecnie żyje w naszym kraju 6,3 mln ludzi w wieku 60 i więcej lat (16,2% ogółu ludności) oraz 4,5 mln w wieku lat 65 i powyżej (11,7%)⁵.

Tak głębokie zmiany w strukturze demograficznej społeczeństw pociągają za sobą przebudowę struktury rodziny (tabela 1). Po roku 2000 zmniejszy się liczba bliskich osób w otoczeniu ludzi starych – będą oni posiadać nieco więcej krewnych, spadnie zaś liczba dzieci i wnuków.

Tabela 1

Konfiguracja sieci krewnych dla osób w wieku 70 i więcej lat w roku 2000 i 2025⁶

Szacowana liczba krewnych w roku:	
2000	2025
1,4 krewnych	2,2 krewnych
3,2 dzieci	1,9 dzieci
6,1 wnuków	4 wnuków
potencjalny krąg krewnych: 12 - 16 osób	potencjalna sieć krewnych: 8 - 12 osób

Przemiany demograficzne znajdują także swoje odzwierciedlenie w szacowaniu potrzeb mieszkaniowych i planowaniu rozwiązań tego problemu – stale rośnie liczba jednoosobowych gospodarstw domowych osób starszych, a zatem należy przewidywać wzrost zapotrzebowania na samodzielne mieszkania dla tej kategorii użytkowników.

Znaczenia nabiera także kwestia posiadania przez starzejące się osoby sieci krewnych, przyjaciół, sąsiadów – potencjalnych pomocników w rozwiązywaniu codziennych kłopotów i na wypadek obłożnej choroby lub niesprawności. Należy zwłaszcza przewidywać dramatyczny wzrost zapotrzebowania na opiekę długoterminową i terminalną. Na przykład w USA szacuje się, że do roku 2050 sześciokrotnie w stosunku do 1980 roku wzrosnąć musi liczba miejsc w palcówkach opieki długoterminowej dla osób w wieku 85 lat i więcej.

Jest pewne, iż coraz starsi ludzie opiekować się będą coraz starszymi rodzicami, zaś rozwiązanie problemu opieki nad niesamodzielnymi seniorami w mniejszym stopniu będzie kwestią finansową, a bardziej posiadania ludzi zdolnych do jej sprawowania.

Nie wszystkie kraje dostosowały lub dostosowują na czas własne struktury, narzędzia polityki społecznej i instytucje odpowiednio do gospodar-

⁵ W roku 1997 przeciętne dalsze trwanie życia dla kobiet wynosiło 77 lat, a dla mężczyzn 68,5 lat. Odsetek ludności w wieku poprodukcyjnym w nowych województwach wynosił: 1) łódzkie – 16,6%, 2) mazowieckie – 16,1, 3) świętokrzyskie – 15,9, 4) lubelskie – 15,6, 5) podlaskie – 15,4, 6) małopolskie – 14,2, 7) dolnośląskie – 14,2, 8) podkarpackie – 13,6, 9) wielkopolskie – 13,3, 10) opolskie – 13,3, 11) kujawsko-pomorskie – 13,2, 12) śląskie – 13,1, 13) lubuskie – 12,5, 14) pomorskie – 12,3, 15) zachodnio-pomorskie – 12,5, 16) warmińsko-mazurskie – 11,9). Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych GUS: *Polska w nowym podziale terytorialnym*, Warszawa 1998, s. 17 i n.

⁶ Na podstawie: R. Atchley, *Social forces and aging*, Belmont-California 1998, s. 357 i n.

czych i społecznych skutków starzenia się populacji. W planowaniu działań wyprzedzających omawiane zdarzenia należy w pierwszej kolejności oszacować wśród najstarszych mieszkańców konkretnych społeczności następujące **grupy ryzyka**, szczególnie podatne na zagrożenia stanu zdrowia i/lub pozycji ekonomicznej, bądź społecznej:

- 1) sędziwi starcy (osoby powyżej 80 i 90 roku życia),
- 2) ludzie starzy, samotni,
- 3) starsze kobiety (zwłaszcza panny i wdowy),
- 4) ludzie starzy zamieszkujący w różnych instytucjach opiekuńczych,
- 5) osoby bezdzietne,
- 6) ludzie w podeszłym wieku poważnie chorujący lub niepełnosprawni,
- 7) utrzymujący się z minimalnych świadczeń pomocy państwa lub z niskich dochodów,
- 8) starsze małżeństwa z chorującym lub niepełnosprawnym współmałżonkiem.

Kolejnym krokiem powinno być oszacowanie rozmiarów potrzeb tej grupy i ustalenie priorytetów w ich zaspokajaniu⁷.

• II. DODAWAĆ ZDROWIA DO ŻYCIA

Starzenie się fizjologiczne jest pewnym modelem, ideałem nieznanym w codziennej praktyce medycznej, gdyż zawsze ma ono składową patologiczną. Jako proces rozwojowy starzenie się nie może być analizowane z pominięciem odłożonych efektów z lat średnich, a nawet wcześniejszych okresów życia. Wiele problemów zdrowotnych w starości może mieć swoje źródło w utrzymujących się przez wiele lat niekorzystnych warunkach życia jednostek i zbiorowości: zarówno w stylu życia człowieka, jak i w jego środowisku naturalnym i społecznym.

Z tychże powodów nasza starość jest na ogół przedwczesna i patologiczna – należy zatem rozróżniać zmiany pierwotne, wywołane rzeczywistym procesem starzenia się i zmiany wtórne powodowane chorobami, które mogą być odwracalne.

W wielu wypadkach trudno jest odróżnić manifestacje normalnego starzenia się od stanów patologicznych. Z jednej strony sami ludzie starzy mogą z wiekiem zmieniać swoje standardy oceny stanu zdrowia i pewne symptomy chorobowe mogą oni traktować jako przynależne normalnemu starzeniu się – rośnie wówczas tolerancja na ból, ignoruje się także sygnały zaburzeń w funkcjonowaniu ustroju. Z kolei pewne symptomy chorobowe mogą być postrzegane przez lekarzy jako przejaw normalnego przebiegu procesu starzenia się (*niedodiagnozowanie*⁸) lub wiele zmian w organizmie interpretowanych jest błędnie jako zmiany patologiczne (*przediagnozowanie*).

⁷ Dla przyszłych analiz istotne znaczenie ma decyzja Wydziału Ludności Sekretariatu Narodów Zjednoczonych, by rozdzielać dane dotyczące ludności „czwartego wieku” (80 i więcej lat) na podgrupy: 80 - 84, 85 - 89, 90 - 94, 95 - 99 oraz 100 i powyżej w przyszłych prognozach demograficznych oraz w spisie powszechnym w roku 2000.

⁸ Patrz: E. Heikkinen, wyd. cyt., s. 25 i 33 oraz *The world aging...*, wyd. cyt., s. 22 i n.

Proces starzenia się i towarzyszące temu choroby przewlekłe manifestują się szczególnie ostro w poszczególnych narządach i układach organizmu po przekroczeniu 75 roku życia – towarzyszy temu szybki spadek sprawności wielu funkcji życiowych, zwłaszcza u kobiet⁹. O specyfice problemów zdrowotnych ludzi starych decydują:

- 1) duża częstość zachorowań, wielochorobowość oraz przewlekłość procesów chorobowych¹⁰,
- 2) cięższy przebieg chorób ostrych z wolniejszym procesem zdrowienia,
- 3) stany powikłane wielu chorób, co utrudnia lub uniemożliwia odwracalność uszkodzeń – celem działań medycznych jest zatem przede wszystkim utrzymanie aktualnego stanu, niż wyzdrowienie,
- 4) zmienione reakcje funkcjonalne wielu układów i narządów – wiele z nich prowadzi do uszkodzeń ograniczających życiową niezależność,
- 5) słabe reakcje w odpowiedzi i na interwencję medyczną oraz stres,
- 6) zaburzenia wywołane nieprawidłowym lub niedostatecznym żywieniem – nieprawidłowa dieta, braki w użębieniu, zaburzenia smaku, spadek sprawności układu trawiennego, ale także niedostatki finansowe oraz samotność zniechęcająca do regularnego przygotowywania posiłków,
- 7) wypadki i urazy stanowiące najszybciej rosnącą przyczynę zgonów i niepełnosprawności wśród osób starych – to rezultat zaburzeń słyszenia, widzenia, opóźnionej reakcji, niezbyt pewnego chodzenia potęgowany barierami architektonicznymi w otoczeniu, także w domu,
- 8) lekozależność – ludzie starzy dominują wśród konsumentów środków farmakologicznych, także mogących prowadzić do uzależnienia, zwłaszcza psychotropowych (stosowanych coraz częściej przez starzejące się kobiety)¹¹.

Z wiekiem i wskutek upośledzających sprawność chorób przewlekłych spada sprawność funkcjonalna – z badań wynika jednakże, że prawie połowa ludzi starych mieszkających w krajach wysoko rozwiniętych nie wykazuje ograniczeń w codziennym funkcjonowaniu. Wiadomo też, że pewne rodzaje sprawności (np. poruszanie się poza domem i wykonywanie prac domowych) ulegają ograniczeniu między 70 - 75 rokiem życia, podczas gdy sprawność wykonywania takich czynności jak: higiena osobista, przygotowywanie i spożywanie posiłków, ubieranie się i załatwianie spraw poza domem (zakupy, sprawy urzędowe itp.) ulega ograniczeniu po przekroczeniu 75 roku życia. Należy podkreślić, że kobiety, zwłaszcza po przekroczeniu 80 roku życia charakteryzują się niższym poziomem sprawności niż mężczyźni w tym samym wieku – jednakże stanowią one znacznie mniejszą grupę niż mężczyźni wśród wymagających pomocy z zewnątrz.

⁹ Stąd też klasyfikacja Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) uwzględnia podział na trzy podokresy: 1) wiek podeszły – od 65 - 75 roku życia; 2) wiek starczy – 75 - 90 oraz 3) wiek sędziwy – powyżej 90 roku życia.

¹⁰ Prawie dwie trzecie chorób przewlekłych wymagających leczenia to choroby w grupie osób w wieku 65 i więcej lat.

¹¹ Ellinger-Weber, *Medikamentengebrauch und Medikamentenabhangigkeit im Alter – unter besonderer alterer Frauen*, w: *Alter und Sucht*, Hamburg 1990, s. 28 i n., J. Corry, P. Cimbolik, *Drugs. Facts, alternatives, decisions*, Belmont 1985; *Alter und Sucht*, wyd. cyt., s. 18 i n.

Wśród osób z najstarszych grup wieku rejestruje się wyraźne spowolnienie większości reakcji i wykonywania zadań oraz znaczny spadek ruchliwości i zdolności koordynacji różnych części ciała – z wiekiem opóźnieniu ulegają reakcje motoryczne i spada zdolność kontroli nad przemieszczaniem środka ciężkości własnego ciała.

Wspólną cechą wieku starczego jest uszkodzenie funkcji sensorycznych: kłopoty ze słyszeniem ma 50 - 60% populacji seniorów w krajach europejskich, a 30 - 50% ma trudności z czytaniem.

Badania longitudinalne (podłużne) wykazały poprawę stanu zdrowia osób w wieku 70 i więcej lat w stosunku do poprzednich pokoleń seniorów. Zdaniem specjalistów Światowej Organizacji Zdrowia należy liczyć się jednak ze spadkiem tej tendencji w odniesieniu do dzisiejszych 45 - 50-latków, bowiem jutrzejsi staruszkowie prowadzą niezdrowy styl życia i funkcjonują w zdewastowanym środowisku przyrodniczym. Urodzone już kolejne pokolenie emerytów liczyć jednak może na odwrócenie tych negatywnych tendencji, bowiem należy liczyć się z sukcesami w badaniach biomedycznych starzenia się. Przewiduje się m.in.:

- dalsze znaczące postępy w badaniach genetycznych uwarunkowań chorób, co oznaczałoby, iż diagnoza, prewencja i leczenie mogłyby się rozpocząć na długo przed wystąpieniem wyraźnych symptomów chorobowych,
- znaczne obniżenie ryzyka i kosztów drogich terapii umożliwi dostęp do nich większej liczbie chorych (np. w miejsce drogiej techniki operacyjnej *by-pass* stosowanej w kardiologii pojawią się mniej kosztowne i mniej inwazyjne chemiczne środki i mechaniczne sposoby usuwania złożeń tłuszczowych z arterii układu krwionośnego,
- doskonalenie chirurgii laserowej poprawi efekty zabiegów polegających na usuwaniu guzów nowotworowych,
- szersze wykorzystanie technologii mikroprocesorowej w konstruowaniu protez poprawi kompensowanie lub rekonstruowanie utraconych sprawności,
- rozwój i poprawę diagnostyki, profilaktyki i metod leczenia choroby Alzheimera i innych postaci demencji starczej, co może wydatnie obniżyć zapotrzebowanie na opiekę długoterminową¹²,
- znaczny postęp w dziedzinie stymulowania i kontroli systemu immunologicznego (np. obniżenie podatności na zapalenie płuc), endokrynologicznego (poprawienie fizjologicznych mechanizmów kontrolnych np. kontroli temperatury) przewodzenia nerwowego (opóźnienie zmian w obszarze pamięci i utrzymanie szybkości przetwarzania informacji), co w istotny sposób poprawiłoby jakość życia ludzi starych,
- przedłużenie życia ludzkiego o 3 do 5 lat wskutek obniżenia zachorowalności i zgonów z powodu chorób układu krążenia i nowotworów – ważne dla przyszłych pokoleń emerytów będzie także zahamowanie rozprzestrzeniania się AIDS.

Nadzieją na efektywne obniżenie rozmiarów niepełnosprawności w najstarszych grupach wieku pozostaje upowszechnienie i masowe stosowanie

¹² Szacuje się, iż prowadząca do całkowitej niesprawności choroba Alzheimera jest udziałem 5% populacji w wieku 65 i więcej lat, oraz do 20% ludzi w wieku 80 i więcej lat.

zasad promocji zdrowia, zwłaszcza w odniesieniu do tzw. *chorób-zabójców* oraz kontrolowanie stanu zdrowia (patrz tab. 2).

Tabela 2

Program prewencji zdrowotnej dla ludzi starych

Lp.	Co?	Kiedy?
1	Ogólna ocena stanu zdrowia	- co 2 - 3 lata dla osób w wieku 60 - 74 lata - co roku w wieku 75 i więcej lat
2	Badanie piersi lub jąder	co roku
3	Samokontrola piersi	co miesiąc
4	Mammograficzne badanie piersi	co 1 - 2 lata
5	Badanie cytologiczne (test PAP'a)	- z macicą: co 1 - 2 lata - bez macicy: co 5 lat
6	Badanie narządów miednicy	co roku
7	Szczepienia przeciw grypie	co roku
8	Szczepienia przeciw tężcowi/dyfterytowi	co 10 lat
9	Kontrola stomatologiczna	co 6 miesięcy
10	Jeśli brak zębów - badanie jamy ustnej	co 2 - 3 lata
11	Badanie wzroku	co 2 lata
12	Kontrola chorób oczu - <i>jaskra</i>	co 2 - 3 lata
13	Badanie słuchu	co 2 - 3 lata
14	Badanie krwi (hemoglobina, hematokryt)	co 5 lat

Źródło: A. Staab, M. Lyles, *Manual of geriatric nursing*, Glenview - London 1990, tabl. 2 - 1, s. 21.

Komitet Ekspertów ONZ zaleca ponadto, iżby¹³:

- strategie promocji zdrowia poza kontrolnymi badaniami stanu zdrowia obejmowały: lepsze wyżywienie, programy ćwiczeń oraz informację na temat korzystniejszych dla zdrowia stylów życia;
- zwracać uwagę na to, iż upośledzenia, na które narażone są kobiety w starszym wieku mają często swe źródło w dyskryminacji społecznej doświadczanej wcześniej. Potrzeby zdrowotne starszych kobiet wymagają specyficznego ukierunkowania z uwagi na czynniki takie, jak zapobieganie i łagodzenie chronicznych chorób powodujących niepełnosprawność. Dla zapobieżenia ubóstwu, chorobie i niepełnosprawności w wieku starszym, dziewczęta, kobiety młode i w średnim wieku winny mieć równy z mężczyznami dostęp do wykształcenia, zarobkowania, dochodów, opieki zdrowotnej i wyżywienia,
- środowisko życiowe ludzi starszych uzależnionych w codziennym funkcjonowaniu od innych osób ulegało takiej przebudowie, aby wspierać codzienną aktywność i opiekę bezpośrednio w domu osób starszych,

¹³ Na podstawie: *Caregiving and Older Persons - Gender Dimensions. Expert Group Meeting*, International Institute on Ageing, United Nations, Division for Social Policy and Development, Programme on Ageing United Nations Division for the Advancement of Women, Malta, 30 XI - 2 XII 1997.

- zdrowie kobiet w starszym wieku, zarówno opiekunek jak i podopiecznych, było przedmiotem zwiększonej uwagi w zakresie zapobiegania, opóźniania i łagodzenia zarówno ostrych jak i chronicznych problemów zdrowotnych,
- gospodarstwa domowe zapewniające opiekę seniorom otrzymywały więcej świadczeń zdrowotnych o charakterze środowiskowym (w tym zabiegi rehabilitacyjne),
- długotrwałe świadczenie opieki przez najbliższych nie wywierało negatywnego wpływu na stan psychofizyczny opiekunów – konieczne jest zatem poszukiwanie rozwiązań dających szansę okresowego zwolnienia tych osób z całodobowego niejednokrotnie *ostrego dyżuru*.

Podsumowując ten fragment rozważań można stwierdzić, iż jakkolwiek starość sama w sobie nie jest chorobą, to jednak starzenie się rodzi prawdopodobieństwo pojawienia się stanów chorobowych, a w konsekwencji ryzyko utraty sprawności. Prawdziwe jest jednak także twierdzenie, że spotykamy wielu normalnie funkcjonujących ludzi starych, których z medycznego punktu widzenia nie można jednakże uznać za osoby zdrowe i w pełni sprawne¹⁴.

Taki właśnie punkt widzenia wspierają opublikowane jeszcze na początku lat osiemdziesiątych eksperymentalne badania gerontologów z Uniwersytetu w Stanford (USA)¹⁵ z których wynikało, iż większość przejawów starzenia się jest modyfikowalna. Takie oznaki starzenia się, jak: skurczone ciśnienie krwi, rezerwa dla pobudzania akcji serca, osteoporoza, tolerancja na glukozę, wytrzymałość i siła fizyczna, pojemność płuc, poziom cholesterolu, próchnica, czas reakcji, pamięć, poziom inteligencji poddają się korekcie przy stosowaniu odpowiedniej diety, ćwiczeń fizycznych, regularnej kontroli masy ciała i stanu zdrowia oraz ćwiczeń poprawiających sprawność intelektualną. Do niemodyfikowalnych aspektów starzenia się zaliczono zanik elastyczności ścian tętnic, powstawanie katarakty (zaćmy), wydolność nerek, zanikanie elastyczności skóry, siwienie, osłabienie i wypadanie włosów.

Uwzględniając zróżnicowane tempo, zakres i głębokość zmian w stanie funkcjonowania układów i narządów starzejącego się ustroju zaleca się stosowanie odmiennych dla poszczególnych kategorii seniorów strategii profilaktyczno-prewencyjnych. Dlatego też w wielu krajach punktem wyjścia w opracowywaniu programów profilaktyki i prewencji geriatrycznej jest wyraźne zdefiniowanie odmiennych celów takich działań dla osób w wieku 60 - 75 lat oraz tych, którzy przekroczyli 75 rok życia¹⁶.

W odniesieniu do pierwszej z wymienionych grup (do 75 roku życia) celem działań prewencyjnych jest:

- optymalne przedłużanie okresu aktywności we wszystkich wymiarach: biologicznym, psychicznym i społecznym,

¹⁴ Wyczerpującą charakterystykę kwestii związanych z problemami zdrowotnymi ludzi starych znaleźć można w pracy: R. Chernoff, D. Lipschitz, *Health promotion and disease prevention in the elderly*, New York 1988.

¹⁵ J. F. Fries, L. M. Crapo, *Vitality and aging. Implication of the rectangular curve*, San Francisco 1981, s. 123 i n.

¹⁶ Patrz: R. Chernoff, D. Lipschitz, *Health promotion...*, wyd. cyt. s. 22.

- minimalizowanie zagrożeń prowadzących do niepełnosprawności i dyskomfortu mającego swe źródło w utrzymujących się latami niekorzystnych warunkach bio-psycho-społecznych,
- podjęcie przygotowań do przejścia na emeryturę zanim stanie się ona faktem.

Z kolei strategiczne cele działań profilaktyczno-prewencyjnych w opiece geriatrycznej nad osobami, które przekroczyły 75 rok życia obejmować powinny:

- optymalne przedłużanie okresu *rzeczywistej* aktywności i jak najdłuższego zachowania zdolności do niezależnego życia bez konieczności instytucjonalizacji,
- minimalizowanie bierności i dyskomfortu będących rezultatem przewlekłych stanów chorobowych,
- zapewnienie warunków dla minimalizowania fizycznego i psychicznego stresu w przypadku choroby terminalnej – dostarczanie emocjonalnego wsparcia choremu i jego rodzinie (opieka hospicyjna).

Tak określonym celom prewencji zdrowotnej towarzyszyć powinno wiele specjalistycznych i standardowych w wielu krajach świadczeń i usług zdrowotnych w programach opieki geriatrycznej.

Otwartym i trudnym do rozstrzygnięcia dzisiaj pozostaje pytanie o zasady regulowania w przyszłości kosztów opieki zdrowotnej nad osobami starszymi – *kto zyskuje? kto płaci?*¹⁷ Pewne jest jednak, że zmiany demograficzne oraz rosnące wraz z liczbą emerytów nakłady na opiekę zdrowotną obciążają z pewnością ludzi poniżej 40 roku życia. W zależności od istoty przyszłych zmian w polityce społecznej młode pokolenie opłaca koszty opieki na starość poprzez następujące i możliwe zmiany w konsumpcji indywidualnej:

- płacąc wyższe podatki i inne należności w latach późniejszych, ponosząc ekonomiczne konsekwencje wzrostu tych obciążeń fiskalnych w kształtowaniu dochodu narodowego na głowę mieszkańca,
- ponosząc koszty długu publicznego i obniżenia rezerw państwowych,
- stawiając czoła niższymi dochodami na emeryturze, gdy następuje stopniowe obcinanie uzyskanych wcześniej beneficjów,
- pracując dłużej i rezygnując z czasu wolnego,
- ograniczając bieżącą konsumpcję czyniąc oszczędności na poczet starości,
- lub płacąc teraz więcej, by wzmocnić finansową kondycję w przyszłości, gdy pojawią się stałe zobowiązania i koszty utrzymania, a ustanie aktywność zawodowa.

Tak więc młodsze pokolenia ponieść muszą koszty starzenia się populacji w jakiejś z tych form. Celem zakładanych na przyszłą dekadę reform, być jednak powinno dążenie do znalezienia najbardziej sensownego rozwiązania, uwzględniającego także rosnące możliwości partycypowania emerytów w kosztach opieki nad najstarszym pokoleniem oraz oparcia systemu

¹⁷ Koszty leczenia w ciągu ostatnich lat wzrosły dwudziestokrotnie, przy czym leczenie emeryta jest 3 razy droższe niż innych pacjentów. Opieka nad chorym terminalnie 15 - 20 lat temu trwała średnio 4,5 miesiąca, dzisiaj wydłużyła się do 15 lat, zaś ostatnie 7 dni życia kosztuje więcej niż wcześniejsze 75 lat życia, a w niektórych krajach połowa wszystkich kosztów opieki zdrowotnej wydatkowana jest w ostatnich dwóch latach życia chorych – *Aging in OECD...*, wyd. cyt., s. 51.

emerytalnego o stabilne zasady gwarantujące należne profity kolejnym pokoleniom przechodzącym w stan bierności zawodowej.

III. DODAWAĆ ŻYCIA DO LAT

Praktyczne implikacje starzenia się jednostki i społeczeństwa to dla rodziny przede wszystkim konieczność zapewnienia opieki wszystkim pokoleniom, a dla społeczeństwa – obowiązek dostarczenia usług socjalnych i zabezpieczenie dochodów. Ostatecznym celem działań jest podnoszenie jakości życia najstarszych obywateli poprzez tworzenie warunków pełnego uczestnictwa w życiu rodziny i społeczności lokalnej. Punktem odniesienia dla programów opieki geriatrycznej powinny stać się, prezentowane w tabeli 3, współczesne standardy w opiece nad człowiekiem starszym.

Tabela 3

STANDARDY OPIEKI NAD CZŁOWIEKIEM STARSZYM¹⁸
STANDARD I
UTRZYMANIE OPTIMALNEGO POZIOMU FIZYCZNEGO I EMOCJONALNEGO DOBREGO SAMOPOCZUCIA – <i>DOBROSTANU</i>
STANDARD II
PRZYSTOSOWANIE <i>ŻYCIOWYCH STANDARDÓW</i> DO POZIOMU DOCHODU NA EMERYTURZE KIEDY KONIECZNE – <i>PODEJMOWANIE PRACY ZAROBKOWEJ</i>
STANDARD III
USTALENIE SATYSFAKCUJĄCEGO TRYBU ŻYCIA USTANOWIENIE WYGODNEGO, BEZPIECZNEGO I ODPOWIADAJĄCEGO STANOWI ZDROWIA ORAZ ZASOBOM EKONOMICZNYM SPOSOBU FUNKCJONOWANIA W RODZINIE I W GOSPODARSTWIE DOMOWYM
STANDARD IV
KONTYNUOWANIE WSPIERAJĄCYCH, BLISKICH I CIEPŁYCH STOSUNKÓW ZE WSPÓŁMAŁŻONKIEM (WSPÓŁMAŁŻONKĄ) LUB INNYMI <i>tzw. OSOBAMI ZNACZĄCYMI</i> KONTYNUOWANIE <i>WZAJEMNIE SATYSFAKCUJĄCEGO WSPÓŁŻYCIA SEKSUALNEGO</i>
STANDARD V
PODTRZYMYWANIE SYSTEMU <i>WSPARCIA SPOŁECZNEGO</i> poprzez WZMACNIANIE ZWIĄZKÓW Z <i>ROZPROSZONĄ RODZINĄ DUŻĄ</i> I Z <i>KRĘGAMI PRZYJACIELSKIMI</i>
STANDARD VI
UTRZYMYWANIE ZWIĄZKÓW ZE SPOŁECZEŃSTWEM GLOBALNYM poprzez <i>AKTYWNOŚĆ SPOŁECZNĄ, OBYWATELSKĄ I POLITYCZNĄ</i> PO TO, BY ZYSKAĆ <i>POZYCJĘ I UZNANIE</i> (zarówno w dotychczasowych, jak i całkiem nowych sferach) ORAZ <i>POCZUCIE BYCIA PRZYDATNYM</i> (potrzebnym)
STANDARD VII
USTALENIE SATYSFAKCUJĄCEJ RÓWNOWAGI MIĘDZY OCZEKIWANIAMI SPOŁECZNYMI POD ADRESEM <i>ROLI CZŁOWIEKA STAREGO</i> I WŁASNĄ KONCEPCJĄ <i>TEJŻE ROLI</i>
STANDARD VIII
KSZTAŁTOWANIE <i>FILOZOFII ŻYCIOWEJ</i> ODNOSZĄCEJ SIĘ DO ZNACZĄCYCH KWESTII ZWIĄZANYCH Z <i>KONDYCJĄ LUDZKĄ</i> PRZYGOTOWANIE DO NIEUCHRONNEGO ODEJŚCIA BLISKICH I PRZYJACIOŁ ORAZ ŚMIERCI SAMEGO SIEBIE

¹⁸ Jest to propozycja Libey'a i Storffell'a, patrz: S. Clemen, D. Eigsti, S. McGuire, *Comprehensive family and community health musing*, New York 1981, s. 594.

Uwzględniając stan wiedzy na temat potrzeb ludzi starszych i sposobów ich zaspokajania ONZ zaleca państwom członkowskim, by korzystając z Międzynarodowego Roku Seniorów '99 w programach na najbliższe lata¹⁹:

- Uwzględnić zróżnicowane z uwagi na status społeczny potrzeby ludzi starszych w planach działania władz publicznych na rzecz społeczności lokalnej – w tym zwłaszcza potrzeby mieszkaniowe, transportowe, związane z dostępem do instytucji medycznych i pomocy społecznej.
- Wspierać integrację i solidarność rodziny poprzez dialog prowadzony w szkołach, na forum społeczności lokalnej i w mediach lokalnych na temat zasad i walorów wymiany międzypokoleniowej, pomocy w rodzinie, sprawiedliwego podziału zadań w rodzinie, zwłaszcza opieki nad potrzebującymi wsparcia oraz przypadków nadużyć wobec starszych osób w rodzinie i w najbliższym otoczeniu.
- Propagować i wdrażać program zastępczych rodzin lub grup socjalnych dla osób starszych mieszkających samotnie, jako sposobu na podtrzymanie ich funkcjonowania w społeczności.
- Utworzyć grupy doradcze złożone z seniorów (*srebrne legislatury*) mające wpływ w sprawach dotyczących społeczności lokalnej, zwłaszcza, gdy dotyczą najstarszego pokolenia.
- Otworzyć biura informacyjne seniorów (i dla seniorów) oraz opracować informatory na temat umiejętności i doświadczenia zawodowego osób starszych, płatnych i bezpłatnych możliwości znalezienia zajęcia przy realizacji programów rozwoju społeczności lokalnych.
- Zorganizować cykle wykładów prowadzonych przez seniorów dla seniorów na przykład: przez psychologa rodzinnego na temat układania relacji międzyludzkich w rodzinie; rolnika na temat poprawy jakości upraw ogrodowych, księgowego na temat planowania finansowego; fizykoterapeuty na temat ćwiczeń fizycznych, lekarza na temat żywienia; farmaceuty na temat lekarstw; oficera policji na temat bezpieczeństwa i ochrony przed zamachem kryminalnym; prawnika – na temat pisania testamentów i możliwości wstępowania na drogę sądową w przypadku nadużyć.
- Uruchomić lokalne społeczne ośrodki szkoleniowo-rekreacyjne we współpracy z miejscowymi przedsiębiorstwami, które służyłyby zarówno osobom w starszym wieku, jak i innym ludziom chwilowo nie w pełni zatrudnionym, które pragną podnieść swoje umiejętności.
- Zamówić opracowanie historii regionu, miasta, gminy przez grupę seniorów we współpracy z innymi obywatelami (zwłaszcza z młodszych grup wiekowych).
- Organizować turnieje sportowe dla przedstawicieli wszystkich grup wieku;
- Tworzyć całościowe systemy opieki geriatrycznej w ramach społeczności lokalnej, obejmujące sektory publiczny, prywatny i pozarządowy, nieformalny.
- Zintegrować domy stałego pobytu i pobytu dziennego ze społecznością, w obrębie której funkcjonują i angażować rezydentów oraz ich rodziny w planowanie i świadczenie usług.

¹⁹ Dokumenty biura koordynacyjnego w ramach ONZ obchody MRS '99, marzec 1997 i styczeń 1999.

- Udzielać efektywnego poparcia działaniom, które zapewniają godną śmierć, wsparcie w żałobie oraz respektowanie woli osób starszych w sprawach związanych ze śmiercią i umieraniem.
- Utworzyć agencje zatrudnienia w celu rozpoznania i promowania odpowiednich możliwości zatrudnienia w odpowiednim środowisku dla ludzi starszych, w konsultacji z seniorami.
- Rozszerzyć kształcenie ustawiczne w miejscu pracy oraz możliwości przeszkolenia w zakresie nowych technologii, usług socjalnych i zabezpieczania dochodów w starszym wieku.
- Wspierać na początkowym etapie przedsięwzięcia gospodarcze organizowane przez ludzi starszych – na przykład, małe warsztaty drukarskie, pralnie, farmy, młyny, piekarnie, itp. Mogą one być tworzone na terenie, lub w pobliżu placówek opiekuńczych zamieszkałych przez osoby starsze.
- Rozważyć możliwości tworzenia miejsc pracy dla osób starszych w skali lokalnej, które nie powodowałyby ograniczenie rynku pracy dla młodzieży i przy współdziałaniu obu generacji przy realizacji wspólnych projektów.
- Organizować pokaz umiejętności zawodowych seniorów: hydraulików, tkaczy, zielarzy, rolników, pielęgniarek, elektryków, księgowych, cieśli, fotografów i artystów itp.
- Opublikować listę seniorów chętnych do dzielenia się swoimi umiejętnościami i wspierania lokalnych, krajowych i międzynarodowych działań na rzecz rozwoju.
- Przygotować podręcznik na temat przynoszących dochód działań osób starszych – z pomocą i za radą miejscowych klubów biznesu i organizacji, mogących służyć wzorcami i praktycznym wsparciem.
- Opublikować informator na temat funduszy zbieranych na rzecz samopomocy lokalnej lub organizacji usługowych, aby umożliwić im zdobywanie wsparcia finansowego z różnych źródeł.
- Domagać się od liderów i władz społeczności lokalnej ustanowienia nagród sektora biznesu dla przedsiębiorstw i placówek usługowych, które stosują specjalne stawki dla seniorów, przeznaczają hojne darowizny dla organizacji seniorów lub w inny sposób znacząco przyczyniają się do poprawy sytuacji życiowej najstarszego pokolenia.
- Wspierać pracodawców, którzy otaczają opieką seniorów stosując elastyczne godziny pracy.
- Wspierać zintegrowane ośrodki dziennego pobytu dla osób wymagających wsparcia społecznego z wszystkich grup wieku – w miarę możliwości we współpracy z administracją terenową i sektorem usług socjalnych.
- Budować i/lub wspierać lokalne, regionalne, krajowe i międzynarodowe sieci powiązań ludzi starszych służące celom edukacyjnym, szkoleniowym, pracy i utrzymywaniu kontaktów towarzyskich.
- Wprowadzać elastyczne granice wieku nabycia uprawnień emerytalnych oraz sposoby przechodzenia na emeryturę, jak też organizować konsultacje przedemerytalne.
- Opracować i wprowadzić na rynek szerszą i atrakcyjniejszą gamę towarów promujących zdrowie oraz usług dla wszystkich grup wieku, które przynosiłyby szczególne korzyści osobom starszym.

- Rozszerzyć ofertę edukacyjną dla seniorów poprzez (i) uruchomienie nowych miejsc w ramach regularnych kursów po niższych stawkach lub bezpłatnie oraz (ii) organizowanie specjalnych kursów dla seniorów na tematy bezpośrednio związane z problemami starzenia się, takich jak dbanie o zdrowie, zabezpieczanie dochodów i zmieniające się wyobrażenia osób starszych.
- Organizować wykłady i warsztaty dla dziennikarzy, ogłoszeniodawców, architektów, pracodawców, pracowników pomocy społecznej i służby zdrowia, ochotników oraz przedstawicieli administracji terenowej na temat skutków starzenia się ludności i możliwości zaspokajania potrzeb tej kategorii mieszkańców społeczności.
- Prowadzić wspólnie z seniorami badania przy opracowywaniu lokalnych planów i programów adresowanych do ludzi w wieku emerytalnym – na przykład na temat potrzeb w zakresie szkolenia dla ludzi starszych, ich rodzin i instytucji socjo-ekonomicznych oraz politycznych. Można przeprowadzić także równoległe badania na temat gotowości placówek edukacyjnych i innych instytucji do podjęcia edukacji dla dorosłych.
- Ogłosić konkurs na plakat i/lub esej najlepiej opisujący temat związany ze współpracą międzypokoleniową. Nagrody mogą być ufundowane przez lokalny biznes; można zorganizować wystawę najlepszych plakatów, a najlepsze eseje opublikować lub nadać w lokalnych mediach elektronicznych.
- Zorganizować wymianę emerytowanych nauczycieli z krajów rozwiniętych i rozwijających się w celu wspierania walki z analfabetyzmem, wymiany doświadczeń edukacyjnych, pogłębiania związków międzykulturowych.
- Wspierać tworzenie czasopism wydawanych dla i z udziałem seniorów poprzez finansowanie zakupu papieru, pobieranie niższych opłat za druk, dostarczanie artykułów (np. *wstępniaków*) oraz przeszkolenie w zakresie marketingu i prowadzenia gazety.
- Przewidzieć istotną dla środków masowego przekazu (także Internetu) rolę w obchodach MRS '99. Są one w stanie wywierać wpływ na nastawienie społeczne, zwiększając możliwości i szanse łamania stereotypów starości i osób starych. Mogą w tym uczestniczyć lokalne i krajowe gazety, rozgłośnie radiowe i stacje telewizyjne, firmy graficzne i ogłoszeniowe oraz spółki *public relations*.

Mając na uwadze poprawę kondycji ekonomicznej najstarszego pokolenia, eksperci ONZ sugerują także takie dodatkowe rozwiązania jak:

- wykorzystywanie umiejętności i możliwości kontynuowania pracy (w tym niepełnoetatowej) ogromnej rzeszy obywateli powyżej pięćdziesiątego roku życia,
- zastosowanie nowych technologii mogących zwiększyć produktywność jednostki oraz dochód narodowy,
- wprowadzanie międzynarodowych inwestycji w krajach o dużym procencie młodzieży, dające jednocześnie pracę młodym ludziom i dochody dla emerytów,
- przekształcanie wydatków na zbrojenia i armię służące bezpieczeństwu zewnętrznemu, na zasoby wspierające bezpieczeństwo socjalne obywateli,

- prowadzenie pronatalistycznej polityki dążącej do zwiększenia urodzeń lub polityki pro-imigracyjnej skierowanej do dorosłych.

IV. KU MIĘDZYPOKOLENIOWEJ SOLIDARNOŚCI

Rozważanie uwarunkowań relacji międzypokoleniowych oznacza trójakiego rodzaju podejście do koncepcji społeczeństwa dla wszystkich grup wiekowych.

Dzieciństwo ma szczególny związek z późniejszym okresem życia i często nazywane jest *kolebką długowieczności*. Dziś wiadomo, że tak zwana *emocjonalna inteligencja* nabywana jest w dzieciństwie, razem z wzorcami współzależności i niezależności – to specyficzna forma *know-how* ułatwiająca przyszłe rodzinne współżycie, poleganie na sobie samym oraz budowanie umiejętności współpracy. Mamy wiele dowodów na to, że istnieje swoista, nieledwie naturalna więź emocjonalna pomiędzy dziećmi a osobami starszymi. A zatem jeżeli ci ostatni zostaną odpowiednio przeszkoleni, mogą stać się *dziadkami z wyboru* dla poszukujących uczucia dzieci.

Z kolei młodzież jest najważniejszą grupą z punktu widzenia antycypacyjnych oddziaływań socjalizacyjno-wychowawczych, bowiem musi ona przyswoić nową wiedzę, umiejętności i zachowania, jeżeli ma osiągnąć starość w dobrym zdrowiu i przy bezpiecznych dochodach, wspierającej rodzinie i ze społecznym oparciem. Pokolenie to potrzebuje stale uaktualnianej informacji na temat perspektywicznego wpływu stylu życia zamożnych społeczeństw, dysstresu i zanieczyszczenia środowiska naturalnego na kondycję zdrowotną starzejącej się jednostki. Młode pokolenie musi być świadome faktu, że zmienia się tradycyjny system wsparcia i zabezpieczeń socjalnych (być może na gorsze) również w odniesieniu do rodziny i szerszego systemu wsparcia społecznego, szczególnie w krajach rozwijających się, przy jednoczesnej erozji służb socjalnych w rozwiniętych gospodarkach. Bardzo ważne jest zatem wytwarzanie u przedstawicieli wszystkich kategorii wieku nawyku oszczędzania przez cały okres aktywności zawodowej.

Wydłużenie życia powoduje wzrost znaczenia wieku średniego. Może on zostać spożytkowany na dokonanie rewizji przeszłych i planowanych dokonań oraz możliwości, zarówno w kontekście stylu życia, jak też umiejętności umożliwiających pozostanie aktywnym członkiem społeczeństwa w późnych latach życia (przewidywanie i przezorność)²⁰.

W państwach uprzemysłowionych potrzeby związane z pracą i życiem rodzinnym konkurują między sobą o czas i uwagę pracujących dorosłych, podczas gdy emeryci mają zwykle bardzo dużo wolnego czasu i mniej obowiązków. A zatem zarówno pojedyncze osoby, jak też społeczeństwa wiele zyskałyby na bardziej wyrównanym podziale czasu przeznaczanego na naukę, pracę, odpoczynek i rozrywkę, obowiązki rodzinne. Towarzyszyć temu musi zintegrowane, między- i ponadresortowe podejście do planowania

²⁰ *Averting the Old Age Crisis*, publikacja Banku Światowego z roku 1994. Patrz także: *Lifelong Preparation for Old Age in Asia and the Pacific*, publikacja ESCAP z roku 1996.

gospodarczego i społecznego. Należy jednakże podkreślić, że zintegrowana koncepcja polityki społecznej wobec ludzi starszych tworzona jest wolniej, aniżeli stosowane rozwiązania sektorowe np. w opiece zdrowotnej, stacjonarnej opiece społecznej itp. Z kolei „położenie niewłaściwego nacisku na specyficzne problemy sektorowe wywołuje poważne przeszkody w integrowaniu polityki na rzecz osób starszych oraz programów w szerszych ramach polityki rozwojowej”²¹. Takie całościowe (holistyczne) podejście do życia ludzkiego wchodzi dopiero w fazę debaty publicznej.

Podsumowując można stwierdzić, że przewidywany w najbliższych dziesięcioleciach przyrost liczby ludzi starszych, zdrowszych niż dzisiejsi seniorzy, dobrze wykształconych, bezpiecznych finansowo i mobilnych społecznie, naruszy w sposób zdecydowany rozpowszechnione dzisiaj stereotypy starości traktujące ludzi w wieku emerytalnym jako grupę homogeniczną, a III wiek jako okres zniedołężnienia i choroby, bezproduktywnego spędzania czasu, wycofania się z ważnych ról społecznych i izolacji, braku elastyczności oraz generowania wydatków związanych z opieką zdrowotną i pomocą społeczną. Sprzyjać to winno kształtowaniu postaw akceptacji wobec ludzi w wieku emerytalnym i zanikaniu rozpowszechnionego dzisiaj *ageismu* (odrzućenia starości)²². Przyszli seniorzy rzadziej będą traktowani jako *generacja do dyspozycji*, o której się decyduje, oraz którą się przemieszcza i sami staną się aktywnymi podmiotami na scenie publicznej, także jako znacząca kategoria wyborców (aktywność ta będzie odwrotnie proporcjonalna do poziomu satysfakcji z życia wewnątrzrodzinnego i sieci krewnych). Dopiero taka pozycja najstarszego pokolenia w społeczeństwie, doprowadzić może do likwidacji międzypokoleniowego dystansu kulturowego i oznaczać będzie rzeczywiste zbliżenie przedstawicieli poszczególnych kategorii wieku.

V. PRIORYTETY I KIERUNKI POLITYKI SPOŁECZNEJ WOBEC STAROŚCI

U podłoża opracowanych przez Narody Zjednoczone celów globalnej polityki społecznej wobec starości i osób starszych, leży zaproponowany w 1992 roku czytelny i trudny współcześnie do zakwestionowania katalog zasad i wartości (patrz tab. 4) jakie decydenci i obywatele winni respektować w układaniu relacji z osobami starszymi. Tym samym poszczególne kraje otrzymały podstawowe kryterium określania priorytetów kształtowania lokalnej polityki wobec starości.

Spoglądanie na politykę społeczną z perspektywy gerontologicznej pozwala decydom bardzo wnikliwie przewidywać nadchodzące wyzwania i kierunki koniecznych zmian. Z tego punktu widzenia demografia jest

²¹ *Report of the World Assembly on Ageing, Wiedeń, 26 lipca - 6 sierpnia 1982* (publikacja Narodów Zjednoczonych, nr E.82.I.16, roz. VI, część A, paragraf 49).

²² Kiesler zauważa jednakże, że czynnikiem zakłócającym i opóźniającym ten proces może być rosnąca liczba osób niepełnosprawnych, zwłaszcza z zaburzeniami psychicznymi. Patrz: R. Atchley, *Social forces...*, wyd. cyt., s. 362.

KATALOG PODSTAWOWYCH PRAW SENIORÓW

PROKLAMOWANY W DNIU 16 GRUDNIA 1991 ROKU
PRZEZ ZGROMADZENIE OGÓLNE NARODÓW ZJEDNOCZONYCH
I REKOMENDOWANY PAŃSTWOM CZŁONKOWSKIM
By dodać życia do lat, które dodano do życia – REZOLUCJA nr 46/91

NIEZALEŻNOŚĆ
<ol style="list-style-type: none"> 1. LUDZIE STARZY POWINNI MIEĆ DOSTĘP DO ODPowiedNIEGO POZYWIENIA, WODY, SCHRONIENIA, UBRANIA ORAZ OPIEKI ZDROWOTNEJ POPRZEZ DYSPONOWANIE ODPowiedNIM DOCHODEM WŁASNYM LUB WSPARCIE ZE STRONY RODZINY I/LUB SPOŁECZNOŚCI ORAZ W RAMACH SAMOPOMOCY. 2. LUDZIE STARZY WINNI MIEĆ SPOSOBNOSĆ UZYSKIWANIA DOCHODU POPRZEZ WYKONYWANIE PRACY ZAROBKOWEJ LUB W INNEJ FORMIE. 3. LUDZIE STARZY POWINNI MIEĆ MOŻLIWOŚĆ UDZIAŁU W OKREŚLANIU <i>KIEDY</i> I <i>JAK</i> WYCOFAJĄ SIĘ Z RYNKU PRACY. 4. LUDZIE STARZY POWINNI MIEĆ DOSTĘP DO ODPowiedNICH PROGRAMÓW EDUKACYJNYCH I AKTYWIZUJĄCYCH. 5. LUDZIE STARZY MAJĄ PRAWO DO ŻYCIA W BEZPIECZNYM ŚRODOWISKU ZAMIESZKANIA, PRZYSTOSOWANYM DO ICH OSOBISTYCH PREFERENCJI I ZMIENIAJĄCYCH SIĘ MOŻLIWOŚCI. 6. LUDZIE STARZY POWINNI POZOSTAWAĆ W SWOICH MIESZKANIACH/DOMACH TAK DŁUGO JAK TYLKO JEST TO MOŻLIWE.
WSPÓŁCZESTNICTWO
<ol style="list-style-type: none"> 7. LUDZIE STARZY POWINNI UTRZYMAĆ ZWIĄZKI SŁUŻĄCE INTEGRACJI ZE SPOŁECZEŃSTWEM, AKTYWNIE WSPÓŁCZESTNICZYĆ W FORMULOWANIU I WPROWADZANIU W ŻYCIE TYCH ELEMENTÓW POLITYKI SPOŁECZNEJ, KTÓRE W SPOsÓB BEZPOŚREDNI WPLYWAJĄ NA ICH DOBRE FUNKCJONOWANIE ORAZ WINNI DZIELIĆ SIĘ SWĄ WIEDZĄ I UMIEJĘTNOŚCIAMI Z MŁODYM POKOLENIEM. 8. LUDZIE STARZY WINNI MIEĆ MOŻLIWOŚĆ REALIZOWANIA I WPLYWU NA ROZWÓJ RÓŻNORODNYCH FORM USŁUG I ŚWIADCZEŃ NA RZECZ SPOŁECZNOŚCI W KTÓREJ ŻYJĄ – GŁÓWNIEM JAKO WOLONTARIUSZE, LECZ ZGODNIE Z WŁASNYMI ZAINTERESOWANIAM I MOŻLIWOŚCIAMI. 9. LUDZIE STARZY POWINNI DĄŻYĆ DO TWORZENIA RÓŻNYCH TYPÓW I FORM ORGANIZACJI DLA OSÓB W WIEKU EMERYTALNYM I AKTYWNEGO UCZESTNICTWA W ICH RAMACH.
OPIEKA
<ol style="list-style-type: none"> 10. LUDZIE STARZY POWINNI KORZYSTAĆ ZE WSPARCIA I OPIEKI ZARÓWNO ZE STRONY RODZINY, JAK I SPOŁECZNOŚCI W KTÓREJ ŻYJĄ, ZGODNIE Z PRZYJĘTYM W KONKRETNYM SPOŁECZEŃSTWIE SYSTEMEM WARTOŚCI. 11. LUDZIE STARZY WINNI MIEĆ DOSTĘP DO USŁUG I ŚWIADCZEŃ SYSTEMU OPIEKI ZDROWOTNEJ W ZAKRESIE UMOŻLIWIAJĄCYM IM UTRZYMANIE LUB PRZYWRÓCENIE OPTYMALNEGO PSYCHOFIZYCZNEGO I SPOŁECZNEGO DOBREGO FUNKCJONOWANIA (DOBROSTANU) A TAKŻE ZAPOBIEGANIA I/LUB POWSTRZYMANIA PROCESÓW CHOROBYCH. 12. LUDZIE STARZY POWINNI MIEĆ DOSTĘP DO ZRÓŻNICOWANYCH FORM PORADNICTWA ORAZ USŁUG PRAWNYCH, DZIĘKI KTÓRYM MOŻLIWA BYŁABY EFEKTYWNA OCHRONA ICH AUTONOMII ORAZ PRAWA DO WSPARCIA SPOŁECZNEGO I OPIEKI. 13. LUDZIE STARZY WINNI MIEĆ MOŻNOŚĆ KORZYSTANIA Z USŁUG WYSPECJALIZOWANYCH INSTYTUCJI ZAPEWNIĄCYCH RÓŻNORODNE FORMY WSPARCIA, REHABILITACJĘ ORAZ ODPowiedNĄ STYMULACJĘ PSYCHOSPOŁECZNĄ W BEZPIECZNYM I PRZYJAZNYM CZŁOWIEKOWI ŚRODOWISKU. 14. LUDZIE STARZY WINNI KORZYSTAĆ Z PRZYSŁUGUJĄCYCH IM PODSTAWOWYCH PRAW I WOLNOŚCI GWARANTUJĄCYCH POSZANOWANIE GODNOŚCI, PRZEKONAŃ, WIERZEŃ, POTRZEB I PRYWATNOŚCI ORAZ PODEJMOWANIA DECYZJI DOTYCZĄCYCH OPIEKI NAD SOBĄ I JAKOŚCI ŻYCIA WÓWCZAS, GDY PRZEBYWĄJĄ W INSTYTUCJACH OPIEKUŃCZYCH, LECZNICZYCH I REHABILITACYJNYCH.
SAMOREALIZACJA
<ol style="list-style-type: none"> 15. LUDZIE STARZY WINNI MIEĆ SPOSOBNOSĆ PEŁNEGO WYKORZYSTYWANIA SWEGO POTENCJAŁU. 16. LUDZIE STARZY POWINNI MIEĆ DOSTĘP DO DUCHOWYCH, KULTUROWYCH, EDUKACYJNYCH I REKREACYJNYCH ZASOBÓW SPOŁECZEŃSTWA W KTÓRYM ŻYJĄ.
GODNOŚĆ
<ol style="list-style-type: none"> 17. LUDZIE STARZY MAJĄ PRAWO DO BEZPIECZNEGO I GODNEGO ŻYCIA, WOLNEGO OD WYZYSKU ORAZ FIZYCZNEGO LUB PSYCHICZNEGO PRZYMUSU I NADUŻYĆ. 18. LUDZIE STARZY WINNI BYĆ WŁAŚCIWIE TRAKTOWANI BEZ WZGLĘDU NA WIEK, PŁEĆ, POCHODZENIE, RASĘ, NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ LUB INNE CECHY OSOBNICZE I BYĆ CENIENI BEZ WZGLĘDU NA ICH WKŁAD W TWORZENIE ZASOBÓW EKONOMICZNYCH SPOŁECZEŃSTWA.

jedną z niewielu dziedzin umożliwiającą długookresowe prognozowanie zmian w strukturze ludnościowej, bowiem w normalnych warunkach (bez wojen, rewolucji itp.) wskaźniki i współczynniki demograficzne zmieniają się bardzo wolno. Populacja ludzi, którzy stanowiąc będą kategorię ludzi starych za lat 50 już się urodziła – znając dzisiejsze trendy demograficzne można z pewnym prawdopodobieństwem przewidywać strukturę wieku najstarszego pokolenia za lat kilkadziesiąt. Tym samym można już dzisiaj planować z dużym wyprzedzeniem rozwój adekwatnego systemu zabezpieczenia społecznego i odpowiedni wachlarz usług i świadczeń adresowanych do osób starszych.

Perspektywa demograficzna jest jednakże niewystarczającą z punktu widzenia wyzwań jakie niesie dla polityki społecznej proces starzenia się społeczeństwa. Proces ten nie biegnie bowiem w izolacji od innych czynników zmian (rozwój technologii, rynek) powodujących konieczność szybkiej przebudowy modelu produkcji i konsumpcji oraz modelu oszczędności i inwestycji. Siła sprawcza tych właśnie czynników okazać się może bardzo duża, lecz ich wpływ na poszczególne dziedziny życia gospodarczego i społecznego daje się przewidywać w perspektywie co najwyżej kilku-kilkunastoletniej.

Tak postrzegane starzenie się stanowi podłoże czterech podstawowych wyzwań dla sektora publicznego, a polityki społecznej w szczególności²³:

- 1) **Wyzwania finansowe** – zachowanie obecnych tendencji w polityce społecznej krajów wysoko rozwiniętych wywoła dalszy wzrost udziału wydatków ze środków publicznych na zaspokajanie potrzeb ludzi starszych. W tym samym czasie PKB rosnąć będzie wolniej, niż wzrost wydatków publicznych, zwłaszcza emerytur.
- 2) **Wyzwania związane z reakcjami rynkowymi** – niezbędne będzie ustalenie takiej struktury polityki wobec rynku pracy i rynków finansowych, która umożliwi szybkie i elastyczne reagowanie na pojawiające się zmiany wywołane przesunięciami w obrębie struktury demograficznej. Żyjąc coraz dłużej, ludzie przystosowują się do zmian – należy zakładać, że coraz łatwiej będą oni poruszać się na rynku pracy przechodząc z pracy do pracy, ale muszą odbierać czytelne sygnały o wartości rynkowej inwestycji edukacyjnych. Będą oni także potrzebować rynkowych sygnałów umożliwiających ludziom ustalenie relacji między konsumpcją i oszczędzaniem oraz między pracą i wypoczynkiem.
- 3) **Wyzwania związane z promowaniem koncepcji aktywnego starzenia się** – tworzenie warunków sprzyjających i pomagających ludziom stać się aktywnymi, elastycznymi wobec zmian, mającymi szacunek i zaufanie do siebie samych jako osób starych oraz posiadającymi coraz większe możliwości wyboru w różnych fazach cyklu życiowego. Szczególną uwagę trzeba będzie poświęcić rosnącej liczbie osób w dwóch kategoriach wieku: wśród przechodzących w stan bierności zawodowej oraz osób z najstarszych grup wieku, wymagających w związku z chorobami prze-

²³ Takie przewidywania znaleźć można w dokumentach krajów należących do OECD. Patrz: *Aging in OECD...*, wyd. cyt. s. 3, 15 i n.

wlekłymi szczególnie intensywnej opieki. Z punktu widzenia efektywności stosowanych rozwiązań, ważne są działania o charakterze interwencyjnym podejmowane już we wczesnych fazach życia, stanowiące najlepszą gwarancję większej elastyczności starzejących się jednostek w toku podejmowania decyzji w sferze ekonomicznej, społecznej i zdrowotnej.

- 4) **Wyzwania związane z poszukiwaniem nowej równowagi między odpowiedzialnością indywidualną i zbiorową za położenie społeczne i opiekę w starości** – obniżanie wydatków ze środków państwowych na cele publiczne może być częściowo kompensowane większą niż dotąd partycypacją sektora prywatnego (np. rynki kapitałowe w ubezpieczeniach) i udziałem własnym poszczególnych jednostek w tym procesie. Zwiększać się tym samym powinna indywidualna odpowiedzialność za własne życie i kontrolowanie jego przebiegu, co nie wyklucza jednak pojawienia się uczucia niepewności. Tym nie mniej ludzie muszą mieć pewność i gwarancje dostępu do: adekwatnej do potrzeb opieki zdrowotnej i pomocy społecznej, kształcenia ustawicznego i innych ścieżek gwarantujących powodzenie w tak zróżnicowanym i elastycznie reagującym świecie, dochodu gwarantującego poczucie bezpieczeństwa socjalnego, sieci wsparcia społecznego.

Perspektywiczne programy gerontologiczne powinny zatem koncentrować uwagę na:

- 1) promowaniu aktywnego życia na emeryturze,
- 2) wikłaniu seniorów w sieć międzygeneracyjnych kontaktów,
- 3) rozwoju sieci wsparcia i opieki w społeczności lokalnej,
- 4) osiągnięciu równowagi między potrzebami jednostki a oczekiwaniami i uciążliwościami wynikającymi z konkretnej sytuacji osoby starszej.

Inaczej mówiąc: na budowaniu *poczucia bezpieczeństwa w starości* wykraczającego poza wąsko rozumiany, acz ciągle jeszcze ważny jego element jakim jest zabezpieczenie materialnego bytu na emeryturze.

Wśród wielu wymiarów położenia starszych osób dwa mają szczególną wagę dla polityki społecznej: aktywne starzenie się oraz strategie pomocy społecznej. Terminy *aktywny* i *produktywny* są dziś używane w dwóch znaczeniach:

- 1) aby opisać, a potem wesprzeć wagę wielu dostępnych dla starszych osób ról produktywnych pod względem społecznym i gospodarczym w krajach rozwijających się oraz
- 2) jako próba odwrócenia zjawiska w krajach rozwiniętych negujących formalne uznanie nieodpłatnych, produktywnych ról wielu starszych osób.

Przy promocji aktywnego starzenia się, należy wybrać ostrożną drogę pomiędzy rozwiązaniami sprzyjającymi separacji i izolacji osób starszych a ekstremalnym *aktywizmem*, który prowadzić może do stawiania przed starszymi ludźmi zbyt dużych wymagań. Dotyczy to zwłaszcza pracy na emeryturze – liczba chętnych do podjęcia i/lub kontynuowania aktywności zawodowej po przekroczeniu wieku emerytalnego jest zdaniem wielu specjalistów przeszacowana.

Rosnące koszty opieki zdrowotnej dla ludzi starszych, wzmacniane coraz bardziej kosztowną technologią medyczną spowodują, iż władze poszczególnych szczebli dążyć mogą do:

- 1) ograniczania i racjonowania usług i świadczeń medycznych dla seniorów,
- 2) wypełniania luki między wydatkami na opiekę zdrowotną i zasobami finansowymi, przesuwaniem obciążeń do rodziny i systemów ubezpieczeniowych.

Tam gdzie jest to właściwe i pożądane, konieczne jest wprowadzanie alternatywnych rozwiązań wobec sformalizowanych systemów ubezpieczenia społecznego, które wspierałyby przedsięwzięcia prowadzące do generowania dochodów z innych źródeł, tak aby dopomóc osobom starszym w utrzymaniu samodzielności materialnej. Niezbędne jest także wdrażanie rozwiązań prawno-organizacyjnych umożliwiających osobom starszym powrót do pracy po okresowej bierności zawodowej.

Obok klasycznych form wsparcia finansowego, rangi nabiera dostępność pomocy innych – w obecnym stanie rzeczy *naturalna* sieć przyjaciół, znajomych i sąsiadów stanowi znacznie słabsze ogniwo w systemie wsparcia społecznego, niżby to wynikało z lektury literatury przedmiotu. Narastać zatem będzie zapotrzebowanie na wszelkie – instytucjonalne i środowiskowe – formy wspierania opieki rodzinnej nad przewlekle i terminalnie chorymi oraz niesamodzielnymi seniorami, zwłaszcza niepełnosprawnymi.

Należy oferować osobom starszym wybór form opieki, bądź to w ich własnym domu, bądź w domu krewnych lub przyjaciół, albo jeśli to konieczne lub pożądane w odpowiedniej placówce opiekuńczej. Wskazane jest także rozbudowywanie zinstytucjonalizowanych systemów wsparcia umożliwiających rodzinom kontynuowanie opieki nad zależnymi od niej osobami starszymi – np. w formie lokalnych, międzyregionalnych i/lub środowiskowych ośrodków pomocy, które odpowiadają na potrzeby edukacyjne, społeczne, rekreacyjne, ekonomiczne, zdrowotne itp. zarówno ludzi młodych, jak i najstarszego pokolenia.

Badania gerontologiczne i konkretne rozwiązania instytucjonalne potwierdzają, iż wysoki standard usług realizowanych w środowisku bytowania osób niesamodzielnich życiowo jest najlepszą gwarancją maksymalnego wydłużania okresu pozostawania osób starszych w ich własnych domach – należy więc dążyć do zapewnienia usług opiekuńczych wysokiej jakości, uwzględniających specyfikę płci i gwarantujących kontinuum opieki: od pomocy w prowadzeniu gospodarstwa domowego we własnym domu, po wizyty pracowników socjalnych i pielęgniarek środowiskowych oraz ambulatoryjną i stacjonarną opiekę zdrowotną, a także społeczną.

Adekwatna do potrzeb opiekuńczych najstarszego pokolenia polityka zatrudnienia i polityka personalna w miejscu pracy powinna umożliwiać i ułatwiać osobom opiekującym się niesamodzielnymi seniorami realizowanie opieki. Przyjazne dla rodziny i wrażliwe na specyfikę płci działania w miejscu zatrudnienia, służące godzeniu obowiązków pracowniczych z koniecznością świadczenia opieki zarówno w przypadku karier zawodowych mężczyzn, jak i kobiet, powinny obejmować: ustanawianie elastycznych

rozwiązań czasu pracy, doskonalenie siatek płac w zawodach opiekuńczych stanowiące przejrzysty sygnał rzeczywistego uznania wartości dla społeczeństwa świadczonej opieki, poszerzenie urlopów macierzyńskich o urlopy rodzinne, tak by można było świadczyć opiekę także nad innymi niesamodzielnymi członkami rodziny, a także jeśli to tylko możliwe zapewnianie przez zakład pracy usług opiekuńczych dla osób starszych, organizowanie szkoleń w zakresie radzenia sobie ze stresem dla osób świadczących opiekę (także w miejscu pracy)²⁴.

Zaleca się także, aby rządy przyjmowały następujące przesłanki w polityce społecznej służące wsparciu funkcji opiekuńczej rodziny:

- zwiększenie odpisów podatkowych dla osób sprawujących opiekę *nad osobami zależnymi* (w tym nad niesamodzielnymi osobami starszymi),
- zaliczanie okresów sprawowania opieki nad niesamodzielnymi członkami rodziny na poczet okresu zatrudnienia stanowiącego podstawę uprawnień do świadczeń z zabezpieczenia społecznego,
- zapewnienie opiekunom możliwości wyboru form zatrudnienia i odchodzenia na emeryturę (programy elastycznego, stopniowego i częściowego przechodzenia w stan bierności zawodowej),
- poszerzanie wachlarza usług i świadczeń adresowanych do opiekunów osób niesamodzielnych życiowo, obejmujących pomoc w prowadzeniu gospodarstwa domowego, umożliwiającą wypoczynek, wsparcie ze strony grup samopomocowych; szkolenie w zakresie świadczenia opieki oraz wyspecjalizowane poradnictwo,
- adresowanie i propagowanie dostępności świadczeń pomocowych dla osób starszych w taki sposób, aby informacja ta dotarła także do opiekunów wykonujących płatną pracę zawodową,
- zapewnienie świadczeń pieniężnych i/lub w naturze dla opiekunów i/lub dla beneficjentów opieki celem stworzenia obu stronom możliwości wyboru,
- umożliwienie kobietom podejmowania prac innych, niż tradycyjnie im przypisane oraz mężczyznom podejmowanie zadań opiekuńczych.

Rządy winny także podejmować kroki dla ochrony starszych konsumentów przed agresywną reklamą i ograniczania nadmiernej promocji skierowanej na uszczuplenie skromnych środków jakimi dysponują ludzie starsi. Równocześnie podejmować należy działania zapewniające seniorom dostęp do odpowiedniej żywności, produktów i urządzeń zgodnych z normami bezpieczeństwa: bezpieczne użytkowanie lekarstw, domowych środków chemicznych, a także dostępność lekarstw i rozmaitych protez umożliwiających samodzielną egzystencję.

ONZ-owski Komitet ds. Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych zwrócił uwagę państw członkowskich na dość szczególną sytuację osób starszych, które w odróżnieniu od kobiet i dzieci nie posiadają wyczerpującej międzynarodowej konwencji dotyczącej ich praw. Od wielu lat oficjalne dokumenty ONZ zwracają szczególną uwagę na takie specyficzne grupy jak starsze kobiety, emigrantów, uchodźców, starszych autochtonów

²⁴ Na podstawie: *Caregiving and Older Persons...*, wyd. cyt.

oraz osoby najstarsze, które zwykle omijał główny nurt rozwoju społeczno-gospodarczego²⁵.

By wszystkie poruszane do tej pory kwestie związane ze starzeniem się i jego konsekwencjami doprowadzić do świadomości społecznej konieczna jest powszechna, podstawowa edukacja gerontologiczna różnych kategorii społecznych. Należy jednak **bezwzględnie wprowadzać gerontologię jako przedmiot podstawowy dla studentów nauk społecznych, dziennikarstwa i nauczania, jak też pielęgniarstwa i medycyny (z geriatricą)**²⁶.

Jak w każdej dziedzinie polityki dysponowanie właściwymi danymi jest niezbędnym warunkiem skutecznego realizowania określonej polityki. Dlatego też prowadzić i finansować należy międzykulturowe i interdyscyplinarne badania gerontologiczne i socjomedyczne nad całościową opieką kierowaną do najstarszego pokolenia oraz strategiami profilaktyczno-prewencyjnymi z perspektywy wydłużającego się życia, a także nad zróżnicowaniem i dynamiką starzenia się, położenia ludzi starszych w różnych systemach instytucjonalnych i w społeczności lokalnej. Krzyczącą potrzebą gerontologii są badania replikacyjne oraz badania interdyscyplinarne wykonywane na tych samych próbach²⁷.

Podsumowując należy podkreślić, że opisane wcześniej wyzwania i kierunki w polityce społecznej wobec starości nie mogą być wdrożone bez społecznego consensusu dla proponowanych rozwiązań. Jedną z istotnych przeszkód w budowaniu społecznej aprobaty dla zmian i rozwiązań długookresowych oraz wspierania koniecznych reform w systemie zabezpieczenia społecznego jest brak zrozumienia ich konieczności i spodziewanych korzyści dla pojedynczego człowieka. Towarzyszą temu także bariery instytucjonalne mające swe źródło częściowo w stereotypowym przekonaniu, iż populacja ludzi w wieku emerytalnym generuje wyłącznie koszty, co wyklucza inne niż *zaciskanie pasa* strategie rozwiązywania problemów najstarszego pokolenia. Ponadto wiele z koniecznych do podjęcia reform wykracza poza kadencje tych, którzy aktualnie sprawują władzę, stąd też nie są nimi – mimo wcześniejszych deklaracji – autentycznie zainteresowani.

Nie ma jak widać rozwiązań łatwych i bezbolesnych – wyzwania rodzące wiele trudności skłaniają do odkładania decyzji reformatorskich. Oczekiwanie na *lepsze* ekonomicznie czasy dla reform społecznych jest złudne, gdyż prowadzi w efekcie do podejmowania w późniejszym okresie jeszcze trudniejszych i bardziej drastycznych dla obywateli rozwiązań, czego do-

²⁵ Cytowany dokument nie zawiera co prawda konkretnych odniesień do jakiegoś katalogu praw osób starszych, pośrednio uznaje jednak np. prawo do zasiłków związanych z wiekiem (art. 9, który stanowi o prawie do bezpieczeństwa socjalnego, w tym ubezpieczeń społecznych). Komentarz tej agendy Narodów Zjednoczonych umożliwił mi państwom członkowskim lepsze zrozumienie ich obowiązków wobec osób starszych przy wdrażaniu różnorodnych rozwiązań w sferze polityki społecznej, *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*, Rezolucja 2200 A (XXI), aneks.

²⁶ Jest to także problem krajów wysoko rozwiniętych – np. w krajach OECD program edukacji medycznej przewiduje mniej niż 100 godzin przeznaczonych na kwestie związane z opieką geriatryczną, mimo iż połowę pacjentów kontaktujących się z lekarzem to ludzie starzy. Patrz: *Aging in OECD...*, wyd. cyt., s. 64.

²⁷ (...) *Nie istnieje ani jedna dziedzina gerontologii, która nie wymagałaby większej liczby odpowiedzi na kluczowe pytania.* Taki wniosek sformułował jeszcze pod koniec lat osiemdziesiątych R. Atchley w książce: *Social forces...*, wyd. cyt., s. 369.

brym przykładem są kłopoty z wprowadzeniem w Polsce nowego systemu emerytalnego i ubezpieczeń zdrowotnych.

PROBLEMS OF THE AGEING AND THE OLD AGE AS A CHALLENGE
FOR SOCIAL POLICY AT THE TRESHOLD OF THE 3RD MILLENIUM

S u m m a r y

Year 1999 proclaimed as the International Year of the Seniors is the circumstance to draw the attention of researchers and decision-makers from different power levels to these issues of social condition of the oldest generation which should find their place within the catalogue of priorities of social policy within the nearest twenty-thirty years.

Designation of the most fundamental areas of an active policy towards the old age (demographic changes, state of health, level of physical efficiency, material condition, resources of social support system, etc.) is preceded with an interpretation of definitional type of the main slogan of the International Year of the Seniors '99 – i.e. „Towards a society for all groups of age”. Identification and cataloguing of rights and needs of the elderly as well as possibilities of respective realisation have been placed within the following sequence of events and processes: to add years to the life – to add health to the life – to add life to the years – towards a solidarity of generations.

On the groundwork of gerontologic studies and of recommendations formulated by the General Assembly of the United Nations Organisation the Author constructs a framework for a gerontologic programme based on:

- promoting an active life of a retired,
- involving seniors with a network of inter-generations contacts,
- developing a network of support and care within local society,
- reaching a balance between the needs of an individual and expectations combined with arduousness of the life of a retired person.

The final part of the article is devoted to a discussion of challenges resulting from increasing process of the ageing of population and of indications aimed at construction of short- and long-term programmes. Realisation of an authentic and active social policy towards the old age does need concrete expenses and the Author warns that delaying reformatory decisions in expectation of economically better times leads inevitably to a simultaneous accumulation of costs in too many spheres.