W obliczu starości

Praca zbiorowa pod redakcją

Lucyny Frąckiewicz

Katowice 2007

Recenzent
Prof. dr hab. Zdzisław Pisz

Redaktor
Barbara Cebo

Projekt okładki
Krzysztof Ciupek

Publikacja wydana w ramach podprojektu „W obliczu starości", współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej, stanowiącego część projektu RFO „Regionalny Trójkąt Weimarski", realizowanego z programu INTERREG IIIC

ISBN (978-83-918320-2-8) 978-83-918320-4-2

Druk: OŚRODEK WYDAWNICZY AUGUSTANA Sp. z o.o.

SPIS TREŚCI

ZAMIAST WSTĘPU

Postępująca starość społeczeństwa stała się w ostatnim okresie przedmiotem zainteresowania wielu dyscyplin naukowych, wśród których szczególne miejsce przypada demografii. Nic zatem dziwnego, że w ostatnim, pochodzącym z 2006 r., Raporcie Rady Ludnościowej[1] wiele miejsca poświęcono tworzeniu warunków sprzyjających godnej i aktywnej starości. Wymienionych tam siedem szczegółowych celów stanowi kanwę rozważań zawartych na dalszych stronach książki. Za zgodą autorów Raportu cele te podaje się in extenso, traktując je jako wstęp, a zarazem inspirację do realizacji polityki społecznej przychylnej ludziom starszym.

Tworzenie warunków sprzyjających godnej i aktywnej starości powinno następować poprzez wspomaganie jednostek w radzeniu sobie z kryzysami typowymi dla tego wieku, zapewnienie im odpowiedniej pozycji w społeczeństwie oraz kształtowanie pozytywnego obrazu starości w świadomości społecznej. Cele takiej polityki wskazują bezpośrednio katalog praw ludzi starych, proklamowany w 1991 r. przez Zgromadzenie Ogólne ONZ i rekomendowany państwom członkowskim, jak też Deklaracja z Kobe z 1998 r. Takie zapisy są także zawarte w zrewidowanej Europejskiej Karcie Społecznej, gdzie podkreśla się przede wszystkim, iż osoby starsze powinny mieć warunki do pozostania pełnoprawnymi członkami społeczeństwa tak długo, jak to możliwe. Uchwalona na I Międzynarodowej Konferencji Promocji Zdrowia tzw. Karta Ottawska (1986 r.) nakazuje objęcie narodowymi strategiami zdrowia łącznie obszarów polityki zdrowia publicznego, tworzenia środowisk wspierających, wzmocnienia działań społecznych, rozwijania umiejętności osobniczych i reorientacji służby zdrowia. W przypadku ludzi starszych promocja zdrowia powinna zmierzać do zapewnienia im właściwej opieki medyczno-socjalnej w środowisku domowym, w celu podtrzymywania ich aktywności i niezależności w warunkach odpowiedniej jakości życia.

---

[1] Rządowa Rada Ludnościowa: *Sytuacja demograficzna Polski i założenia polityki ludnościowej w Polsce. Raport 2004.* Warszawa 2006, s. 37-43. (Cel II. *Tworzenie warunków sprzyjających integracji w starzejącym się społeczeństwie.* Opracowanie dr hab. Bożeny Balcerzak-Paradowskiej wraz z zespołem).

1. Poprawa ochrony zdrowia i dostępu do usług medycznych i pielęgnacyjnych oraz stworzenie systemu pomocy w organizowaniu samodzielnego życia:

- Rozwój form pomocy w zapewnieniu opieki i pielęgnacji osobom starszym w środowisku rodzinnym i pozarodzinnym (lokalnym, instytucjonalnym).
- Rozwój usług na rzecz osób starszych, umożliwiających samodzielność i integrację społeczną.

1.1. Formy świadczenia usług medycznych i opiekuńczych powinny być ukierunkowane na działania podtrzymujące aktywność ludzi starszych i ich samodzielność w zaspokajaniu potrzeb związanych z codziennym funkcjonowaniem w domu i środowisku lokalnym. Indywidualizacja wsparcia powinna uwzględniać możliwości psychofizyczne oraz sytuację społeczną i bytową osób starszych. Pomoc i wsparcie powinno być tak udzielane, aby ludzie ci nie tracili swej indywidualności i godności. Główną zasadą powinno więc być umożliwienie w optymalnym zakresie korzystania z tych usług w miejscu zamieszkania i korzystania w domu ze specjalistycznego sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego. Chodzi o rozwój usług innych niż tylko leczenie szpitalne i domy opieki społecznej.

Usługi medyczne powinny być wspierane działaniami o charakterze rehabilitacyjnym i terapeutycznym, wspomagającym dodatkowo samodzielność w zaspokajaniu codziennych potrzeb tych osób.

1.2. Samotne zamieszkiwanie znacznej liczby ludzi starszych wymaga rozwoju zinstytucjonalizowanych działań opiekuńczych, obejmujących nie tylko pomoc materialną i opiekę medyczną, ale też wsparcie w rozwijaniu kontaktów międzyludzkich. Oferta usług opiekuńczych powinna być, na podstawie monitoringu, na bieżąco dostosowywana do potrzeb lokalnych populacji osób starszych.

1.3. Osoby starsze mające trudności z samodzielnym rozwiązywaniem problemów życiowych muszą mieć większe szanse uzyskania odpowiedniego wsparcia ze strony instytucji społecznych poprzez wsparcie instytucjonalne, współinstytucjonalne (usługi w domu), pozainstytucjonalne (rodzinne) oraz społeczne (grupy pomocowe i samopomocowe).

1.4. Rosnąca liczba osób starszych w społeczeństwie to argument wystarczający do określenia aktywnej polityki społecznej wobec osób starszych i kompleksowego zaspokajania ich potrzeb w środowisku lokalnym. Korzystne są możliwości powrotu do opieki ze strony rodziny połączone z szeroką ofertą usług opiekuńczych, które ułatwiają jej – np. odciążając ją okresowo z obowiązków opiekuńczych – pełnienie tej roli.

1.5. Starzenie się we własnym domu wymaga nie tylko przystosowania mieszkań, ale stałej opieki i pomocy (np. usług transportowych czy gastronomicznych). Niezbędne jest też zniesienie barier urbanistycznych w zakresie środków komunikacji przestrzennej oraz dostęp do informacji o przysługujących uprawnieniach.

Należy też zapewnić odpowiednią informację o usługach i ułatwieniach dostępnych dla osób starszych oraz o możliwościach korzystania z nich.

Temu celowi sprzyjać powinno:

- rozwijanie sieci geriatrycznych placówek opiekuńczych i medycznych dla zapewnienia równego dostępu do ich usług, bez względu na miejsce zamieszkania pacjentów oraz skrócenia czasu oczekiwania na miejsce w domach pomocy społecznej,
- zweryfikowanie zasady odpłatności za usługi medyczne i opiekuńcze oraz dostosowanie ich do sytuacji dochodowej pacjentów, umożliwiając w ten sposób korzystanie z nich osobom najuboższym, zwłaszcza samotnym i niepełnosprawnym,
- rozwijanie zakresu i rodzajów usług medycznych i opiekuńczych świadczonych w miejscu zamieszkania (domu pacjenta),
- wzmocnienie nadzoru nad wypełnianiem standardów w zakresie jakości usług opiekuńczych świadczonych przez placówki opiekuńcze (podnoszenie jakości tych usług),
- wspieranie – poprzez rozwijanie usług wspierających i świadczeń – rodzinnych form opieki nad osobą starszą w środowisku zamieszkania,
- rozwijanie zatrudnienia wolontariuszy w opiece nad ludźmi starymi (realizacja zasad ustawy o wolontariacie),
- wprowadzenie ubezpieczeń opiekuńczych, finansowanych ze składek osób indywidualnych w okresie aktywności zawodowej,
- poszerzenie zakresu ryzyka, uprawniającego do świadczeń z pomocy społecznej, o kryterium starości (w ustawie o pomocy społecznej),
- rozwijanie pracy socjalnej ośrodków pomocy społecznej i centrów pomocy rodzinie, pozwalającej zarówno na rozpoznanie potrzeb ludzi starszych w środowisku lokalnym, jak i dostosowanie do tych potrzeb form udzielanej pomocy.

2. Tworzenie warunków podtrzymywania niezależności ekonomicznej osób starszych:

– Możliwość przedłużenia aktywności ekonomicznej osób starszych.

2.1. Polityka wobec ludzi starych powinna dążyć do zagwarantowania im odpowiedniego poziomu materialnego życia dzięki dysponowaniu odpowiednim dochodem.

W sytuacji optymalnej każdy sam powinien decydować, kiedy wycofa się z aktywności zawodowej i każdy powinien mieć możliwość uzyskiwania dochodu dzięki wykonywanej pracy, chociaż w warunkach wysokiego bezrobocia mało realne wydają się szanse na znalezienie zatrudnienia. Wiek emerytalny nie powinien być traktowany jako wiek ostatecznego przerwania aktywności zawodowej ani jako instrument nacisku wymuszającego szybkie odchodzenie z rynku pracy:

- stworzenie prawnych gwarancji możliwości przedłużonej pracy zawodowej dla przyszłych emerytów i równego dostępu do rynku pracy,
- wprowadzenie elastycznego wieku emerytalnego, dającego możliwość stopniowego ograniczania zatrudnienia poprzez redukcję tygodniowego wymiaru czasu pracy i odpowiednią redukcję wynagrodzenia za pracę, przy jednoczesnym pobieraniu odpowiedniej części emerytury.

2.2. Ludzie starsi powinni mieć możliwość dostępu do odpowiednich programów edukacji zawodowej i programów aktywizujących oraz prawne gwarancje korzystania z pełni praw pracowniczych.

2.3. Powinien następować rozwój różnych form zatrudnienia i aktywności społecznej:

- rozwijanie zatrudnienia socjalnego jako formy integracji zawodowej i społecznej zdolnych do pracy osób starszych zagrożonych wykluczeniem społecznym,
- rozwijanie zatrudnienia osób starszych jako wolontariuszy, co jest nie tylko pracą społecznie użyteczną, ale też stanowi formę potwierdzenia społecznej użyteczności osób w podeszłym wieku.

– Zapewnienie stabilności materialnej poprzez system emerytalno-rentowy.

2.4. Znaczny wzrost populacji w wieku poprodukcyjnym oznacza wzrost wydatków na świadczenia emerytalne. Grozi to niewydolnością systemu emerytalnego. Należy poszukiwać dróg odciążenia budżetu państwa, jako warunku wypłacalności świadczeń dla osób uprawnionych:

- wprowadzenie ekonomicznych mechanizmów chroniących realną wartość świadczeń emerytalnych (np. waloryzacja według wskaźnika wzrostu PKB lub wzrostu płac jako rozwiązanie docelowe); dochodzenie do tych rozwiązań mogłoby następować etapowo, tak aby nie powodowało nadmiernego wzrostu obciążenia kosztów pracy wyższymi składkami na ubezpieczenie, a w następstwie do ograniczania bezrobocia.
- wprowadzenie zróżnicowanej składki ubezpieczenia emerytalnego rolników w zależności od wysokości rzeczywistych dochodów gospodarstwa (potrzeba opracowania odpowiednich mechanizmów przeliczeniowych).

2.5. Potrzebny jest system, który będzie zachęcał do opóźniania wyjścia z rynku pracy oraz będzie motywował do oszczędności indywidualnej w pozapaństwowych systemach zabezpieczenia na starość.

W związku z powyższym proponuje się następujące rozwiązania:

- tworzenie warunków sprzyjających rozwojowi dobrowolnych ubezpieczeń emerytalnych współfinansowanych przez pracownika i pracodawcę (np. poprzez ulgi podatkowe),
- wspieranie indywidualnej przezorności w formie indywidualnych ubezpieczeń na starość (ubezpieczenie emerytalne w III filarze),
- rozwijanie i promowanie form oszczędzania na starość w postaci korzystnych lokat bankowych.

3. Tworzenie systemu sprzyjającego dostosowaniu warunków mieszkaniowych do możliwości finansowych i potrzeb osób starszych:

3.1. Ludziom starym powinny zostać zapewnione mieszkania dostosowane do ich potrzeb i stanu zdrowia lub stosowna pomoc przy adaptacji tych mieszkań.

3.2. Za najwłaściwszą formę zamieszkania uważa się zabudowę jedno- i wielorodzinną, zapobiegającą marginalizacji (izolacji) osób w podeszłym wieku i stwarzającą poczucie bezpieczeństwa. Wybór formy zamieszkania powinien stanowić wynik swobodnej decyzji, co wymaga stworzenia warunków możliwości takiego wyboru.

3.3. Lokalizacja mieszkań dla osób starszych powinna umożliwiać kontakt z rodziną i znajdować się na obszarach o poziomie infrastruktury niezbędnym dla ludzi w podeszłym wieku. Trwale chorym i całkowicie niezdolnym do samodzielnej egzystencji powinno się tworzyć warunki mieszkania gwarantujące niezbędną opiekę i pomoc medyczną.

W tym celu należałoby wprowadzić następujące rozwiązania:

- rozwijanie i promowanie budownictwa mieszkaniowego i mechanizmów rotacji (zamiany) mieszkań ułatwiających ludziom starszym samodzielną egzystencję,
- rozwijanie budownictwa pozbawionego barier architektonicznych ograniczających mobilność przestrzenną osób o ograniczonej sprawności („mieszkanie bez barier", „mieszkanie na całe życie") oraz dla osób wymagających zwiększonej lub stałej opieki („mieszkanie z opieką" „mieszkania w aneksie"), gdzie rozwiązaniem mogą być mieszkania na pograniczu osiedli mieszkalnych i obiektów medycznych,
- inicjowanie, promowanie i wspieranie projektów budowy mieszkań zgodnych z zasadą integracji społecznej osób starszych, chroniących przed izolacją społeczną.

4. Podtrzymywanie aktywności społecznej osób starszych poprzez kształcenie przez całe życie, edukację zdrowotną, wolontariat:

4.1. Niezbędne jest upowszechnienie – zwłaszcza w małych ośrodkach miejskich i na wsi – dostępu do edukacji dla osób starszych, co może spowodować zniwelowanie różnic międzypokoleniowych w poziomie wykształcenia i zapobiegać dyskryminacji ludzi starszych. Dużą rolę w tym zakresie mogą odegrać środki masowego przekazu. W tym celu potrzebne jest podniesienie rangi oświaty dorosłych i kształcenia ustawicznego oraz rozwijanie stosownych placówek edukacyjnych, wspieranie kształcenia osób starszych na poziomie wyższym oraz rozwijanie sieci Uniwersytetów Trzeciego Wieku i placówek edukacji ustawicznej dostępnych dla osób starszych.

4.2. Instytucje prowadzące edukację osób starszych powinny: włączać te osoby do systemu kształcenia ustawicznego, aktywizować słuchaczy pod względem intelektualnym, psychicznym i fizycznym oraz prowadzić edukację i profilaktykę gerontologiczną.

4.3. Organizacje pozarządowe powinny wykorzystać możliwości pozyskiwania środków niepublicznych na działania edukacyjne. Powinny też włączyć się do realizacji strategii i programów na rzecz seniorów.

4.4. Szczególnie cenna jest samoorganizacja osób starszych, stanowiąca uzupełnienie usług profesjonalnych służb publicznych, głównie socjalnych, oraz aktywizująca środowisko lokalne. Sprzyjać temu powinno:

- tworzenie i wspieranie aktywności klubów seniora, domów dziennego pobytu, organizacji pozarządowych, zarówno tworzonych przez osoby starsze, jak i kierujących ofertę do tej właśnie grupy w społecznościach lokalnych,

- wspieranie organizacji sieci wolontariatu, pozwalającej na włączenie do aktywności środowiskowej także osób starszych (realizacja zapisów ustawy o wolontariacie),
- zwiększanie reprezentacji osób starszych w gremiach samorządowych i ustawodawczych jako reprezentacji interesów tej generacji.

4.4. Należy stworzyć warunki pozwalające na zapewnienie uczestnictwa w kulturze i możliwości czynnego wypoczynku poprzez rozwój placówek, dostosowanie zasad korzystania do możliwości finansowych i ograniczeń mobilności osób starszych.

5. Kształtowanie pozytywnych postaw wobec starości i osób starszych; działania na rzecz między- i wewnątrzgeneracyjnej integracji:

5.1. Należy dążyć do integrowania się ludzi starszych po to, aby mogli pomagać sobie świadcząc wzajemne usługi. Inicjowanie i stymulowanie działań samopomocowych (świadczenia i przyjmowania pomocy) to forma pozwalająca na adaptowanie się do odmiennych, często trudnych warunków życia, na udzielanie pomocy w sensie fizycznym (praktycznym), jak i psychicznym, budowanie podmiotowości i poczucia niezależności. Pomaga to osobom starszym pokonać trudności, samotność i społeczne wyobcowanie.

5.2. Pomoc i współdziałanie muszą mieć charakter subsydiarny, dopuszczający optymalny, zindywidualizowany sposób realizacji zadań. Należy tworzyć warunki, aby każdy człowiek mógł sam osiągnąć maksimum celów w ramach tak planowanego współdziałania wspierającego.

W tym celu należy:

- wspierać – zwłaszcza przez działania władz lokalnych – zorganizowane formy aktywności osób starszych (kluby, stowarzyszenia itp.) oraz inicjatywy zmierzające do tworzenia takich form,
- propagować i wspierać działania samopomocowe w środowisku osób starszych,
- upowszechniać medialne akcje promujące aktywność środowiskową osób starszych,
- inicjować (władze lokalne) współdziałanie grup zrzeszających różne generacje w rozwiązywanie problemów społeczności lokalnej oraz wspierać istniejące w tym zakresie działania osób i instytucji.

6. Stworzenie systemu przygotowania do starości (adresaci: młodsze generacje) w wymiarze ekonomicznym, zdrowotnym, edukacyjnym i w zachowaniu aktywności:

Starość jest stanem wymagającym przygotowania do niesionych przez wiek wyzwań. Ważne jest odwoływanie się do idei sprawiedliwości redystrybucyjnej czy solidarności międzypokoleniowej. Dotychczas przygotowanie do starości koncentrowało się wokół kwestii medycznych i psychologicznych.

6.1. W nowych warunkach ekonomicznych kwestią nie mniej istotną stała się potrzeba zadbania o godziwe materialne zabezpieczenie własnej starości poprzez ubezpieczenia dodatkowe i oszczędzanie.

6.2. Przygotowanie do starości w aspekcie medycznym powinno się odbywać przez edukację zdrowotną, stanowiącą narzędzie promocji zdrowia. Powinna ona obejmować różne środowiska i grupy społeczeństwa i być elementem kształcenia na każdym szczeblu edukacji, gdyż jej efektem jest możliwość wpływania na jakość życia w poszczególnych fazach.

Proponowane rozwiązania to:

- zwiększenie zakresu wiedzy gerontologicznej w programach kształcenia na wszystkich szczeblach edukacji; poszerzenie programów nauczania w zakresie gerontologii społecznej w szkołach średnich i wyższych o profilu społecznym i medycznym,
- inicjowanie i wspieranie działań oświatowych i kulturalno-oświatowych dotyczących starości. Promowanie wśród dzieci i młodzieży zasady tolerancji oraz wspierania starszych i słabszych,
- prowadzenie w mediach akcji dotyczących poszczególnych sfer życia osób w podeszłym wieku i ich problemów, promujących pozytywne postawy wobec starości i pomoc ludziom starym,
- prowadzenie w mediach akcji informacyjnych i poradniczych dla osób w podeszłym wieku, dotyczących różnych obszarów życia.

6.3. Kumulacja na terenach wiejskich większości negatywnych zjawisk i procesów odnoszących się do ludzi starszych nakazuje potrzebę szczególnie aktywnego działania na tych właśnie obszarach.

7. Prowadzenie spójnej polityki wobec starości i na rzecz osób starych:

7.1. Polityka wobec ludzi starych i starości ma na celu stwarzanie warunków optymalnych dla zaspokajania potrzeb ludzi starych, kształtowania odpowiednich relacji pomiędzy generacjami, ograniczanie uzależnienia starszych od

młodszych, zapobieganie wykluczeniu ludzi starych oraz kształtowanie solidarności międzypokoleniowej. Polityka ta musi jednak uwzględniać zróżnicowanie zbiorowości ludzi starych pod względem jej specyfiki wynikającej z wieku (fazy starości), miejsca zamieszkania (miasto-wieś), źródła utrzymania (praca-świadczenia społeczne), typu gospodarstwa domowego (jedno- lub wieloosobowe), a także płci – z powodu zróżnicowanego według tego kryterium dostępu do świadczeń społecznych. Jednak prowadzenie właściwej polityki na rzecz ludzi starszych jest także utrudnione z powodu braku dostatecznej i aktualnej wiedzy o sytuacji i potrzebach osób w podeszłym wieku. Badania w tym zakresie mają charakter okazjonalny i w większości prowadzone są stosunkowo od niedawna.

7.2. Niezbędne jest wprowadzenie wyodrębnienia zapisów dotyczących osób starszych do rządowych programów resortowych i lokalnych programów rozwoju poszczególnych obszarów życia społeczności lokalnych.

Działania wszystkich struktur podejmujących prace na rzecz osób starszych powinny być wieloaspektowe i zsynchronizowane.

Działania na rzecz realizacji tych celów powinny być prowadzone na wszystkich szczeblach.

Na szczeblu działań rządowych:

- przygotowanie interdyscyplinarnego programu polityki na rzecz ludzi starych i powołanie reprezentacyjnego forum wymiany poglądów na temat potrzeby działań na rzecz ludzi starych (kierunków, celów, obszarów, priorytetów),
- uruchomienie programów kształcenia kadr administracyjnych, uwzględniających specyfikę kontaktów z osobami starszymi,
- wyodrębnienie w rządowych programach resortowych działań podejmowanych z myślą o tworzeniu korzystnych warunków dla funkcjonowania osób starszych i rodzin z osobą starszą; utworzenie w odpowiednich strukturach władz rządowych i samorządowych komórek realizujących i odpowiedzialnych za realizację zadań wobec ludzi starych,
- rozwijanie współpracy instytucji publicznych z instytucjami międzynarodowymi w zakresie opracowywania i realizacji programów na rzecz ludzi starych, zgodnie ze zobowiązaniami międzynarodowymi naszego kraju, wynikającymi z przyjętych zasad prawa międzynarodowego, zwłaszcza UE; realizowanie zapisów Regionalnej Strategii Wdrażania Międzynarodowego Planu Działań w Sprawie Starzenia się Ludności dotyczących „uzdrowienia starości i uczynienia jej godną i aktywną" (Madryt 2002) oraz innych przyjętych zobowiązań międzynarodowych.

Na szczeblu władz lokalnych:

- inicjowanie lokalnych programów działań na rzecz osób starszych, realizowanych we współpracy z instytucjami pozarządowymi,
- wspieranie i promowanie współpracy wszystkich podmiotów realizujących zadania na rzecz osób starszych oraz koordynowanie ich pracy na rzecz maksymalizacji efektów,
- promowanie i wspieranie organizacji pozarządowych szczególnie zaangażowanych w działalność na rzecz osób starszych (głównie zaś realizujących ideę samopomocy w środowisku lokalnym) oraz instytucji szczególnie zaangażowanych w aktywizowanie ludzi w podeszłym wieku w środowiskach lokalnych.

Lucyna Frąckiewicz
Instytut Pracy i Spraw Socjalnych w Warszawie

STAROŚĆ JAKO PROBLEM SPOŁECZNO-EKONOMICZNY

Określenie starości nie jest jednoznaczne. Stosownie do podejmowanych działań lub celów badawczych rozróżnia się granice starości:

- chronologiczne, które wyznacza wiek kalendarzowy,
- biologiczne i psychologiczne, określane poprzez testy sprawnościowe,
- ekonomiczne, określające wiek poprodukcyjny,
- prawne, określające uprawnienia emerytalne.

Granice te są zróżnicowane w różnych krajach, a ponadto zmieniają się w ujęciu dynamicznym. Przemianom ulegają kondycja fizyczna osób starszych, a także regulacje prawne określające granice prawne i ekonomiczne. Stąd w licznych opracowaniach demograficznych przedmiotem badań staje się ludność w dość arbitralnie określonych grupach wieku, przy czym najczęściej jest ona dzielona na grupy 5-letnie. Wzrost liczby ludności w starszym wieku staje się zagadnieniem o dużej wadze i konsekwencjach społecznych.

Efektem procesu starzenia się społeczeństw jest coraz większy udział osób dożywających sędziwego wieku, a jego spektakularnym wymiarem jest udział 100-latków w ogólnej liczbie ludności.

Stosunkowo krótki okres, bo 50-letni, wykazuje bardzo znaczny wzrost liczby osób stuletnich w przeliczeniu na 1 mln mieszkańców. Odpowiednie dane za P. Szukalskim[1] przedstawia tab. 1.

---

[1] P. Szukalski: *Następcy Matuzalema*. Łódź 2005, s. 17.

Tabela 1

Osoby w wieku 100 lat i więcej według polskich spisów powszechnych

Rok	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Współczynnik feminizacji (na 100 mężczyzn)	Na 1 mln mieszkańców	Współczynnik urbanizacji
1950	320	94	226	240	12,7	0,246
1960	432	74	358	484	14,5	0,300
1970	330	68	262	385	10,1	0,436
1978	424	85	339	399	12,1	0,504
1988	1 564	363	1 201	331	41,3	0,563
2002	1 541	326	1 215	373	40,3	0,648

Źródło: P. Szukalski: *Następcy Matuzalema*. Łódź 2005, s. 17.

Warto także prześledzić odpowiednie dane dostępne dla kilku krajów, przedstawione w tab. 2.

W 1960 r. wskaźniki natężenia różniły się w wybranych krajach kilkunastokrotnie, podczas gdy w 1990 r. różnice te zmalały do trzykrotnych. Należy także podkreślić fakt, że liczba 100-latków w ogólnej liczbie ludności badanych krajów i ich natężenie wzrosło dziesięciokrotnie. Oczywiste jest, że obok czynników stricte demograficznych na takie zróżnicowania wpływały konsekwencje lat wojennych oraz migracje. Korzystając z tego samego źródła informacji[2] można przytoczyć przewidywany wzrost liczby osób 100-letnich, traktując te informacje jako ilustrujące dalszy szybko postępujący proces starzenia się ludności. Wydłużające się trwanie życia ludzkiego przy równoczesnym obniżającym się przyroście młodej ludności przesądzi, że półwiecze 2000-2050 będzie okresem wielokrotnego wzrostu udziału osób stuletnich.

[2] Ibid., s. 24.

Tabela 2

Osoby w wieku 100 lat i więcej w wybranych krajach europejskich w latach 2000-2050 według projekcji ludnościowej ONZ z 2002 r. (w tys.)

Kraj	Lata					
	2000	2010	2020	2030	2040	2050
Francja	8	19	23	52	69	123
Hiszpania	0	3	9	22	32	57
Niemcy	7	19	24	55	96	114
Polska	1	2	3	8	12	21
Rosja	5	12	14	32	45	51
Ukraina	0	1	2	6	11	13
Wielka Brytania	9	18	28	43	54	86
Włochy	5	10	15	33	48	70

Źródło: Ibid., s. 24.

Autor opracowania zastrzega, że podane w tab. 2 wielkości nie zawsze są zgodne z opracowaniami poszczególnych państw. Zostały one jednak tu przytoczone dla wskazania skali problemu i jego międzynarodowego wymiaru. Interesująca dla Polski prognoza rozwoju ludności według wieku jednoznacznie wskazuje na rangę problemu i związane z nim konsekwencje, które powinny być dostrzegane przez politykę społeczną i gospodarczą.

Proces starzenia się społeczeństw z uwagi na jego daleko idące konsekwencje ekonomiczno-społeczne staje się przedmiotem uwagi nie tylko demografów, ale przede wszystkim polityków, na których spoczywa obowiązek ujawniania i przewidywania rosnących potrzeb społecznych różnych grup ludności. Malejąca dzietność przy równoczesnym wydłużaniu się trwania ludzkiego życia ujawnia się w Europie od drugiej połowy ubiegłego wieku, a ujęcia prognostyczne wskazują nie tylko na utrwalenie, lecz także wzrost tych trendów, przy czym ich konsekwencje będą decydowały o niekorzystnej z punktu widzenia ekonomicznego strukturze wieku ludności. Nie dziwi zatem fakt, że opracowywane prognozy rozwoju demograficznego obejmują połowę obecnego wieku, a sporządzane są w kilku wariantach o różnym poziomie płodności, jako że ten element budowy prognoz jest najmniej przewidywalny. Trwanie życia ludzkiego jest również ujęte w prognozie w sposób zróżnicowany, ponieważ należy się liczyć z faktem, że postęp wiedzy medycznej, a także zmiana stylu życia oraz poprawa środowiska wpłyną korzystnie na ukształtowane dotychczas oczekiwane trwanie życia. Odpowiednie dane zawiera tab. 3.

Tabela 3

Oczekiwane trwanie życia noworodka w Europie

Lata	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety
2005-2010	74,9	71,1	78,8
2025-2030	78,1	74,9	81,3
2045-2050	80,5	77,5	83,5

Źródło: *World Population Prospect. The 2002 Revision.* Vol. I: Comprehensive Tables, Department of Economics and Social Affairs, Population Division, United Nations, New York 2003. Cyt. za: M. Kowalska, M. Szczyt: *Stan, struktura i dynamika ludności w Europie w świetle prognozy ONZ.* Warszawa 2004.

Autorzy prognoz przewidują dość znaczne zróżnicowania tego współczynnika w krajach Europy Wschodniej, Północnej, Południowej i Zachodniej. Ilustruje to tab. 4.

Tabela 4

Oczekiwane trwanie życia noworodków w poszczególnych regionach Europy

Lata	Oczekiwane trwanie życie noworodka		
	ogółem	mężczyźni	kobiety
	Europa Wschodnia		
2005-2010	69,9	65,0	74,9
2025-2030	73,8	70,0	77,4
2045-2050	76,7	73,4	79,8
	Europa Północna		
2005-2010	78,6	75,8	81,3
2025-2030	81,1	78,5	83,7
2045-2050	82,8	80,2	85,4
	Europa Południowa		
2005-2010	78,4	75,2	81,5
2025-2030	80,5	77,5	83,5
2045-2050	82,3	79,4	85,3
	Europa Zachodnia		
2005-2010	79,3	76,1	82,4
2025-2030	81,6	78,6	84,5
2045-2050	83,5	80,5	86,5

Źródło: Ibid.

Jak widać, różnice między regionami Europy są bardzo znaczące w okresie wyjściowym, co decyduje także o utrzymaniu się dużych zróżnicowań w późniejszych okresach. Na szczególną uwagę zasługuje sytuacja w Europie Wschodniej, do której zaliczana jest Polska. Obserwuje się tam wyjątkowo duże zróżnicowania między długością trwania życia kobiet i mężczyzn wynoszące w okresie wyjściowym blisko 10 lat, a w pozostałych okresach około 6 lat.

Według przyjętych założeń w latach 2010-2050 liczba ludności starszej w wymienionych regionach ukształtuje się zgodnie z tab. 5.

Tabela 5

Ludność stara w Europie według regionów (w tys.)

Wiek	Europa Wschodnia			Europa Północna			Europa Południowa			Europa Zachodnia		
	liczba ludności (w tys.)											
	ogółem	mężczyźni	kobiety	ogółem	mężczyźni	kobiety	ogółem	mężczyźni	kobiety	ogółem	mężczyźni	kobiety
2010												
60-64	15 995	6 963	9 032	8 638	4 157	4 481	5 966	2 897	3 068	11 144	5 460	5 684
65-69	10 594	4 276	6 317	7 177	3 339	3 838	4 733	2 249	2 484	9 524	4 558	4 966
70-74	12 578	4 617	7 962	6 578	2 915	3 663	3 758	1 708	2 050	8 806	4 014	4 792
75-79	8 050	2 711	5 339	5 740	2 383	3 356	2 995	1 256	1 739	6 743	2 816	3 927
80-84	6 068	1 741	4 327	4 102	1 538	2 564	2 279	849	1 431	4 929	1 788	3 142
85-89	2 438	548	1 890	2 196	701	1 495	1 406	451	955	2 992	830	2 162
90-94	587	115	472	670	177	492	566	147	419	848	186	662
95-99	170	31	139	184	41	143	163	31	131	328	53	275
100 +	17	3	13	18	4	14	25	3	21	46	6	40
2030												
60-64	16 238	7 431	8 807	10 884	5 337	5 547	6 516	3 190	3 326	13 832	6 816	7 016
65-69	16 464	7 043	9 421	10 065	4 794	5 271	6 160	2 934	3 227	13 486	6 520	6 966
70-74	15 573	6 157	9 416	8 476	3 883	4 592	5 106	2 342	2 764	11 334	5 288	6 046
75-79	11 810	4 216	7 594	6 654	2 883	3 771	4 135	1 765	2 370	9 341	4 090	5 251
80-84	6 696	2 089	4 607	4 947	1 961	2 986	3 385	1 355	2 030	6 646	2 710	3 936
85-89	2 760	700	2 059	2 807	966	1 841	1 871	657	1 214	3 984	1 419	2 565
90-94	1 568	309	1 259	1 366	383	982	845	242	603	2 068	590	1 478
95-99	341	52	289	449	96	354	283	61	222	639	131	508
100 +	54	7	47	69	10	59	61	9	53	131	17	114
2050												
60-64	19 201	9 153	10 048	7 877	3 932	3 945	6 371	3 250	3 121	11 539	5 680	5 859
65-69	18 005	8 201	9 804	8 434	4 133	4 302	5 667	2 796	2 871	10 761	5 213	5 548
70-74	15 299	6 547	8 753	9 012	4 278	4 734	5 094	2 439	2 655	9 621	4 539	5 082
75-79	11 737	4 644	7 094	8 623	3 896	4 727	4 665	2 119	2 546	9 542	4 278	5 263
80-84	7 732	2 695	5 037	6 792	2 826	3 966	4 010	1 658	2 351	8 940	3 784	5 156
85-89	5 184	1 471	3 714	4 511	1 643	2 868	2 773	1 009	1 764	6 498	2 440	4 057
90-94	2 621	565	2 056	2 234	668	1 567	1 406	423	983	3 369	1 037	2 333
95-99	776	116	660	752	166	586	528	120	409	1 273	287	986
100 +	109	11	97	157	22	136	135	21	114	294	43	251

Źródło: Ibid.

Przedstawione informacje jednoznacznie wskazują na rozmiary procesu starzenia się ludności. Jego efektem jest rosnący współczynnik obciążenia demograficznego, który ukształtuje się zgodnie z tab. 6.

Tabela 6

Współczynniki obciążenia demograficznego

Regiony	Lata		
	2010	2030	2050
Współczynnik obciążenia demograficznego ogółem			
Europa Wschodnia	38,7	52,7	72,7
Europa Północna	49,9	61,8	67,2
Europa Południowa	48,4	61,0	85,2
Europa Zachodnia	51,3	67,2	74,5
Liczba osób w wieku 65 lat i więcej na 100 osób w wieku produkcyjnym			
Europa Wschodnia	19,4	32,7	47,8
Europa Północna	24,9	35,4	40,6
Europa Południowa	27,2	40,6	59,8
Europa Zachodnia	27,7	42,1	47,6
Udział osób w wieku 80 lat i więcej w ogólnej liczbie osób			
Europa Wschodnia	3,2	4,4	7,4
Europa Północna	4,6	6,5	8,8
Europa Południowa	4,9	7,0	11,5
Europa Zachodnia	4,9	7,1	11,0

Źródło: Ibid.

Proces starzenia się ludności w Polsce nie jest aż tak szybki, jak wynika z przedstawionych danych dotyczących Europy, tym niemniej godny jest dużej uwagi i podjęcia działań zmierzających do pełnej realizacji Karty Praw Człowieka Starego i Europejskiej Karty Socjalnej. Niestety, nie dysponujemy jeszcze pełną prognozą rozwoju ludności Polski do 2050 r. – opracowana przez GUS obejmuje okres do 2030 r.

Dane z lat 2002 i 2030 zestawione w tab. 7 wskazują we wszystkich badanych rocznikach wysokie tempo wzrostu, choć najbardziej będzie wzrastała liczebność „seniorów". Istnieją też duże różnice w tempie przyrostu między ludnością miast i wsi.

Tabela 7

Ludność Polski w wieku 60 lat i więcej w latach 2002-2030 (w tys.)

Wiek	Ogółem			Miasta			Wieś		
	2002 r.	2030 r.	wskaźnik dynamiki	2002 r.	2030 r.	wskaźnik dynamiki	2002 r.	2030 r.	wskaźnik dynamiki
Ogółem	6 483,6	10 646,5	164,2	3 937,2	6 677,7	169,6	2 546,5	3 969,0	155,9
60-64	1 596,0	2 137,2	133,9	1 026,4	1 249,4	126,1	569,6	887,7	155,8
65-69	1 578,2	2 123,6	134,6	982,0	1 256,5	128,0	596,2	867,2	145,5
70-74	1 429,9	2 339,3	163,6	851,7	1 471,7	172,8	578,2	867,7	150,1
75-79	1 021,6	1 993,7	195,2	591,5	1 321,8	223,4	430,1	671,7	156,2
80-84	528,4	1 273,0	240,9	294,7	857,3	290,9	233,7	415,9	177,9
85-89	216,5	477,9	220,7	123,7	319,1	258,0	92,8	158,8	171,1
90-94	94,7	228,7	241,5	55,8	152,0	272,4	39,0	76,8	196,9
95-99	16,6	63,9	384,9	10,3	43,5	422,3	6,3	20,4	219,4
100 +	1,7	9,2	541,2	1,1	6,4	600,0	0,6	2,9	483,0

Źródło: Obliczenia własne na podstawie: *Prognoza demograficzna na lata 2003-2030.* GUS, Warszawa 2004.

Należałoby się zastanowić, jaki jest współczynnik obciążenia ludności produkcyjnej ludnością poprodukcyjną, dla której w polskich warunkach przyjęto wiek 18-60/65. Współczynnik ten, wynoszący w 2002 r. 24 osoby, w 2030 r. wzrośnie do 47 osób.

Korzystając z danych ONZ warto wskazać, że w Polsce po 2010 r. współczynnik obciążenia ludności produkcyjnej ludnością poprodukcyjną będzie gwałtownie wzrastać, przy nieznacznie i nieregularnie malejącym obciążeniu ludnością przedprodukcyjną. Per saldo jednak obciążenie ludności produkcyjnej przybierze w 2050 r. niespotykane dotychczas w naszym kraju rozmiary. Odpowiednie dane przedstawia tab. 8.

Tabela 8

Obciążenie ludności produkcyjnej ludnością przed- i poprodukcyjną

Rok	Wariant średni ONZ			Wariant niski ONZ		
	razem	dzieci i młodzież 0-14	osoby starsze 65+	razem	dzieci i młodzież 0-14	osoby starsze 65+
2000	46	28	18	46	28	18
2005	41	23	18	41	23	18
2010	39	21	18	38	20	18
2015	42	21	21	40	19	21
2020	48	22	26	45	19	26
2025	53	22	31	51	19	31
2030	55	22	33	52	18	34
2035	56	22	34	53	17	35
2040	60	22	37	56	17	39
2045	66	24	43	63	17	46
2050	75	25	50	73	18	55

Źródło: *World Population Prospect* ..., op.cit.

Niestety, brak szczegółowych danych ONZ dla ujęć regionalnych w Polsce do 2050 r., jednak warto się przyjrzeć prognozie GUS, która uwzględnia dane dla województw do 2030 r. Przedstawia je tab. 9.

Tabela 9

Obciążenie demograficzne w 2003 i 2030 r.
według prognozy GUS – przekrój wojewódzki
(liczba osób w wieku nieprodukcyjnym na 100 osób w wieku produkcyjnym)

Lp.	Województwo	Lata	
		2003	2030
1.	Dolnośląskie	56,88	72,87
2.	Kujawsko-Pomorskie	60,07	71,19
3.	Lubelskie	66,74	72,05
4.	Lubuskie	58,07	70,99
5.	Łódzkie	60,36	74,23
6.	Małopolskie	63,74	70,24
7.	Mazowieckie	61,25	71,14
8.	Opolskie	59,23	73,54
9.	Podkarpackie	67,06	70,19
10.	Podlaskie	67,96	73,88
11.	Pomorskie	59,34	71,15
12.	Śląskie	55,81	74,84
13.	Świętokrzyskie	65,14	74,09
14.	Warmińsko-mazurskie	61,58	71,81
15.	Wielkopolskie	59,54	68,66
16.	Zachodniopomorskie	56,90	72,10

Źródło: *Prognoza demograficzna na lata 2003-2030*. Op. cit.

Z uwagi na to, że w dalszych opracowaniach będzie analizowana sytuacja ludności starszej nie tylko w Polsce, lecz również we Francji i Niemczech, podano tu jeszcze kilka informacji dotyczących prognoz tych krajów.

Tabela 10

Osoby w wieku 85 lat i więcej (w tys.)

Rok	Francja	Niemcy	Polska
2000	1,234	1,605	357
2010	1,495	1,826	458
2020	1,944	2,415	663
2030	2,049	3,269	682
2040	3,145	3,696	1,220
2050	3,748	5,159	1,369

Źródło: P. Szukalski: *Osoby sędziwe w Polsce i w krajach Unii Europejskiej. Przeszłość, teraźniejszość, przyszłość.* Łódź 2004.

Tabela 11

Udział osób w wieku 85 lat i więcej w ogólnej liczbie ludności (w %)

Rok	Francja	Niemcy	Polska
2000	2,07	1,95	0,92
2010	2,44	2,24	1,19
2020	3,11	3,02	1,75
2030	3,25	4,20	1,86
2040	5,01	4,95	3,48
2050	6,05	7,27	4,09

Źródło: Ibid.

Tabela 12

Wskaźnik dynamiki osób w wieku 85 lat i więcej

Rok	Francja	Niemcy	Polska
2000	100,0	100,0	100,0
2010	121,5	113,8	128,3
2020	157,5	150,5	185,8
2030	166,0	203,7	191,0
2040	254,7	230,2	341,7
2050	303,7	321,4	383,4

Źródło: Ibid.

Należy przewidywać, że liczba osób młodszych generacji będzie ulegała zmniejszeniu, a tym samym możliwość opiekuństwa w środowisku rodzinnym będzie malała i obowiązki opiekuńcze staną się udziałem form instytucjonalnych i pozainstytucjonalnych. Prognozy malejących możliwości wsparcia rodzinnego ilustruje tab. 13.

Tabela 13

Współczynnik potencjalnego wsparcia (liczba kobiet w wieku 45-64 lat w stosunku do liczby osób w wieku 80 lat i więcej)

Rok	Francja	Niemcy	Polska
2000	3,20	3,62	5,12
2010	2,66	2,88	4,64
2020	2,36	2,23	3,64
2030	1,77	1,77	3,15
2040	1,29	1,30	2,11
2050	1,12	0,95	1,69

Źródło: Ibid.

Trzeba zauważyć, że dokonujące się w Polsce przemiany polityczne, ustrojowe i ekonomiczne polegające na decentralizacji władzy mają szczególnie duże znaczenie dla polityki społecznej i jej subdyscyplin, takich jak polityka: ochrony zdrowia, zabezpieczenia społecznego, mieszkaniowa, edukacyjna, a nade wszystko zatrudnieniowa. Szerzej problemy te zostały ujęte w Raporcie CASE[3], w którym nie tylko przedstawiono diagnozę, ale również kierunki działań. Autorzy Raportu wskazując na sytuację naszego kraju omawiają doświadczenia zagraniczne oraz dokumenty UE, a także rolę poszczególnych partii politycznych w realizacji określonych poprzednio programów. Szczególnie duże znaczenie mają przedstawione rekomendacje autorów dotyczące warunków, instrumentów oraz instytucji nowej polityki społecznej[4].

Funkcje państwa określono zatem następująco:

1. Kompetentni i etyczni politycy.
2. Lepsze zaplecze informatyczno-analityczne, formułowanie priorytetów i uwzględnienie perspektywy długookresowej.
3. Rozwijane instrumenty koordynacji.
4. Lepsi urzędnicy – służba cywilna.
5. Wolne i kompetentne media.
6. Zdecydowana poprawa sądownictwa.
7. Dialog społeczny rozszerzony o struktury samorządowe i organizacje społeczne oraz ekspertów.

Rekomendacje autorów w odniesieniu do centralizacji są następujące:

1. Zdefiniowanie koordynacyjnych i decyzyjnych funkcji szczebla centralnego w warunkach decentralizacji w każdej z dziedzin polityki społecznej.
2. Nadanie wyższej rangi samorządowi regionalnemu.
3. Kompetentne kadry dla samorządów.
4. Zbudowanie zaplecza analityczno-informatycznego w samorządach.
5. Wdrożenie systemów monitorowania podejmowanych decyzji.
6. Kontrola społeczno-instytucjonalna nad działaniami samorządów.

Katalog ten nie obejmuje jeszcze wielu innych działań, koresponduje jednak z przygotowanymi przez województwa strategiami rozwoju polityki społecznej na lata 2006-2020. Strategie te obejmują diagnozę sytuacji danego regionu w momencie wyjściowym, określają cele i misje oraz sposoby ich realizacji, rozłożenie ich w czasie, a także określają szanse i zagrożenia ich realizacji. Dokumenty te są opracowywane z dużym wyprzedzeniem czasowym, co w sy-

---

[3] *Nowe dylematy polityki społecznej*. Red. S. Golinowska i M. Boni. Centrum Analiz Społeczno-Ekonomicznych, Raport CASE nr 65/2006. Warszawa 2006.

[4] Ibid., s. 381.

tuacji kadencyjności samorządów ma podstawowe znaczenie. Skuteczność tych działań wymaga właściwej ewaluacji i monitoringu. Szczególnie dotyczy to województwa śląskiego, objętego wyjątkowo szeroką restrukturyzacją, która w sposób dotkliwy dotyka polityki społecznej i jej decentralizacji.

Województwo śląskie charakteryzuje się już obecnie bardzo trudną sytuacją ludności starszej, która z wielu przyczyn ulega wykluczeniu społecznemu. Nie dotyczy to co prawda jej sytuacji materialnej, ponieważ średnie renty i emerytury ludności śląskiej charakteryzują się na ogół znacznie wyższym poziomem niż przeciętnie w kraju i równocześnie są stosunkowo wysokie w odniesieniu do aktualnych płac ludności zawodowo czynnej lub utrzymującej się ze świadczeń dla osób bezrobotnych. Problemem o wyjątkowym znaczeniu staje się samotność osób starszych, przy czym zapobieganie temu stosunkowo nowemu zjawisku społecznemu staje się zadaniem wyjątkowo złożonym. Ma ono źródło nie tylko w omawianych procesach starzenia się demograficznego, lecz również w coraz większej mobilności ludności polegającej na intensywnych ruchach migracji wewnętrznych i zewnętrznych. Zdaniem psychologów i socjologów samotność jest zapewne jedną z najbardziej bolesnych dolegliwości starości. Nie dziwi zatem fakt, że zagadnieniu temu poświęcono bardzo wiele uwagi w badaniach krajowych i zagranicznych. Nie sposób wymienić tu ogromu publikacji poświęconych tym zagadnieniom, tym bardziej, że jest to problem interdyscyplinarny, który stał się przedmiotem dociekań polityków społecznych, psychologów, pedagogów, socjologów, lekarzy, a przede wszystkim gerontologów społecznych. Począwszy od pionierskich badań J. Piotrowskiego[5] opublikowanych przed 35 laty, postępujący proces starzenia się społeczeństwa jest inspiracją coraz szerszych badań nad sytuacją życiową osób starszych.

Najnowsze liczne badania potwierdzają dyskryminacyjną funkcję procesu starzenia, ukazują nawet jego zaostrzenie i pogłębienie[6]. Wpływają na to zapewne procesy demograficzne powodujące ilościowy przyrost osób starszych na skutek wydłużającego się przeciętnego trwania życia i coraz bardziej widoczny kryzys polskiej rodziny, w której trudniej o miejsce dla człowieka starego. Można więc przypuszczać, że w tej sytuacji relacje osób starszych z młodszą częścią społeczeństwa uległy pewnym niekorzystnym zaostrzeniom. Nie zmieniają tych relacji korzystne dla młodszych generacji „przepływy międzypokoleniowe", o których z dużym znawstwem problemu pisze P. Szukalski[7]. Postępująca ekonomizacja i materializacja życia społecznego nie pozostaje jednak bez znacze-

---

[5] J. Piotrowski: *Miejsce człowieka starego w rodzinie i społeczeństwie*. Warszawa 1973.

[6] B. Bień, P. Błędowski, M. i J. Haliccy, S. Kostrubiec, A. Kurzynowski, W. Pędich, B. Synak, B. Szatur-Jaworska, P. Szukalski, E. Trafiałek, H. Worach-Kardas i inni.

[7] P. Szukalski: *Przepływy międzypokoleniowe i ich kontekst demograficzny*. Łódź 2002.

nia. Bardziej stabilna i korzystniejsza sytuacja materialna emerytów i rencistów w przeciwieństwie do szerzącego się ubóstwa znacznej części osób bezrobotnych, pozbawionych często warunków zapewniających minimum egzystencji, wpływa na konflikt pokoleń. Zachodzą przy tym znaczące różnice międzygeneracyjne w poziomie wykształcenia ludności kraju, a także odmienna hierarchia wartości. Mniej lub bardziej drastyczne stwierdzenia ekonomistów wielu krajów ukazujących ogromne kwoty wydatkowane na coraz kosztowniejszy system emerytalny, ubezpieczenia zdrowotne i opiekuństwo kształtują w społeczeństwie nieprzychylne postawy wobec narastającego procesu starzenia się ludności. Nie bez znaczenia pozostaje także bezrobocie, które generuje przedwczesnych emerytów, często już przez wiele lat izolowanych od środowiska pracy, nie zawsze społecznie akceptowanych. Brak akceptacji społecznej osób starszych nie jest we współczesnym świecie ani nowy, ani nie dotyczy tylko Polski. W państwach, które szybciej od Polski stały się widownią procesu starzenia się ludności różnego rodzaju działania na rzecz szeroko traktowanej gerontologii społecznej i walki z ageismem podejmowano już w latach 30. XX w. (California Institut of Social Welfare, Old Age Revoluting Pensions i inne). W późniejszych powojennych okresach nie można pominąć działań takich organizacji, jak ruch Szarych Panter, które miały za zadanie przekonywanie społeczeństwa o potrzebie kształtowania przyjaznych postaw wobec ludzi starych i przeciwdziałanie ich dyskryminacji[8]. Wśród przyczyn tego zjawiska nie można pominąć dużych międzygeneracyjnych zróżnicowań w poziomie wykształcenia. Są one także widoczne w ujęciu przestrzennym (województw), a także według miejsca zamieszkania miasto-wieś, przy czym w odniesieniu do ludności miast istnieją zróżnicowania sytuacji miast dużych, średnich i małych. Można przypuszczać, że osoby starsze o wyższym poziomie wykształcenia lepiej sobie radzą z samotnością mając szersze możliwości zagospodarowania czasu wolnego i kontaktów towarzyskich aniżeli osoby o niższym poziomie wykształcenia. Wystarczy wspomnieć o rozmieszczeniu w dużych miastach Uniwersytetów Trzeciego Wieku, które z reguły powstawały na bazie ośrodków szkolnictwa wyższego lub organizacji i instytucji stanowiąc znakomitą egzemplifikację edukacji przez całe życie. Niestety, jest to jednak przedsięwzięcie elitarne, obejmujące bardzo znikomą część starszej społeczności, a upowszechnienie tych form edukacyjnych napotyka na trudne do pokonania bariery. Trzeba więc zwrócić uwagę na większą powszechność edukacji, która nie tylko będzie niezbędnym elementem zatrudnienia (kwalifikacje), ale powinna się stać inspiracją kształtowania osobowości – racjonalnym wykorzystaniem czasu wolnego.

---

[8] J. Halicki: *Ageism i ruch Szarych Panter*. „Gerontologia Społeczna" 1997, nr 3, 41-44.

M. Sulmicka zwraca uwagę, że: *Dziś statystyczny Europejczyk żyje średnio 78 lat, z czego tylko 35 lat przypada na pracę. Stawia pod znakiem zapytania wypłacalność dominujących w Europie gwarantowanych przez państwo repartycyjnych systemów emerytalnych, w których składki płacone przez pracujących finansują świadczenia emerytalne*[9]. Autorka zwraca uwagę, że *[...] świadczenia emerytalne stanowią 50% ogółu świadczeń socjalnych UE [...] O ile w latach 60-tych było to 4,5-6,0% PKB [...] będzie to w roku 2030 około 17% [...] W połączeniu ze zwiększanymi wydatkami związanymi z opieką zdrowotną i społeczną nad rosnącą populacją ludzi starych i sędziwych stwarza to realne zagrożenie załamania się w tych krajach finansów publicznych pod ciężarem świadczeń socjalnych*[10]. Dość oczywiste jest, że w tych warunkach toczą się dyskusje nad podniesieniem wieku emerytalnego, zwłaszcza że stan zdrowia ludności w obecnie określanym okresie przechodzenia na emerytury jest na ogół na tyle dobry, iż nie stanowi przeciwwskazań do zaprzestania pracy. Problemem staje się jednak trudna do przewidzenia i prognozowania zgoda osób starszych na odebranie przywileju zaprzestania pracy w wieku obecnie uznanym za wiek poprodukcyjny i jakie są możliwości zatrudnienia na przyszłościowym rynku pracy. Lektura książki J. Ryfkina[11] czy artykułu J. Orczyka[12] stawiają pod dużym znakiem zapytania możliwości i sens wzrostu zatrudnienia. Pozostaje jeszcze problem rozważenia możliwości umiejętności dostosowania się starszych osób do wymagań przyszłościowego rynku pracy. Nie jest przypadkiem, że w wielu krajach europejskich podjęto badania nad szeroko rozumianym stanem zdrowia, a zatem kondycją fizyczną, psychiczną i społeczną. Służy temu wiele metod pomiaru, takich jak ADL (Activities of Daily Living Index), IADL (Instrumential Activities of Daily Living Index) czy CFI (Classification Internationale du fonctionnement du handicap et de la santé).

W tym miejscu należy zwrócić uwagę na badania GUS, przeprowadzone w 2004 r., dotyczące stanu zdrowia ludności kraju i jej kondycji fizycznej. Występowanie długotrwałych problemów zdrowotnych lub chorób przewlekłych według tego badania było udziałem 78,8% ludności w wieku powyżej 60 lat, podczas gdy dla ogółu ludności 36,4%. Średnia liczba chorób przewlekłych dla ogółu ludności wynosiła 1,26, dla osób w wieku 60-69 lat – 2,60, a dla osób powyżej 70 lat 3,19. Obserwowano duże zróżnicowania według płci na nieko-

---

[9] M. Sulmicka: *Przeciwdziałanie skutkom starzenia się społeczeństw w krajach wysoko rozwiniętych.* „Polityka Społeczna" 2006, nr 4, s. 25.

[10] Ibid.

[11] J. Ryfkin: *Koniec pracy. Schyłek siły roboczej na świecie i początek ery postrynkowej.* Wrocław 2001.

[12] J. Orczyk: *Brak pracy czy brak dochodów źródłem wykluczenia.* W: *60 lat polityki społecznej w Polsce.* Red. A. Rączaszek. Katowice 2006.

rzyść kobiet, co wynika zapewne z dłuższego trwania ich życia i postępującej w miarę upływu lat utraty kondycji. Najwięcej problemów powoduje utrata sprawności podstawowych narządów wzroku, słuchu i ruchu. Ogranicza to nie tylko możliwość samoobsługi, lecz także izoluje ludność starszą w środowisku społecznym. W przeprowadzonym przez GUS badaniu wyraźnie ujawniło się niedostateczne zaopatrzenie ludności w okulary, aparaty słuchowe, balkoniki, wózki i inne urządzenia wyrównujące istniejące deficyty sprawności.

Analizując wyniki wspomnianego badania A. Zajeszkowska-Kozłowska pisze, iż około 4% osób zgłosiło w prowadzonych wywiadach, że nie przejdzie 500 m nie używając specjalnych pomocy (laski, kuli, balkoniku)[13]. Problemy z przejściem na taką odległość występują najczęściej u osób starszych. Co czwarta osoba w wieku 70 lat i więcej nie przejdzie samodzielnie tej odległości, co szósta może to zrobić, ale tylko z laską czy kulą, a co trzynasta nie wykona tego, bo nie może lub nie ma specjalnej pomocy.

W badaniu stanu zdrowia oprócz pytań o sprawność niektórych narządów, pytano o zdolność do samoobsługi, tj. czy badana osoba może wykonać czynności, które człowiek dorosły musi wykonać każdego dnia. W tym przypadku mniej ważny jest wiek takich osób czy płeć, istotne jest poznanie skali zjawiska, tj. określenie liczby osób, które nie mogą samodzielnie funkcjonować i bezwzględnie wymagają stałej pomocy ze strony innych osób. Zgodnie z uogólnionymi na populację osób dorosłych wynikami tego badania ponad 2 mln osób dorosłych nie może przenieść torby z zakupami o wadze 5 kg na odległość 10 m. Ponad 700 tys. osób nie ubierze i nie rozbierze się samodzielnie. Prawie 250 tys. osób musi mieć pomoc, aby wstać czy położyć się do łóżka, a ponad 100 tys. osób nie zje samodzielnie posiłku i musi być karmiona. Ponad 200 tys. osób nie może samodzielnie korzystać z ubikacji, a ponad 300 tys. nie odkręci kurka od gazy czy kranu. Są to osoby, które całkowicie lub przynajmniej częściowo wymagają pomocy w codziennym życiu ze strony innych osób.

Powyższe stwierdzenia w sposób jednoznaczny wskazują na potrzebę bardziej wszechstronnego spojrzenia na potrzeby osób starszych. Nie można tu pominąć pytań stawianych w Zielonej Księdze *Sprostać zmianom demograficznym: Nowa solidarność międzypokoleniowa* odnoszących się do najstarszej generacji:

Czy takie działanie może pomóc w zarządzaniu zmianami demograficznymi?

Czy należy wprowadzić rozróżnienie i podział między emeryturami a zasiłkami opiekuńczymi?

---

[13] A. Zajeszkowska-Kozłowska: *Raport 2005*. Rządowa Rada Ludnościowa 2006 (maszynopis powielony).

Jak szkolić niezbędne zasoby ludzkie i jak zapewnić im dobrej jakości miejsca pracy w sektorach, które często charakteryzują się niskimi pensjami i niskimi kwalifikacjami?

Jak równomiernie rozłożyć ciężar opieki nad osobami w bardzo podeszłym wieku pomiędzy rodzinę, usługodawców społecznych usług oraz inne instytucje?

Co można zrobić, aby pomóc rodzinom?

Co można zrobić, aby wesprzeć lokalne sieci wsparcia?

Co można zrobić, aby zmniejszyć nierówność między mężczyznami a kobietami, gdy dochodzą do wieku emerytalnego?

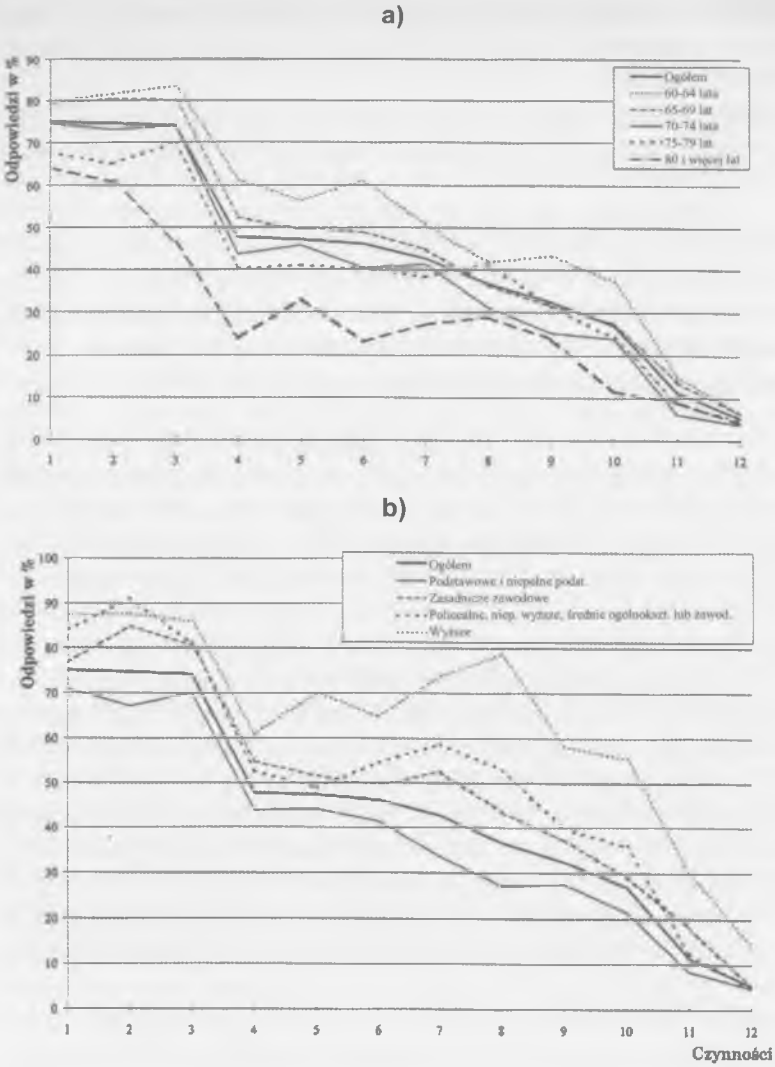
Jak nowe technologie mogą wesprzeć osoby starsze?[14].

Trzeba pamiętać, że ogólny szybki postęp społeczny dokonujący się w większości krajów europejskich rozbudza i będzie rozbudzał postawy roszczeniowe wśród osób starszych. Obecnie żyjące osoby starsze w większości krajów Europy były dotknięte bolesnymi doświadczeniami drugiej wojny światowej i trudami okresu powojennego, który wywarł niezatarte piętno na ich psychice i niewątpliwie ograniczał rozbudzanie potrzeb. Polska jest krajem o szczególnie znaczących przeobrażeniach ustrojowych, ekonomicznych i społecznych, stąd „życiorysy" starszej generacji stanowią uzasadnienie dla tak skromnych aspiracji w zaspokojeniu swych potrzeb. Jako przykład mogą posłużyć wyniki badań A. Kusińskiej nad spędzaniem czasu wolnego i marzeniami ludzi starszych[15], przy czym bardzo charakterystyczne są zróżnicowania w zależności od wieku i poziomu wykształcenia. Badanie dotyczyło sytuacji na przełomie wieków, a zatem kiedy osoby starsze przeżywały swoją młodość i wiek dojrzały w okresie szczególnie dla Polski trudnym, ukształtowane potrzeby były zminimalizowane. Warto więc prześledzić, jak wyglądało życie obecnych staruszków w regionie o szczególnie znaczących przeobrażeniach restrukturyzacyjnych.

---

[14] Rządowa Rada Ludnościowa. Biuletyn 51. Warszawa 2006, s. 131.

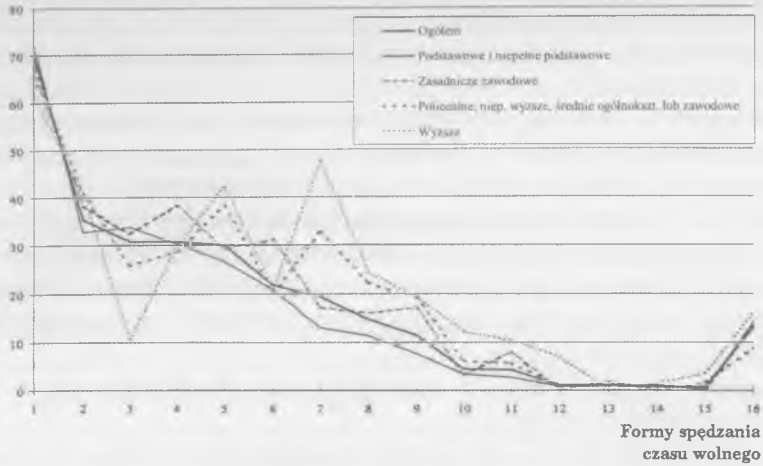
[15] *Warunki życia ludzi starszych i ich zachowania na rynku.* Red. A. Kusińska. Warszawa 2002.



1 – spacer, 2 – czytanie gazet i czasopism, 3 – odwiedzanie rodziny lub znajomych, 4 – opieka nad innymi osobami, 5 – urządzanie w domu spotkań ze znajomymi lub rodziną, 6 – wycieczka lub pobyt na działce, 7 – zajmowanie się swoim hobby, 8 – czytanie książek, 9 – wizyta u fryzjera lub kosmetyczki, 10 – kupno sobie czegoś z ubrania, 11 – wizyta w kawiarni lub restauracji, 12 – wizyta w kinie lub teatrze.

Rys. 1. Czynności wykonywane przez osoby starsze w ostatnich 3 miesiącach 2001 r. zależnie od: a) wieku respondenta, b) poziomu jego wykształcenia

Źródło: *Warunki życia ludzi starszych i ich zachowania na rynku*. Red. A. Kusińska. Warszawa 2002, s. 114.



1 – oglądam telewizję, 2 – idę na spacer, 3 – idę do kościoła, 4 – spotykam się z przyjaciółmi, krewnymi, 5 – przeglądam prasę, 6 – zajmuję się wnukami, 7 – czytam książkę, 8 – zajmuję się hobby, 9 – rozwiązuję krzyżówki, 10 – jadę na wycieczkę, 11 – idę do teatru, 12 – idę na spotkanie Uniwersytetu Trzeciego Wieku lub inne, 13 – idę na spotkanie z przedstawicielami władzy, 14 – idę do kina, 15 – inny sposób

Rys. 2. Preferowane formy spędzania czasu wolnego zależnie od poziomu wykształcenia respondenta

Źródło: Ibid., s. 115.

Konsekwencje tych przeobrażeń należy odnieść do środowiska rodzinnego, mieszkaniowego i pracowniczego, ponieważ one ukształtowały współcześnie żyjącą generację. Jak już wspomniano, są to ludzie, których nie oszczędziły lata międzywojenne, tragiczne przeżycia okresu drugiej wojny światowej i odbudowy zniszczonego wojną kraju. Jaka więc była ich droga do starości, jaka była ich młodość i jakie ukształtowały się potrzeby, których spełnienie przypadło na współczesne pokolenie?

Ludzie starzy to zbiorowość bardzo zróżnicowana, a zatem nie ulega wątpliwości, że potrzeby społeczne ludności starej kształtują się odmiennie w różnych środowiskach. Przyczynkowe badania prowadzone w tych środowiskach sumują się na pewien ogólny obraz potrzeb ludzkich, przyczyniając się wydatnie do konstrukcji optymalnych modeli ich zaspokajania. Sposób zaspokajania potrzeb wymaga wykształcenia kadr profesjonalnie przygotowanych do realizacji potrzeb w zakresie jakości świadczonych usług. Niezbędna jest także odpowiednio rozwinięta infrastruktura i jej lokalizacja. Można w tym zakresie wykorzystać czynniki jakości usług opracowane w odniesieniu do usług medycz-

nych, lecz mające zasięg znacznie szerszy[16]. Tak więc jakość świadczonych usług powinna charakteryzować:

- Materialność – wygląd urządzeń fizycznych, wyposażenie, personel, materiały informacyjne.
- Dostępność – lokalizacja, łatwość znalezienia drogi, dostępność personelu kontaktowego, szerokość i głębokość oferty, czas, jaki może przeznaczyć personel dla każdego z klientów, dostępność udogodnień.
- Estetyka – wygląd środowiska, w jakim świadczona jest usługa, jego komponenty, dobór personelu, sposób prezentacji określonej usługi.
- Dbałość, pomocniczość – stopień udzielania pomocy przez personel kontaktowy, stopień zainteresowania i zaangażowania personelu, gotowość do obsługi i niesienia pomocy.
- Troska – uwaga, cierpliwość, sympatia okazywana klientom, dbałość o ich wygodę, komfort psychiczny.
- Czystość, schludność – stan utrzymania materialnych komponentów pakietu usług, to znaczy otoczenia, dóbr, udogodnień, personelu.
- Komfort – fizyczna wygoda środowiska usługowego i udogodnień.
- Zaangażowanie – widoczne zaangażowanie personelu, pracowitość, sumienność, wyrażanie satysfakcji z wykonywanej pracy.
- Porozumiewanie się – umiejętność porozumiewania się z klientem w sposób dla niego zrozumiały, klarowny, spójny, logiczny, rzetelność udzielanych informacji, zdolność do słuchania i rozumienia klientów, traktowanie ich imiennie, a nie w kategoriach kolejnego „przypadku".
- Fachowość – wprawa i profesjonalizm w świadczeniu usługi, właściwe wykonywanie życzeń klientów, umiejętność świadczenia usługi ze strony personelu, udzielanie dobrych, rozsądnych rad, ogólna zdolność i gotowość do wykonywania dobrej pracy.
- Uprzejmość – szacunek i dobre maniery okazywane podczas świadczenia usługi przez personel kontaktowy i przy interakcji z klientem, dyskrecja ze strony personelu.
- Elastyczność – skłonność usługodawcy do poprawy, a nawet zmiany istoty usługi i korzyści z niej wynikających w celu jak najlepszego zaspokojenia potrzeb klienta.
- Życzliwość – osobista przystępność personelu kontaktowego, serdeczność, życzliwe nastawienie, empatia, indywidualne podejście do każdego klienta.

---

[16] *Zarządzanie finansami, logistyka i marketing w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej, Wybrane problemy. Aspekt teoretyczno-praktyczny.* Red. M.M. Smoleń. Łódź 2002, s. 258-259. Cyt. za E. Hibner: *Zarządzanie w systemie ochrony zdrowia*. Łódź 2003, s. 31.

- Funkcjonalność – praktyczność, umiejętność dostosowania do celów i odpowiedniego poziomu jakości usługi, udogodnień, aparatury.
- Uczciwość – bezstronność, obiektywizm, pewność sposobów obsługi.
- Zrozumienie – ciągłe dążenie do poznania klientów i ich potrzeb.
- Solidność – ze strony personelu, udogodnień, aparatury i innych dóbr, dotrzymywanie obietnic składanych klientom.
- Wrażliwość – natychmiastowe reagowanie na pojawiające się potrzeby klientów, minimalizowanie czasu oczekiwania i kolejek.
- Bezpieczeństwo – osobiste poczucie bezpieczeństwa ze strony klienta podczas procesu świadczenia usługi, zachowanie poufności.

Przedstawione zasady można traktować jako ukierunkowanie przygotowania bezpośrednich realizatorów zdecentralizowanej polityki społecznej. Równocześnie mogą one dostarczyć refleksji nad systemem kształcenia polityków społecznych i pracowników socjalnych, którzy muszą być coraz bardziej ukierunkowani na aspekty przestrzenne i realizację mikroregionalnej polityki społecznej.

Problemowi kształcenia kadr dla polityki społecznej i pracy socjalnej poświęcono dotychczas w Polsce zbyt mało uwagi. Sytuacja ta wymaga radykalnych zmian, wykorzystania doświadczeń zagranicznych krajów o bardziej zaawansowanym niż Polska procesie starzenia się ludności (Francja i Niemcy).

Liczebny rozwój ludności w najstarszych grupach stworzy nowe potrzeby społeczne w dziedzinie zdrowia, wypoczynku, komunikacji, konsumpcji kultury i dóbr materialnych. Będzie to proces masowy. Zgodnie z prognozami demograficznymi i społeczno-kulturowymi potrzeby ludności starej będą wzrastały nie tylko ilościowo, ale i jakościowo. Wyniki badań sugerują, że w przyszłości ludność poprodukcyjna w aglomeracjach wielkoprzemysłowych będzie stanowiła grupę ludności nieporównywalną z aktualnie żyjącą generacją. Inaczej więc będą się kształtowały jej potrzeby, a w związku z tym niezbędna będzie rozbudowa infrastruktury społecznej w stopniu znacznie wyższym niż dotychczas. Nie zwalnia to nas oczywiście od obowiązku poprawy sytuacji ludzi starych dziś już będących na emeryturze. Poza koniecznością ogólnej poprawy warunków materialnych, zwłaszcza ludności najstarszej, niezbędny jest znaczny rozwój świadczeń w usługach, wprowadzenie możliwości swobodnego wyboru miejsca i sposobu zamieszkania, form i rodzajów opieki w pełnym tego słowa znaczeniu. Muszą one być każdorazowo dostosowane do warunków i potrzeb, uwzględniać sytuację rodzinną i sąsiedzką.

Rosnące w miarę wydłużania się życia ludzkiego potrzeby zinstytucjonalizowanej opieki wymagają bardzo szybkiego tempa rozwoju miejsc we wszystkich formach domów opieki, a szczególnie w domach specjalnych (schorzenia

nowotworowe, nerwowe, psychiczne). Niezbędne jest zróżnicowanie nie tylko uwzględniające rodzaj schorzeń, ale i różnice społeczno-zawodowe pensjonariuszy.

Na zakończenie wypada się odnieść do koncepcji R.S. Burta, który stwierdza, że *[...] każda jednostka posiada trzy rodzaje kapitału: finansowy, ludzki i społeczny. Kapitał finansowy stanowią gotówka, kredyty i rezerwy w banku. Ludzki – to poziom inteligencji danej osoby, jej wykształcenie, urok osobisty, stan zdrowia. Społeczny opiera się na sieci kontaktów z innymi osobami, Wszystkie trzy rodzaje kapitału są ze sobą powiązane w sposób bezpośredni oraz pośredni. Między innymi występuje korelacja między poziomem kapitału społecznego rodziców a poziomem edukacji (kapitałem ludzkim) ich dzieci. Im wyższy kapitał społeczny rodziców, tym lepsza edukacja ich dzieci. Niski kapitał społeczny rodziców obniża kapitał ludzki ich dzieci, podczas, gdy wysoki może uzupełnić i nadrobić braki spowodowane otrzymaniem przez dzieci niskiego poziomu edukacji. Kapitał ludzki i społeczny nawzajem na siebie wpływają [...]*[17].

Rozpatrując dziś sytuację i potrzeby ludzi trzeciej i czwartej generacji należy się odnieść do ich warunków życiowych w okresie ich młodości, ich startu życiowego i ukształtowanych postaw w dorosłym życiu. Równocześnie trzeba pamiętać, że będą one ulegały znacznym przemianom i przedstawiony w opracowaniu obraz drogi życiowej obecnie żyjących ludzi starych będzie miał jedynie znaczenie historyczne.

---

[17] Cyt. Za: K. Pająk; M. Śmierzyńska: *Kapitał społeczny i zawodność rynku a polityka gospodarcza.* „Polityka Gospodarcza" 2006, nr 13, s. 417.

Anna Kuczyńska
Wyższa Szkoła Ekonomiczno-Humanistyczna w Bielsku-Białej

POMOC SPOŁECZNA I OPIEKA NAD OSOBAMI STARYMI WE FRANCJI

Wprowadzenie

Zagadnienie opieki nad osobami starszymi jest niezwykle aktualne, zwłaszcza w kontekście ewolucji struktury demograficznej społeczeństwa francuskiego: postępujący wzrost udziału ludności w wieku poprodukcyjnym w ogólnej liczbie ludności jako skutek przedłużania się przeciętnego okresu trwania życia oraz spadku dzietności. Zdanie sobie sprawy z tego, że w XXI w., w związku z obniżaniem się prawdopodobieństw zgonów, prawie każda Francuzka czy Francuz dożyje starości, a konkretnie wieku emerytalnego powszechnie uznawanego za początek starości (60 lat) może stanowić podstawę do legitymacji polityki społecznej nakierowanej na pomoc ludziom starym w organizacji ich coraz dłuższego życia. W tym kontekście może się powieść realizacja założeń rządowego planu solidarności z osobami sędziwymi („Plan Solidarité – Grand Age"[1]), przewidzianego na lata 2007-2012, tak aby relacje między czterema pokoleniami kształtowały się w łonie społeczeństwa de facto solidarnego (société solidaire).

Demograficzne aspekty procesu starzenia się społeczeństwa francuskiego

Francuskie przepisy prawne określające wiek emerytalny wskazują cezurę wieku 60 lat. Ze względu na istotne obniżenie wieku umieralności, a zatem i na

[1] Prezentacji założeń sześcioletniego planu „*Plan Solidarité – Grand Age*" (2007-2012) dokonał 27 czerwca 2006 r. Philippe Bas, Minister ds. Rodziny.

poprawę stanu zdrowia starszej generacji, przejście na emeryturę tzw. młodych starych[2] jest granicą jedynie umowną[3]. Problemy związane z utratą autonomii funkcjonalnej zaczynają się znacznie później, dlatego zgromadzone w opracowaniu dane dotyczą zazwyczaj trzech kategorii wiekowych w obrębie osób starych, oddających stopień ich samodzielności: po ukończeniu 60, 75 i 85 roku życia. Określenia: osoby w czwartym wieku, czwartej generacji, sędziwe, bardzo stare – stosowane zamienne, zarezerwowano dla subpopulacji osób, które ukończyły 85 lat[4].

Analiza danych demograficznych zdaje się transponować odnoszące się do całej Unii Europejskiej obawy felietonisty „Financial Times"[5] na grunt francuski: *czy Francja staje się jednym wielkim domem starców?*. W 2005 r. blisko 21% Francuzów (czyli ponad 12,5 mln osób) obchodziło swoje 60. urodziny, 8% (czyli blisko 5 mln osób) – 75 oraz 1,8% (czyli ponad 1 mln) dołączyło do grona osób czwartej generacji. Stanowi to wzrost odsetka osób starszych we wszystkich kategoriach wiekowych w porównaniu do lat 60. XX w., kiedy wielkości te wyniosły odpowiednio: 17%, 4% i 1%. Prognozy demograficzne do 2050 r. wskazują na szybki wzrost populacji nie tylko osób starszych, ale i sędziwych[6].

Starzenie się społeczeństwa francuskiego jest przede wszystkim konsekwencją obniżenia poziomu rozrodczości populacji. Z zestawień statystycznych od początku XX w. wynika stały wzrost liczby osób starszych w każdej z badanych grup wiekowych (tab. 1). Równy niemal 13% udział osób w wieku powyżej 60 lat w ogólnej liczbie ludności na początku wieku wzrósł do 16% po drugiej wojnie światowej, aby ustalić się na aktualnym poziomie blisko 21%. Towarzyszył temu stały spadek udziału osób młodych (poniżej 20 roku życia) – ponad 34% w 1900 r. wobec około 25% obecnie. W minionym wieku zaznaczyła się, jak widać, redystrybucja punktów procentowych z dołu piramidy wiekowej populacji na szczyt[7].

---

[2] Zob. P. Szukalski: *Osoby sędziwe w Polsce i w krajach Unii Europejskiej. Przeszłość, teraźniejszość, przyszłość*. Łódź 2004, s. 3-5.

[3] Por. K. Głąbicka: *Europejska przestrzeń socjalna. Zarys problematyki*. Warszawa 2002, s. 147.

[4] Por. J.C. Henrard: „Bulletin épidémiologique hebdomadaire" 2006, nr 5-6, s. 37. (dalej: „BEH").

[5] J. Rifkin: *Europejskie marzenie. Jak europejska wizja zaćmiewa American Dream*. Warszawa 2005, s. 307.

[6] C. Brutal, L. Omelek: *Projections démographiques pour la France, ses régions et ses départements: horison 2030-2050*. „Insee Resultats" 2003, nr 16, s. 40.

[7] J. Gaymu: *Aspects démographiques du vieillissement*. „BEH" 2006, nr 5-6, s. 38.

Tabela 1

Ewolucja struktury wiekowej populacji francuskiej od początku XX w.

Wyszczególnienie	Lata						
	1901	1920	1946	1960	1980	2000	2005
Populacja ogółem (w tys.)	38 486	38 382	40 125	45 465	53 731	58 749	60 561
Poniżej 20 lat (%)	34,3	31,3	29,5	32,2	30,6	25,6	25,2
60 lat i więcej (%)	12,7	13,8	16	16,8	17	20,6	20,8
75 lat i więcej (%)	2,5	2,8	3,4	4,3	5,7	7,2	8,1
85 lat i więcej (%)	0,3	0,3	0,4	0,6	1,1	2,2	1,8

Źródło: Insee, Bilan démographique; dane na 1 stycznia danego roku.

Kolejnym istotnym czynnikiem, który w okresie powojennym przyspieszył proces starzenia się społeczeństwa francuskiego jest przedłużenie się przeciętnego okresu trwania życia, innymi słowy spadek natężenia zgonów w populacji osób starych. Coraz więcej Francuzów nie tylko osiąga wiek emerytalny, ale także czwarty wiek[8]. Blisko 60% kobiet pokolenia początku XX w. (urodzonych w 1900 r.) dożyło 60 lat. W miarę upływu czasu ich liczba wzrastała, tak że aż 85% kobiet urodzonych 40 lat później obchodziło 60. urodziny. Ponadto, podczas gdy te pierwsze żyły na emeryturze jeszcze przez 21 lat, okres trwania życia tych drugich wydłużył się o dalsze 6 lat.

Prognozy demograficzne wskazują na wzrost odsetka osób powyżej 60 roku życia w całości populacji (31% w 2030 r. i 35% w 2050 r.[9]). Za 49 lat ich liczba się niemal podwoi[10]. Proces starzenia się ludności wzmocni sytuacja dochodzenia do wieku 60 lat licznych generacji powojennego baby-boomu. Podkreśla się również postępujący wzrost odsetka osób sędziwych wśród ludzi starych. Przewiduje się, że w 2050 r. Francję, jak zresztą i inne kraje Unii Eu-

[8] G. Pison: *France 2004: Espérance de vie franchit le seuil de 80 ans*. „Population et Sociétés" 2004, nr 410, s. 4.
[9] C. Brutal, L. Omelek: Op. cit., s. 40.
[10] *International Forum on national Visions and Strategies*. Seul 2002, s. 162.

ropejskiej[11], czeka prawdziwa „eksplozja nestorów". W perspektywie długookresowej 15, a nawet 20% osób powyżej 60 roku życia osiągnie wiek czwarty (85 lat), czterokrotnie wzrośnie liczba osób obchodzących setne urodziny w 2030 r.[12].

Tabela 2

Osoby stare w latach 2005-2050
(w tys. oraz jako odsetek całej populacji)

Wyszczególnienie	Lata					
	2005	2010	2020	2030	2040	2050
60 lat i więcej						
w tys.	12 583	14 104	17 131	19 906	21 616	22 441
%	*20,9*	*23,1*	*27,3*	*31,1*	*33,5*	*35*
75 lat i więcej						
w tys.	4 877	5 476	6 050	8 377	10 397	11 573
%	*8,1*	*9*	*9,6*	*13,1*	*16,1*	*18,1*
85 lat i więcej						
w tys.	1 082	1 549	2 149	2 417	3 899	4 810
%	*1,8*	*2,5*	*3,4*	*3,8*	*6,1*	*7,5*
100 lat i więcej						
w tys.	15	21	24	60	87	165
%	*0,02*	*0,03*	*0,04*	*0,09*	*0,14*	*0,26*

Źródło: Insee 2003, Projections de population.

Warto zwrócić uwagę, że nawet jeśli przyszłe generacje dożyją różnych stadiów starości w lepszej kondycji zdrowotnej, to szybki rozrost subpopulacji w czwartym wieku będzie oznaczać zwiększenie udziału osób starych o poważnie ograniczonej autonomii funkcjonalnej, wręcz niezdolnych do samodzielnego wykonywania podstawowych czynności codziennych. Konieczność zapewnienia coraz liczniejszej populacji ludzi starych opieki na odpowiednim poziomie w nieunikniony sposób wiąże się z kwestią właściwego rozłożenia

[11] Szerzej na ten temat zob. P. Szukalski: Op. cit., s. 12 i nast.
[12] C. Brutel: *La population de la France metropolitaine en 2050: un vieillissement inéluctable*. „Economie et Statistiques" 2002, nr 355-356, s. 55-71.

nia odpowiedzialności na rodzinę i społeczeństwo, a zatem skutecznego powiązania modeli „solidarności społecznej" (solidarités sociales) oraz „solidarności rodzinnej" – międzypokoleniowej (solidarités familiales), przy założeniu, że ta ostatnia może dotyczyć kohabitacji (cohabitation) między aż czterema pokoleniami. Konkludując tę kwestię warto zacytować L. Frąckiewicz, która stwierdza, że *[...] postępujący proces starzenia się ludności przy równoczesnym obserwowanym kryzysie rodziny stawia szczególnie trudne zadania opiekuńcze wobec starzejącej się generacji*[13].

W kontekście wyzwania, jakie stoi przed polityką społeczną, w postaci pomocy w organizacji coraz dłuższego życia Francuzów, warto odnieść się do jednej z istotnych determinant życia ludzi po sześćdziesiątce, jaką jest ich sytuacja matrymonialna. Przytoczmy fakty demograficzne: wskazują one na spadek umieralności wśród osób bardzo starych, a więc i na przedłużanie się okresu trwania życia każdego ze współmałżonków po sześćdziesiątce. W rezultacie stan owdowienia przesuwa się w czasie. W 1962 r. 52,8% osób powyżej 60 roku życia żyło w związku małżeńskim wobec 59,5% obecnie[14]. Powoli zmniejszać się będzie także współczynnik feminizacji zaawansowanej starości (tab. 3), czyli wzrośnie odsetek osób bardzo starych posiadających żyjącego współmałżonka, który z reguły traktowany jest jako pierwszoplanowy opiekun rodzinny.

Tabela 3

Współczynniki feminizacji populacji osób sędziwych we Francji w latach 1950-2050 (liczba kobiet w przeliczeniu na 1000 mężczyzn)

Lata										
1950	1960	1970	1980	1990	2000	2010	2020	2030	2040	2050
1936	2056	2457	2405	2223	2207	2075	1986	1790	1810	1804

Źródło: Word population prospects. The 2000 revision. T. II Sex and age. New York 2001.

[13] L. Frąckiewicz: *Wykluczenie społeczne w skali makro i mikroregionalnej*. W: *Wykluczenie społeczne*. Red. L. Frąckiewicz. Katowice 2005, s. 14.

[14] C. Delbès, J. Gaymu: *Passé 60 ans: de plus en plus souvent en couple*? „Population et Sociétés" 2003, nr 389, s. 4; J. Gaymu: *Aspects démographiques du vieillissement*. „BEH" 2006, nr 5-6, s. 39.

Życie wdowy/wdowca częściej niż dawniej jest życiem samotnym. Aktualnie z dala od zstępnych mieszka 27% osób powyżej 60 roku życia, co stanowi wzrost 6% w porównaniu z 1962 r. W ostatnim dziesięcioleciu nastąpił regres sytuacji kohabitacji międzypokoleniowej – odsetek osób starych mieszkających pod jednym dachem wraz ze zstępnymi wynoszący 22% w 1962 r. spadł do poziomu 8,7% w 1999 r. Obecnie udział osób starszych i samotnych jest trzy razy większy od tych, które funkcjonują w modelu życia wielopokoleniowego, częstszego w latach 60. Ewolucja ta dotyczy wszystkich grup wiekowych osób starych, nasila się w okresie bardzo późnej starości[15], a jej przyczyn należy upatrywać w czynnikach społeczno-sanitarnych, którymi są: silna potrzeba niezależności młodych, efekty urbanizacji i spadku liczby firm rodzinnych, poprawa warunków życia osób starszych, ich stanu zdrowia, poziomu wykształcenia i dochodów finansowych, rozwój polityki opieki nad osobami starymi w ich domach, modernizacja mieszkań pod kątem potrzeb osób starszych. Wszystkie te czynniki zestawione razem mają umożliwić ludziom starym przebywanie tam, gdzie chcą tak długo, jak tylko chcą i mogą, a z badań wynika, że najczęściej po przejściu na emeryturę chcą pozostać w domu. Życie w zakładach (domach starców, placówkach opieki długoterminowej) zaczyna się znacznie później, wraz z bardzo znaczącą utratą niezależności.

Z powyższej analizy wyłania się obraz populacji osób starych pod wieloma względami wyjątkowej i mającej coraz mniej punktów wspólnych z rówieśnikami we wcześniejszych dziesięcioleciach: Francuzi żyją coraz dłużej, w coraz lepszych warunkach socjalno-ekonomicznych, coraz częściej przekraczają różne etapy wieku poemerytalnego w dwójkę, mieszkają coraz rzadziej u swych zstępnych i dopiero wiek bardzo zaawansowany, któremu towarzyszą istotne trudności czy wręcz niemożność wykonywania podstawowych czynności życia codziennego wymusza na nich perspektywę życia w zakładach opiekuńczych.

Aktualne regulacje prawne dotyczące systemu pomocy i opieki dla osób starych

Tendencja do wydłużania się przeciętnej długości życia po emeryturze (osób powyżej 60 roku życia obserwowana od lat 50. oraz powyżej 75 roku życia widoczna od lat 70.) oraz towarzyszący temu przyrost sytuacji niesamodzielności (dépendance) fizycznej i umysłowej osób bardzo starych stanowi

[15] C. Brutel: Op. cit., s. 55-71.

istotne wyzwanie dla medycyny i społeczeństwa w zakresie sprostania zadaniom zapewnienia odpowiedniej opieki coraz liczniejszej generacji osób sędziwych. W odpowiedzi na zmianę struktury demograficznej od drugiej połowy lat 90. podejmowane są istotne reformy państwowe mające na celu usprawnienie systemu pomocy i opieki nad seniorami, a zarazem przeciwdziałanie ich wykluczeniu społecznemu. Chodzi tu o modernizację i zwiększenie potencjału medycznego zakładów opieki od 1997 r. oraz o ustanowienie w 2002 r. dodatku na rzecz samodzielności osób starych, tzw. APA (Allocation personnalisée d'autonomie), dyspozycji pomocy finansowej o charakterze powszechnym, przeznaczonej dla osób powyżej 60 roku życia, spełniających odpowiednie kryteria niesamodzielności (tzw. GIR 1-4). W kolejnych latach, zwłaszcza na skutek upałów sierpniowych 2003 r., które istotnie podwyższyły poziom umieralności wśród generacji osób starych[16] i ujawniły skalę problemu środowiskowej izolacji tej subbpopulacji, rząd J.P. Raffarina opracował plan solidarności z osobami starymi pod nazwą „Vieillissement et solidarités", zakładający m.in. identyfikację i „nadzór" nad osobami starymi żyjącymi samotnie, stworzenie dodatkowych miejsc w domach starców do 2007 r. W celu skonsolidowania systemu finansowania świadczeń pomocy i opieki dla osób starych niesamodzielnych (APA), rok po upałach, na mocy ustawy z 30 czerwca 2004 r. powołano do życia narodowy fundusz solidarności na rzecz samodzielności osób starych i niepełnosprawnych, tzw. CNSA (Caisse Nationale de solidarité pour autonomie)[17]. Różnice w poziomie finansowania APA przez poszczególne departamenty z podatków lokalnych są korygowane z części powszechnego ubezpieczenia społecznego (CSG – Contribution sociale généralisée) oraz zdrowotnego. „Kasa solidarności" CNSA nie tylko przejęła środki publiczne,

---

[16] Na 156 000 osób zmarłych w 2003 r. blisko 20 000 przypada na sierpień. Analiza danych z poprzednich lat nie wskazuje na podwyższoną umieralność w sierpniu, tak że obserwowany w 2003 r. wzrost zgonów należy uznać za konsekwencję upałów. Odnotowano umieralność w placówkach opieki dla osób starych (EHPA – établissement d'hébergement pour personnes âgées) wyższą o około 7500 osób w porównaniu ze średnią z 11 pozostałych miesięcy tego roku, co stanowi zarazem połowę nadwyżki zgonów całej populacji niezależnie od wieku, oszacowaną przez Institut de veille sanitarie (InVS) na 15 000 osób. Zaznaczmy, że w zakładach dla osób starych przebywa zaledwie 10% osób powyżej 75 roku życia. Największy wzrost zgonów w sierpniu odnotowano w domach starców (maisons de retraite): 14 100 osób wobec średnio 8400 w każdym innym miesiącu tego roku, a więc o 2/3 więcej. Nadwyżka zgonów wyniosła 1400 (wzrost o 50%) w porównaniu z pozostałymi miesiącami 2003 r. w placówkach opieki długoterminowej (unité de soins de longue durée) oraz 400 (wzrost o jedną trzecią) w ośrodkach logements – foyers.

[17] Ustawa z 30 czerwca 2004 r. o solidarności na rzecz samodzielności osób starych i niepełnosprawnych. *Loi du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées*. „Journal Officiel de la République Française" (dalej: "J.O.R.F.") 2004, nr 151, s. 11944, tekst nr 1.

którymi dotąd dysponował fundusz FFAPA (Fonds de financement de l'allocation personalisée d'autonomie), ale także uzyskała dodatkowe przychody, m.in. z tzw. dnia solidarności (journée de solidarité) na pokrycie kosztów działań w duchu społecznej reintegracji generacji osób starszych. Chodzi tu o ustanowienie podatku dla przedsiębiorstw publicznych i prywatnych (w wysokości 0,30%) z tytułu zastąpienia jednego dnia wolnego od pracy przypadającego na poniedziałek wielkanocny nieodpłatnym dniem pracującym, to znaczy przy utrzymaniu miesięcznego wynagrodzenia pracowników na dotychczasowym poziomie.

Nie tylko system finansowania APA wymagał zreformowania. W celu zapobiegania wykluczeniu osób starych należało także usprawnić system informacji o pomocy i opiece dla „sędziwej" populacji. Na poziomie departamentalnym powołano w tym celu lokalne ośrodki informacyjne, tzw. Clic[18], mające za zadanie informowanie o formach pomocy dla osób starych, szacowanie lokalnych i indywidualnych potrzeb, wdrażanie tzw. planów pomocy (plan d'aide) dla beneficjentów APA, a także prowadzenie działań prewencyjnych i partycypowanie w organizowaniu szkoleń dla opiekunów społecznych.

W odniesieniu do tej kategorii osób starych, którą stanowią osoby niepełnosprawne należy zauważyć, że 1 stycznia 2006 r. wprowadzono w życie przepisy ustawy z 11 lutego 2005 r. o równości praw i szans osób niepełnosprawnych[19]. Osobom tym przysługuje zapomoga wyrównawcza (Prestation de compensation), czyli świadczenie wypłacane bez względu na poziom ich dochodów w celu zrekompensowania podwyższonych kosztów życia związanych z niepełnosprawnością. Ta sama ustawa nakłada na wspólnoty terytorialne obowiązek dostosowania miejsc publicznych i środków transportu do potrzeb tej kategorii populacji.

Ciekawe jest przebadanie rezultatów przetransponowania powyższych regulacji prawnych w praktyce, a więc zbilansowanie jakości i skuteczności systemu pomocy i opieki nad osobami starymi we Francji. W tym celu zostanie pokazane: jak funkcjonują w praktyce podmioty pomocy dla seniorów, czy podaż i jakość usług świadczonych przez placówki opieki dla osób starych jest wystarczająca, jaka jest skuteczność pomocy osobom starym, świadczonej w ich domostwach, czy system finansowania tej pomocy jest koherentny.

---

[18] Centres locaux d'information et de coordination.

[19] *Loi no 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.* „J.O.R.F." z 12 lutego 2005 r.

ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE (APA)[20]

Podstawę prawną dla dodatku na rzecz samodzielności osób starych (APA) daje ustawa z 20 lipca 2001 r.[21]. W praktyce dyspozycja ta zaczęła obowiązywać od 1 stycznia 2002 r. Rozdysponowanie dodatku finansowanego (na jednakowych zasadach na całym terytorium państwowym) z podatków departamentalnych, uzupełnianych przez środki publiczne, niwelujące dysproporcje między poszczególnymi departamentami pozostaje w gestii Rad Generalnych[22]. W świetle ustawy, prawo do zasiłku przysługuje każdej osobie powyżej 60 roku życia, „[...] *mieszkającej we Francji, niezdolnej do przyjęcia na siebie skutków braku lub utraty samodzielności fizycznej lub umysłowej*". Ponadto ustawa stanowi, że zasiłek wyrównawczy przysługuje *„tym osobom, które mimo świadczonych usług opiekuńczych, potrzebują pomocy w wypełnianiu podstawowych czynności codziennych lub tym osobom, których stan zdrowia wskazuje na konieczność regularnej opieki"*. Dla oszacowania stopnia utraty samodzielności i określenia zakresu koniecznych świadczeń stosuje się tzw. kryteria AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupe Iso – Ressources). Określenia stopnia niesamodzielności (dépendance) osób starszych dokonuje w zakładach opiekuńczych tzw. lekarz koordynujący (médecin-coordinateur), a w miejscu zamieszkania osoby starszej[23] co najmniej jeden członek ekipy medyczno-społecznej, tj. lekarz lub pracownik społeczny, w ciągu miesiąca od zarejestrowania wniosku. Ewaluacji grupy niesamodzielności (GIR 1-6), a zarazem pielęgnacji, do której dana osoba zostaje zakwalifikowana, dokonuje się z uwzględnieniem 10 czynników (tzw. variables „discriminantes"): 1) logika w konwersacji i/lub zachowaniu, 2) orientacja co do czasu i przestrzeni, 3) mycie się, 4) ubieranie się, 5) odżywanie się, 6) kontrola nad funkcjami pęcherza moczowego i/lub odbytu, 7) wstawanie z łóżka, siadanie, kładzenie się spać, 8) poruszanie się w domu lub w placówce, 9) przemieszczanie się na zewnątrz bez środków transportu, 10) komunikacja na odległość: korzystanie ze środków transportu, telefonu, systemu wzywania pomocy. Dla tych osób, które, na podstawie powyższych kryteriów zostały zakwalifikowane do grup GIR 1-4 (gdzie GIR 1

---

[20] Świadczenia dla osób starych niesamodzielnych regulowano od 1997 r. w ramach PSD – Prestation Spécifique Dépendance, a od 1 stycznia 2002 r. w ramach APA – Allocation Personnalisée d'Autonomie. Opracowanie na podstawie: *Loi no 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie*. „J.O.R.F." 2001, nr 167; *L'Allocation Personnalisée d'Autonomie*, http://www.personnes-agees.gouv.fr; M. Perben: *L'Allocation Personnalisée d'Autonomie au 31 mars 2005*. DRESS, „Etudes et Résultats" 2005, nr 415; A. Campéon, B. Le Bihan: *Les plans d'aide associés à L'Allocation Personnalisée d'Autonomie*, DRESS, „Etudes et Résultats" 2006, nr 461; *Le dispositif institutionnel d'aide et de soins aux personnes âgées*. „BEH" 2006, nr 5-6.

[21] *Loi no 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie*. „J.O.R.F." 2001, nr 167.

[22] J.C. Henrard, J. Ankri: *Vieillissement, âge et santé publique*. ENSP 2003.

[23] Pod pojęciem „opieki" w miejscu zamieszkania (domicile) ustawodawca rozumie nie tylko opiekę świadczoną w mieszkaniu/domu osoby starszej lub jej rodziny, ale także tzw. rodziny przyjmującej osobę starszą (*famille d'accueil*, zob. *Code de l'action sociale et des familles, titre IV, livre IV*) bądź w małych (do 25 osób) zakładach dla osób starych niesamodzielnych (EHPAD).

oznacza najwyższy, a GIR 4 – średni stopień utraty samodzielności) opracowuje się tzw. plan pomocy w miejscu zamieszkania (plan d'aide), przewidujący ilość godzin i rodzaj pomocy[24]. W przygotowaniu tego planu bierze się pod uwagę 7 kolejnych czynników (tzw. variables „ilustratives"): 1) prowadzenie budżetu domowego, 2) przygotowywanie posiłków, 3) sprzątanie, 4) korzystanie ze środków transportu, 5) zakupy, 6) stosowanie się do zaleceń lekarza, 7) spędzanie wolnego czasu. Każdej z tych 17 kategorii czynności przyporządkowuje się jedną z trzech ocen: A – oznacza, że czynności są wykonywane samodzielnie, spontanicznie i właściwie, B – koresponduje z częściowym wykonaniem czynności, C – zarezerwowana jest dla czynności nierealizowanych).

W ramach systemu oceny stopnia niesamodzielności osób starszych AGGIR przewiduje się 6 grup GIR 1-6, które charakteryzuje się następująco:

GIR 1: do tej grupy kwalifikuje się osoby starsze, które nie mogą wstać z łóżka i są obarczone całkowitym inwalidztwem umysłowym, jak również osoby u schyłku życia; osoby te wymagają stałej opieki.

GIR 2: grupa ta mieści dwie kategorie osób: 1) te, które są obarczone jedynie częściowym inwalidztwem umysłowym, ale nie mogą wstać z łóżka lub poruszają się na wózku inwalidzkim i wymagają pomocy przy wykonywaniu większości czynności codziennych, 2) osoby, które wprawdzie zachowały zdolność do samodzielnego poruszania się, ale są obarczone istotnym inwalidztwem umysłowym.

GIR 3: odnosi się do osób, które zachowały samodzielność umysłową, a także częściową autonomię ruchową, ale potrzebują interwencji kilka razy dziennie z powodu utraty kontroli nad funkcjami pęcherza moczowego i/lub odbytu.

GIR 4: obejmuje dwie kategorie osób: 1) te, które nie potrafią same podnosić się do pionu, ale jak już wstaną mogą się poruszać wewnątrz mieszkania; czasem potrzebują pomocy przy myciu się i ubieraniu (osoby te w większości samodzielnie się odżywiają), 2) te osoby, które nie wykazują wprawdzie zasadniczych dysfunkcji ruchowych, ale wymagają pomocy przy utrzymaniu higieny (w tym wydalaniu) i przygotowaniu posiłków.

GIR 5: zawiera osoby, które samodzielnie poruszają się po mieszkaniu, odżywiają się i ubierają, a pomocy potrzebują sporadycznie przy myciu się, przygotowywaniu posiłków i sprzątaniu.

---

[24] APA służy finansowaniu świadczeń w miejscu zamieszkania (tj. sprzątanie, opieka w miejscu zamieszkania w ciągu dnia lub w nocy, krótkoterminowy, w tym jednodniowy pobyt w placówce opiekuńczej, donoszenie posiłków, system wzywania pomocy, drobne prace przystosowania mieszkania do potrzeb osoby niesamodzielnej, usługi pralnicze, zapewnienie transportu) oraz środków pomocy technicznej (tj. wózek inwalidzki, kule, łóżko opieki medycznej, materac przeciwodleżynowy). W przypadku, gdy rodzina przyjmuje osobę starszą i zapewnia jej pomoc (tzw. *famille d'accueil*), plan pomocy beneficjentowi APA uwzględnia koszty tej interwencji, jak również pomocy osób trzecich.

[25] 1 stycznia 2006 r. wydatki określone w planach pomocy dla osób starszych mogły wynieść maksymalnie w skali miesiąca: 1168,76 euro dla GIR 1,/1001,79 euro – GIR 2,/751,34 euro – GIR 3/500,90 euro – GIR 4.

GIR 6: do tej grupy kwalifikuje się osoby, które nie utraciły samodzielności w wykonywaniu podstawowych czynności codziennych.

Tylko osobom zakwalifikowanym do jednej z czterech pierwszych grup, określających stopień niesamodzielności (GIR 1-4) przysługuje prawo do zasiłku wyrównawczego APA. Kwota dodatku przyznawanego przez przewodniczącego Rady Generalnej departamentu, na wniosek siedmioosobowej komisji APA, jest ustalana w zależności od miejsca przebywania beneficjenta (we własnym mieszkaniu lub w placówce), stopnia jego niesamodzielności (GIR 1,2,3 lub 4) i ewentualnie pomniejszona o udział własny beneficjenta (tzw. ticket modérateur), zależny od jego dochodów. W przypadku pomocy i opieki świadczonej w miejscu zamieszkania rzeczywiste wydatki określone indywidualnie dla każdego z beneficjentów w tzw. planie pomocy nie mogą przekroczyć wartości maksymalnej wysokości dodatku, ustalonej dla każdej grupy GIR[25]. Udział własny beneficjentów wynosi, w zależności od dochodów, od 0 do 90% tej kwoty. W zakładach opieki nad osobami starymi niesamodzielnymi (EHPAD) dodatek APA pomaga pensjonariuszom na pokrycie części kosztów opieki związanej z ich niesamodzielnością (tzw. tarif dépendance), w zależności od jej stopnia oraz poziomu dochodów beneficjenta.

Tabela 4

Liczba beneficjentów APA według stopnia niesamodzielności na 31 marca 2005 r.

	Miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy	Placówki opieki dla osób starych niesamodzielnych	Razem
GIR 1	16*	55	71
GIR 2	102	151	253
GIR 3	116	61	177
GIR 4	280	92	372
Razem:	**513**	**360**	**873**

* Dane w tys.

Źródło: EMPA, Drees.

Zakres świadczeń pomocy społecznej dla osób starszych

Francuski system pomocy i opieki nad osobami starymi obejmuje pomoc w miejscu zamieszkania świadczeniobiorcy (aide à domicile) oraz pomoc instytucjonalną (stacjonarną, zakładową[26]).

Pomoc instytucjonalna

W tym przypadku wyróżnia się zakłady opieki dla osób starych (EHPA – établissement d'hébergement pour personnes âgées)[27] (dalej: EHPA) oraz zakłady opieki dla osób starych niesamodzielnych (EHPAD – établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) (dalej: EHPAD). Te ostatnie podpisały, na mocy ustawy z 24 stycznia 1997r.[28], wieloletni układ trójstronny (tzw. convention tripartite) z przewodniczącym Rady Generalnej na poziomie departamentu oraz prefektem dla rozdysponowania środków z kasy chorych (Assurance Maladie). Układ ten określa warunki jakości usług medyczno-opiekuńczych świadczonych w zakładach oraz ich finansowania, zależne nie od prawnego statusu placówki (dom starców, jednostka opieki długoterminowej), lecz od stopnia niesamodzielności pacjentów. Placówki opieki nad osobami starymi, które podpisały układ są wyposażone w łóżka intensywnej opieki medycznej, wykazują zatem podwyższoną gotowość przyjęcia osób starych naznaczonych inwalidztwem fizycznym i/lub umysłowym (grupy GIR 1-4).

Od reformy 1997 r. koszty pobytu w placówkach opieki nad osobami starymi (EHPA) rozkładają się między trzy podmioty: rezydenta, który ponosi koszty mieszkaniowe (zakwaterowania – tarif hébergement)[29], kasę chorych (Assurance Maladie) w zakresie kosztów opieki medycznej (tarif soins), departamenty (tarif dépendance) w zakresie rozdysponowania APA (od reformy 2002 r.,

---

[26] Za: P. Błędowski: *Pomoc społeczna i opieka nad osobami starszymi w RFN*. Warszawa 1996, s. 119 i nast.

[27] Zob. ustawa nr 75-535 z 30 czerwca 1975 r. dotycząca instytucji społecznych i medyczno-społecznych (institutions médico-sociales).

[28] *Loi no 97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance*. „J.O.R.F." z 25 stycznia 1997 r.

[29] Pobyt w placówkach opieki dla osób starych (EHPA) w zakresie kosztów zakwaterowania (*hébergement*) jest finansowany z dochodów pensjonariuszy, powiększonych w razie potrzeby przez świadczenia finansowe w postaci dodatku mieszkaniowego (allocation logement lub A.P.L. – – Aide Personnalisée au logement) oraz departamentalnej pomocy socjalnej.

wcześniej PSD) w zależności od stopnia niesamodzielności pacjenta i jego dochodów. Jak już wspomniano, wprowadzenie tej trzeciej komponenty (tarif dépendance) mającej na celu wyrównanie podniesionych kosztów związanych z niesamodzielnością beneficjentów APA w wypełnianiu czynności codziennych (GIR 1-4) miało zwiększyć zdolność placówek do zapewnienia pensjonariuszom specjalistycznej opieki medycznej[30]. Dodajmy, że w ramach układu trójstronnego wiążącego zakład, departament i państwo APA może przyjąć formę ogólnej dotacji, obliczonej z uwzględnieniem średniego stopnia utraty samodzielności wszystkich pensjonariuszy danego zakładu. W tym przypadku dotacja nie przysługuje poszczególnym rezydentom placówki, lecz zakładowi, który otrzymuje ją w formie comiesięcznych przelewów, stanowiących 1/12 rocznej dotacji.

W skład personelu medyczno-opiekuńczego tych zakładów, których pensjonariuszy cechuje relatywnie dobry stan zdrowia i nie wymagają systematycznej opieki lekarskiej wchodzą: wykwalifikowane osoby (tj. lekarze, kinezyterapeuci, masażyści, fizjoterapeuci, rehabilitanci, psychoterapeuci, sanitariusze) z zewnątrz, wykonujące swoją profesję niezależnie (w domach pacjentów, gabinetach prywatnych itp.), opłacane przez placówki za wykonane usługi pielęgnacyjne, a także służby medyczno-społeczne SSIAD (services de soins infirmiers à domicile) zrzeszające pielęgniarki świadczące, na zalecenie lekarskie, usługi w domach osób chorych lub niesamodzielnych powyżej 60 roku życia[31]. Zakłady zamieszkiwane przez osoby w złym stanie zdrowia, wymagające stałego nadzoru medycznego mogą także posiadać personel stacjonarny. W tym przypadku konieczne jest jednak uzyskanie zezwolenia administracyjnego zaświadczającego o spełnieniu przez zakład warunku odpowiedniej ilości łóżek intensywnej opieki medycznej, przystosowanych dla potrzeb pensjonariuszy obarczonych poważnym inwalidztwem umysłowym i/lub fizycznym (tzw. lits „médicalisés"[32]). Świadczenia z zakresu stacjonarnej opieki długoterminowej

---

[30] Dekret z 26 kwietnia 1999 r. *Décret no 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.* „J.O.R.F." z 27 kwietnia 1999 r.

[31] SSIAD zapewnia także usługi pielęgniarskie, usługi z zakresu higieny oraz pomoc w wykonywaniu podstawowych czynności życia codziennego osobom dorosłym poniżej 60 roku życia: niepełnosprawnym lub przewlekle chorym. Długoterminowa opieka domowa przysługuje, gdy zaleci ją lekarz.

[32] Pojęciem tym określa się łóżka intensywnej opieki medycznej w tych placówkach, które podpisały układ trójstronny z przedstawicielami: departamentu (decydentem jest przewodniczący Rady Generalnej, na wniosek komisji APA) oraz instytucji ubezpieczenia zdrowotnego (decydentem jest prefekt). Dołączają do nich także miejsca w oddziałach opieki medycznej (section de cure médicale), jeśli takie zostały wydzielone w zakładach oraz łóżka w tych placówkach opieki długoterminowej (USLD), które jeszcze nie podpisały konwencji.

(USLD) traktowane są jako usługi intensywnej opieki medycznej, mające na celu uniknięcie hospitalizacji pensjonariusza.

Klasyfikacja EHPA jest związana z oceną stopnia samodzielności ich mieszkańców oraz odmienną organizacją. Pod koniec 2003 r. funkcjonowało 10 526 takich placówek, w tym 2975 ośrodków mieszkalnych logements-foyers, 6376 domów starców (maisons de retraite), 1044 zakłady opieki długoterminowej (dalej: USLD – unités de soins de longue durée) oraz 131 placówek opieki tymczasowej (tj. résidences d'hébergements temporaires[33]). Trzy pierwsze typy placówek oferowały łącznie 670 000 miejsc.

Ośrodki logements-foyers to placówki powstałe w latach 70. ubiegłego wieku, oferujące pomieszczenia mieszkalne dla osób starszych w dobrym stanie zdrowia, które jednak z różnych powodów nie chcą lub też nie mogą pozostać w domu (np. ze względu na złe warunki mieszkaniowe, śmierć współmałżonka, izolację środowiskową, poczucie zagrożenia, brak pomocy lub odpowiedniej organizacji opieki ze strony pomocy rodzinnej lub profesjonalnej). Domy te nie tylko oferują pensjonariuszom samodzielne mieszkania, ale także pomieszczenia wspólne (jadalnia, łaźnia, sala rekreacyjna) i możliwość korzystania z usług fakultatywnych, tj. pralni, restauracji, sprzątania pokoi, animacji, terapii zajęciowej. Infrastruktura zajęciowa jest odpowiedzią na potrzebę osób starszych stworzenia takiej atmosfery, aby czuli się jak pełnoprawni mieszkańcy domu korzystający – odpłatnie – z odpowiednich świadczeń. Na ich życzenie usługi opiekuńczo-medyczne są dostarczane przez niezależnych lekarzy, pielęgniarzy, służby opiekuńcze świadczące usługi w domach itp. Zakłady te w zdecydowanej większości nie są przystosowane do potrzeb osób, które utraciły autonomię funkcjonalną lub są obarczone inwalidztwem umysłowym. Nie są w stanie sprostać zadaniom związanym z procesem starzenia się, a więc i utratą samodzielności ich mieszkańców. Pod koniec 2003 r. dysponowały jedynie 7% miejsc specjalistycznej opieki medycznej. Administrowanie tych ośrodków pozostaje w gestii gmin (miejskiego ośrodka pomocy społecznej – Centre d'Action Social) lub stowarzyszeń wynajmu mieszkań (associations de logements locatifs).

Pensjonariuszami domów starców (maisons de retraite) są zazwyczaj osoby starsze w relatywnie dobrym stanie zdrowia, obarczone niskim stopniem niesamodzielności. Mają one do dyspozycji mieszkania umeblowane, połączone telefonicznie z dyżurką pielęgniarską, z możliwością wezwania w razie potrzeby fachowej pomocy medycznej i interwencji lekarskiej. Oprócz opieki medycz-

---

[33] Należy zaznaczyć, że oprócz wskazanych w raporcie *résidences d'hébergements temporaires* funkcjonują także inne placówki pobytu tymczasowego. Cour des comptes, *Les personnes âgées dépendantes. Synthèse du Raport public particulier*, listopad 2005 r.

nej, specjalistycznych zabiegów, terapii ruchowej, masaży, gimnastyki rehabilitacyjnej, fizjoterapii itp. korzystają z restauracji, pomieszczeń rekreacyjnych, usług pralniczych i sprzątania mieszkań. Należy podkreślić, że te domy starców, które podpisały układ trójstronny wykazują zdolność do świadczenia usług z zakresu specjalistycznej opieki medycznej dla tych osób, które tymczasowo lub trwale utraciły zdolność do wykonywania samodzielnie czynności życia codziennego bądź też pozostają w stanie chorobowym wymagającym stałego nadzoru medycznego i świadczeń rehabilitacyjnych. Placówki te posiadają odpowiednie zaplecze techniczne oraz wykwalifikowany personel opiekuńczo-medyczny niezależny lub stacjonarny. Pensjonariusze domów starców zachowują prawo wyboru lekarza, pielęgniarza/rki, kinezyterapeuty itp. spoza placówki, świadczących usługi niezależnie, lecz w tych zakładach, w których wydzielony jest oddział opieki medycznej (tzw. section de cure médicale), a beneficjentem tych świadczeń jest osoba starsza, opieka jest zapewniona przez personel stacjonarny. Koszty zamieszkania w państwowych domach starców, tak jak i w placówkach opieki długoterminowej (USLD – unités de soins de longue durée) oraz zakładach psychiatrycznych dla osób starych (U.G.PSY – – unités géronto – psychiatriques)[34] ponosi pensjonariusz. Cena za dobę w tych zakładach obejmuje usługi mieszkaniowe (hébergement), restauracyjne, częściowo rekreacyjne, w zakresie sprzątania pokoi, a także zabiegi profilaktyczne przeciwdziałające utracie samodzielności (taryfikacja niesamodzielności – tarif dépendance – GIR 5-6). Jeśli dochody pensjonariusza nie są wystarczające na pokrycie tych kosztów, są one uzupełniane środkami pomocy społecznej po rozpatrzeniu wniosku w merostwie właściwym dla miejsca zamieszkania oraz (w większości placówek) środkami z zasiłków mieszkaniowych.

Opiekę nad rezydentami zakładów obarczonymi istotnym inwalidztwem fizycznym i/lub umysłowym (grupy niesamodzielności GIR 1-4) sprawują placówki opieki długoterminowej (USLD – unités de soins de longue durée), afiliowane najczęściej przy szpitalach. Koszty opieki są pokrywane z ubezpieczenia zdrowotnego, koszty mieszkaniowe przez pensjonariuszy korzystających w razie potrzeby z zasiłków mieszkaniowych. Dodajmy, że rezydenci placówek USLD są głównymi beneficjentami APA spośród osób przebywających w zakładach.

A co z osobami starszymi, które nie wymagają stałego przeniesienia do placówki, lecz potrzebują opieki świadczonej tymczasowo poza miejscem zamieszania z różnych powodów, np. pod nieobecność opiekuna rodzinnego,

[34] Placówki te funkcjonujące niezależnie lub w ramach innego zakładu mają pod swoją opieką małą grupę osób starych wprawdzie sprawnych ruchowo, ale obarczonych inwalidztwem psychicznym.

który przebywa w szpitalu, wyjechał na wakacje lub pracuje w ciągu dnia, z powodu izolacji środowiskowej w okresie zimowym, remontu w domu, wyjścia ze szpitala po okresie hospitalizacji itd.? Potrzeby osób starszych w tego typu sytuacjach życiowych zaspokajają placówki czasowego pobytu (np. résidences d'hébergements temporaires). Zazwyczaj placówki te przyjmują osoby samodzielne, niemniej jednak zdarza się, że w jednostkach, zwłaszcza przyzakładowych[35] przebywają osoby, które tracą autonomię ruchową czy wykazują zaburzenia psychiczne. Wśród placówek tymczasowego pobytu można wyróżnić te, które mają odciążyć opiekunów rodzinnych w pielęgnacji osób starszych. Są to np. jednostki nocnego lub dziennego pobytu, w których, na wzór żłobków, osoby starsze przebywają w ciągu dnia. Warto podkreślić, że 3 lipca 2006 r.[36] Minister ds. Rodziny Philippe Bas ogłosił nowe formy pomocy dla opiekunów rodzinnych[37]. Zapowiedział stworzenie w domach starców każdego roku w okresie pięciu lat 1100 dodatkowych miejsc czasowego (kilkudniowego lub nawet kilkutygodniowego) pobytu oraz 2500 nowych miejsc dziennego pobytu (places d'accueil de jour), przejmujących obowiązki pomocy rodzinnej w ciągu dnia.

Pensjonariusze placówek opieki

Przyjrzyjmy się krótko charakterystyce pensjonariuszy placówek dla osób starych, jaka wyłania się z badań DREES[38] prowadzonych pod koniec 2003 r., których rezultaty zostały potwierdzone w opracowaniu Cour des comptes z listopada 2005 r., dotyczącym niesamodzielnych osób starych[39]. Wyniki wykazują ewolucję cech i sytuacji osób starych przebywających w trzech typach placówek (pensjonatach logements-foyers, domach starców oraz placówkach opieki długoterminowej USLD) w porównaniu z 1994 r.

31 grudnia 2003 r. w placówkach medyczno-społecznych (w tym także dziennego lub nocnego pobytu tymczasowego) przebywało 644 000 osób, co stanowi wzrost 7% w porównaniu z 1994 r. (tab. 5).

---

[35] Afiliowane przy EHPAD.

[36] Conference Nationale de la Famille. Hotel de Matignon, 3 lipca 2006 r.

[37] Środki te zostały określone w ramach „Planu solidarności z osobami bardzo starymi" („Plan Solidarité – Grand Age"), przedstawionego przez Ph. Basa 27 czerwca 2006 r.

[38] *Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. La clientèle des établissement d'hébergement pour personnes âgées*, DRESS, „Etudes et Résultats" 2006, nr 485, s. 1-8. Przebadano sytuację 63 000 osób starych przebywających w 1002 zakładach.

[39] *Cour des comptes, Les personnes âgées dépendantes, Synthèse du Rapport public particulier*, listopad 2005 r., s. 13 i nast.

Tabela 5

Liczba osób starych przebywających w placówkach opiekuńczych (EHPA) w latach 1994 i 2003

Wyszczególnienie	Lata					
	1994*		2003*		1994/2003	
	liczba osób	%	liczba osób	%	liczba osób	%
Pensjonaty logements-foyers	154 400	26	149 800	23	- 4 600	- 3
Przyszpitalne domy starców	94 200	16	93 300	14	- 900	-1
Domy starców	281 000	47	322 200	50	41 200	15
Placówki czasowego pobytu**	2 700	0	2 000	0	- 700	-26
USLD	68 000	11	76 700	12	8 700	13
EHPA ogółem	**600 400**	**100**	**644 000**	**100**	**43 600**	**7**

* Dane na 31 grudnia 1994 r. i 31 grudnia 2003 r.
** Dane nie odnoszą się do wszystkich placówek czasowego pobytu, lecz jedynie do tzw. résidences d'hébergements temporaires

Źródło: EHPA, Drees.

Spośród pensjonariuszy trzech na czterech to kobiety, 84% ukończyło 75 lat, a przeszło połowa 85 lat, dziewięciu na dziesięciu nie miało już współmałżonka, pozostając w sytuacji częściowej lub całkowitej utraty samodzielności w wykonywaniu czynności codziennych. Średnio 10% osób powyżej 75 roku życia oraz 25% osób, które ukończyły 85 lat korzystało z opieki stacjonarnej. Obecność kobiet (stanowiących aż 2/3 ogółu osób w wieku powyżej 75 lat) w placówkach była dwa razy większa niż udział mężczyzn w tym samym wieku. Przebywało tam bowiem 14% kobiet spośród tych, które ukończyły 75 lat oraz 33% kobiet powyżej 85 roku życia wobec odpowiednio: 6 i 17% udziału mężczyzn. Zważywszy, że po pierwsze, na życie w placówkach decyduje się więcej osób samotnych (18% powyżej 75 lat) niż tych, które nadal mają partnera (3%), a po drugie, że kobiety średnio żyją dłużej niż mężczyźni, nie dziwi fakt, że w zakładach znajdowało się więcej seniorek-wdów niż seniorów-wdowców. Do granicy wieku 68 lat udział mężczyzn w placówkach jest wyższy niż kobiet, następnie kobiety przeważają liczebnie: wśród pensjonariuszy do 65 roku życia na 100 mężczyzn przypadały 73 kobiety wobec 554 kobiet na 100 mężczyzn

w wieku powyżej 90 lat. 31% mężczyzn wobec 11% kobiet przebywających w placówkach nie ukończyło 75 roku życia.

Z badań wynika, że Francuzi w zakładach są coraz starsi. Pod koniec 2003 r. 84% pensjonariuszy świętowało już 75 urodziny, co stanowi wzrost 5% w porównaniu z 1994 r. (tab. 6), a 70% spośród nich miało 80 i więcej lat. W rozpatrywanym czasie wzrósł także o 10 punktów procentowych udział 90 (i więcej)-latków w ogólnej liczbie rezydentów, tak że stanowili oni 30% osób przebywających w zakładach (17% mężczyzn oraz 33% kobiet). Pod koniec 2003 r. średni wiek pensjonariuszy wyniósł 83 lata i 2 miesiące[40] wobec 81 lat i 10 miesięcy w 1994 r., przy czym wzrost ten zaznaczył się wyraźniej w grupie kobiet (+ 1 rok i 7 miesięcy) niż mężczyzn (+ 1 rok i 1 miesiąc).

Tabela 6

Pensjonariusze placówek opiekuńczych według płci i wieku w latach 1994 i 2003*

Wiek	Mężczyźni		Kobiety		Ogółem	
	1994 r.	2003 r.	1994 r.	2003 r.	1994 r.	2003 r.
Poniżej 65 lat	13	10	4	2	6	4
65-69 lat	10	9	4	3	6	4
70-74 lat	13	12	8	6	10	8
75-79 lat	10	16	9	12	10	13
80-84 lat	22	22	25	23	24	23
85-89 lat	20	14	28	21	25	19
90-94 lat	10	13	17	24	15	21
Powyżej 95 lat	2	4	5	9	4	8
Ogółem %	100	100	100	100	100	100
Liczba osób	152 500	162 300	447 800	481 700	600 300	644 000
Średni wiek	77 lat 11 m-cy	79 lat	83 lata 1 m-c	84 lata 8 m-cy	81 lat 10 m-cy	83 lata 2 m-ce

* Dane w % na 31 grudnia 1994 r. i 31 grudnia 2003 r.

Źródło: Ibid.

[40] Średnia ta wyniosła 85 lat w prywatnych domach starców o działalności lukratywnej oraz 81 lat i 11 miesięcy w pensjonatach logements-foyers.

Porównywalny był udział osób powyżej 75 roku życia w trzech kategoriach placówek, tj. ośrodkach logements-foyers, domach starców i zakładach opieki długoterminowej USLD, przy czym te pierwsze przyjmowały mniej osób w bardzo podeszłym wieku (zaledwie 39% ich rezydentów miało powyżej 85 lat wobec średniej 48%). W domach starców, a w szczególności w prywatnych strukturach tego typu nastawionych na osiąganie zysków przebywało relatywnie więcej osób sędziwych (odpowiednio 51 i 57%).

Zwiększenie się średniej wieku pensjonariuszy placówek wynika z tego, że Francuzi w sytuacji wzrostu przeciętnej długości ich życia oraz poprawy ich stanu zdrowia i jakości usług świadczonych w miejscu zamieszkania coraz później decydują się na zamieszkanie w placówkach. Pod koniec 2003 r. osoby stare przebywające w zakładach podjęły taką decyzję w wieku średnio 79 lat i 2 miesięcy, czyli średnio 1 rok i 8 miesięcy później niż ich poprzednicy pod koniec 1994 r. (tab. 7).

Tabela 7

Średni wiek rozpoczęcia pobytu w placówkach opiekuńczych (dane w grupach wiekowych) w latach 1994 i 2003

Wiek	Lata	
	1994	2003
Poniżej 65 lat	52 lata i 10 miesięcy	53 lata i 6 miesięcy
65-69 lat	61 lat i 10 miesięcy	61 lat i 7 miesięcy
70-74 lat	67 lat i 5 miesięcy	67 lat
75-79 lat	73 lata	73 lata i 10 miesięcy
80-84 lat	78 lat i 5 miesięcy	78 lat i 5 miesięcy
85-89 lat	83 lata i 1 miesiąc	83 lata i 8 miesięcy
90-94 lat	87 lat i 5 miesięcy	87 lat i 9 miesięcy
Powyżej 95 lat	92 lata	92 lata i 4 miesiące
Razem	**77 lat i 6 miesięcy**	**79 lat i 2 miesiące**

Dane na 31 grudnia 1994 r. i 31 grudnia 2003 r.

Źródło: Ibid.

W odniesieniu do wieku rezydentów, których pobyt w placówkach rozpoczął się w 2003 r. (stanowiących 1/4 ogółu pensjonariuszy) należy zauważyć, że byli oni średnio o rok i 2 miesiące starsi od generacji w 1994 r.

Obniżenie średniej wieku rozpoczęcia pobytu w placówkach wynika częściowo z rozwoju gałęzi usług świadczonych w miejscu zamieszkania (opiekuńczo-pielęgnacyjnych, pomocy technicznej oraz w prowadzeniu gospodarstwa domowego), jak również z wydłużenia przeciętnego okresu trwania życia bez ułomności. Nawet w ośrodkach logements-foyers, których pensjonariusze są najmłodsi, średnia wieku osób przyjętych w 2003 r. wyniosła 80 lat. Blisko dziewięciu na dziesięciu rezydentów w chwili przyjęcia nie miało już współmałżonka (92% kobiet i 79% mężczyzn), partnerzy 5% pensjonariuszy przebywali w innych zakładach (przypadek 4% kobiet i 10% mężczyzn), a 6% poza placówkami (przypadek 4% kobiet i 11% mężczyzn). Zakłady opieki długoterminowej (USLD) przyjmowały mniej osób samotnych niż inne placówki (78%), a zarazem więcej osób, których partner przebywał w domu (17%). W rzeczywistości skierowanie do tych placówek wiąże się bardziej z istotnym pogorszeniem stanu zdrowia niż z samotnością. Procentowy udział małżeństw w placówkach dla osób starych był następujący: 2% w USLD, 4% w domach starców, 10% w pensjonatach logements-foyers.

Większość (62%) rezydentów placówek dla osób starych wcześniej mieszkało w swoim domu lub u bliskich. W im większym jednak stopniu zakłady zapewniają specjalistyczną opiekę medyczną, tym bardziej spada liczba pensjonariuszy przybyłych bezpośrednio z własnego domu: był to przypadek 85% osób przebywających w pensjonatach logements-foyers, 65% osób w prywatnych lub publicznych domach starców, 44% osób w przyszpitalnych domach starców i jedynie 26% pacjentów placówek opieki długoterminowej (USLD).

Kolejną cechą charakterystyczną placówek dla osób starych jest wzrost udziału osób starych i niesamodzielnych od początku pobytu w placówkach. Poza ośrodkami logements-foyers[41], ośmiu pensjonariuszy na dziesięciu[42] zostało sklasyfikowanych jako niesamodzielni (dépendants) według kryteriów AGGIR (wobec 57% w 1998 r.[43]). Udział rezydentów wykazujących bardzo wysokie zapotrzebowanie na stałą opiekę medyczną i pomoc przy wykonywaniu codziennych czynności wyniósł 97%[44] w placówkach opieki długoterminowej (USLD). Należało uwzględnić rosnące zapotrzebowanie klientów na specjalistyczną opiekę medyczną, związane ze zmianą struktury wiekowej i funkcjonalnej pensjonariuszy placówek, coraz starszych i bardziej zależnych od otoczenia. Zakłady stanęły przed wyzwaniem zaspokojenia we własnym zakre-

---

[41] W tych placówkach udział osób niezdolnych do samodzielnego wykonywania czynności codziennych był niższy niż w innych zakładach i wyniósł zaledwie 27% (w tym 8% – GIR 1 lub 2 i 19% – GIR 3 lub 4).

[42] W tym 32% – GIR 3 i 4 oraz 47% – GIR 1 i 2.

[43] Według ankiety *Handicaps, incapacités, dépendance – HID institutions*.

[44] W tym 81% – GIR 1 i 2.

sie opiekuńczo-medycznych potrzeb coraz większej liczby pensjonariuszy i uniknięcia ich hospitalizacji. Pod koniec 2003 r. ponad połowa miejsc (663 200) w placówkach opieki nad osobami starymi dawała gwarancję intensywnej opieki medycznej. Wielkość ta jest jednak mniejsza od faktycznego zapotrzebowania – – liczba osób niesamodzielnych grup GIR 1-4 wyniosła w tym czasie 450 000.

Pensjonariusze zakładów opieki nad osobami starymi są coraz częściej obarczeni inwalidztwem nie tylko fizycznym, ale i psychicznym. W grudniu 2003 r. 86% osób przebywających w domach starców oraz placówkach opieki długoterminowej USLD wykazywało niesprawność ruchową, wobec 76% pod koniec 1994 r. 35% rezydentów nie mogło wstać z łóżka lub poruszało się na wózku inwalidzkim (wobec 22% pod koniec 1994 r.), a 38% (tyle samo co 9 lat wcześniej) nie mogło samodzielnie się umyć ani ubrać (tab. 8). Ponadto więcej niż połowa pensjonariuszy była obarczona inwalidztwem umysłowym[45] (55% wobec 50% pod koniec 1994 r.). Należy także zaznaczyć, że udział osób wykazujących niesamodzielność zarówno o podłożu fizycznym, jak i umysłowym wzrósł w analizowanym okresie z 48% do 54%.

Tabela 8

Niesamodzielność (dépendance) natury fizycznej i umysłowej rezydentów placówek opiekuńczych (z wyjątkiem ośrodków logements-foyers) pod koniec 2003 r.

Wyszczególnienie	Osoby obarczone inwalidztwem fizycznym*				Ogółem
	względnie samodzielne	niepotrafiące samodzielnie wyjść poza placówkę	niesamodzielne w zakresie higieny osobistej i ubierania się	niemogące wstać z łóżka lub poruszające się na wózku inwalidzkim	
Brak lub niewielkie inwalidztwo umysłowe	13	10	16	6	45
Niesamodzielność natury umysłowej	1	3	22	29	55
Ogółem	14	13	38	35	100

*Dane w %

Źródło: Ibid.

[45] Kategoria obejmuje także osoby wykazujące zaburzenia zachowania spowodowane ich zdezorientowaniem co do czasu i przestrzeni.

Placówki opieki długoterminowej USLD przyjmują najwięcej osób starych najbardziej niesamodzielnych – 65% ich pensjonariuszy nie mogło wstać z łóżka lub poruszało się na wózku inwalidzkim, a blisko 90% obarczonych było inwalidztwem umysłowym. W odniesieniu do stopni niesamodzielności, a zarazem i pielęgnacji, do których kwalifikowani są poszczególni pensjonariusze placówek EHPA, zasadniczo trzy czynności sprawiały im najwięcej trudności: mycie się, ubieranie się oraz poruszanie poza zakładem. Dotyczyło to w największym stopniu, bo aż w 80%, rezydentów placówek USLD, natomiast w najmniejszym stopniu pensjonariuszy ośrodków logements-foyers, w przypadku których aż 40% rezydentów wykazywało pełną samodzielność funkcjonalną. W domach starców średnio ponad ośmiu pensjonariuszy na dziesięciu nie umiało się samodzielnie umyć (32% potrzebowało pomocy, a 50% nie było w stanie w ogóle podjąć tej aktywności), blisko 3/4 osób nie potrafiło się samodzielnie ubrać, a ponad połowa rezydentów potrzebowała pomocy przy jedzeniu oraz przemieszczaniu się poza zakładem. Ponadto około sześciu pensjonariuszy na dziesięciu wykazywało zaburzenia zachowania spowodowane częściową lub całkowitą utratą orientacji co do czasu i przestrzeni.

Bilans funkcjonowania placówek dla osób starych[46]

Z powyższej analizy wyłania się obraz coraz bardziej starej i niesamodzielnej subpopulacji osób w placówkach. Czy zakłady sprostały nowym wyzwaniom? Jaka była podaż i jakość świadczonych przez nie usług opiekuńczo-medycznych? W jaki sposób przedstawia się bilans ich funkcjonowania?

Z raportu *Cour des comptes*[47] z listopada 2005 r. wynika, że pod koniec 2004 r., a więc 7 lat od wdrożenia reformy, została zawarta zaledwie połowa przewidzianych w niej układów trójstronnych pomiędzy: placówkami opieki dla osób starych, departamentami (przewodniczącymi Rady Generalnej) i prefektami w zakresie środków z kasy chorych[48]. Zasada rozłożenia kosztów w zależności od ich charakteru na: pensjonariusza, kasę chorych i departament była jedynie częściowo przestrzegana. W konsekwencji z kasy chorych pokrywano część kosztów niezwiązanych z opieką medyczną. Ponadto, wprawdzie

---

[46] Szerzej w: *Cour des comptes, Les personnes âgées dépendantes*, listopad 2005; *L'alloctation personnalisée d'autonomie au 31 mars 2005*. DREES, „Etudes et Résultats" 2005, nr 415; *La prise en charge des personnes âgées dépendantes dans leur dernière période de vie, Commisariat générale du Plon*, „Les Cahiers" 2005, nr 1.

[47] *Cour des comptes, Les personnes âgées dépendantes*, listopad 2006, s. 14.

[48] Chodzi tu o „Assurance maladie".

przewidziano system ryczałtowego rozliczania przez kasę chorych usług medycznych, ale w praktyce rzadko to było stosowane. Zresztą zakłady, które miały być rozliczane ryczałtem mogły nadal korzystać z usług medycznych zapewnianych przez gminy (soins de ville), finansowanych również przez kasę chorych, ale już bez limitu. W odniesieniu do kosztów ponoszonych przez rezydentów należy zauważyć, że po okresie obniżki w latach 2001 i 2002, w związku z wdrożeniem dodatku APA, przejmującego koszty opieki związanej z niesamodzielnością pensjonariuszy, od 2003 r. nastąpił wzrost cen zakwaterowania w związku z prowadzoną modernizacją placówek.

Jak wyglądało rozdysponowanie środków w ramach zasiłku wyrównawczego na rzecz samodzielności osób starych APA? Chodzi tu o dodatek przyznawany przez przewodniczącego Rady Generalnej departamentu z podatków lokalnych na wniosek komisji APA, w zależności od stopnia niesamodzielności osoby starszej (GIR 1- 4), pomniejszony o udział własny beneficjenta, ustalony w zależności od jego dochodów. W marcu 2005 r. zasiłek ten wyniósł średnio 402 euro od osoby (476 euro dla osób z pierwszej lub drugiej grupy GIR, 296 euro dla osób z trzeciej lub czwartej grupy GIR). Pokryło to średnio 67% kosztów świadczeń związanych z niesamodzielnością osób starych (tarif dépendance): 71% dla osób z grup GIR 1 lub 2 oraz 58% dla osób zakwalifikowanych do grup GIR 3 lub 4.

Kolejną kwestią, na którą warto zwrócić uwagę jest heterogeniczność oferty miejsc w placówkach w różnych departamentach: podczas gdy jedne dysponowały nadwyżką miejsc, gdzie indziej ich brakowało. Ponadto wzrost liczby miejsc w tych zakładach nie był tak znaczny, jak przyrost ilości potencjalnych klientów. To niepokojący sygnał w sytuacji postępującego starzenia się społeczeństwa francuskiego i prognoz wskazujących na dwukrotny wzrost udziału subpopulacji osób starych powyżej 85 roku życia. Z pewnością wiąże się to ze wzmożoną koniecznością zapewnienia specjalistycznej opieki medycznej coraz większej ilości osób starych, niezdolnych do samodzielnego wykonywania czynności codziennych. W tym kontekście nowa taryfikacja zakładów (zakwaterowanie/opieka medyczna/niesamodzielność) przyczyniła się do wzrostu ilości miejsc intensywnej opieki medycznej w placówkach, a także stworzyła możliwość zatrudnienia dodatkowego personelu opiekuńczo-medycznego. W efekcie układów trójstronnych koszty zatrudnienia pomocy pielęgniarskiej (aide-soignant) w placówkach są pokrywane w 30% ze środków departamentalnych APA, a w 70% przez państwo (usługi rozliczane ryczałtowo), co częściowo rozwiązuje problem rosnącego zapotrzebowania na personel opiekuńczo-medyczny. Zdarza się też, że niektórzy pracownicy przyszpitalnych zakładów opieki długoterminowej (USLD), posiadających liczniejszy i lepiej wykwalifikowany personel niż inne placówki, świadczą pewne usługi w przyległych zakła-

dach. Za przykład może posłużyć kompleks szpitalny Valenciennes obejmujący m.in. pensjonat logement-foyer oraz dwa domy starców, które mogą liczyć na pewne świadczenia opiekuńczo-medyczne, np. nocny dyżur pielęgniarki.

Ważne jest zapewnienie pensjonariuszom specjalistycznej opieki medycznej zarówno pod względem wyposażenia technicznego, jak i personelu. Nie można jednak zapominać o stworzeniu w zakładach dla osób u schyłku życia takiej atmosfery, aby po prostu chciało się żyć. Placówki stoją zatem także przed wyzwaniem rozwoju usług „paramedycznych", związanych z dotrzymaniem towarzystwa, organizowaniem aktywności, rozrywek, drobnych przyjemności, jednym słowy dbaniem o dobre samopoczucie pensjonariuszy. Badania wskazują na niewystarczającą ilość personelu do tego typu zadań. Wciąż jeszcze przedkłada się realizację projektu opieki medycznej nad projekt „o ludzkiej twarzy", uwzględniający potrzeby psychologiczno-społeczne pensjonariuszy.

W sytuacji wzrostu udziału osób starych obarczonych inwalidztwem umysłowym wzrasta zapotrzebowanie na specjalistyczną opiekę, która wymaga psychologicznego przygotowania. To przecież ci pensjonariusze, którzy wykazują zaburzenia zachowania wymagają stałej opieki i stymulacji, a co za tym idzie większej ilości środków i personelu niż osoby niesamodzielne z powodu inwalidztwa fizycznego. W praktyce jednak to właśnie tym drugim przypisuje się wyższy poziom utraty samodzielności (GIR 1) niż osobom obarczonym inwalidztwem umysłowym (GIR 3). W rezultacie więcej środków departamentalnych (APA) uruchamiana jest na rzecz wyrównania skutków niesamodzielności spowodowanej czynnikami fizycznymi i nie pokrywa się z faktycznymi potrzebami beneficjentów.

Jeszcze jedna istotna kwestia wymaga podsumowania, a mianowicie aktywność lekarza koordynującego świadczenia z zakresu opieki geriatrycznej w placówkach opieki dla osób starych (tzw. médecin-coordinateur)[49]. Jest on ryczałtowo opłacany przez zakład, odpowiada przed dyrektorem placówki i ma za zadanie prowadzenie historii pobytu pensjonariuszy (określa powody ich przybycia do placówki, stany patologiczne, stopień niesamodzielności, czynności profilaktyczne, ocenia stan zdrowia), przede wszystkim zaś trudni się koordynacją wszelkich interwencji lekarskich, pielęgniarskich i pozamedycznych w placówce, uczestnicząc m.in. w przygotowywaniu protokołów. Każdy pacjent może nadal leczyć się u swojego lekarza prowadzącego spoza zakładu. Bywa więc tak, że w tej samej placówce kilku niezależnych lekarzy prowadzących praktyki prywatne przychodzi na wizyty do swoich podopiecznych. Skuteczność działań lekarza koordynującego ogranicza fakt, że nie może zmienić zaleconej

[49] Funkcja ta została utworzona w ramach narodowego programu wzmocnienia pionu intensywnej opieki medycznej w placówkach opieki dla osób starych niesamodzielnych EHPAD.

kuracji, lecz tylko wyrażać propozycje i opinie. W celu usprawnienia tej funkcji można by zatrudnić lekarza (lub pod pewnymi warunkami, w sytuacji prognozowanego niedoboru tej profesji – pielęgniarki) na cały etat, do pewnej liczby łóżek, wtedy stałby się on „opiekunem" rezydentów placówki na wzór placówek opieki długoterminowej.

Pomoc w miejscu zamieszkania (aide à domicile)

Zaspokojeniem potrzeb osób starszych, które pragną pozostać w swoim domu, ale potrzebują pomocy ze względu np. na stan zdrowia lub zmianę sytuacji rodzinnej trudnią się we Francji różne służby socjalne (tzw. services d'aide à domicile) świadczące usługi pomocy i opieki dla seniorów (tab. 9). Przede wszystkim chodzi tu o świadczenia z zakresu higieny, prowadzenia gospodarstwa domowego oraz świadczenia pielęgnacyjne (pomoc w zakresie funkcji pęcherza moczowego i/lub odbytu, terapia ruchowa, masaże, ogólna pomoc w zakresie rehabilitacji, pielęgnacja stóp i paznokci itp.). Najstarsze z usług w zakresie sprzątania mieszkania są świadczone przez różne podmioty i finansowane z różnych źródeł. Z kolei koszty świadczeń służb pielęgniarskich, tzw. Ssiad, zapewnianych przez miejskie centra pomocy społecznej (CCAS – – centres communaux d'action sociale) lub stowarzyszenia (często po podpisaniu konwencji z niezależnymi pielęgniarzami/rkami) w całości są pokrywane z kasy chorych. Ponadto świadczone są usługi z zakresu renowacji mieszkań, drobnych prac domowych, dostarczania posiłków, nadzoru nad osobami starszymi oraz organizacji ich czasu wolnego, odpoczynku i rekreacji, dotrzymania towarzystwa.

Tabela 9

Podstawowe służby socjalne i świadczenia niematerialne dla osób starszych w ich miejscu zamieszkania

Rodzaj świadczenia pomocy	Służby socjalne
1	2
Pomoc w prowadzeniu gospodarstwa domowego	Służby świadczące usługi w zakresie sprzątania (services d'aide ménagère); służby pomocy osobom starszym lub niepełnosprawnym w domu (tzw. SAPAD – services d'aide aux personnes à domicile); służby świadczące usługi z zakresu dostarczania posiłków oraz drobnych napraw
Świadczenia z zakresu higieny	Pomoc pielęgniarska; niezależni pielęgniarze/pielęgniarki; służby SAPAD

cd. tabeli 9

1	2
Świadczenia pielęgnacyjne	Służby pielęgniarskie (Ssiad – services de soins infirmiers à domicile), niezależni pielęgniarze/pielęgniarki, kinezyterapeuci, pedicurzyści itp.
Nadzór nad osobą starszą	Dozorcy, systemy wzywania pomocy, opiekunowie dla osób chorych (garde malade)
Socjalizacja (dotrzymanie towarzystwa, rozrywka...)	Wolontariusze, pracownicy socjalni
Poprawa warunków mieszkaniowych	Stowarzyszenia – associations d'amélioration de l'habitat

Źródło: „BEH" 2006, nr 5-6.

Od 1987 r. w ramach polityki zatrudnienia powołano do życia tzw. służby pomocy świadczonej w miejscu zamieszkania (service de proximité d'aide à domicile). Od 1992 r. tym spośród nich, które świadczą usługi nie tylko w zakresie prowadzenia gospodarstwa domowego, ale i pielęgnacji i opieki nad osobami starszymi i niepełnosprawnymi przysługuje statut służb opiekuńczych „organisme agrée des services aux personnes". Chodzi tu zatem o służby pomocniczo-opiekuńcze z przeznaczeniem dla osób starszych i niepełnosprawnych przebywających w domu, tzw. SAPAD (services d'aide aux personnes à domicile), które istotnie uzupełniły, a wręcz zastąpiły służby funkcjonujące w ramach pomocy socjalnej świadczonej przez gminy lub kasy emerytalne. Zaznaczmy, że populacja osób starszych korzystających ze świadczeń SAPAD jest jedynie częściowo porównywalna z beneficjentami departamentalnego dodatku na rzecz samodzielności osób starszych APA (wcześniej PSD). Klienci SAPAD różnią się od tych ostatnich tym, że w zdecydowanej większości (2/3) nie utracili samodzielności ruchowej, niskie jest także prawdopodobieństwo obarczenia istotnym inwalidztwem umysłowym, tak że nie kwalifikują się do grup GIR 1-4[50]. W pierwszym kwartale 2005 r. na 873 000 beneficjentów APA, 59% mieszkało u siebie, a pod koniec tego roku 551 000 osób starszych, sklasyfikowanych GIR 1-4 korzystało z tego dodatku w domu[51].

Z powyższego widać, że aktualnie służby pomocy i opieki nad osobami starszymi w ich miejscu zamieszkania są zdywersyfikowane na planie statuto-

[50] S. Bressé: *Les bénéficiaires des services d'aide aux personnes à domicile en 2000.* DREES, „Etudes et Résultats" 2004, nr 296.

[51] Szerzej na ten temat zob. M. Perben, *L'allocation personnalisée d'autonomie au 31 mars 2005.* DREES, „Etudes et Résultats" 2005, nr 415.

wym i finansowym (wyraźnie pokazuje to tab. 10). Z ich pomocy korzysta 28% osób powyżej 60 roku życia oraz 50% spośród tych, które ukończyły 75 lat[52]. W 80% przypadków pomoc dotyczy sprzątania, a w 50% wyjścia z domu lub świadczeń z zakresu higieny. Ośmiu beneficjentów na dziesięciu otrzymuje także pomoc ze strony rodziny, a 43% spośród nich korzysta ze świadczeń pielęgnacyjnych, pomocy w zachowaniu mobilności, adaptacji mieszkania do własnych potrzeb lub systemu wzywania pomocy[53].

Tabela 10

Pomoc i opieka w miejscu zamieszkania: świadczeniodawcy i finansowanie

Rodzaj pomocy i opieki	Świadczeniodawcy	Finansowanie
1	2	3
	Sektor socjalny	
Pomoc w prowadzeniu gospodarstwa domowego	– Otoczenie – Prywatna pomoc domowa – Stowarzyszenia/miejskie centra pomocy społecznej (CCAS)/pomoc zatrudniana na mocy umowy przez świadczeniobiorcę – bez pośrednictwa instytucji (*personnes gré à gré*)	– Bezpłatnie – Świadczeniobiorca – Assurance Vieillesse + świadczeniobiorca/APA + świadczeniobiorca/świadczeniobiorca +/- pomoc społeczna (Aide sociale)
Usługi pielęgnacyjne (*soins à la personne*)	– Otoczenie – Stowarzyszenia/miejskie centra medyczno-społeczne/pomoc zatrudniana na mocy umowy przez świadczeniobiorcę – bez pośrednictwa instytucji	– Bezpłatnie – APA + świadczeniobiorca/kasa chorych (Assurance Maladie)
Różne (dostarczanie posiłków, drobne naprawy itp.)	– Otoczenie – Prywatna pomoc domowa – Stowarzyszenia/miejskie centra pomocy społecznej	– Bezpłatnie – Świadczeniobiorca – Assurance Vieillesse/komuna/departament + świadczeniobiorca

[52] N. Dutheil: *Les aides et les aidants des personnes âgées*. DREES, „Etudes et Résultats" 2001, nr 142; J.C. Henrard, *Le dispositif institutionnel d'aide et de soins aux personnes âgées*. „BEH" 2006, nr 5-6.

[53] R. Kerjosse, A. Weber: *Aides techniques et aménagement du logement: usages et besoins des personnes âgées dépendantes*. DRESS, „Etudes et Résultats" 2003, nr 262.

cd. tabeli 10

1	2	3
Renowacja mieszkania	– Przedsiębiorstwa prywatne – Stowarzyszenia	– Świadczeniobiorca – Assurance Vieillesse/państwo/komuna
Sektor sanitarny		
Wizyty domowe	– Lekarze ogólni, niezależni pielęgniarze/rki, kinezyterapeuci i in./zewnętrzne konsultacje szpitalne/centra zdrowia (centres de santé)	– Kasa chorych (Assurance Maladie) + świadczeniobiorca +/- dodatkowe towarzystwo ubezpieczeń
Usługi pielęgnacyjne (soins à la personne)	– Pielęgniarze(rki) niezależni	– Kasa chorych (Assurance maladie) + świadczeniobiorca +/- dodatkowe towarzystwo ubezpieczeń

* CCAS – Centre communal d'action sociale.

Źródło: BEH nr 5-6/2006

Raport Cour des comptes z listopada 2005 r. zwraca uwagę na duże rozproszenie interweniujących aktorów i związane z tym problemy z koordynacją różnych świadczeń pomocy i opieki. Działa ponad 7000 służb socjalnych w miejscu zamieszkania o różnym statusie prawnym. Dominują małe stowarzyszenia – – 63% służb zatrudnia mniej niż 25 pracowników. Większość usług jest świadczona przez osoby zatrudniane po obniżonych kosztach albo bezpośrednio przez osobę starszą na mocy układu (emploi de gré à gré), albo przez świadczeniobiorcę za pośrednictwem instytucji, która proponuje opłacaną przez siebie pomoc/opiekuna, oddaje ją do dyspozycji osoby starszej oraz bierze na siebie formalności administracyjne (service mandataire). Pomoc świadczą także służby pielęgniarskie Ssiad oraz niezależni pielęgniarze/rki. Osoby starsze i ich rodziny nie mają zatem jednego interlokutora koordynującego wszystkie interwencje. Istotną niedogodnością dla seniorów, wynikłą z niedostatecznej podaży pewnych usług, jest to, że są one świadczone przez różne i zmieniające się osoby. Ponadto mimo zwiększenia oferty dużych sieci pomocy socjalnej napotyka się na trudności w uzyskaniu pomocy w godzinach wieczornych i pod koniec tygodnia, tak że w 80% przypadków konieczna jest pomoc rodziny. Jeśli zaś chodzi o pomoc techniczną oraz w zakresie adaptacji mieszkań, to obserwujemy jedynie niewielki progres w porównaniu z 60% potrzeb zaspokajanych przed wdrożeniem APA, ze względu na bardzo nikłą ilość środków przeznaczonych na te cele (zaledwie 8% wydatków przewidzianych w planach pomocy

APA). Realizacja świadczeń pielęgnacyjnych sektora socjalnego i sanitarnego napotyka na trudności ze względu na braki w personelu, w tym Ssiad. Udział personelu wykwalifikowanego w sektorze pomocy i opieki w domu jest bardzo słaby, tak jak zresztą atrakcyjność tego sektora, gdzie wynagrodzenia są równe wynagrodzeniu minimalnemu Smic[54]. Wprawdzie nowe decyzje rządowe, w porozumieniu z partnerami społecznymi, przewidują rewaloryzację wynagrodzeń o ponad 25% w ciągu 4 lat oraz podnoszenie kwalifikacji pracowników tego sektora, niemniej minusem tego rozwiązania jest wzrost cen usług świadczonych przez stowarzyszenia, co obciąży budżety departamentów finansujących wydatki APA.

Zakończenie

Na zakończenie należy zwrócić uwagę na nowe kierunki polityki rządowej, które podejmują problem starzenia się społeczeństwa francuskiego. Wśród nowych inicjatyw warto wskazać po pierwsze te, które próbują ułatwić istotny udział pomocy nieformalnej-rodzinnej w opiece nad osobami starszymi niesamodzielnymi, mieszkającymi u siebie lub u rodziny[55], a po drugie te, które mają na celu zwiększenie stanowisk pracy dla osób starszych (tzw. CDD senior).

Podkreśla się, że w zdecydowanej większości przypadków pomoc rodzinna (aidant familial)[56] jest niezbędna nawet w sytuacji wzrostu podaży i popytu na pomoc profesjonalną. W kontekście starzenia się społeczeństwa francuskiego nowe wyzwania stają przed rodzinami wielopokoleniowymi oraz polityką rodzinną. W celu umocnienia więzi między generacjami tzw. Konferencja ds. Rodziny pod przewodnictwem premiera D. de Villepina ogłosiła nowe środki pomocy dla opiekunów rodzinnych:

1. W sytuacji, gdy 75% beneficjentów dodatku APA (około 307 000 osób[57]) korzysta z opieki bliskich, należy, z mocy prawa, także do nich odnieść pojęcie „pomocy rodzinnej", do tej pory zarezerwowane przepisami ustawy z 11 lutego 2005 r. dla osób opiekujących się osobami niepełnosprawnymi. Proponuje się zdefiniowanie, w drodze dekretu, pomocy rodzinnej jako

[54] Salaire Minimum Interprofessionnel de Croissance.

[55] Zob. opracowania z 2006 r. A. Cordiera oraz R. Brieta dotyczące odpowiednio: *La familie, espace de solidarité entre générations; La société intergénérationnelle au service de la famille*.

[56] Funkcja „aidant familial" tłumaczona jest w tekście zamiennie jako pomoc rodzinna lub opiekun rodzinny. *Conférence nationale de la Famille*. Hôtel de Matignon, 3 lipca 2006 r.

[57] Źródło: Drees, dane na 31 grudnia 2005 r. Wówczas 551 000 osób starszych, sklasyfikowanych GIR 1-4 korzystało z dodatku APA w miejscu zamieszkania.

osoby, która *sama lub w uzupełnieniu interwencji profesjonalnej niesie pomoc ludzką konieczną w sytuacji utraty przez osobę starszą samodzielności lub zapobiegającą tej utracie i która nie uzyskuje za to wynagrodzenia.*

2. Należy przyznać opiekunowi rodzinnemu prawo do zaprzestania na kilka miesięcy aktywności zawodowej i sprawowania w tym czasie opieki nad niesamodzielnym rodzicem. W tym celu przewidziano wdrożenie od 1 stycznia 2007 r. dla opiekunów rodzinnych, którzy pracują co najmniej rok w przedsiębiorstwie prywatnym lub publicznym, trzymiesięczny bezpłatny „urlop wsparcia rodzinnego" (congé de soutien familial), którego pracodawca nie może odmówić, który poparty jest gwarancją utrzymania stanowiska i odnawialny po upływie roku. Okres powiadomienia pracodawcy o planowanym urlopie wynosi 2 miesiące (lub 15 dni w przypadkach nagłych). Składki na ubezpieczenia emerytalne i zdrowotne są nadal odprowadzane.
3. Przewiduje się stworzenie w domach starców każdego roku w okresie pięciu lat: 1100 dodatkowych miejsc czasowego (kilkudniowego lub nawet kilkutygodniowego) pobytu oraz 2500 nowych miejsc dziennego pobytu (places d'accueil de jour), przejmujących obowiązki pomocy rodzinnej w ciągu dnia. Planuje się także rozwój nowej formuły (na wzór tzw. baluchon canadien) pozwalającej na rekrutację profesjonalnej pomocy w domu, zastępującej pomoc rodzinną 24 godziny na dobę przez czas określony (np. w okresie wakacji lub tymczasowej nieobecności bliskich), opłacanej w części lub całości ze środków APA lub pomocy społecznej (aide sociale).

Kolejna inicjatywa rządu D. de Villepina *Plan national d'action concerté pour l'emploi des seniors* przewidziana na lata 2006-2010 stanowi odpowiedź na zjawisko starzenia się społeczeństwa francuskiego oraz perspektywę dojścia do stanu niewypłacalności systemu emerytalnego. We Francji średni wiek zaprzestania aktywności zawodowej wynosi 58 lat, a więc o dwa lata wcześniej niż ustawowo przewidziany wiek emerytalny, a seniorów zatrudnia się niezwykle rzadko. Udział osób w wieku od 55 do 64 lat w populacji aktywnej zawodowo wyniósł 37,3% w 2004 r. (wobec średniej 41% w krajach Unii Europejskiej[58]). W ten kontekst wpisuje się dekret z 28 sierpnia 2006 r.[59] mający na celu przeciwdziałanie ageizmowi[60] i ułatwienie osobom w wieku okołoemerytalnym powrotu do aktywności zawodowej. Realizuje on postanowienia „planu na rzecz zatrudnienia seniorów", który przewiduje do 2010 r. zwiększenie do 50% poziomu zatrudnienia osób w wieku 54-64 lata. Daje się pracodawcom (z wyjątkiem zawodów rolniczych) możliwość zawarcia umowy o pracę na czas określony (18 miesięcy[61], tzw. CDD senior) z osobami, które ukończyły 57 lat i od ponad 3 miesięcy są zarejestrowane jako szukający pracy lub też są beneficjentami CRP[62], aby „ułatwić im powrót do aktywności zawodowej" i wypracowanie pełnej emerytury. Przewiduje się także stopniowe zaprzestawanie praktyk kierowania z urzędu na przedwczesną emeryturę funkcjonariuszy publicznych, którzy nie ukończyli 65 lat, a także stopniowe zniesienie tzw. podatku Delalande[63] oraz poszerzenie możliwości kumulowania dochodów z emerytury i zatrudnienia w przypadku niskich wynagrodzeń. Obecnie 350 000 osób powyżej 50 roku życia szuka pracy.

W starzejącej się Francji coraz wyraźniej dostrzega się kwestię przyrostu subpopulacji ludzi starszych. Podejmuje się środki zmierzające do reintegracji społecznej „młodych starych", przywrócenia ich do aktywności zawodowej oraz środki zapobiegające wykluczeniu społecznemu „starych starych". Jest to problem ważny nie tylko dlatego, że niechybnie dotknie zdecydowaną większość mieszkańców Unii Europejskiej. Do decydentów należy wybór takiej polityki społecznej, która zapewni kolejnym licznym pokoleniom ludzi starych dobrą organizację ich coraz dłuższej starości, a do młodszych pokoleń pomoc osobom starszym, tak by mogły doświadczać zwykłych-niezwykłych rzeczy, bo często jest to ich „kawałek nieba".

[58] Znacznie odbiega to od udziału docelowego – 50%, przewidzianego na 2010 r.

[59] Dekret nr 2006-1070 z 28 sierpnia 2006 r. wszedł w życie we wrześniu tego roku. *Décret no 2006-1070 du 28 août 2006 aménageant les dispositions relatives au contrat à durée déterminée afin de favoriser le retour à l'emploi des salariés âgés*. „J.O.R.F." z 29 sierpnia 2006 r., tekst nr 6.

[60] P. Szukalski: *Uprzedzenia i dyskryminacja ze względu na wiek (ageizm) – przyczyny, przejawy, konsekwencje*. „Polityka Społeczna" 2004, nr 2, s. 11-14.

[61] Można podpisać kolejną umowę o pracę na czas określony nieprzekraczający 18 miesięcy, tak aby łączny czas tych umów nie przekroczył 3 lat. Nic jednak nie stoi na przeszkodzie zawarcia kolejnej umowy, tym razem na czas nieokreślony.

[62] Convention de reclassement personnalisé, http://www.premier-ministre.gouv.fr/bataillepourlemploi

[63] Tzw. contribution Delalande. Podatek ten wprowadzony w 1987 r. miał zniechęcić pracodawców do zwalniania osób powyżej 50 roku życia, tymczasem zniechęcił ich do zatrudniania osób starszych. Po co bowiem zatrudniać takie osoby, skoro w przyszłości, przy ich zwolnieniu trzeba będzie zapłacić podatek. W dokumencie *Conférence nationale sur l'emploi des seniors*, *Conseil économique et social*, 6 czerwca 2006 r. czytamy, że podatek ten zostanie całkowicie zniesiony od 1 stycznia 2010 r.

Maciej Żukowski
Akademia Ekonomiczna w Poznaniu

ZABEZPIECZENIE NA STAROŚĆ W NIEMCZECH – – SYSTEM EMERYTALNY, UBEZPIECZENIE PIELĘGNACYJNE I OTOCZENIE

Wprowadzenie

Niemcy to kraj, w którym procesy starzenia się społeczeństwa są znacznie bardziej zaawansowane niż w wielu innych państwach europejskich. To także kraj o najdłuższych tradycjach zabezpieczenia emerytalnego oraz jeden z pionierów ubezpieczenia pielęgnacyjnego. Zabezpieczenie na starość jest w Niemczech lepsze niż w większości innych krajów. Z drugiej strony problemem jest dostosowanie istniejących rozwiązań do pogarszających się uwarunkowań i zapewnienie finansowania rozbudowanych świadczeń.

Niniejsze opracowanie prezentuje zabezpieczenie na starość w Niemczech – – aktualną sytuację, problemy i kierunki reform. Punktem wyjścia jest krótka charakterystyka sytuacji demograficznej i innych wyzwań stojących przed zabezpieczeniem na starość. Najwięcej uwagi poświęcono kluczowej instytucji zabezpieczenia na starość, jaką jest system emerytalny. Dalsze rozdziały dotyczą ubezpieczenia pielęgnacyjnego oraz innych elementów kształtujących sytuację osób starszych.

Starzenie się ludności Niemiec i inne wyzwania stojące przed zabezpieczeniem na starość

Niemcy mają obecnie jedno z najstarszych społeczeństw na świecie. W 2004 r. mieszkało w Niemczech prawie 15 mln osób powyżej 65 roku życia. Na 100 osób w wieku od 15 do 65 lat przypadało 27 osób w wieku powyżej 65 lat. Niemcy należą zatem do państw członkowskich Unii Europejskiej o najwyższym „współczynniku obciążenia osobami starszymi", obok Włoch (29) i Grecji (27). Dla porównania, Polska ma obecnie młodsze społeczeństwo – w 2004 r. wspomniany współczynnik wynosił 19.

Według prognoz w 2050 r. w Niemczech będzie 23,3 mln osób powyżej 65 roku życia – 52 osoby starsze będą przypadały na 100 osób w wieku 15-65 lat. Nawet jeżeli procesy starzenia się w innych krajach będą w tym okresie jeszcze bardziej intensywne (także Polska „dogoni" Niemcy pod względem obciążeń demograficznych)[1], oznacza to znaczne problemy dla systemu emerytalnego, opieki zdrowotnej i całego społeczeństwa w Niemczech.

Starzenie się społeczeństwa nie stanowi jedynego wyzwania, przed jakim staje zabezpieczenie na starość w Niemczech. Na system zabezpieczenia na starość wpływa wiele uwarunkowań gospodarczych, społecznych, politycznych. Ze względu na ograniczone ramy opracowania ograniczono się do wymienienia podstawowych procesów zachodzących w Niemczech, bez dokumentacji statystycznej (częściowo – por. tab. 1) i bez wskazywania mechanizmów wpływu danego zjawiska na zabezpieczenie na starość. Tymi procesami są:

- Wolne tempo wzrostu gospodarczego.
- Wysoki dług publiczny i deficyt budżetowy.
- Utrzymujące się wysokie i długotrwałe bezrobocie.
- Utrzymujące się problemy wynikające ze zjednoczenia Niemiec.
- Wzrost mobilności przestrzennej i społecznej.
- Zmiany charakteru pracy, m.in. rozszerzenie zakresu nietypowych form zatrudnienia.
- Indywidualizacja społeczeństwa, osłabienie solidarności i akceptacji dla redystrybucyjnej roli państwa.
- Wzrost nierówności społecznych.

---

[1] The Impact of Ageing on Public Expenditure: Projections for the EU-25 Member States on Pensions, Healthcare, Long-term-care, Education and Unemployment Transfers (2004-50). „European Economy", Special Report No 1/2006, European Commission, Directorate-General for Economic and Financial Affairs, s. 30.

- Wzrost napięć i groźba konfliktu pokoleń.
- Stopniowy i często pośredni wzrost wpływu integracji europejskiej na sferę społeczną, w wyniku pogłębienia integracji gospodarczej[2].

Tabela 1

Wybrane wskaźniki społeczne i ekonomiczne – UE-25, Niemcy i Polska

Wskaźnik	UE-25	Niemcy	Polska
Ludność 1.01.2006 r. (w tys.)	463523	82438	38157
Współczynnik dzietności – 2005 r.	1,52	1,36	1,24
Przeciętne trwanie życia – 2004 r., mężczyźni		75,7	70,0
kobiety		81,4	79,2
PKB na mieszkańca według parytetu siły nabywczej w (UE-25=100) – 2005 r.	100,0	109,3	49,8
Roczny wzrost realny PKB (w %) – 2005 r.	1,7	0,9	3,5
Deficyt budżetu państwa (w % PKB) – 2005 r.	-2,3	-3,2	-2,5
Państwowy dług publiczny (w % PKB) – 2005 r.	63,2	67,9	42,0
Wskaźnik zatrudnienia 15-65 lat (w %) – 2005 r.	63,8	65,4	52,8
Stopa bezrobocia (w %) – 2005 r.	8,8	9,5	17,7
Wydatki na zabezpieczenie społeczne (w % PKB) – 2005 r.	28,0	30,2	21,6
Stopa zagrożenia ubóstwem* (w %) – 2003 r.	15	15	17
Wskaźnik nierówności dochodów** – 2003 r.	4,6	4,3	5,0

* Odsetek ludności uzyskującej dochody poniżej 60% mediany ekwiwalentnych dochodów do dyspozycji w danym kraju.
** Odsetek dochodów, którymi dysponuje 10% ludności o najwyższych dochodach w relacji do odsetka dochodów, którymi dysponuje 10% ludności o najniższych dochodach.

Źródło: EUROSTAT; dane zebrane 14 grudnia 2006 r.

[2] Szerzej o uwarunkowaniach zabezpieczenia na starość, w odniesieniu do jego podstawowej instytucji, czyli systemów emerytalnych por. M. Żukowski: *Reformy emerytalne w Europie*. Poznań 2006, rozdz. 1.

System emerytalny

System emerytalny w każdym kraju jest podstawową instytucją zabezpieczenia na starość. Niekiedy nawet określenie „zabezpieczenie na starość" (old age security, Alterssicherung) jest utożsamiane z zabezpieczeniem (systemem) emerytalnym. Podstawowe znaczenie tej instytucji uzasadnia jej szersze potraktowanie w stosunku do pozostałych elementów[3].

Dziedzictwo systemu emerytalnego

Niemcy są ojczyzną pierwszego w świecie systemu emerytalnego, wprowadzonego w dużym stopniu z inicjatywy kanclerza Bismarcka ustawą z 1889 r. (weszła w życie 1 stycznia 1891 r.). Celem systemu była poprawa położenia klasy robotniczej, przede wszystkim dla celów politycznych: osłabienia ruchu robotniczego i integracji robotników z państwem. Paradoksem jest, że Bismarck wszedł do historii zabezpieczenia społecznego jako symbol systemu ubezpieczeniowego, choć sam planował scentralizowane, finansowane z podatków i jednolite emerytury państwowe, a więc rozwiązanie „zaopatrzeniowe". Ostatecznie, w wyniku oporu Reichstagu, przyjęto ubezpieczenie emerytalno-rentowe (Rentenversicherung) robotników, zdecentralizowane i samorządowe, finansowane ze składek uzależnionych od zarobków, opłacanych po połowie przez ubezpieczonych i pracodawców, z dopłatą państwa do każdej emerytury i renty. System wprowadzał niewysokie emerytury (od 70 roku życia), powiązane z uprzednimi zarobkami, będące jedynie pewnym dodatkiem do innych źródeł zabezpieczenia[4].

Struktura i podstawowe zasady ubezpieczenia emerytalnego okazały się wyjątkowo stabilne i przetrwały kolejne okresy dziejów Niemiec: Cesarstwa, Republiki Weimarskiej, Trzeciej Rzeszy i zostały utrzymane w Republice Federalnej Niemiec. Oczywiście, przez cały czas wprowadzano także innowacje, dostosowując system do zmieniających się uwarunkowań. Tutaj ograniczono się tylko do najważniejszych zmian[5].

W 1911 r. obowiązkowym systemem emerytalnym, w odrębnym systemie, objęci zostali pracownicy umysłowi. W 1939 r. systemem emerytalnym objęto

---

[3] Rozdział jest oparty na opracowaniu autora zawartym w książce: M. Żukowski: *Reformy emerytalne w Europie*. Op. cit., rozdz. 5.2.2.

[4] M. Żukowski: *Niemieckie ubezpieczenie rentowe z 1889 r.* „Polityka Społeczna" 1989, nr 3, s. 29-33.

[5] Por. M. Żukowski: *Wielostopniowe systemy zabezpieczenia emerytalnego w Unii Europejskiej i w Polsce. Między państwem a rynkiem.* Zeszyty naukowe AE. Seria II, nr 151. Poznań 1997.

rzemieślników. W 1957 r. w RFN dokonano najważniejszej po wojnie reformy emerytalnej: zrównano uprawnienia robotników i pracowników umysłowych (choć zachowując – do 2005 r. – odrębne instytucje), znacznie podwyższono emerytury (o około 60%) i wprowadzono nowy sposób ich obliczania oraz mechanizm waloryzacji. Emerytura miała teraz zapewniać utrzymanie poziomu życia osiągniętego w okresie pracy zawodowej, w relacji do wszystkich ubezpieczonych („emerytura dynamiczna") i umożliwiać emerytom udział we wzroście gospodarczym. Reforma z 1957 r. w istotnym stopniu przyczyniła się do popularności nowego porządku „społecznej gospodarki rynkowej", a nawet samego systemu demokratycznego[6]. W tym samym roku utworzono odrębny system emerytalny dla rolników.

Reforma z 1972 r. wprowadziła m.in. elastyczną granicę wieku emerytalnego oraz emeryturę według minimalnego dochodu. Wobec niekorzystnych trendów demograficznych i ekonomicznych, reforma uchwalona w dniu upadku muru berlińskiego 9 listopada 1989 r., która weszła w życie w 1992 r., zapoczątkowała podnoszenie wieku emerytalnego i ograniczenie waloryzacji. Po zjednoczeniu Niemiec we wschodnich krajach związkowych (w NRD system emerytalny był kształtowany odrębnie, co tutaj pominięto) wprowadzono system funkcjonujący dotąd w Niemczech Zachodnich, co w kolejnych latach pochłonęło gigantyczną kwotę. Coraz trudniejsza sytuacja finansowa systemu emerytalnego stała się główną przyczyną dalszych reform.

Niemcy stanowią „podręcznikowy" przykład ubezpieczeniowego systemu emerytalnego. Spośród trzech warstw (filarów) zabezpieczenia emerytalnego, zdecydowanie najważniejsza jest pierwsza: ustawowy system repartycyjny, zapewniający emerytury powiązane z dochodami. Obejmuje on około 82% wszystkich pracujących i zapewnia około 78% wszystkich dochodów osób w wieku 65 lat i więcej. Dobrowolną drugą warstwę tworzą zakładowe systemy emerytalne, które dostarczają około 7% dochodów osób starszych. Z trzeciej warstwy, zabezpieczenia indywidualnego (ubezpieczeń życiowych) pochodzi około 10% całości dochodów emerytalnych[7]. Zabezpieczenie przed ubóstwem nie jest funkcją systemu emerytalnego, tylko pomocy społecznej.

---

[6] K. Hinrichs, O. Kangas: *When is a Change Big Enough to be a System Shift? Small System-shifting Changes in German and Finnish Pension Policies.* W: *Making a European Welfare State? Convergences and Conflicts over European Social Policy.* Red. P. Taylor-Gooby. Oxford 2004, s. 38.

[7] Joint Report by the Commission and the Council on Adequate and Sustainable Pensions, Council of the European Union and European Commission, March 2003, s. 118.

Analiza niemieckiego systemu emerytalnego na tle systemów innych krajów członkowskich UE w ramach „otwartej metody koordynacji" pozwala na sformułowanie następujących tez (tab. 2):

1. Sytuacja dochodowa osób starszych jest lepsza niż przeciętnie w UE, zatem adekwatność emerytur jest silną stroną systemu emerytalnego, który w decydującym stopniu kształtuje dochody osób starszych.
2. Odsetek ludzi starszych zagrożonych ubóstwem jest podobny, jak w przypadku osób poniżej 65 roku życia[8]. Ryzyko ubóstwa jest przy tym wyraźnie niższe niż w UE – przy granicy na poziomie 60% mediany 11% (w UE 17%).
3. Podział dochodów jest bardziej wyrównany niż w UE i niemal identyczny dla osób poniżej i powyżej 65 roku życia. Wynika to z faktu, że niemiecki system emerytalny jest znacznie bardziej ekwiwalentny (i mniej redystrybucyjny) niż wiele innych systemów w Europie.
4. W odróżnieniu od adekwatności, stabilność finansowa niemieckiego systemu jest poniżej przeciętnej dla UE. Publiczne wydatki emerytalne są obecnie wyższe i będą rosnąć, mimo najnowszych reform, znacznie szybciej niż w UE-15 (w 2050 r. mają wynieść w Niemczech 16,9% PKB, a w UE-15 13,3%).
5. Sytuacja demograficzna i prognoza do 2050 r. nie różni się w przypadku Niemiec i UE-15 (w obu przypadkach wskaźnik obciążenia ludnością starszą ma się podwoić).
6. Wskaźniki zatrudnienia są zbliżone do średniej UE-15.
7. Sytuacja finansów publicznych jest większym wyzwaniem dla systemu emerytalnego w Niemczech niż w UE-15.

System emerytalny w Niemczech wypełnia zatem dobrze swoją społeczną funkcję. Jest on zdecydowanie nastawiony na zabezpieczenie poziomu życia osiągniętego w okresie pracy, a nie na zabezpieczenie przed ubóstwem. Tym niemniej także cel zabezpieczenia przed ubóstwem jest w Niemczech realizowany lepiej niż przeciętnie w UE.

---

[8] Dane z 2003 r. wskazują, że do 2003 r. stopa zagrożenia ubóstwem osób w wieku 65 lat i więcej utrzymała się i wynosiła 11,4%, podczas gdy w przypadku osób poniżej 65 lat wzrosła do 13,8%. Nationaler Strategiebericht Alterssicherung 2005 (NSB 2005), Bundesrepublik Deutschland, s. 60, http://europa.eu.int/comm/employment_social/soc-prot/pensions/de_pensionreport_ de.pdf

Tabela 2

Dane statystyczne na temat systemu emerytalnego w Niemczech w ramach „otwartej metody koordynacji" w UE

	Niemcy						UE-15					
Sytuacja dochodowa (dane 1999 r. ECHP)												
	ogółem		mężczyźni		kobiety		ogółem		mężczyźni		kobiety	
	0-64	65+	0-64	65+	0-64	65+	0-64	65+	0-64	65+	0-64	65+
Stopa zagrożenia ubóstwem (60% mediany)	11	11	10	9	11	13	15	17	15	15	16	19
Podział dochodów	3,5	3,6					4,6	4,1				
Długookresowe prognozy wydatków na państwowe systemy emerytalne (WPA 2001)												
	wysokość			wzrost w % w latach 2000-2050						wzrost w % w latach 2000-2050		
	2000 r.	2020 r.	2050 r.				2000 r.	2020 r.	2050 r.			
Współczynnik obciążenia ludnością starszą (65+/15-64) 100	23,8	33,5	49,0	101,0			24,2	32,2	49,0	102,5		
Wydatki na państwowe systemy emerytalne, % PKB	11,8	12,6	16,9	43,2			10,4	11,5	13,3	27,9		
Prognoza zaktualizowana	10,8	12,1	14,9	34,7								
Potencjał przedsięwzięć dla zapewnienia finansowania emerytur												
Rynek pracy (2001 r.)	ogółem		mężczyźni		kobiety		ogółem		mężczyźni		kobiety	
Wskaźnik zatrudnienia (15-64 lata)	65,8		72,6		58,8		64,1		73,0		55,0	
Wskaźnik zatrudnienia (55-64 lata)	37,7		46,1		29,3		38,8		48,3		28,7	
Faktyczny wiek przejścia na emeryturę	60,4		60,9		60,7		59,1		60,5		59,9	
Budżet państwa (2001 r.)												
Dług publiczny, % PKB	59,5						63					
Saldo budżetu państwa, % PKB	- 2,8						- 0,8					

Źródło: Joint Report by the Commission and the Council on Adequate and Sustainable Pensions, Council of the European Union and European Commission, March 2003, s. 122.

Osiągnięty sukces ma jednak swoją cenę: problemy ze sfinansowaniem systemu[9]. Do ich wzrostu przyczyniły się różne czynniki, szczególnie: starzenie się społeczeństwa, utrzymujące się bezrobocie, ponowne zjednoczenie Niemiec. O problemach tych coraz częściej dyskutowano w latach 90. XX w. w kontekście kosztów pracy i ich wpływu na konkurencyjność w erze globalizacji, a także – co się z tym ściśle wiąże – w kontekście kryteriów z Maastricht wprowadzenia wspólnej waluty europejskiej[10]. Pewien wpływ na dyskusję o reformie emerytalnej miały zatem również zmiany i debaty w innych krajach, jak i strategia reform emerytalnych Banku Światowego[11]. Na tym tle jest zrozumiałe, że podejmowane w ostatnim okresie reformy niemieckiego systemu emerytalnego mają na celu przede wszystkim zapewnienie jego trwałego finansowania. Odbywa się to kosztem obniżenia przyszłych świadczeń, przy czym następuje także pewne przesunięcie celów systemu: z utrzymania osiągniętego poziomu życia w kierunku zapewnienia minimalnego dochodu.

Dokonywane w Republice Federalnej Niemiec reformy emerytalne dotąd opierano na konsensusie: zgodzie obu głównych partii politycznych oraz partnerów społecznych. Wynikało to z przekonania, że długookresowy charakter systemu emerytalnego wymaga – przy jego zmianie – porozumienia ponad aktualnymi podziałami politycznymi. Z tradycją tą zerwano po raz pierwszy przy uchwalaniu w 2001 r., przygotowanej przez koalicję rządową SPD-Zieloni reformy emerytalnej, od nazwiska ministra pracy często nazywanej reformą Riestera[12]. Za podstawowy cel reformy uznano zapewnienie, że składka na ubezpieczenie emerytalno-rentowe nie przekroczy do 2020 r. 20%, a do 2030 r. 22%. Rozwiązania reformy dostosowano do tego celu. To oznacza zmianę paradygmatu: z dotychczasowej polityki dochodowej zorientowanej na wydatki (dostosowywania składki do zakładanej wysokości emerytur) na politykę wy-

---

[9] Nationaler Strategiebericht Alterssicherung (NSB), Bundesrepublik Deutschland 2002.

[10] Por. przegląd problemów w: W. Schmähl: *Umlagefinanzierte Rentenversicherung in Deutschland. Optionen und Konzepte sowie politische Entscheidungen als Einstieg in einen Grundlegenden Transformationsprozess.* W: W. Schmähl, V. Ulrich (red.): *Soziale Sicherungssysteme und demographische Herausforderungen.* Tübingen.

[11] *Averting the Old Age Crisis. Policies to Protect the Old and Promote Growth.* A World Bank Policy Research Report, New York: World Bank, Oxford University Press 1994.

[12] Na temat reformy z 2001 r. por. H. Viebrok: *The 2001 Pension Reform Act in Germany and Income in Old Age.* W: *Reforming Pensions in Europe. Evolution of Pension Financing and Sources of Retirement Income.* Red. G. Hughes, G. Stewart, E. Elgar. Cheltenham, Northampton MA. 2004, s. 11-38.

datkową zorientowaną na dochody (dostosowania wysokości emerytur do stabilności stopy składki)[13].

Już wkrótce po uchwaleniu reformy z 2001 r. wskazywano na konieczność dalszych zmian, zwłaszcza w kontekście wysokiego bezrobocia oraz trudnej sytuacji finansów publicznych. Uchwalona w 2004 r. ustawa o stabilności finansowej ubezpieczenia emerytalno-rentowego ponownie ma na celu zapewnienie finansowania w średniej i dłuższej perspektywie. Zmiany obejmują:

- Wprowadzenie od 1 lipca 2005 r. do formuły waloryzacji emerytur nowego „współczynnika stabilności finansowej", który odzwierciedla relację liczby płatników składek i świadczeniobiorców.
- Podwyższenie granicy wieku emerytalnego dla emerytury z tytułu bezrobocia stopniowo w latach 2006-2008 z 60 na 63 lata.
- Likwidację – po 4 latach okresu przejściowego – uwzględniania do emerytury okresu nauki w szkołach i szkołach wyższych.
- Wprowadzenie celów dla wysokości składek i poziomu emerytur: górna granica składki to 20% w 2020 r. i 22% w 2030 r., a dolna granica poziomu emerytury przed opodatkowaniem to 46% w 2020 r. i 43% w 2030 r.
- Przekształcenie rezerwy technicznej (Schwankungsreserve) w rezerwę stabilizacyjną (Nachhaltigkeitsrücklage) w wysokości 1,5-miesięcznych (zamiast miesięcznych) wydatków.
- Zobowiązanie rządu federalnego do przedstawienia do 2008 r. raportu na temat warunków podwyższenia ustawowego wieku emerytalnego do 67 lat.

W 2004 r. uchwalono także ustawę o reformie organizacyjnej ubezpieczenia rentowego, która weszła w życie 1 października 2005 r. Ponadto, ustawa o dochodach na starość (Alterseinkünftegesetz), która weszła w życie 1 stycznia 2005 r., wprowadziła kolejne zachęty dla dodatkowego kapitałowego zabezpieczenia emerytalnego.

W 2006 r. rząd zaproponował podwyższenie wieku emerytalnego z 65 do 67 lat. Podwyższenie ma być dokonane stopniowo w latach 2012-2029. Zakończenie prac parlamentarnych nad tym projektem przewidywano na koniec marca 2007 r.

Aktualny system

Od 1 października 2005 r. ustawowe ubezpieczenie emerytalno-rentowe jest inaczej zorganizowane. Zlikwidowano tradycyjny podział ubezpieczonych na

---

[13] Por. W. Schmähl: *Alte und neue Herausforderungen nach der Rentenreform 2001.* „Die Angestelltenversicherung" 2001, Nr 9, s. 313-322.

robotników i pracowników umysłowych. Podmioty ubezpieczenia noszą wspólną nazwę „Niemieckie Ubezpieczenie Emerytalno-Rentowe" (Deutsche Rentenversicherung) z dodatkiem regionalnego podmiotu (np. Badenia-Wirtembergia) i dwóch podmiotów federalnych: Federacja (z połączeniem Federalnego Zakładu Ubezpieczenia Pracowników Umysłowych BfA i Zrzeszenia Podmiotów Ubezpieczenia Emerytalno-Rentowego VDR) oraz Bractwo Kolej-Morze[14].

Ubezpieczenie emerytalno-rentowe jest finansowane w pierwszym rzędzie ze składek. Składka emerytalno-rentowa w 2007 r. wynosi 19,9% podstawy wymiaru, ograniczonej z góry na poziomie 5250 euro miesięcznie w starych i 4550 euro w nowych krajach związkowych. W przypadku pracowników składkę płacą po połowie pracownik i pracodawca.

Wysokość emerytury jest ściśle powiązana z zarobkami z całego okresu ubezpieczenia – niemiecki system cechuje ścisła ekwiwalentność składki i świadczenia. NSB 2005 podkreśla, że ta fundamentalna zasada sama w sobie stwarza bodźce do przedłużania aktywności zawodowej. Ponadto za opóźnienie przejścia na emeryturę po osiągnięciu ustawowego wieku emerytalnego przysługuje dodatek w wysokości 0,5% za każdy miesiąc, w przypadku wcześniejszego przejścia na emeryturę jest ona natomiast trwale obniżana o 0,3% za każdy miesiąc.

Poziom świadczeń z ustawowego ubezpieczenia emerytalno-rentowego ma zostać obniżony: po 45 latach okresu ubezpieczeniowego „standardowy ubezpieczony" ma teraz uzyskiwać 64, a nie jak dotąd 70% swoich dochodów netto. Obniżenie to może zostać częściowo zrekompensowane przez dodatkowe, dobrowolne kapitałowe zabezpieczenie emerytalne, które jest wspierane przez państwo („Riester-Rente"). Dodatkowe składki (docelowo do 4%) są opłacane przez ubezpieczonego[15]. Zmieniona została także formuła waloryzacji, którą powiązano ze zmianami płac brutto oraz uzupełniono o fikcyjną składkę na prywatne zabezpieczenie.

Dla polepszenia zabezpieczenia emerytalnego kobiet w reformie z 2001 r. wprowadzono korzystniejsze uwzględnianie okresów wychowywania dzieci (ogólnie za wychowanie każdego dziecka przysługują trzy lata uznawane jako okresy składkowe) oraz możliwość podziału uprawnień emerytalnych nabytych w okresie małżeństwa.

---

[14] Nationaler Strategiebericht Alterssicherung (NSB), Bundesrepublik Deutschland 2005, s. 59.

[15] O emeryturach prywatnych jako częściowej substytucji emerytur publicznych por. W. Schmähl: *Private Pensions as Partial Substitute for Public Pensions in Germany.* W: *Pension Security in the 21st Century. Redrawing the Public-Private Debate.* Red. G. L. Clark, N. Whiteside. Oxford University Press, s. 115-143.

W 2001 r. wprowadzono także ważną zmianę w zakresie zabezpieczenia minimalnego dochodu. Do tego czasu niemiecki system emerytalny nie przewidywał żadnej emerytury minimalnej: osoba, która nie wypracowała odpowiedniej emerytury mogła liczyć na pomoc społeczną. Reforma z 2001 r. wprowadziła zabezpieczenie minimalne (Grundsicherung) w okresie starości (dla osób od 65 roku życia) oraz z tytułu utraty zdolności do zarobkowania, finansowane z podatków i wypłacane przez odrębne, powołane w tym celu podmioty. To nowe rozwiązanie nie jest zatem formalnie częścią systemu emerytalnego. Świadczenie wypłacane jest od 1 stycznia 2003 r. na zasadach analogicznych do pomocy społecznej, ale z istotną różnicą: przy ocenie sytuacji materialnej osoby wnioskującej o pomoc nie są uwzględniane dochody i majątek członków rodziny (jeżeli dochody roczne nie przekraczają 100 000 euro). Celem tej zmiany jest przeciwdziałanie zjawisku „biedy ze wstydu".

Za drugą warstwę (filar) zabezpieczenia emerytalnego w Niemczech uznaje się tradycyjnie zabezpieczenie zakładowe. Jest ono w Niemczech dobrowolne, czyli decyzja o utworzeniu zakładowego systemu emerytalnego należy do pracodawcy, jednak od 2002 r. pracownicy mają prawo zażądać od swojego pracodawcy utworzenia zakładowego zabezpieczenia emerytalnego ze składek pochodzących od ich wynagrodzeń (przekształcenie wynagrodzenia: Entgeltumwandlung). Nabywane w ten sposób uprawnienia są natychmiast chronione. W odniesieniu do zabezpieczenia finansowanego przez pracodawcę, okresy zachowania uprawnień skrócono z 10 do 5 lat. Wzmocniono także zachęty podatkowe dla zabezpieczenia zakładowego. W każdym przypadku to pracodawca decyduje o formie realizacji zakładowego zabezpieczenia emerytalnego. W Niemczech dopuszczonych jest pięć form: bezpośrednia obietnica (Direktzusage), kasa wsparcia (Unterstützungkasse), ubezpieczenie bezpośrednie (Direktversicherung), kasa emerytalna (Pensionskasse) i wprowadzony w 2002 r. fundusz emerytalny (Pensionsfonds)[16]. Składki na zakładowe zabezpieczenie emerytalne do granicy 4% granicy podstawy wymiaru składki na ustawowe ubezpieczenie emerytalno-rentowe (w 2005 r.: 2496 euro) są zwolnione z podatku i z obowiązku odprowadzania składek ubezpieczeniowych. Dodatkowe zwolnienie podatkowe przysługuje dla umów nowo zawieranych po 1 stycznia 2005 r.[17].

Prywatne, wspierane przez państwo kapitałowe zabezpieczenie emerytalne („Riester-Rente") to chyba najbardziej znany element wprowadzony przez reformę z 2001 r., funkcjonujący od stycznia 2002 r. Uprawnienie do wsparcia

---

[16] Nationaler Strategiebericht Alterssicherung (NSB), Bundesrepublik Deutschland 2005, s. 63-65. Charakterystyka czterech pierwszych form por. M. Żukowski: *Wielostopniowe systemy*..., op. cit.

[17] Nationaler Strategiebericht Alterssicherung (NSB), Bundesrepublik Deutschland 2005, s. 65-66.

państwowego tej dodatkowej formy zabezpieczenia przysługuje osobom objętym obowiązkiem ustawowego ubezpieczenia emerytalno-rentowego. Jako „emerytury Riestera" wprowadzane są produkty, które spełniają określone w ustawie kryteria i zostaną dopuszczone przez Federalny Urząd Nadzoru nad Usługami Finansowymi. Kryteria określają m.in. obowiązek trwania umowy do ukończenia 60 roku życia, wypłatę rent dożywotnich (możliwa jest częściowa wypłata jednorazowa do 30% zgromadzonego kapitału), obowiązek stosowania od 1 stycznia 2006 r. taryf neutralnych względem płci. Jako formy oszczędności w grę wchodzą prywatne ubezpieczenia rentowe, plany oszczędności w funduszach lub bankach. Wsparcie przysługuje także trzem formom zakładowego zabezpieczenia emerytalnego: ubezpieczeniu bezpośredniemu, kasom emerytalnym i funduszom emerytalnym. Uprawnionemu, wpłacającemu własne składki na dodatkowe zabezpieczenie przysługuje dopłata (Zulage) finansowana z budżetu państwa. Podstawowa dopłata (na osobę dorosłą) wynosiła w latach 2004 i 2005 76 euro, w 2006 r. 114 euro, w 2007 r. również będzie wynosiło 114 euro, a od 2008 r. 154 euro rocznie. Dopłata na dziecko odpowiednio 92, 138 i 185 euro. Określona jest minimalna wysokość wpłaty własnej: 2% dochodów z poprzedniego roku minus dopłaty (2005 r.), 3% (2006 r. i 2007 r.), 4% (od 2008 r.), jednak nie mniej niż 60 euro. Maksymalna wpłata wynosi 1050 euro minus dopłaty (2005 r.), 1575 euro (2006 r. i 2007 r.) i 2100 euro (od 2008 r.). Dodatkowe zabezpieczenie powstaje z dochodu przed opodatkowaniem, dlatego opodatkowane będą przyszłe wypłaty[18].

Ubezpieczenie pielęgnacyjne[19]

W 1995 r. Niemcy wprowadziły ubezpieczenie pielęgnacyjne (Pflegeversicherung), określane jako „piąty filar" ubezpieczeń społecznych, obok ubezpieczenia zdrowotnego[20], emerytalno-rentowego, wypadkowego oraz ubezpieczenia na wypadek bezrobocia.

Jako osoby wymagające pielęgnacji (pflegebedürftig) określone są w ustawie osoby, które *w wyniku choroby lub inwalidztwa (ze względów fizycznych, psychicznych lub duchowych) wymagają istotnej pomocy w wykonywaniu zwykłych lub regularnie powtarzalnych czynności w życiu codziennym – na stałe,*

---

[18] Ibid., s. 68-71.

[19] Na podstawie opracowania: *Pflegeversicherung, Bundesministerium für Gesundheit*, www.bmg.bund.de

[20] Analogicznie do polskiej terminologii, w opracowaniu stosowane jest określenie „ubezpieczenie zdrowotne", choć w Niemczech nazywa się ono „chorobowym" (Krankenversicherung).

co najmniej przez najbliższych sześć miesięcy. Chodzi o czynności związane z higieną osobistą (m.in. mycie się), odżywianiem (przygotowanie posiłków i jedzenie), poruszaniem się (m.in. ubieranie się i chodzenie) oraz pracami domowymi (m.in. robienie zakupów, pranie). Ustawa rozróżnia trzy stopnie konieczności pielęgnacji, definiowane przez wymiar godzinowy niezbędnej pielęgnacji – 1,5; 3 i 5 godzin dziennie, z możliwością uznania także tzw. ciężkich przypadków.

Z założenia priorytet ma opieka domowa w postaci usług pielęgnacyjnych wykonywanych w domu osoby pielęgnowanej. Ubezpieczenie pielęgnacyjne zapewnia świadczenia w formie rzeczowej oraz w formie świadczeń pieniężnych. Jeżeli opieka jest świadczona przez wykwalifikowane służby opieki ambulatoryjnej, ubezpieczenie gwarantuje świadczenia rzeczowe – pokrywa koszty pielęgnacji do określonej wysokości, w zależności od stopnia konieczności pielęgnacji (384, 921, 1432 oraz 1918 euro miesięcznie). Drugą opcją są świadczenia pieniężne – zasiłek pielęgnacyjny wypłacany osobie wymagającej pielęgnacji, która może wynagrodzić dzięki niemu np. opiekującego się nią krewnego. Zasiłek pielęgnacyjny wynosi odpowiednio 205, 410 i 665 euro. Możliwe jest także łączenie świadczeń rzeczowych i pieniężnych – odpowiednio wtedy zmniejszanych.

Ubezpieczenie pokrywa także koszty pielęgnacji stacjonarnej – w domach opieki (ale nie wyżywienia i mieszkania!). Ponadto ubezpieczenie przewiduje inne świadczenia, np. pokrywające koszty pielęgnacji w okresie urlopu stałego opiekuna lub koszty przystosowania mieszkania do pielęgnacji. Usługodawcami w ubezpieczeniu pielęgnacyjnym mogą być zarówno instytucje publiczne, jak i prywatne, które podpisały kontrakty z kasami pielęgnacyjnymi.

Obowiązek ubezpieczenia pielęgnacyjnego dotyczy wszystkich osób objętych obowiązkiem ustawowego ubezpieczenia zdrowotnego. Obowiązuje zasada, że ubezpieczenie pielęgnacyjne jest pochodną ubezpieczenia zdrowotnego. Podobnie jak w ubezpieczeniu zdrowotnym, współubezpieczeni (bez dodatkowej składki) są członkowie rodziny. Osoby objęte prywatnym ubezpieczeniem zdrowotnym muszą zawrzeć prywatne ubezpieczenie pielęgnacyjne.

Składka na ubezpieczenie pielęgnacyjne wynosiła w 2006 r. 1,7% podstawy wymiaru, ograniczonej do 42 750 euro rocznie (3562,50 euro miesięcznie). Pracownicy i pracodawcy płacą składkę po połowie. Emeryci i renciści objęci obowiązkiem ustawowego ubezpieczenia emerytalno-rentowego płacą składkę w wysokości 1,7% emerytury lub renty brutto. Bezdzietni ubezpieczeni muszą od 1 stycznia 2005 r. płacić dodatkową składkę w wysokości 0,25%.

Około 1,3 mln osób otrzymuje ze społecznego ubezpieczenia pielęgnacyjnego świadczenia związane z opieką domową (w formie rzeczowej lub zasiłku pielęgnacyjnego). Analogiczne świadczenia z prywatnego ubezpieczenia pielę-

gnacyjnego uzyskuje około 81 tys. osób. Świadczenia związane z opieką stacjonarną otrzymuje około 629 tys. osób z ubezpieczenia społecznego i 38 tys. z prywatnego ubezpieczenia pielęgnacyjnego.

Otoczenie

Na poziom życia w późniejszej fazie życia, a tym samym na ostateczny poziom zabezpieczenia w okresie starości, wpływa wiele czynników poza systemem emerytalnym i innymi instytucjami bezpośrednio skierowanymi do tej części społeczeństwa.

Po pierwsze, o poziomie życia decyduje zamożność społeczeństwa, czyli ogólny poziom życia, mierzony np. poziomem produktu krajowego na mieszkańca. Każdy system emerytalny jest bowiem jedynie sposobem podziału produkcji wytworzonej w danym miejscu i czasie pomiędzy pracujących i emerytów. Im większa produkcja, tym większe możliwości konsumpcji dla emerytów. I tak np. w relacji do wynagrodzeń przeciętne emerytury są w Polsce wyższe niż w Niemczech, ale ze względu na wyraźnie wyższy PKB na mieszkańca (por. tab. 1), emeryci w Niemczech żyją na znacznie wyższym poziomie niż w Polsce. Podobnie, wyższy PKB oznacza więcej środków na opiekę zdrowotną itd.

Po drugie, poziom życia osób starszych kształtują także inne działy polityki społecznej państwa, skierowane do ogółu ludności, zatem także do osób w późniejszej fazie życia. Poziom i jakość życia emerytów w Niemczech jest wyraźnie wyższy niż np. w Polsce także dzięki dobrze funkcjonującej opiece zdrowotnej, polityce mieszkaniowej, innym usługom społecznym. Również poziom pomocy społecznej ma znaczenie dla zabezpieczenia przed ubóstwem. W Niemczech tylko mała część osób starszych jest skazana na pomoc społeczną. W końcu 1998 r. pomoc społeczną uzyskiwało niecałe 2% wszystkich osób starszych[21]. W 2003 r. nowo wprowadzone podstawowe zabezpieczenie otrzymywało 1,8% wszystkich osób powyżej 65 roku życia[22].

Oceny i perspektywy

Zabezpieczenie na okres starości w Niemczech bardzo dobrze chroni przed ubóstwem i zapewnia utrzymanie poziomu życia z okresu aktywności zawodo-

---

[21] W. Schmähl: *Dismantling the Earnings-Related Social Pension Scheme – Germany Beyond a Crossroad.* Zentrum für Sozialpolitik, Universität Bremen, ZeS-Arbeitspapier Nr 9/2003, s. 7.

[22] Nationaler Strategiebericht Alterssicherung (NSB), Bundesrepublik Deutschland 2005, s. 14.

wej. Kluczowym instrumentem zabezpieczenia jest ubezpieczenie emerytalno-rentowe. Do dobrego zabezpieczenia potrzeb osób starszych przyczyniają się także inne instytucje polityki społecznej, w tym ubezpieczenie pielęgnacyjne i opieka zdrowotna.

Dokonane w ostatnich latach reformy emerytalne w Niemczech miały jeden cel: zapewnienie długookresowej wypłacalności systemu. Według aktualnych założeń, w 2030 r. poziom składki na ubezpieczenie emerytalno-rentowe nie przekroczy 22%. Według prognoz z 1987 r. składka w 2030 r. mogła wynosić między 36 a 42%[23].

Niemcom udało się w ostatnich latach zwiększyć poziom zatrudnienia osób starszych – dla osób w wieku 55-65 lat wskaźnik zatrudnienia wzrósł w latach 2002-2004 z 38,7% do 41,2%. Odpowiednio wzrósł także przeciętny wiek przejścia na emeryturę: z 62,2 lat w 1998 r. do 62,9 lat w 2003 r.[24]. Ogólnie poprawa sytuacji na rynku pracy jest traktowana jako jeden z warunków zapewnienia finansowania systemu emerytalnego. Narodowy Raport Strategiczny eksponuje reformy rynku pracy dokonane przez rząd Gerharda Schrödera na podstawie propozycji Komisji Ekspertów pod przewodnictwem Petera Hertza (4 ustawy w latach 2003-2005)[25].

Po dziesięcioleciach stagnacji, w ostatnich latach renesans przeżywało zakładowe zabezpieczenie emerytalne. Między styczniem 2002 r. a marcem 2003 r. około 300 tys. zakładów (czyli 15% wszystkich) wprowadziło lub rozszerzyło dodatkowe zabezpieczenie emerytalne. 31 marca 2003 r. 15,3 mln zatrudnionych (10,3 mln w sektorze prywatnym i około 5 mln w sektorze publicznym) miało nabyte uprawnienia do emerytury zakładowej (stanowiło to 57% wszystkich pracujących objętych obowiązkiem ubezpieczenia społecznego). Ponadto do końca grudnia 2004 r. zawarto około 4,2 mln prywatnych umów zabezpieczenia na starość („emerytury Riestera"). W sumie zatem około 20 mln osób dysponuje dodatkowym zabezpieczeniem emerytalnym wspieranym przez państwo[26]. Zwraca uwagę sposób finansowego wsparcia przez państwo dodatkowego kapitałowego zabezpieczenia. Dopłata określona jest kwotowo i przysługuje także na dzieci, dzięki czemu relatywnie większe wsparcie uzyskują osoby o niższych dochodach i rodziny z dziećmi. To oznacza, że także dodatkowe zabezpieczenie emerytalne w Niemczech zawiera elementy solidarności[27].

---

[23] Ibid., s. 9.
[24] Ibid., s. 10.
[25] Ibid., s. 22-24.
[26] Ibid., s. 10, 66.
[27] Ibid., s. 21.

Niemcy uznaje się tradycyjnie za przykład kraju, który nie zdecydował się na strukturalną reformę emerytalną, ograniczając się do zmian parametrycznych. Rzeczywiście, reforma emerytalna z 2001 r. nie wprowadziła żadnych systemowych zmian do dotychczasowego systemu, porównywalnych do reform: szwedzkiej, węgierskiej czy bułgarskiej. W odróżnieniu od wymienionych, skutki niemieckiej reformy w krótkim okresie nie są znaczące. Tym niemniej w dłuższej perspektywie trzy zmiany uzasadniają – zdaniem K. Hinrichsa i O. Kangasa – określenie reformy z 2001 r. mianem zmiany paradygmatu:

1. Całkowite odwrócenie dotychczasowej polityki emerytalnej z polityki dochodowej zorientowanej na wydatki na politykę wydatkową zorientowaną na dochody.
2. Wprowadzenie odrębnego systemu zabezpieczenia minimalnych dochodów na starość.
3. Przejście z de facto podejścia jednofilarowego (tylko system publiczny) na podejście wielofilarowe, w ramach którego zabezpieczenie prywatne ma zrekompensować obniżenie emerytury publicznej. *Ostatnia reforma wprost odrzuca założenie, że same emerytury publiczne mają zapewnić utrzymanie poziomu życia [...] Zwrot w stronę systemu wielofilarowego z pewnością jest zmianą trzeciego rzędu*[28].

Narodowy Raport Strategiczny z 2005 r. także używa w odniesieniu do wprowadzonych w 2001 r. zmian określenia „zmiana paradygmatu", podkreślając równocześnie, że rozwój dodatkowego zabezpieczenia emerytalnego jest bardzo długim procesem, ale cieszy rozwój tego zabezpieczenia w okresie trudności gospodarczych[29].

Podsumowując, realizowana w ostatnich latach polityka emerytalna w Niemczech jest istotną próbą zapewnienia długookresowej stabilności finansowej systemu. Celem reform jest zarówno ustabilizowanie składki emerytalnej, jak i dotacji państwowych. Polityka ta obejmuje także wzmocnienie metody kapitałowej w stosunku do dominującej dotąd repartycji. Zwolennicy tej zmiany traktują ją jako niezbędną modernizację niemieckiego systemu emerytalnego[30].

Polityka ta będzie prowadzić do obniżenia świadczeń. Nie ma raczej niebezpieczeństwa naruszenia celu zapewnienia minimalnego dochodu, a więc

---

[28] K. Hinrichs, O. Kangas: Op. cit., s. 43.

[29] Nationaler Strategiebericht Alterssicherung (NSB), Bundesrepublik Deutschland 2005, s. 11.

[30] J.M. Neumann: *Ein Einstieg in die Kapitaldeckung der gesetzlichen Rente ist das Gebot der Stunde.* „Wirtschaftsdienst" 1998, s. 259-264; H. Siebert: *Pay-as-You-Go versus Capital-Funded Pension Systems: The Issues.* W: H. Siebert (red.): *Redesigning Social Security.* Tübingen 1998, s. 3-33.

zapobiegania ubóstwu jako celu systemu emerytalnego. Polityka ta będzie jednak prowadzić do zmiany paradygmatu w zabezpieczeniu emerytalnym[31]. Coraz bardziej zadaniem – jawnym lub faktycznym – państwowego systemu emerytalnego będzie się stawało zapewnienie minimalnych dochodów. Wysokość emerytur z ubezpieczenia społecznego będzie się stopniowo zbliżała do wysokości świadczeń z pomocy społecznej. Dla utrzymania poziomu życia coraz bardziej niezbędne będzie dodatkowe zabezpieczenie emerytalne oparte na kapitalizacji. Może się pojawić kwestia jego obligatoryjności. W ten sposób niemiecki system emerytalny może wrócić do swoich korzeni z epoki Bismarcka.

[31] W. Schmähl: *Dismantling the Earnings-Related…*, op. cit.

Maria Zrałek
Uniwersytet Śląski

POLITYKA SPOŁECZNA WOBEC PROBLEMÓW STAROŚCI

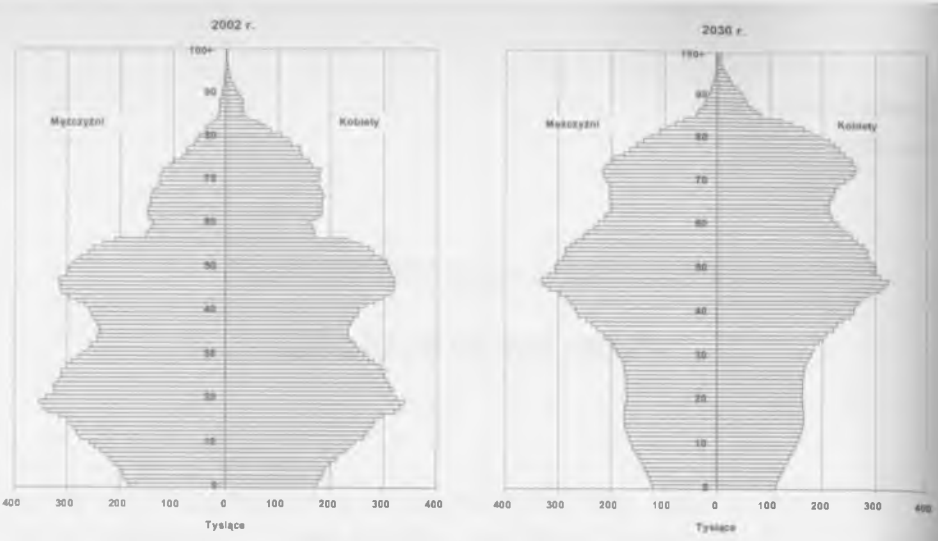
Utrzymanie, a może raczej podtrzymywanie samodzielności ludzi starych wykracza poza zadania służby zdrowia: powinna stać się wyzwaniem dla gerontologii, polityki społecznej, a także dla całego społeczeństwa. Nauczmy się żyć ze starością – nie tylko ze starością innych, ale także z przyszłą lub obecną starością własną. [...] Starość przypomina księżyc w trzeciej i czwartej kwadrze; jeszcze świeci, jeszcze bawi swoim pięknem, ale z każdym dniem światła jest coraz mniej. Można przedłużyć blask starości poprzez wielokierunkowe działania profilaktyczne, pomoc medyczną i zabezpieczenie socjalne[1].

W ten piękny sposób został scharakteryzowany kierunek działań tworzących warunki godnej starości. A problem nie jest bagatelny. Według prognozy GUS, do 2010 r. liczba ludności w wieku produkcyjnym z obecnych 24,5 mln wzrośnie o ponad 1 mln, zaś w wieku poprodukcyjnym (65 lat i więcej) z niemal 4,9 mln do 5,2 mln osób[2]. W okresie kolejnych 20 lat liczba ludności w wieku produkcyjnym będzie systematycznie maleć do poziomu 21,8 mln w 2030 r., a w wieku poprodukcyjnym rosnąć aż do 8,5 mln (rys. 1 i 2).

---

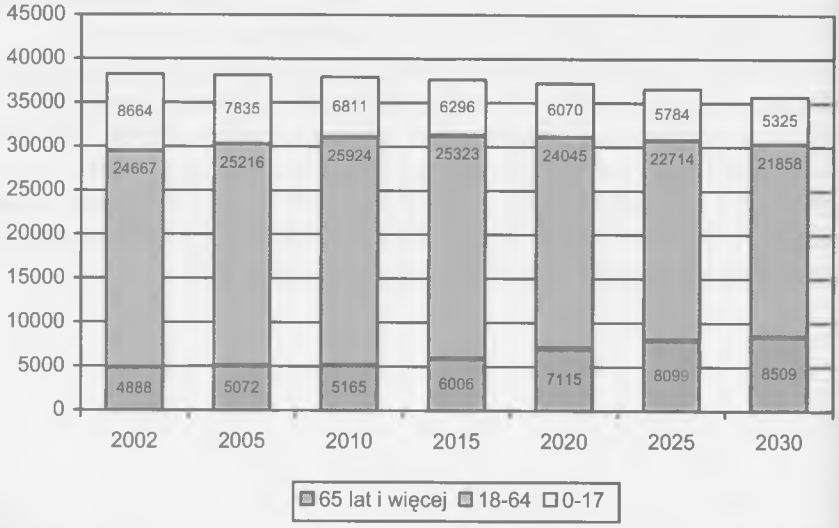
[1] W. Pędich: *Samodzielność w starości, czyli jasna strona księżyca*. W: *Samodzielność ludzi starych z perspektywy medycyny i polityki społecznej. Dotychczasowe doświadczenia UE i Polski.* Materiały konferencyjne. Warszawa, s. 215-216.

[2] *Podstawowe informacje o rozwoju demograficznym Polski do 2004 roku.* GUS, www.stat.gov.pl/dane_spol-gosp/ludnosc/demografia/2004/demografia_04.doc



Rys. 1. Ludność według płci i wieku w latach 2002 i 2030

Źródło: *Podstawowe informacje o rozwoju demograficznym Polski do 2004 roku.* GUS, www.stat.gov.pl/dane_spol-gosp/ludnosc/demografia/2004/demografia_04.doc



Rys. 2. Prognoza ludności polski do 2030 r.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: *Podstawowe informacje o rozwoju demograficznym Polski do 2004 roku.* Op. cit.

Przyczyny tego procesu tkwią w malejącej dzietności i wzrastającej długości życia. Do 2030 r. średni wiek mieszkańca Polski wzrośnie do ponad 45 lat, z tendencją do dalszego wzrostu (obecnie wynosi około 37 lat). Okres po 2020 r. będzie się charakteryzował gwałtownym starzeniem się ludności. Znaczny przyrost nastąpi w najstarszych grupach wieku. Liczba osób w wieku 85 lat i więcej wzrośnie do 2010 r. o 50% i osiągnie 500 tys., a w 2030 r. prawie 800 tys. (obecnie liczba osób w tym wieku wynosi niespełna 320 tys.). Cechą charakterystyczną jest przede wszystkim wydłużenie przeciętnego trwania życia. Już obecnie wynosi ono dla mężczyzn 70,7 lat, a dla kobiet 79,2 lat. Według prognozy ONZ[3] do 2050 r. wzrośnie dla mężczyzn do poziomu 76,9, a dla kobiet 83,3. Tendencje wydłużania przeciętnego trwania życia ukazuje rys. 3.

Zmiany zachodzące w strukturze demograficznej Polski wskazują na zaawansowane i szybkie tempo starzenia się ludności Polski. Sytuację pogarsza niespotykana w latach powojennych skala migracji młodych ludzi wyjeżdżających do pracy w krajach Unii Europejskiej.

Rys. 3. Przeciętne trwanie życia w latach 1950-2003

Źródło: *Podstawowe informacje o rozwoju demograficznym Polski do 2004 roku*. Op. cit.

[3] *Sytuacja demograficzna Polski*. Rządowa Rada Ludnościowa. Raport 2003. Warszawa 2004, s. 42.

Proces starzenia się ludności stwarza określone problemy społeczne oraz ekonomiczne i wymaga kształtowania odpowiedniej polityki społecznej skierowanej na tę grupę ludności. Konsekwencje wydłużania się przeciętnego trwania życia wpływają na różne sfery życia społecznego. Dotyczą bowiem rosnących świadczeń z zabezpieczenia społecznego, szczególnie z ubezpieczeń emerytalnych, rentowych i pomocy społecznej. Pogarszająca się kondycja zdrowotna tej grupy ludności powoduje wzrost zapotrzebowania na usługi medyczne, a także na usługi opiekuńcze i socjalne. Zachodzi konieczność dostosowania i rozbudowy odpowiedniej infrastruktury społecznej. Odmiennym problemem, acz mającym pośrednio wpływ na działania wobec ludzi starych jest kształtowanie pozytywnego wizerunki człowieka starego. Nieuchronnie „siwiejąca Polska" wymaga akceptacji ludzi starych, likwidacji wszelkich form dyskryminacji w różnych dziedzinach.

Z uwagi na coraz większe obciążenie starością następuje zagrożenie ograniczenia funkcji opiekuńczych, a także zakresu realizowanych przez państwo świadczeń wobec ludzi starych. Podejście do problemu starości jako zjawiska społecznego charakteryzowała ewolucja poglądów co do miejsca człowieka starszego w społeczeństwie. Początkowo dominował pogląd, że w miarę starzenia się człowieka następuje jego wycofywanie się z dotychczasowych kontaktów społecznych oraz środowiska społecznego, a więc także rezygnacja z pełnionych dotychczas ról społecznych. Ludzie starsi zaczynali być postrzegani jako osoby, które koncentrują się na własnych problemach, maleje ich więź emocjonalna z otoczeniem zewnętrznym oraz wymagają coraz większej opieki. Drugi pogląd, dominujący obecnie, opiera się na idei pełnego uczestnictwa ludzi starszych w życiu społecznym i założeniu, że poprzez różnego rodzaju aktywność daje się im szansę utrzymania sprawności i dalszego rozwoju. Jak wskazał Jan Paweł II *[...] nie należy traktować człowieka starego wyłącznie jako tego, który potrzebuje opieki, bliskości, pomocy. On także może wnieść cenny wkład w życie. Dzięki bogatemu doświadczeniu zgromadzonemu w ciągu wielu lat może i powinien dzielić się swoją mądrością, dawać świadectwo nadziei i miłości*[4]. Należy więc tworzyć warunki do aktywnego uczestnictwa ludzi starszych w ich dotychczasowym środowisku społecznym i zamieszkania. Istotną sprawą staje się zatem poszukiwanie rozwiązań systemowych gwarantujących ludziom starszym należyte miejsce w społeczeństwie oraz stworzenie, wraz z ubytkiem sił, warunków godziwego życia. Podstawowym problemem jest jednak fakt, iż zmienia się obraz ludzi starszych, co w zasadniczy sposób wpływa na rodzaj i zakres podejmowanych działań w sferze polityki społecznej. Populacja osób starszych jest zbiorowością heterogeniczną, a różnicują ją

---

[4] Jan Paweł II: *W oczekiwaniu na „wieniec sprawiedliwości"*. „ETHOS" 1999, nr 47, s. 11.

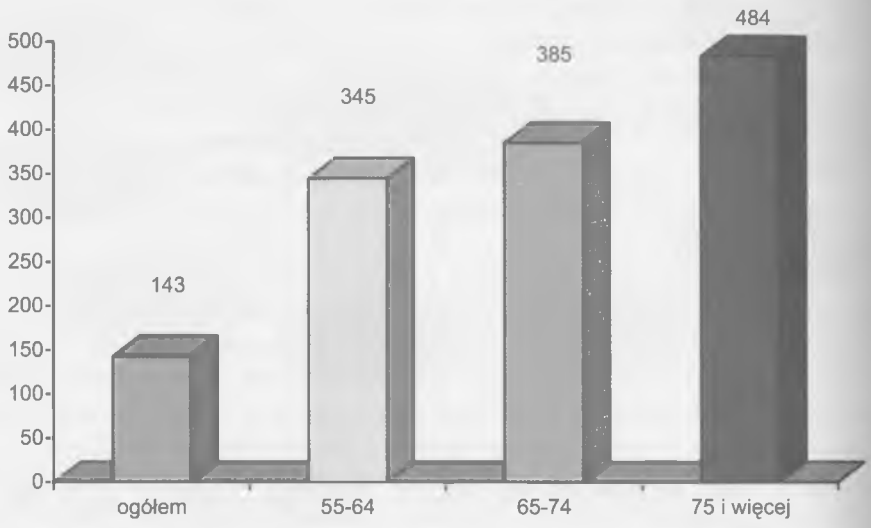
wiek, stan zdrowia i niepełnosprawność, poziom zamożności, sytuacja rodzinna, posiadane wykształcenie, dotychczasowe warunki życia.

Rys. 4. Czynniki wpływające na miejsce starszego pokolenia w stratyfikacji społecznej

Źródło: B. Szatur-Jaworska, P. Błędowski, M. Dzięgielewska: *Podstawy gerontologii społecznej*. Warszawa 2006, s. 207.

Wpływ różnorodnych czynników na sytuację ludzi starszych powinien się przekładać na odmienność działań w zależności od rodzaju potrzeb tej grupy ludności. W związku z rosnącą liczbą ludzi starszych i wydłużaniem się przeciętnego czasu trwania życia wzrasta liczba osób niepełnosprawnych. Według danych Narodowego Spisu Powszechnego z 2002 r., liczba osób niepełnosprawnych wynosiła 5456,7 tys. osób, co stanowiło 14,3% ogółu ludności Polski. Wśród nich osoby starsze powyżej 60 roku życia stanowiły niemal połowę (2614,6 tys. osób, tj. 48,0%) ogółu populacji osób niepełnosprawnych. O ile średnio na 1000 ludności przypadają 143 osoby niepełnosprawne, to w grupie wieku 55-64 lata już 345 osób, 65-74 lata 385 osób, a w grupie 75 lat i więcej aż 484 osoby. W praktyce oznacza to, że niemal połowa osób w zaawansowanym wieku odczuwa poważne problemy zdrowotne i związane z samodzielnym funk-

cjonowaniem, co powinno kształtować daleko idące zmiany w systemie opieki w miejscu zamieszkania. Jak podkreśla H. Balicka-Kozłowska, *skojarzenie inwalidztwa ze starością jest czymś bardziej uciążliwym, dotkliwym i wymagającym większej pomocy, niż prosta suma ograniczeń, które każde z nich z osobna pociąga za sobą. Niełatwo być jednocześnie inwalidą i starym człowiekiem*[5].



Rys. 5. Liczba osób niepełnosprawnych na 1000 ludności w grupach wieku

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Narodowy Spis Powszechny 2002. *Osoby niepełnosprawne oraz ich gospodarstwa domowe*. Cz. I. *Osoby niepełnosprawne*. GUS, Warszawa 2003.

Wraz z wiekiem nasilają się różnego rodzaju dolegliwości i ograniczenia życiowe, które są potęgowane utrudnieniami wynikającymi z niepełnosprawności. W konsekwencji ludzie starsi zaczynają mieć problemy z wykonywaniem nawet najprostszych czynności związanych z codziennymi obowiązkami, które obejmują podstawową samoobsługę przy czynnościach higienicznych, zakupy, przyrządzanie posiłków itp. Jedynie niewielki odsetek osób starszych niepełno-

[5] H. Balicka-Kozłowska: *Konfrontacja wiedzy gerontologicznej z obserwacją własnego starzenia się*. W: M. Dzięgielewska: *Przygotowanie się do starości*. Łódź 1999, s. 101.

sprawnych może funkcjonować bez ograniczeń, przy czym bez względu na wiek starsze, niepełnosprawne kobiety częściej niż mężczyźni odczuwają ograniczenia sprawności (tab. 1).

Tabela 1

Ograniczenia sprawności starszych osób niepełnosprawnych według wieku i płci (w %)

Kategoria niepełnosprawności	Wiek					
	ogółem	60-64 lata	65-69 lat	70-74 lata	75-79 lat	80 lat i więcej
	Ogółem					
Razem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Ograniczenia sprawności całkowite	18,0	11,8	14,6	18,2	21,0	27,4
Ograniczenia sprawności poważne	59,4	54,2	59,0	60,9	62,2	61,4
Nieodczuwane ograniczenia sprawności	22,6	34,0	26,4	20,9	16,8	11,2
	Mężczyźni					
Razem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Ograniczenia sprawności całkowite	17,3	12,3	15,6	18,9	21,2	25,2
Ograniczenia sprawności poważne	56,7	51,9	56,7	58,2	59,9	61,3
Nieodczuwane ograniczenia sprawności	26,0	35,8	27,7	22,9	18,9	13,5
	Kobiety					
Razem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Ograniczenia sprawności całkowite	18,5	11,2	13,7	17,8	20,8	28,3
Ograniczenia sprawności poważne	61,2	56,8	60,9	62,7	63,5	61,4
Nieodczuwane ograniczenia sprawności	20,3	32,0	25,4	19,5	15,7	10,3

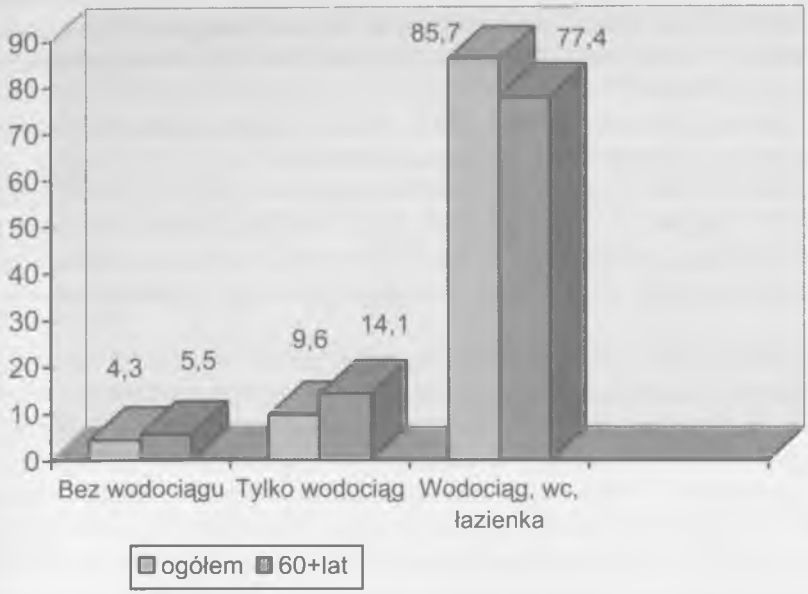
Źródło: Obliczenia własne na podstawie: Narodowy Spis Powszechny 2002. *Osoby niepełnosprawne oraz ich gospodarstwa domowe*. Cz. I. *Osoby niepełnosprawne*. GUS, Warszawa 2003, s. 90-91.

W kształtowaniu polityki społecznej na rzecz starszych istotną rolę odgrywają działania zmierzające do utrzymania warunków normalnego ich funkcjonowania w społeczeństwie i rodzinie. Jednym z nich są odpowiednie warunki mieszkaniowe. Dla osób starszych warunki mieszkaniowe i ich funkcjonalność mają szczególne znaczenie. Zmniejszanie się wydolności fizycznej i psychicznej, redukowanie kontaktów społecznych w dotychczasowych obszarach aktywności społecznej i zawodowej powodują, że mieszkanie i najbliższe otoczenie stają się dla ludzi starych podstawowym punktem odniesienia. To właśnie dom stanowi schronienie, miejsce zaspokajania większości potrzeb, daje poczucie bezpieczeństwa. Najczęściej w tym obszarze człowiek stary realizuje niemal wszystkie swoje potrzeby, podejmuje różne formy aktywności w zależności od swoich aktualnych możliwości.

Wyposażenie mieszkań w instalacje techniczno-sanitarne, powierzchnia mieszkania oraz usytuowanie lokalu w budynku stanowią podstawowe elementy oceny warunków zamieszkania ludzi starszych. W miastach jeszcze w latach 70. i 80. XX w. niemal regułą była sytuacja, w której stare, często substandardowe mieszkania były zajmowane przez ludzi starych. Sytuację tę H. Kulesza określiła jako „starzy ludzie w starych domach"[6]. Powoli zmienia się to, gdyż najstarsi mieszkańcy tych mieszkań powoli wymierają, a ich mieszkania coraz częściej przejmują młodzi ludzie, których nie stać na kupno czy wynajem nowego mieszkania. Ponadto następuje systematyczna (acz bardzo powolna) wymiana starych, całkowicie zużytych technicznie budynków, często pochodzących jeszcze z przełomu XIX i XX w. Aktualnie grupę starszych w coraz większym stopniu tworzą osoby, które zasiedlały mieszkania wybudowane przed 30-40 laty, charakteryzujące się wyższym standardem, dlatego ich warunki mieszkaniowe w tym względzie są bardziej komfortowe. Mieszkania te, szczególnie spółdzielcze w miastach, są z reguły wyposażone we wszystkie podstawowe instalacje i urządzenia. Pozytywnie zmieniły się również wskaźniki zagęszczenia i zaludnienia. Wprawdzie obowiązujący w czasach budowy tych domów normatyw zasiedlenia był projektowany dla rodzin dwupokoleniowych i charakteryzował się stosunkowo małą powierzchnią, jednak z uwagi na obecną wielkość gospodarstw domowych ludzi starych wynikającą z opuszczenia rodzinnego domu przez młodsze pokolenie mieszkania te zapewniają większą powierzchnię przypadającą na osobę. Nie są natomiast pozbawione barier ułatwiających swobodne funkcjonowanie osób starszych z ograniczoną sprawnością. Pomimo poprawy warunków mieszkaniowych ludzi starszych w dalszym ciągu są one jednak gorsze niż ogółu ludności, co ilustruje rys. 6.

---

[6] H. Kulesza: *Sytuacja mieszkaniowa ludzi starszych w Polsce według badań GUS*. W: *Mieszkania starszych ludzi w Polsce. Sytuacja i perspektywy zmian*. Warszawa 2001.



Rys. 6. Wyposażenie mieszkań ludzi starszych na tle ogółu ludności

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Narodowy Spis Powszechny 2002. *Warunki mieszkaniowe gospodarstw domowych i rodzin.* GUS, Warszawa 2003

Odpowiednie mieszkania dla tej grupy ludności powinny się charakteryzować brakiem barier architektonicznych utrudniających poruszanie się zarówno w mieszkaniu, jak i w jego otoczeniu, odpowiednim standardem powierzchniowym, wyposażeniem w urządzenia i instalacje. Wskazane wysokie koszty utrzymania powinny skłaniać do szukania takich rozwiązań, które udostępniałyby tańsze mieszkania. Jednym z nich jest wprowadzenie dodatków mieszkaniowych, jednak ograniczenie powierzchni, na którą przysługuje to świadczenie eliminuje wielu starszych ludzi z korzystania z tego rodzaju pomocy. W miastach w dalszym ciągu znajduje się duża część zasobów mieszkaniowych stanowiąca starą zabudowę, często o relatywnie dużej powierzchni mieszkań, zajmowana przez 1-2-osobowe gospodarstwa. Lokatorzy, którzy dysponują mieszkaniami o większym metrażu nie mają prawa do dodatku. Nie mają też większych szans zamiany mieszkania na mniejsze. Stare, niefunkcjonalne mieszkania o stosunkowo niskim standardzie nie stanowią atrakcyjnej oferty na zamianę na mniejszy lokal, a tym samym dostosowanie powierzchni lokalu do

wielkości gospodarstwa domowego ludzi starszych. Bardzo ważnym elementem dobrych warunków mieszkaniowych jest też dostępność do urządzeń infrastruktury społecznej i placówek usługowo-handlowych w najbliższym otoczeniu mieszkania.

Zgodnie z postanowieniami ZEKS (art. 23)[7], jedną z naczelnych zasad pełnoprawnego uczestnictwa w życiu społecznym jest umożliwienie osobom w podeszłym wieku swobodnego wyboru sposobu życia oraz niezależnej egzystencji w znanym im środowisku tak długo, jak długo będą sobie tego życzyły i będą do tego zdolne, m.in. przez zapewnienie mieszkań dostosowanych do ich potrzeb i stanu ich zdrowia lub stosownej pomocy przy adaptacji ich mieszkań.

System pomocy osobom starszym powinien się opierać na fundamentalnej zasadzie jak najdłuższego pozostawania tych osób w określonym środowisku lokalnym, przy jednoczesnym stopniowym zwiększaniu poziomu i rodzaju usług z poszanowaniem swobody wyboru miejsca pobytu przez zainteresowanych. Jak podkreśla E. Trafiałek *[...] miejsce i status człowieka starego w społeczeństwie wyznaczone są kondycją ekonomiczną, mobilnością i szeroko rozumianą aktywnością: od kontynuacji aktywności zawodowej, poprzez społeczną i polityczną, kulturalną, oświatową, rekreacyjną, aż po wokółrodzinną, towarzyską i religijną*[8].

Aktualnie w Polsce poważnym problemem staje się utrzymanie zadowalającego poziomu życia ludzi starszych. System ubezpieczeń społecznych zbudowany na zasadach repartycyjnych nie jest w stanie sfinansować rosnącej liczby tzw. starych emerytur. Także wprowadzenie reformy ubezpieczeń społecznych w 1999 r. nie poprawiło sytuacji z uwagi na wysokie bezrobocie oraz wzrost zatrudnienia nierejestrowanego, co w istotny sposób ogranicza dopływ wystarczających środków na bieżące emerytury. Wysokie koszty pracy stanowią barierę w podnoszeniu składek emerytalnych. Nie ma też możliwości ograniczenia wysokości świadczeń emerytalnych z uwagi na koszty utrzymania gospodarstw domowych osób starszych. Średni poziom emerytur zabezpiecza jedynie skromne warunki egzystencji, acz emeryci i renciści nie należą w kraju do grup wysokiego ryzyka wykluczenia społecznego.

---

[7] J. Auleytner: *Polityka społeczna, czyli ujarzmianie chaosu socjalnego*. Warszawa 2002, s. 539.
[8] E. Trafiałek: *Polska starość w dobie przemian*. Katowice 2003, s. 164.

Tabela 2

Przeciętny miesięczny dochód rozporządzalny oraz przeciętne miesięczne wydatki w gospodarstwach domowych na 1 osobę w gospodarstwach domowych

Typ gospodarstwa domowego	Przeciętny dochód rozporządzalny	Przeciętne wydatki
Pracowników	782,26	717,90
Pracowników użytkujących gospodarstwa rolne	542,27	515,46
Rolników	541,00	507,33
Pracujących na własny rachunek	935,12	854,74
Emerytów	869,01	838,08
Rencistów	612,34	619,00

Źródło: Rocznik Statystyczny. GUS, Warszawa 2005, s. 291-298.

Wprawdzie przeciętny miesięczny dochód rozporządzalny w gospodarstwie domowym przypadający na 1 osobę jest wyższy w gospodarstwie domowym emerytów (869,01 zł) niż ogółem (735,40 zł), ale na nie najlepszą sytuację materialną wpływa specyficzna dla gospodarstw domowych osób starszych struktura wydatków. Znacznie większe wydatki gospodarstw domowych emerytów pochłaniają użytkowanie mieszkania i nośniki energii (199,56 zł wobec 140,78 zł ogółem), zdrowie (analogicznie 70,71 zł i 35,07 zł) oraz żywność (242,16 zł i 195,08 zł). Mniej środków jest przeznaczanych na rekreację i kulturę (45,50 zł wobec 47,04 zł ogółem) i transport (48,64 zł i 63,02 zł).

Przejście na emeryturę stanowi nie tylko obniżenie poziomu materialnego osób starszych, ale też poważny problem emocjonalny nazywany często „szokiem emeryckim"[9]. Stan ten charakteryzuje ludzi aktywnych, czerpiących sens życia z aktywnej pracy, którzy nagle znaleźli się w stanie bezczynności, z nadmiarem wolnego czasu i często z poczuciem braku sensu życia. Z drugiej strony Polska należy do państw, w których średni wiek przechodzenia na emeryturę jest jednym z najniższych w Unii Europejskiej. W dużej mierze wczesne

[9] *Raport o rozwoju społecznym, Polska 1999. Ku godnej aktywnej starości.* Warszawa 1999, s. 48.

odejście z rynku pracy wynika z możliwości przechodzenia na wcześniejsze emerytury, dostępności świadczeń dla osób w wieku przedemerytalnym, a także z szeroko rozwiniętych świadczeń chorobowych i rentowych. W sytuacji niepewności na rynku pracy ludzie starsi starają się zapewnić sobie skromniejszą, acz spokojną starość. Skalę problemu dokumentują dane ZUS, który podaje, że w 2004 r. 88,7% kobiet przeszło na emeryturę poniżej 60 roku życia, natomiast 72% mężczyzn poniżej 65 roku życia[10].

Tabela 3

Średni wiek odejścia z rynku pracy w Unii Europejskiej oraz w wybranych krajach w latach 2002-2003

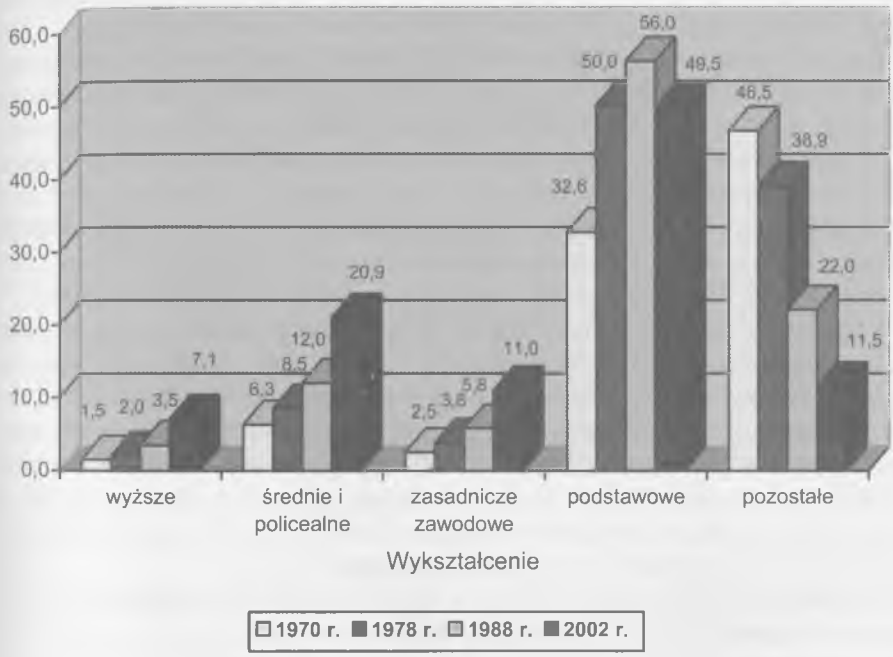
Obszar	2002 r.	2003 r.	2003 r. w stosunku 2002 r.
UE-25	60,4	61,0	+0,6
UE-15	60,8	61,4	+0,6
Kraje o najmłodszym wieku wycofywania się z rynku pracy			
Słowenia	56,6	56,2	-0,4
Polska	56,9	58,0	+1,1
Słowacja	57,5	57,8	+0,3
Kraje o najstarszym wieku wycofywania się z rynku pracy			
Irlandia	62,4	64,4	+2,0
Litwa	58,9	63,3	+4,4
Grecja	61,8	63,2	+1,4
Szwecja	63,2	63,1	-0,1

Źródło: B.E. Urbaniak: *Starsi pracownicy na rynku pracy w perspektywie do 2050 roku.* W: *Starość i starzenie się jako doświadczenie jednostek i zbiorowości ludzkich.* Red. J.T. Kowaleski i P. Szukalski. Łódź 2006, s. 15.

Aktywizacja zawodowa osób starszych napotyka trudne do usunięcia bariery. W sytuacji dużego bezrobocia pracodawcy nie są zainteresowani starszymi osobami. Wynika to z obaw pracodawców związanych z pogarszającym się

[10] B.E. Urbaniak: *Starsi pracownicy na rynku pracy w perspektywie do 2050 roku.* W: *Starość i starzenie się jako doświadczenie jednostek i zbiorowości ludzkich.* Red. J.T. Kowaleski i P. Szukalski. Łódź 2006, s. 15.

wraz z wiekiem stanem zdrowia pracowników oraz z trudnościami dostosowania się osób w wieku niemobilnym do bieżącej sytuacji na rynku pracy. Często kwalifikacje poparte dużym doświadczeniem nie są jednak wystarczające w dobie społeczeństwa informacyjnego. Wysokie wymagania posiadania umiejętności posługiwania się najnowszymi technikami informatycznymi niejednokrotnie stanowią trudną do pokonania barierę dla osób starszych. Równocześnie cechą charakterystyczną jest relatywnie niski poziom wykształcenia tej grupy ludności. Wprawdzie w ciągu ponad 30 lat widocznie poprawił się, ale w dalszym ciągu ludzie starsi są gorzej wykształceni niż ludzie młodzi (rys. 7).



Rys. 7. Poziom wykształcenia ludności w wieku 60 lat i więcej w latach 1970--2002

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Narodowy Spis Powszechny 1970, 1978, 1988, 2002. GUS, Warszawa.

Pracowników w starszym wieku charakteryzuje mniejsza sprawność i wydolność fizyczna, częściej też zapadają na zdrowiu, stają się więc mniej wydajni. Rozwiązaniem umożliwiającym zwiększenie aktywności zawodowej, a także

powrót do czynnego życia zawodowego osób starszych może być wprowadzenie elastycznych form zatrudnienia, godzących indywidualne preferencje osób wykonujących pracę z wymaganiami pracodawców. Mogą nimi być np.: niepełny wymiar czasu pracy, ruchomy czas pracy, nieregularne i zmienne systemy zmianowe, praca w czasie weekendów, job-sharing, job-splittng, praca w systemie tandemowym, praca na wezwanie, telepraca, zatrudnienie tymczasowe i inne[11]. Wspólną ideą takiej formy zatrudnienia osób starszych jest stworzenie warunków uzyskania dodatkowego źródła dochodu, a także dalsze aktywne uczestnictwo na rynku pracy. Proces aktywizacji osób w wieku poprodukcyjnym powinien polegać na dostosowywaniu pracy do indywidualnych potrzeb ludzi starszych. Zrealizowanie hasła „zapracuj się na śmierć – to jedyny sposób na życie"[12] powinno się stać podstawową formą aktywności ludzi starszych.

Dla dobrej jakości życia ludzi starszych oprócz zabezpieczenia potrzeb materialnych ogromną rolę odgrywa także sposób przeżywania własnej starości. Dla wielu ludzi starszych samotność i osamotnienie stanowi bardzo odczuwany, a zarazem trudny problem. Odczucie osamotnienia starszych osób doskonale charakteryzuje refleksja A. Camusa, który stwierdził: *[...] kiedy byłem młody, wymagałem od otaczających mnie ludzi więcej niż mogli mi dać: stałego uczucia, wiernej przyjaźni. Teraz zadowala mnie ich milcząca obecność, ich drobne uczucie, ich szlachetne odruchy mają dla mnie wartość objawienia.*

Samotność i osamotnienie mogą wpływać negatywnie na samopoczucie, stan zdrowia oraz relacje międzyludzkie. Wydłużanie przeciętnego trwania życia, zwłaszcza kobiet, powoduje, że w większym stopniu stan ten dotyczy starych kobiet. Rodzina stanowi dla każdego człowieka jedną z najważniejszych wartości. Dla wielu starszych osób, szczególnie nieaktywnych zawodowo, jest ona najważniejszym miejscem własnej aktywności. Relacje rodzinne często opierają się na wymianie świadczeń materialnych i wzajemnych usługach. Mogą one przybierać różne formy, co ilustruje tab. 4.

Dokonujące się przemiany wzorca rodziny, odrębność zamieszkania i coraz większe rozluźnienie więzi międzypokoleniowych w istotny sposób wpłynęły na relacje wśród członków rodziny. Atomizacja życia społecznego, degradacja stosunków międzyludzkich, narastająca agresja również wpływają na wycofywanie się starszych osób z życia społecznego. Zachwianie poczucia bezpieczeństwa generuje narastający proces automarginalizacji starych ludzi, mających trudności w znalezieniu się w nowych warunkach, dopełnia obrazu samotności i osamotnienia. Ciągle dominujący negatywny stereotyp człowieka

---

[11] *Elastyczne formy zatrudnienia i organizacji pracy a popyt na pracę w Polsce*. Red. E. Kryńska. Warszawa 2003.

[12] D. Brown: *Najlepsze lata masz jeszcze przed sobą*. Warszawa 1992, s. 3.

starego spychanego na margines życia społecznego i rodzinnego powoduje, że starsi zaczynają realizować ten model. A przecież jak wskazuje Jan Paweł II *[...] relacja między rodziną a ludźmi starymi winna być postrzegana jako wymiana darów. Także człowiek stary może dawać: nie należy lekceważyć doświadczenia zdobytego z wiekiem. Nawet jeśli zdarza się, że nie nadąża ono za zmieniającymi się czasami, zachowuje wartość jako zespół przeżyć, które mogą stać się źródłem wskazań dla członków rodziny, utrwalając ducha społeczności rodzinnej, jej obyczaje, tradycje zawodowe, przekonania religijne itp.*[13].

Tabela 4

Typy transferów międzypokoleniowych
(klasyfikacja przepływów międzypokoleniowych
według badaczy francuskich)

Typ	Prywatne – w ramach rodziny	
Kierunek	Zstępni	Wstępni
Transfery materialne	Spadki Dary jednorazowe o dużej wartości Pomoc finansowa (przy zakupie mieszkania, stała pomoc „na życie") Pożyczki Wydatki edukacyjne	Dary (rzadkość) Pomoc finansowa (stała pomoc, opłacanie usług opiekuńczych
Transfery w „naturze"	Pomoc w naturze (udostępnienie mieszkań itp.) Usługi opiekuńczo-wychowawcze Opieka nad wnukami	Opieka nad osobami chorymi i niepełnosprawnymi

Źródło: P. Szukalski: *Przepływy międzypokoleniowe i ich kontekst demograficzny*. Łódź 2002, s. 16.

[13] Jan Paweł II: Op. cit., s. 11-12.

Zapobiegać powstawaniu odczucia samotności i osamotnienia ludzi starszych można poprzez wielokierunkowe działania. Przede wszystkim należy podejmować starania o jak najszersze upowszechnienie zagadnień związanych z tą fazą życia ludzkiego, przełamywać negatywny stereotyp starości poprzez popularyzowanie różnego rodzaju aktywności życiowej, społecznej i działalności wolontariatu. Ważną rolę w tym zakresie powinny odgrywać różnego rodzaju instytucje służące aktywności społeczno-edukacyjnej, takie jak grupy samopomocy, stowarzyszenia społeczne, kluby seniora, Uniwersytety Trzeciego Wieku. Podniesienie aktywności ludzi starszych będzie możliwe w większym stopniu wtedy, gdy będzie się realizowało edukację przygotowania do starości, czyli, jak to określiła E. Dubas *uczenia się pięknego bycia samotnym*[14], aby poznać możliwości pozytywnego wykorzystania sytuacji samotności oraz strategii i sposobów przekraczania osamotnienia. Umiejętność przystosowania się człowieka do zmieniających się wraz z upływem lat możliwości fizycznych i psychicznych powinna się stać elementem systemu edukacji i rozpoczynać się znacznie wcześniej niż odczuwanie negatywnych zmian w organizmie i zbliżanie się do wieku emerytalnego.

Zadania wspomagania i ulepszania życia ludzi w starszym wieku są uwarunkowane przede wszystkim prowadzoną przez państwo polityką społeczną, realizowaną na szczeblu lokalnym przez różnego rodzaju instytucje. Ważne jest także zaangażowanie się ludzi starszych w rozwiązywanie swoich problemów. Jak podkreśla J. Staręga-Piasek *[...] ludzie starzy powinni stać na straży swoich wartości, które ukształtowały świat, otoczenie, ich samych i nie rezygnować z nich pod presją siły młodości. [...]. Ludzie starsi powinni być otwarci na zmiany w wielu obszarach – technologicznym, kulturowym, edukacyjnym, estetycznym [...]. Sprostanie temu jest jednak bardzo trudnym zadaniem, bowiem nie sprzyjają temu mechanizmy związane z procesem starzenia się, takie jak apoteoza przeszłości czy coraz trudniejsza wraz z wiekiem adaptacja do nowości i zmian. Niemniej bez otwarcia na nowe ludzie starzy będą skazywani na marginalizację*[15].

---

[14] E. Dubas: *Edukacja dorosłych w sytuacji samotności i osamotnienia*. Łódź 2000, s. 500.

[15] J. Staręga-Piasek: *O niektórych mitach wokół ludzi starych i starości*. W: *Zostawić ślad na ziemi*. Red. M. Halicka i J. Halicki. Białystok 2006, s. 135.

Małgorzata Baron-Wiaterek
Politechnika Śląska

ADMINISTRACJA PUBLICZNA WOBEC OSÓB W PODESZŁYM WIEKU

Zmiany demograficzne następujące w ostatnim okresie w krajach europejskich powodują wzrost odsetka osób w wieku powyżej 65 roku życia i więcej, co oznacza pojawienie się problemów związanych ze starzeniem się społeczeństwa. Procesy te pogłębiają zakłócenia relacji międzypokoleniowych i związany z tym rozwój nowego systemu aksjologicznego w relacjach społecznych. Wszystko to stawia przed administracją publiczną nowe wyzwania, które wymagają od niej realizowania stosownych zadań pozwalających na zapewnienie zaspokojenia potrzeb i interesów ludzi w podeszłym wieku. Wynika to z obowiązku zabezpieczenia podstawowych praw obywatelskich, w tym prawa do poszanowania godności, ujmowanej jako miara humanistycznych stosunków społecznych. Działania administracji publicznej w odniesieniu do osób starszych wymagają skoncentrowania się na specyfice funkcjonowania seniorów w społeczeństwie. Oznacza to, że powinny zmierzać przede wszystkim z jednej strony do umożliwienia im samodzielnego życia i zapewnienia stosownej pozycji w strukturze społeczności, w której funkcjonują, a z drugiej umożliwiać wykorzystanie posiadanego doświadczenia zawodowego po zakończeniu aktywności zawodowej oraz zmierzać do realizacji szans i zamierzeń odpowiadających wiekowi[1].

W literaturze wyróżnia się poszczególne etapy starzenia się ludności, obejmujące przejście od starzenia się społecznego do fizycznego, których przebieg jest związany z warunkami życia i sposobem życia jednostek. Zasadniczo wyodrębnia się następujące etapy obejmujące lata: 60-69 – początek starości, 70-74 – wiek przejściowy, 75-84 – wiek zaawansowanej starości, od 84 roku

---

[1] Szerzej L. Frąckiewicz: *Rekomendacje*. W: *Polska a Europa. Proces starzenia się ludności Polski i jego społeczne konsekwencje*. Red. L. Frąckiewicz. Katowice 2002, s. 151 i nast.

życia – niedołężna starość[2]. Wskazane etapy starzenia się osób, ujawniające się w sposób zindywidualizowany, z których wynikają określone konsekwencje dla polityki społecznej sprawiają, że nie jest możliwa prosta adaptacja rozwiązań stosowanych w stosunku do innych grup społecznych. Działania podmiotów podejmujących zadania wobec ludzi w podeszłym wieku – zgodnie z przyjmowaną i realizowaną koncepcją polityki społecznej – muszą uwzględniać prawo osób starszych do decydowania o swoim życiu i przyszłości oraz potrzebę ich współodpowiedzialności za swoje życie[3]. Działania administracji publicznej państwa wobec demograficznej starości powinny obejmować przede wszystkim: nadanie odpowiedniej rangi polityce społecznej wobec osób starych, w tym zakładającej promowanie aktywności i odpowiedniego stylu życia, wzmacnianie wspólnot lokalnych, integrowanie z rynkiem pracy, tworzenie różnych form integracji oraz organizację struktur i więzi wielopokoleniowej, a także dbałość o materialne podstawy bytu osób starszych[4].

Podstawy formalnoprawne zarządzania sferą polityki społecznej dotyczącej osób starszych w Polsce zostały określone w różnych aktach obowiązującego prawa. Szczególne znaczenie ma tu przede wszystkim Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej[5]. Formułuje ona w szczególności ogólne prawa osób w podeszłym wieku oraz określa obowiązki władz publicznych wobec nich. Przede wszystkim, jak przyjmuje Konstytucja w art. 32, wszyscy ludzie są równi wobec prawa i nikt nie może być dyskryminowany w życiu społecznym, politycznym lub gospodarczym z jakiejkolwiek przyczyny. Oznacza to, że wiek nie powinien być przyczyną dyskryminacji osoby we wszystkich dziedzinach życia, które zostały wskazane przez Ustawę Zasadniczą. Regulacje Konstytucji dotyczące bezpośrednio osób starszych obejmują w sumie kilka artykułów znajdujących się w rozdziale II, w części dotyczącej wolności i praw ekonomicznych, socjalnych i kulturalnych. I tak:

- art. 67 ust. 1 przyznaje osobom w podeszłym wieku prawo do zabezpieczenia społecznego w razie niezdolności do pracy ze względu na chorobę lub inwalidztwo oraz po osiągnięciu wieku emerytalnego, zgodnie z ustawą,
- art. 68 ust. 2 ustanawia prawo do ochrony zdrowia i równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, zgodnie z ustawą,

---

[2] Por. B. Szatur-Jaworska: *Społeczne problemy ludzi starych*. W: *Polityka społeczna*. Red. A. Frączkiewicz-Wronka, M. Zrałek. Katowice 1998, 25 i nast.

[3] Por. J. Auleytner, K. Głąbicka: *Polskie kwestie socjalne na przełomie wieków*. Warszawa 2001, s. 250.

[4] Por. E. Trafiałek: *Zmiany demograficzne a zadania współczesnej polityki społecznej*. W: *Sześćdziesiąt lat polityki społecznej w Polsce. Księga pamiątkowa na jubileusz osiemdziesięciolecia prof. dr hab. Lucyny Frąckiewicz*. Red. A. Rączaszek. Katowice 2006, s. 196-197.

[5] Dz.U. nr 78, poz. 483.

- art. 68 ust. 3 zobowiązuje władze publiczne do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej osobom starszym,
- art. 69 wskazuje, że władze publiczne udzielają osobom niepełnosprawnym pomocy w zabezpieczeniu egzystencji oraz komunikacji społecznej, na warunkach określonych przez ustawę,
- art.71 ust. 1 wskazuje, że w zarządzaniu sprawami społecznymi państwo uwzględnia dobro rodziny, udzielając szczególnej pomocy, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa,
- art. 75 ust. 1 zapewnia, że władze publiczne prowadzą politykę sprzyjającą zaspokojeniu potrzeb mieszkaniowych obywateli, w tym wspierają rozwój budownictwa socjalnego, przeciwdziałają bezdomności i popierają starania obywateli do uzyskania własnego mieszkania,
- art. 76 zapewnia ochronę konsumentów, najemców i użytkowników przed działaniami zagrażającymi ich zdrowiu, prywatności i bezpieczeństwu, zgodnie z ustawą.

Podstawowe problemy osób w podeszłym wieku, na jakie wskazuje się w literaturze dotyczą przede wszystkim zdrowia, inwalidztwa, ubóstwa, a także nierzadko samotności i poczucia nieprzydatności[6]. Rozwiązanie trzech pierwszych z wymienionych zależy m.in. od skuteczności działań administracji zdrowia i administracji zabezpieczenia społecznego[7]. Administracja zdrowia zajmuje się kwestiami dotyczącymi: ochrony zdrowia, organizacji opieki zdrowotnej, nadzoru nad środkami farmaceutycznymi i materiałami medycznymi, aparatury i sprzętu medycznego, lecznictwa uzdrowiskowego oraz koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego w zakresie rzeczowych świadczeń leczniczych. Do zakresu działania administracji zabezpieczenia społecznego należą sprawy: ubezpieczeń społecznych i zaopatrzenia społecznego, ubezpieczeń społecznych rolników, funduszy emerytalnych, pomocy społecznej i świadczeń na rzecz rodziny, świadczeń socjalnych, zatrudnienia i rehabilitacji osób niepełnosprawnych, kombatantów i osób represjonowanych, koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego z wyjątkiem świadczeń leczniczych rzeczowych.

Spośród aktów prawnych odnoszących się do zadań administracji publicznej w zakresie rozwiązywania problemów ludzi w podeszłym wieku zasadnicze znaczenie ma ustawa z 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (dalej uops)[8]. Ogólnym celem działania pomocy społecznej w Polsce jest: wspieranie osób i ich rodzin w wysiłkach zmierzających do zaspokojenia niezbędnych potrzeb

---

[6] Zob. np. B. Szatur-Jaworska: *Ubóstwo osób w wieku podeszłym – przyczynek empiryczny.* „Problemy Polityki Społecznej. Studia i Dyskusje" 2000, nr 2, s. 137 i nast.

[7] Zob. E. Ura: *Prawo administracyjne.* Warszawa 2005, s. 487.

[8] Dz.U. nr 64, poz. 593 ze zm.

życiowych, zapobieganie sytuacjom niezaspokojenia niezbędnych potrzeb życiowych przez osoby i ich rodziny, udzielanie pomocy stosownej do okoliczności uzasadniających jej udzielenie, doprowadzanie – w miarę możliwości – – do tego, aby osoby i rodziny otrzymujące pomoc społeczną mogły się życiowo usamodzielnić, współdziałanie z osobami i ich rodzinami w rozwiązywaniu ich trudnej sytuacji życiowej, integrowanie osób wykluczonych społecznie ze środowiskiem oraz tworzenie sieci usług socjalnych adekwatnych do potrzeb i możliwości pomocy społecznej[9]. Pomoc społeczna pozostaje tradycyjną dziedziną zabezpieczenia społecznego, obejmującą całokształt środków i działań podejmowanych przez instytucje publiczne, zmierzając do zabezpieczenia obywateli, którzy znajdują się w sytuacji grożącej niezaspokojenieniem ich podstawowych potrzeb[10]. Sposób realizacji tych zadań w zakresie społecznym wyznaczają przyjęte w preambule Konstytucji zasady: urzeczywistniania sprawiedliwości społecznej, przyrodzonej i niezbywalnej godności człowieka i pomocniczości (subsydiarności), która odnosi się także do działań w sferze pomocy społecznej[11]. Budowanie subsydiarnych rozwiązań ma – ogólnie – sprzyjać tworzeniu i umacnianiu roli małych wspólnot. W ujęciu polityczno-prawnym idea subsydiarności oznacza, że wszelkie decyzje władcze dotyczące obywateli i ich środowiska powinny być podejmowane na szczeblach im najbliższych[12], natomiast państwo (administracja rządowa) nie powinno ingerować w wewnętrzne sprawy społeczne, pozbawiając wspólnoty kompetencji, lecz wspierać je w razie konieczności[13]. Założenia pozwalające na wzmacnianie uprawnień obywateli i ich wspólnot powinny mieć znaczenie dla funkcjonowania pomocy społecznej w odniesieniu do ludzi starszych, która działa w sposób zdecentralizowany i partnerski, a także dla organów państwa i jednostek samorządu terytorialnego. Określając warunki wyznaczające funkcjonowanie pomocy społecznej w Konstytucji jednak nie określono bezpośrednio prawa do pomocy społecznej, stanowiącego powszechną ochronę przed ryzykiem związanym z trudnymi sytuacjami życiowymi[14].

---

[9] Szerzej zob. C. Martysz, S. Nitecki, G. Szpor: *Komentarz do ustawy o pomocy społecznej*. Gdańsk 2001, s. 288 i nast.

[10] Szerzej zob. J. Piotrowski: *Zabezpieczenie społeczne. Problemy i metody*. Warszawa 1966, s. 7 i nast.; A. Rajkiewicz: *Zabezpieczenie społeczne, ubezpieczenie i uzupełniające świadczenia socjalne*. Warszawa 1979, s. 430 i nast.

[11] Zob. A. Mikuć: *Pomoc społeczna*. W: *Administracyjne prawo materialne. Zagadnienia wybrane*. Białystok 2003, s. 222-223.

[12] Szerzej zob. M. Racław-Markowska: *Państwo i lokalna polityka społeczna*. W: E. Giermaszewska: *Społeczności lokalne wobec problemu bezrobocia młodzieży*. Warszawa 2003, s. 25 i nast.

[13] Idea ta zawiera się w formule „tyle uspołecznienia, ile można – tyle państwa, ile koniecznie trzeba". Zob. D. Milczarek: *Subsydiarność – próba bilansu*. W: *Subsydiarność*. Red. D. Milczarek. Warszawa 1998, s. 319 i podana tam literatura.

[14] Szerzej na temat konsekwencji braku takiego prawa w Konstytucji RP. Zob. J. Jończyk: *Prawo zabezpieczenia społecznego*. Kraków 2003, s. 31 i nast.

Podmioty działające na rzecz osób w podeszłym wieku to zarówno jednostki publiczne, jak i niepubliczne, funkcjonujące na szczeblu centralnym i zdecentralizowane, a wiec przede wszystkim: minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego, wojewodowie, jednostki samorządu terytorialnego, jednostki organizacyjne pomocy społecznej oraz organizacje pozarządowe działające w obszarze pomocy społecznej. Ustawodawca dokonał wyraźnego podziału kompetencji podmiotów zobowiązanych do udzielania pomocy. Uops określiła szczegółowe zadania z zakresu pomocy społecznej przypisane właściwemu ministrowi, wojewodzie, gminie, powiatowi i samorządnemu województwu, a w tym ich typy, rodzaje i sposoby działania administracji.

Na szczeblu centralnym kompetencje w zakresie pomocy społecznej mają Rada Ministrów, minister zabezpieczenia oraz Rada Pomocy Społecznej. Rada Ministrów, na podstawie ustawy uops, ma uprawnienia prawotwórcze, a więc może wydawać przepisy wykonawcze do ustaw regulujących kwestie pomocy społecznej. Istotną sferą realizacji działań administracji w tej dziedzinie jest planowanie, choć ustawodawca nie określił ram czasowych planowania przez Radę Ministrów ani charakteru planu – należy przyjąć, że program dotyczący pomocy społecznej powinien mieć charakter kompleksowy i zintegrowany.

Naczelny organ administracji rządowej – minister zabezpieczenia – został szczegółowo wyposażony w określone przez ustawodawcę uprawnienia, które mają w znacznej mierze charakter prawotwórczy, kontrolny i nadzorczy (art. 23 uops). Minister ma też kompetencje w dziedzinie określania kierunków rozwoju pomocy społecznej, opracowywania koncepcji systemu inspirowania i promowania nowych form, metod działania. Organem opiniodawczo-doradczym w sprawach pomocy społecznej jest Rada Pomocy Społecznej (zakres jej działania określają art. 124-125 uops), która stanowi szeroką reprezentację różnych środowisk związanych z pomocą społeczną.

Zadania państwa w dziedzinie pomocy społecznej na szczeblu regionu wykonuje wojewoda. Działa on na podstawie art. 15 ustawy z 5 czerwca 1998 r. o administracji rządowej w województwie[15] oraz uops. Wojewoda, jako przedstawiciel administracji rządowej w województwie, realizuje zadania na podstawie art. 22 uops. Należą do niego w szczególności: ustalanie sposobu wykonywania zadań z dziedziny administracji rządowej przez jednostki samorządu terytorialnego; wydawanie i cofanie zezwoleń (także warunkowych) na prowadzenie domów pomocy społecznej oraz na prowadzenie placówek (zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku), w tym prowadzonych na podstawie przepisów o działalności gospodarczej; prowadzenie rejestru domów pomocy społecznej,

[15] Dz.U. 2001, nr 80, poz. 872.

placówek zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku, w tym prowadzonych na podstawie przepisów o działalności gospodarczej, placówek opiekuńczo-wychowawczych i ośrodków adopcyjno-opiekuńczych; kontrola jakości usług wykonywanych przez podmioty niepubliczne na podstawie umowy z organami administracji rządowej i samorządowej; kontrola placówek zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku, w tym prowadzonych na podstawie przepisów o działalności gospodarczej (w zakresie standardów usług socjalno-bytowych i przestrzegania praw tych osób) oraz ocena stanu i efektywności pomocy społecznej, z uwzględnieniem bilansu potrzeb sporządzonego przez samorząd województwa.

Wojewoda na podstawie uprawnień nadzorczych i kontrolnych, zgodnie z art. 126 uops, m.in. ma prawo do: żądania informacji, dokumentów i danych niezbędnych do sprawowania nadzoru i kontroli; swobodnego wstępu w ciągu doby do obiektów i pomieszczeń jednostki kontrolowanej; przeprowadzania oględzin obiektów, składników majątku kontrolowanej jednostki oraz przebiegu określonych czynności objętych obowiązującym standardem; żądania od pracowników kontrolowanej jednostki udzielenia informacji w formie ustnej i pisemnej w zakresie przeprowadzanej kontroli; wzywania i przesłuchiwania świadków; zwracania się o wydanie opinii biegłych i specjalistów z zakresu pomocy społecznej itp. Istotne znaczenie dla realizacji zadań kontrolnych wojewody mają przepisy zawarte w aktach wykonawczych[16].

Obowiązek zapewnienia wykonania ustawowo określonych zadań z zakresu pomocy społecznej, obejmujących różne świadczenia – jak już podkreślono – spoczywa przede wszystkim na jednostkach samorządu terytorialnego. W obowiązującej uops ustawodawca wyodrębnił tradycyjnie już zadania gminy w zakresie pomocy społecznej jako: własne, własne o charakterze obowiązkowym, zlecone[17]. Zadania gminy odnoszące się do pomocy społecznej, które określa ustawa ops korespondują z art. 7 ustawy z 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym[18]. Podział zadań w dziedzinie pomocy społecznej na własne i zlecone ma istotne znaczenie z punktu widzenia przesłanek, które wyznaczają działania gminy w sferze pomocy społecznej, np. organizacji działań i nadzoru nad wykonywaniem zadań czy kwestii finansowania świadczeń realizowanych przez instytucje pomocy społecznej. Zadania własne gminy są finansowane z gmin-

---

[16] Zob. C. Martysz, S. Nitecki, G. Szpor: Op. cit., s. 83-86.

[17] Zob. R. Michalska-Badziak: *Zadania gminy w zakresie pomocy społecznej*. „Samorząd Terytorialny" 1992, nr 9, s. 15.

[18] Dz.U. 2001, nr 142, poz. 1591 ze zm.

nego budżetu, a nadzór w tym zakresie sprawują Regionalne Izby Obrachunkowe. Zadania zlecone gminie z zakresu administracji rządowej są wykonywane przez nią po zapewnieniu środków finansowych, co oznacza, że zadania te w całości są finansowane z budżetu państwa[19]. Dziedziny działań obejmujące pomoc społeczną, będące zadaniami własnymi gminy są wykonywane bezpośrednio przez gminy albo za pośrednictwem utworzonych przez nie jednostek organizacyjnych – gminnych ośrodków pomocy społecznej, podporządkowanych ustaleniom wójta (burmistrza lub prezydenta miasta) lub przez inne podmioty, zgodnie z decyzją gminy. Gmina może realizować swoje zadania współdziałając z organizacjami społecznymi, kościołami, osobami fizycznymi i osobami prawnymi. Może też w realizowaniu zadań przekraczających jej możliwości zawierać porozumienia międzygminne. Istotne kompetencje w zakresie pomocy społecznej mają rada gminy, jako organ uchwałodawczy i kontrolny oraz wójt, burmistrz lub prezydent jako organy wykonawcze[20].

Zgodnie z art. 17 ust. 1 uops, do zadań własnych gminy o charakterze obowiązkowym należy opracowywanie i realizacja gminnej strategii rozwiązywania problemów społecznych ze szczególnym uwzględnieniem integracji osób i rodzin z grup szczególnego ryzyka, a więc także ludzi starych. W ramach tego gmina podejmuje wiele przedsięwzięć, w tym w ramach pracy socjalnej, która jest formą faktycznego działania bez potrzeby wydawania decyzji administracyjnej[21].

Wypełniając zadania własne gmina podejmuje różne przedsięwzięcia. Zgodnie z uops do zadań własnych gminy (art. 17 ust. 2), należy: przyznawanie i wypłacanie zasiłków specjalnych celowych, przyznawanie i wypłacanie pomocy na ekonomiczne usamodzielnienie w formie zasiłków oraz udzielanie pożyczek oraz pomocy w naturze. Poza tym gmina prowadzi domy pomocy społecznej i ośrodki wsparcia o zasięgu gminnym oraz wykonuje inne zadania z zakresu pomocy społecznej, które wynikają z potrzeb gminy, w tym tworzy i realizuje programy osłonowe. Ośrodki pomocy społecznej wykonując zadania własne gminy w zakresie pomocy społecznej podlegają ustaleniom organów wykonawczych gminy. Są obowiązane do koordynowania realizacji strategii gminy w dziedzinie rozwiązywania problemów społecznych, ze szczególnym

---

[19] Szerzej na temat zadań gminy w zakresie pomocy społecznej w: W. Koczur: *Zadania samorządu terytorialnego w zakresie pomocy społecznej*. W: *Samorządowa polityka społeczna*. Red. A. Frączkiewicz-Wronka. Warszawa 2002, s. 148 i nast.

[20] Na podstawie ustawy z 20 czerwca 2000 r, o bezpośrednim wyborze wójta, burmistrza i prezydenta. Dz.U. nr 113, poz. 984 ze zm. Zob. w tej kwestii: C. Martysz: *Właściwość organów samorządowych do wydawania decyzji administracyjnej w sprawach polityki społecznej*. „Samorząd Terytorialny" 2000, nr 1-2, s. 91.

[21] Szerzej zob. J. Jończyk: Op. cit., s. 406 i nast.

uwzględnieniem profilaktyki, mając na względzie integrację osób i rodzin szczególnego ryzyka ze środowiskiem.

Na podstawie art. 18 ust. 1 uops do zadań zleconych z zakresu administracji rządowej realizowanych przez gminę należy w szczególności przyznawanie i wypłacanie zasiłków stałych i zasiłków celowych oraz świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Oprócz tego gmina prowadzi środowiskowe domy samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz realizuje zadania wynikające z rządowych programów pomocy społecznej. Działania te mają na celu ochronę poziomu życia osób, rodzin i grup społecznych oraz rozwój specjalistycznego wsparcia. Realizując zadania pomocy społecznej z zakresu administracji rządowej gmina kieruje się ustaleniami, które przekazuje wojewoda (art. 110 ust. 2 uops).

Powiat, jako jednostka samorządu terytorialnego, zgodnie z przepisami ustawy z 5 czerwca 1998 r. o samorządzie w powiecie wykonuje określone zadania w dziedzinie pomocy społecznej w zakresie ustalonym przez uops[22]. Wykonywanie zadań o charakterze ponadgminnym zostało przekazane powiatowi, ponieważ jest on uważany za wspólnotę samorządową o określonym walorze społecznym. Występują tu bowiem problemy, które są ważne zarówno z punktu widzenia państwa, jak i małej grupy[23]. Zadania pomocy społecznej w powiatach zostały powierzone powołanym jednostkom organizacyjnym PCPR, a w miastach na prawach powiatu ich odpowiednikiem są MOPS (art. 112 uops)[24]. Powiat – podobnie jak gmina – może również zawierać umowy z innym podmiotem, któremu może przekazać wykonanie zadania z zakresu pomocy społecznej. Starosta przy pomocy PCPR sprawuje w szczególności nadzór nad działalnością jednostek specjalistycznego poradnictwa, w tym rodzinnego oraz ośrodków wsparcia i domów pomocy społecznej[25], natomiast rada powiatu, organ stanowiąco-kontrolny, biorąc pod uwagę wykaz potrzeb opracowuje i wdraża lokalne programy pomocy społecznej. Zgodnie z art. 19 uops, do zadań własnych powiatu należy: opracowywanie i realizacja powiatowej strategii rozwiązywania problemów społecznych, w ramach której istotne jest wspieranie osób niepełnosprawnych i innych; integracja osób i rodzin z grup szczególnego ryzyka, z uwzględnieniem konsultacji z właściwymi terytorialnie gminami; prowadzenie i rozwój infrastruktury domów pomocy społecznej o zasięgu ponadgminnym oraz umieszczanie w nich skierowanych osób; pro-

---

[22] Dz.U. 2001, nr 142, poz. 1592 ze zm.

[23] Szerzej na temat powiatu zob. w: *Powiat*. Red. J. Boć. Wrocław 2001, passim.

[24] Zob. R. Szarek: *Powiatowe centra pomocy rodzinie*. „Wspólnota" 2000, nr 12, s. 23 i nast.

[25] Starosta może upoważnić kierownika powiatowego centrum pomocy rodzinie do wydawania decyzji w jego imieniu.

wadzenie ośrodków interwencji kryzysowej; podejmowanie różnych działań wynikających z rozeznanych potrzeb, w tym tworzenie i realizacja programów osłonowych oraz tworzenie i utrzymywanie PCPR.

Zadania z zakresu administracji rządowej realizowane przez powiat, na wykonywanie których otrzymuje on w całości środki z budżetu państwa, określa art. 20 ust. 1 uops. Obejmują one prowadzenie i rozwój infrastruktury ośrodków wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz realizację zadań wynikających z rządowych programów pomocy społecznej, mających na celu ochronę poziomu życia osób, rodzin i grup społecznych oraz rozwój specjalistycznego wsparcia.

W ramach dualistycznego modelu zarządzania województwem przez odrębne struktury administracji samorządowej i administracji rządowej, zadania w zakresie pomocy społecznej, przypisane przez ustawodawcę samorządowi województwa, wyróżnia to, że mają one charakter strategiczny i wiążą się ze wspieraniem działalności powiatów i gmin. Na podstawie ustawy z 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa jego działania obejmują wykonywanie zadań publicznych o charakterze publicznym wojewódzkim, które nie zostały zastrzeżone przez ustawy dla innych organów administracji publicznej[26]. Są to zadania ze sfery pomocy społecznej, które określa uops. Wojewoda, jako przedstawiciel administracji rządowej ocenia, wytycza, nadzoruje, kontroluje oraz koordynuje działania w zakresie polityki społecznej, o ile nie kolidują one z kompetencjami jednostek samorządu terytorialnego[27].

Zadania pomocy społecznej w województwach samorządowych wykonują jego organy oraz jednostki organizacyjne, wśród których należy wymienić ROPS. Instytucje te koordynują w szczególności realizację strategii i pomocy na szczeblu regionu. Samorząd województwa może zawierać umowy z innymi podmiotami oraz porozumienia dotyczące powierzenia zadań z zakresu pomocy społecznej jednostkom samorządu terytorialnego, podobnie jak inne jednostki samorządu terytorialnego. Marszałek województwa przy pomocy ROPS sprawuje nadzór nad podległymi jednostkami organizacyjnymi pomocy społecznej, w szczególności w zakresie spraw finansowych i administracyjnych. Zgodnie z art. 21 uops do zadań samorządu województwa należy: opracowywanie, aktualizowanie i realizacja strategii wojewódzkiej w zakresie polityki społecznej będącej integralną częścią strategii rozwoju województwa (obejmującej w szczególności programy: przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu, wyrównywania szans osób niepełnosprawnych, pomocy społecznej, profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, współpracy z organizacjami poza-

---

[26] Dz.U. 2001, nr 142, poz. 1590 ze zm.

[27] Zob. szerzej A. Miruć: Op. cit., s. 237 i nast.

rządowymi) – po konsultacji z powiatami; rozpoznawanie przyczyn ubóstwa oraz opracowywanie regionalnych programów pomocy społecznej, wspierających samorządy lokalne w działaniach na rzecz ograniczania tego zjawiska; inspirowanie i promowanie nowych rozwiązań w zakresie pomocy społecznej; organizowanie i prowadzenie regionalnych jednostek organizacyjnych pomocy społecznej; sporządzanie bilansu potrzeb w zakresie pomocy społecznej dla wojewody oraz tworzenie i utrzymywanie regionalnych ośrodków polityki społecznej.

Zadania administracji publicznej wobec osób w podeszłym wieku, oprócz pomocy społecznej, której zakres jest stosunkowo szeroki, obejmują również kwestie odnoszące się do zdrowia. Podstawy świadczeń zdrowotnych wyznacza ustawa z 23 stycznia 2003 r. o powszechnym systemie ubezpieczeń w Narodowym Funduszu Zdrowia[28]. Zgodnie z ustawą z 27 sierpnia 2004 r. o publicznych świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych (dalej uospfzsp), zadania władz publicznych[29] w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej obejmują w szczególności: tworzenie warunków funkcjonowania systemu ochrony zdrowia; analizę i ocenę potrzeb zdrowotnych oraz czynników powodujących ich zmiany; promocję zdrowia i profilaktykę, które mają na celu tworzenie warunków sprzyjających zdrowiu oraz finansowanie w trybie i na zasadach określonych ustawą świadczeń opieki zdrowotnej (art. 6 ww. ustawy).

Do zadań ministra właściwego do spraw zdrowia, zgodnie z ustawą o działach administracji w zakresie objętym uospfzsp należy w szczególności (art. 11 ust. 1): prowadzenie oraz współuczestniczenie w prowadzeniu edukacji odnośnie do zapobiegania i rozwiązywania problemów związanych z negatywnym wpływem na zdrowie czynników środowiskowych i społecznych; ocena dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej w konsultacji z samorządami wojewódzkimi; opracowywanie i finansowanie oraz ocena efektów programów zdrowotnych, a także nadzór nad ich realizacją; finansowanie świadczeń wysokospecjalistycznych; współdziałanie z organizacjami pozarządowymi o charakterze regionalnym lub ogólnokrajowym działającymi na rzecz ochrony zdrowia; sprawowanie nadzoru nad ubezpieczeniem zdrowotnym; zatwierdzanie planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych oraz opiniowanie sprawozdania finansowego Funduszu[30].

---

[28] Dz.U. nr 45, poz. 391 ze zm.

[29] Dz.U. nr 210, poz. 2135 ze zm.

[30] Por. wcześniejsze zadania ministra. S. Iwanowski: *Administracja spraw zdrowia*. W: *Administracyjne prawo materialne…*, op. cit., s. 199 i nast.

Do zadań ministra właściwego do spraw finansów publicznych w zakresie objętym uospfzsp należy m.in. sprawowanie nadzoru w zakresie gospodarki finansowej NFZ na zasadach przewidzianych w niniejszej ustawie oraz zatwierdzanie sprawozdania finansowego funduszu po zasięgnięciu opinii ministra właściwego do spraw zdrowia.

NFZ jest państwową jednostką organizacyjną mającą osobowość prawną (art. 96. 1 uospfzsp). W jego skład wchodzą centrala Funduszu i oddziały wojewódzkie. Zgodnie z art. 97 ust. 1. uospfzsp Fundusz zarządza środkami finansowymi, o których mowa w art. 116 uospfzsp. Dysponując środkami pochodzącymi ze składek na ubezpieczenie zdrowotne działa on w imieniu własnym na rzecz ubezpieczonych oraz osób uprawnionych do tych świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji. Do zakresu działania NFZ należy również m.in.: określanie jakości i dostępności oraz analiza kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie niezbędnym do zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej; przeprowadzanie konkursów ofert, rokowań i zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a także monitorowanie ich realizacji i rozliczanie; finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej; opracowywanie, wdrażanie, realizowanie i finansowanie programów zdrowotnych; wykonywanie zadań zleconych, w tym finansowanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia, w szczególności realizacja programów zdrowotnych oraz promocja zdrowia i ochrona zdrowia. Organami funduszu są: Rada Funduszu (art. 100 ust. 1 i n. uospfzsp), Prezes Funduszu (art. 102 ust. 1 in. uospfzsp), rady oddziałów wojewódzkich Funduszu i dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Funduszu (art. 106 ust. 1 i n. uospfzsp).

Do zadań wojewody w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej należy przede wszystkim: ocena zabezpieczenia opieki zdrowotnej na terenie województwa; ocena realizacji zadań z zakresu administracji rządowej realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego oraz przekazywanie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia do 15. dnia miesiąca następującego po zakończeniu danego kwartału, kwartalnych informacji o programach zdrowotnych (art. 10 uospfzsp).

Zadania samorządu terytorialnego w sferze zdrowia i sektora zdrowotnego obejmują trzy obszary: określanie ogólnej strategii i planowanie, działania w zakresie zdrowia publicznego i promocji zatrudnienia oraz prowadzenie zakładów opieki zdrowotnej. W ramach tego gmina odpowiada za udzielanie podstawowej opieki zdrowotnej, powiat za zapewnienie podstawowej opieki specjalistycznej, a województwo za świadczenia specjalistyczne[31].

---

[31] Szerzej zob. W.C. Włodarczyk: *Reforma opieki zdrowotnej w Polsce. Studium polityki zdrowotnej*. Kraków 1996, passim; S. Golinowska, w: *Dekada polskiej polityki społecznej. Od przełomu do końca wieku*. Warszawa 2000, s. 151 i nast.

Do zadań własnych gminy w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej należy w szczególności (art. 7 ust. 1 uospfzsp): opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów zdrowotnych wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy; przekazywanie powiatowi informacji o realizowanych programach zdrowotnych; inicjowanie i udział w wytyczaniu kierunków przedsięwzięć lokalnych zmierzających do zaznajamiania mieszkańców z czynnikami szkodliwymi dla zdrowia i ich skutkami oraz podejmowanie innych działań wynikających z rozeznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy.

Zadania zlecone gminie z zakresu administracji rządowej obejmują m.in. wydawanie decyzji, o których mowa w art. 54 w uospfzsp, w sprawach świadczeniobiorców innych niż ubezpieczeni, spełniających kryterium dochodowe, o którym mowa w art. 8 ustawy uops, w przypadku których nie zachodzi okoliczność, o której mowa w art. 12 tej ustawy. Na sfinansowanie kosztów realizacji zadania, o którym mowa w ust. 2 i 3 art. 7 uospfzsp gmina otrzymuje dotację z budżetu państwa.

W zakresie zadań powierzonych powiatowi, które odnoszą się do jego zadań własnych, realizowanych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej należy w szczególności (art. 8 uospfzsp): opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów zdrowotnych wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców powiatu – po konsultacji z właściwymi terytorialnie gminami; przekazywanie marszałkowi województwa informacji o realizowanych na terenie powiatu programach zdrowotnych; inicjowanie, wspomaganie i monitorowanie działań lokalnej wspólnoty samorządowej w zakresie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej prowadzonych na terenie powiatu; pobudzanie działań na rzecz indywidualnej i zbiorowej odpowiedzialności za zdrowie i na rzecz ochrony zdrowia oraz podejmowanie innych działań wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych.

Do zadań własnych realizowanych przez samorząd województwa w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej należy przede wszystkim: opracowywanie, realizacja oraz ocena efektów programów zdrowotnych wynikających z rozeznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców województwa – po konsultacji z właściwymi terytorialnie gminami i powiatami; przekazywanie wojewodzie informacji o realizowanych na terenie województwa programach zdrowotnych; opracowywanie i wdrażanie innych programów służących realizacji zadań w zakresie ochrony zdrowia; inspirowanie i promowanie rozwiązań w zakresie wzrostu efektywności, w tym restrukturyzacji w ochronie zdrowia oraz podejmowanie innych działań wynikających z rozeznanych potrzeb zdrowotnych mieszkańców województwa.

Osoby w podeszłym wieku mogą podlegać, ze względu na niepełnosprawność, trosce podmiotów działających na podstawie ustawy z 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych (dalej rzison)[32]. Na szczeblu centralnym są to Pełnomocnik do Spraw Osób Niepełnosprawnych i Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych[33]. Do zadań Pełnomocnika, będącego sekretarzem stanu w urzędzie obsługującym ministra właściwego do spraw zabezpieczenia społecznego, którego powołuje i odwołuje Prezes Rady Ministrów, należy nadzór, koordynacja i kontrola realizacji zadań wynikających z wyżej wymienionej ustawy. Zadania pełnomocnika są liczne i rozległe. Powoduje to, że organ ten jest szczególnym podmiotem działającym w sferze realizacji polityki państwa wobec niepełnosprawnych. Stąd też wynika waga odpowiedniego, konkretnego i czytelnego określenia jego zadań. Organem doradczym Pełnomocnika, zgodnie z art. 42 ust. 1 ustawy rzison, jest Krajowa Rada Konsultacyjna do Spraw Osób Niepełnosprawnych, stanowiąca forum współdziałania różnych podmiotów na rzecz osób niepełnosprawnych.

Zadania w zakresie zapewnienia prawnofinansowego systemu ochrony osób niepełnosprawnych zostały powierzone PFRON, który zgodnie z art. 45 ust. 1 ustawy rzison jest państwowym funduszem celowym[34]. PFRON ma osobowość prawną i charakter celowy. Nadzór nad funduszem sprawuje minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego[35]. Przychodami funduszu są głównie (w 90%) środki pochodzące z obowiązkowych miesięcznych wpłat, których dokonują pracodawcy (art. 21 ust. 1 ustawy rzison)[36]. Pozostałe przychody funduszu stanowią dotacje z budżetu państwa i inne dotacje lub subwencje.

Zgodnie z rozwiązaniami zawartymi w ustawach regulujących funkcjonowanie samorządu oraz w uops i w ustawie rzison szczególna rola w wykonywaniu zadań dotyczących niepełnosprawnych przypada samorządowi terytorialnemu, w tym gminie i powiatowi[37]. Na szczeblu powiatu, jako organy opiniodawczo-

---

[32] Dz.U. nr 64, poz. 593 ze zm.

[33] Por. J. Mikulski: *Rehabilitacja społeczna i zawodowa osób niepełnosprawnych*. W: *Polityka społeczna*. Red. A. Kurzynowski. Warszawa 2002, s. 267-268.

[34] W rozumieniu przepisów ustawy z 26 listopada 1998 r. o finansach publicznych. Dz.U. nr 155, poz. 1014 ze zm.

[35] Por. szerzej J. Auleytner: *Polska polityka społeczna. Ciągłość i zmiany*. Warszawa 2004, s. 222 i nast.

[36] Ustala on szczegółowe zasady obowiązku dokonywania wpłat przez pracodawców, którzy zatrudniają co najmniej 25 pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy, a wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych w ich zakładzie jest niższy niż 6%. Zgodnie z art. 22 ust. 1 ustawy rzison istnieje możliwość skorzystania z ulg, np. z wpłat na fundusz zwolnieni są pracodawcy, u których wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych wynosi co najmniej 6%.

[37] Zostały one wskazane już wcześniej, ponieważ odnoszą się do pomocy społecznej

-doradcze starosty, zgodnie z art. 44b ust. 1 rzison powołane zostały Powiatowe Społeczne Rady do Spraw Osób Niepełnosprawnych[38]. Do zakresu ich działania należy: inspirowanie przedsięwzięć zmierzających do integracji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych i realizacji praw osób niepełnosprawnych; opiniowanie projektów powiatowych programów działań na rzecz osób niepełnosprawnych; ocena realizacji programów, a także opiniowanie projektów uchwał i programów przyjmowanych przez radę powiatu pod kątem ich skutków dla osób niepełnosprawnych.

W odniesieniu do kolejnego szczebla samorządu, w ustawie o samorządzie województwa ustawodawca nie wyodrębnił bezpośrednio specjalnych zadań dotyczących osób niepełnosprawnych. Oznacza to, że poszczególne działania w województwie, zmierzające do organizowania życia społeczno-gospodarczego w różnych sferach służą także rozwiązywaniu problemów osób niepełnosprawnych. Zgodnie z ustawą rzison (art. 35, ust. 1 i 2) do zadań samorządu województwa należy zaliczyć w szczególności: opracowywanie i realizację wojewódzkich programów dotyczących wyrównywania szans osób niepełnosprawnych i przeciwdziałania ich wykluczeniu społecznemu; udzielanie pomocy zakładom pracy chronionej; dofinansowywanie budowy i rozbudowy obiektów służących rehabilitacji osób niepełnosprawnych; dofinansowywanie kosztów tworzenia i działania zakładów aktywności zawodowej; współpracę z organami administracji rządowej, powiatami i gminami oraz z organizacjami pozarządowymi i fundacjami, które działają na rzecz osób niepełnosprawnych w realizacji zadań wynikających z wyżej wymienionej ustawy.

Zgodnie z art. 44a ust. 1 ustawy rzison przy marszałkach województw funkcjonują Wojewódzkie Społeczne Rady do Spraw Osób Niepełnosprawnych, będące organami opiniodawczo-doradczymi[39]. Do zakresu ich działania należy: inspirowanie przedsięwzięć zmierzających do integracji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych oraz realizacji praw osób niepełnosprawnych; opiniowanie projektów wojewódzkich programów działań na rzecz osób niepełnosprawnych; ocena realizacji przyjmowanych programów, jak również opiniowanie projektów uchwał i programów przyjmowanych przez sejmik województwa pod kątem ich skutków dla osób niepełnosprawnych.

Przedmiot regulacji wskazanych regulacji prawnych, w których zawarto kwestie ochrony praw osób w podeszłym wieku obejmuje wiele zagadnień. Z przeprowadzonych analiz wynika, że ustawodawca tak skatalogował obowiązki administracji publicznej wobec osób starszych, zawarte w obowiązują-

---

[38] Organizację i tryb ich działania reguluje rozporządzenie ministra gospodarki i polityki społecznej z 25.03.2003 r.

[39] Ibid.

cych aktach prawnych w odniesieniu do zadań poszczególnych jej szczebli, że nie odnoszą się one bezpośrednio do osób starszych, poza nielicznymi przypadkami. Tak więc zadania realizowane przez administrację publiczną w sferze polityki społecznej dotyczącej osób w podeszłym wieku w zakresie pomocy społecznej, ochrony zdrowia czy wsparcia ich niepełnosprawności nie zostały wyraźnie i w sposób konkretny odniesione do osób starszych. Wskazane regulacje obejmują również osoby znajdujące się we wszystkich kategoriach wiekowych. Konsekwencją tego jest brak regulacji prawnych, poza odnoszącymi się do systemu emerytalno-rentowego, które dotyczyłyby bezpośrednio problemów i potrzeb osób starszych. Ogranicza to możliwości pomocy i może grozić marginalizacją tych osób.

W odniesieniu do osób w podeszłym wieku zachodzi konieczność skoncentrowania się na działaniach pozwalających na zapewnienie im szczególnych warunków funkcjonowania w społecznościach, w tym: odpowiednich warunków materialnych, równouprawnienia poszczególnych grup osób, specjalistycznej ochrony zdrowia, pomocy w razie niepełnosprawności oraz choroby, kształtowania odpowiednich warunków mieszkaniowych i pomocy instytucjonalnej. Wiele z wymienionych przykładowo problemów dotyczących osób starszych nie zostało dotąd rozwiązanych[40]. Podjęte dotąd działania o ograniczonym zakresie nie tylko nie spowodowały polepszenia sytuacji populacji seniorów, ale jeszcze ją bardziej skomplikowały, przede wszystkim ze względu na zwiększenie zadań podmiotów administracji samorządowej i ich odpowiedzialności, bez zapewnienia odpowiednich środków finansowych, a także brak jasnych formalnych reguł funkcjonowania i niewykształcenie procedur.

[40] Zob. wnioski o znaczeniu aplikacyjnym sformułowane przez Panią prof. L. Frąckiewicz na początku XXI w., które nic nie straciły na aktualności. L. Frąckiewicz: Op. cit., s. 151-152.

Bożenna Balcerzak-Paradowska
Instytut Pracy i Spraw Socjalnych w Warszawie

RODZINA I POLITYKA RODZINNA WOBEC OSÓB STARSZYCH

Procesy starzenia się i warunki życia osób starszych w Polsce

Zarówno liczba, jak i odsetek osób starszych w polskim społeczeństwie stale wzrasta. W 2002 r. liczba osób w wieku powyżej 60 lat wynosiła 6,48 mln, czyli 16,9% ogółu ludności. Najliczniejszą zbiorowością są osoby w wieku 60-69 lat – 64%. Osoby w wieku 70-79 lat stanowią 25%, a osoby w wieku 80 lat i starsze 11%. Większość populacji osób starszych[1] (62%) to kobiety, mieszkańcy miast (62%), osoby z wykształceniem podstawowym. Liczba gospodarstw domowych z osobami starszymi w wieku 60 lat i więcej wynosiła 4,8 mln. Częściej były to gospodarstwa wieloosobowe, głównie rodzinne (55%). Oznacza to, że w przypadku potrzeby osoba starsza może liczyć na pomoc przynajmniej jednej osoby. 43% to gospodarstwa starszych, mieszkających samotnie osób. Według prognozy GUS w 2020 r. będzie 9,8 mln osób w wieku 60 lat i więcej (24% ogółu ludności). Przewiduje się, że do 2030 r. liczba ludności w tym wieku wzrośnie do 10,6 mln i będzie stanowić 27% ludności Polski. Jednocześnie nastąpi dynamiczny wzrost liczebności najstarszych grup ludno-

---

[1] W literaturze przedmiotu oraz dokumentach dotyczących ludzi starszych (starych) brak jednolitej definicji tej populacji. W zależności od problematyki najczęściej stosuje się dwa progi wieku stanowiące „granicę starości":
- Pierwszy dotyczy granicy wieku poprodukcyjnego, co oznacza 60 lat dla kobiet i 65 lat dla mężczyzn i związany jest z dostępem do świadczeń emerytalnych, stanowiących następstwo ryzyka socjalnego, jakim jest starość.
- Drugi oznacza początek starości w wieku 60 lat dla obu płci, co zwolennicy takiego podejścia wiążą ze znacznie niższym rzeczywistym niż ustawowy faktycznym wiekiem przechodzenia na emeryturę.

ści, tj. w wieku 80 lat i więcej (do 1,4 mln w 2020 r.). Są to wyzwania, wobec których staje polskie społeczeństwo, wyzwania dla polityki społecznej i jej poszczególnych segmentów oraz podmiotów odpowiedzialnych za ich realizację oraz wyzwania, przed którymi staną również rodziny.

Rozpoznanie zmian w strukturze osób starszych jest istotne z uwagi na zróżnicowanie ich aktywności życiowej i zawodowej oraz stopnia samodzielności w różnych fazach starości. Rodzi to potrzebę elastycznego podejścia do problemów osób starszych, nie tylko zapewnienia opieki nad najstarszymi członkami społeczeństwa, ale też stworzenia szans aktywności życiowej i zawodowej osobom w pierwszej fazie starości, które są jeszcze zdolne do kontynuowania pracy zawodowej i działalności na rzecz środowiska.

Sytuacja socjalno-bytowa ludzi starych jest zróżnicowana zależnie od stanu zdrowia i fazy starości. Można jednak wyodrębnić pewne ogólne, charakterystyczne cechy tej sytuacji. Niemal cała populacja osób starszych ma własne źródło utrzymania (96,2%)[2]. Źródłem utrzymania są przede wszystkim emerytury, z których w 2002 r. utrzymywało się 64,4% osób w wieku 60 lat i więcej, renty inwalidzkie (źródło utrzymania dla 13,5%) i renty rodzinne (8,2%)[3]. O faktycznej sytuacji materialnej decyduje wysokość świadczenia emerytalno-rentowego. Nie oznacza to, że osoby starsze nie mają problemów materialnych. Wynikają one z narastających wraz z wiekiem potrzeb zdrowotnych, których zaspokojenie wymaga zwiększonych wydatków na leki, opiekę medyczną, rehabilitacyjną, nierzadko na zakup sprzętu rehabilitacyjnego. To również nasilające się potrzeby zapewnienia sobie opieki, której nie zawsze mogą sprawować członkowie rodziny.

Stałość dochodów i mniejsza liczba osób utrzymujących się z nich powodują, że osoby starsze w mniejszym stopniu są zagrożone ubóstwem niż rodziny wychowujące dzieci. Istnieje jednak ryzyko popadnięcia w ubóstwo, wynikające ze stosunkowo płytkiego poziomu zamożności, wyczerpywania się zasobów finansowych i materialnych gromadzonych w okresie aktywności zawodowej. Zagrożenie to wynika też ze wzrostu kosztów utrzymania będących konsekwencją starzenia się, zmniejszania sprawności fizycznej i intelektualnej. Faza życia emerytów i rencistów, ich wiek, a przede wszystkim stan zdrowia powodują, że jeśli znajdą się w sferze ubóstwa, to ma ono charakter trwały ze względu na brak perspektywy zmiany sytuacji poprzez własną aktywność. Ten stan bezradności sprawia, że znacznie częściej u ludzi starych występują brak poczucia bezpieczeństwa socjalnego i obawy przed zagrożeniem biedą.

---

[2] *Warunki życia ludności w 2002 r.* Studia i Analizy Statystyczne. Warszawa 2003.
[3] *Warunki życia ludności w 2004 r.* Studia i Analizy Statystyczne. Warszawa 2005.

Faza, w którą wchodzą osoby starsze, to faza dezaktywizacji zawodowej. Oznacza to nie tylko zmianę źródła dochodu: ze źródeł z tytułu pracy na świadczenia społeczne. To również zmiana pozycji osoby starszej w społeczeństwie. Tylko część z nich po przekroczeniu wieku emerytalnego pozostaje na rynku pracy. Chęć utrzymania się czy powrotu na rynek pracy po okresie bierności zawodowej napotyka na bariery braku możliwości jej kontynuowania lub podjęcia wynikające nie tylko z niedostatku ofert pracy, ale i z preferencyjnego traktowania osób w wieku mobilności zawodowej, zwłaszcza osób młodych.

Sytuację osób starszych cechuje większa niż wśród młodszej generacji samodzielność mieszkaniowa. Nie zawsze jest to jednoznaczne z dobrymi warunkami mieszkaniowymi. Są to częściej mieszkania w starych zasobach, o niższym standardzie wyposażenia w instalacje techniczne, wymagające remontów. Mieszkania nie zawsze są dostosowane do potrzeb i możliwości osób starszych. W pierwszym przypadku chodzi o niedostosowanie warunków lokalowych do potrzeb związanych z wiekiem i ograniczoną mobilnością (mieszkania na piętrze, w domach bez windy, wymagające ogrzewania piecowego itp.). Z drugiej strony chodzi o mieszkania, których koszty eksploatacji pociągają za sobą wydatki trudne do ponoszenia prze osoby starsze.

Sytuację osób starszych w Polsce charakteryzują silne związki oparte na wzajemnej wymianie międzygeneracyjnej. Ma ona charakter materialny i pozamaterialny. W wymiarze rodzinnym przepływy transferów prywatnych przebiegają częściej od starszego do młodszego pokolenia, a więc odwrotnie niż redystrybucja dochodów w skali makro polegająca na transferowaniu zasobów publicznych od młodszego – aktywnego ekonomicznie pokolenia na rzecz ludności w wieku poprodukcyjnym[4]. Jak wynika z badań budżetów gospodarstw domowych, gospodarstwa emerytów i rencistów częściej przekazują część posiadanych środków na rzecz innych osób.

Inny rodzaj pomocy, to udostępnienie mieszkania. Uzyskanie samodzielnego mieszkania, po niskich kosztach, jest nadal trudne dla wielu młodych małżeństw. W 2002 r. 3,2 mln gospodarstw domowych mieszkało niesamodzielnie. Liczba ta zwiększyła się o 800 tys. w porównaniu z 1988 r. Młode rodziny korzystają z możliwości zamieszkania u dziadków. Zatrzymywanie mieszkań przez starsze osoby nawet wówczas, gdy koszty eksploatacyjne przekraczają ich możliwości finansowe wynika z chęci przekazania ich młodszemu pokoleniu.

Najpowszechniejszą formą pomocy świadczoną przez starsze pokolenie jest opieka nad wnukami. Wynika to z tego, że matki pracujące zawodowo nie chcą lub nie mogą przerwać (nawet okresowo) pracy. Wpływają na to sytuacja na rynku pracy, obawy przed utratą pracy i osłabieniem pozycji zawodowej, ale

---

[4] B. Szatur-Jaworska: *Ludzie starzy i starość w polityce społecznej*. Warszawa 2000.

przede wszystkim obawy przed obniżeniem dochodu rodziny. Z drugiej strony, dla części rodzin ograniczony jest dostęp do żłobków i przedszkoli. Barierę stanowią opłaty za usługi tych placówek. Sprawowanie opieki nad wnukami łączy się z uczestnictwem w procesie ich wychowania. Dziadkowie przekazują młodszemu pokoleniu potoczną wiedzę o świecie, dzielą się swoimi doświadczeniami, kultywują tradycje narodowe i rodzinne[5]. Ten obraz dziadków – źródła wiedzy ulega jednak zmianie. Szybki rozwój technologii informatycznych, za którymi nie nadąża wiedza starszych osób powoduje osłabienie autorytetu dziadków w oczach wnuków. Jest również tak, że następuje wzajemna wymiana korzyści. Także wnuki stają się źródłem wiedzy dla dziadków o dokonujących się przemianach technicznych i cywilizacyjnych.

Inną formą pomocy są usługi w zakresie prowadzenia gospodarstwa domowego, świadczone najczęściej w sytuacji wspólnego zamieszkania, ale też na rzecz rodziny pracującej zawodowo córki (synowej, wnuczki). Chociaż dominuje kierunek pomocy od starszej do młodszej generacji nie oznacza to, że osoby starsze nie potrzebują pomocy, jak również, że jej nie otrzymują. Dzieci świadczą usługi opiekuńcze wobec starszego pokolenia w przypadku choroby i niepełnosprawności związanej z wiekiem. Rzadziej jest to pomoc finansowa, jednak zakres potrzeb jest większy w porównaniu do udzielanej pomocy. Z badań Głównego Urzędu Statystycznego wynika, że pomocy finansowej potrzebuje 38% gospodarstw domowych emerytów i rencistów, ale korzysta z niej 11%, w tym 12,6% gospodarstw domowych potrzebuje pomocy w formie usług pielęgnacyjnych, a korzysta 8,4%. Najczęściej pomoc dla osób starszych udzielana jest przez rodzinę. Drugim źródłem pomocy jest pomoc społeczna.

Można więc powiedzieć, że obecnie stosunki miedzy generacjami charakteryzuje wewnątrzrodzinna solidarność. Przejawia się ona w zainteresowaniu wzajemnym losem, w kontaktach, ale również w wymianie świadczeń finansowych i usług. W wymianie tej osoby starsze nie stanowią głównej grupy „biorców". Jeżeli ich sytuacja na to pozwala występują w roli „dawców" różnych form pomocy na rzecz młodszych członków swojej rodziny.

---

[5] *Ku godnej, aktywnej starości.* Raport o rozwoju społecznym Polska. CASE UNDP, Warszawa 1999; L. Dyczewski: *Więź miedzy pokoleniami w rodzinie.* Wrocław 2002.

Procesy starzenia się ludności a przemiany rodziny i ich potencjalne skutki

Procesy starzenia się ludności należy postrzegać w szerszym kontekście procesów demograficznych, a głównie zmian w modelach rodziny. Następują zmiany w modelu dzietności. Współczesna rodzina to rodzina małodzietna, z jednym lub dwójką dzieci. Coraz częściej występuje bezdzietność małżeństw, w tym z wyboru. Zwiększa się liczba osób, które wybierają samotne życie. Oznacza to, że w przyszłości zmniejszy się liczba powiązań rodzinnych. Żyjący coraz dłużej dziadkowie będą mieli mniejszą liczbę wnuków.

Kolejna zmiana wiąże się ze zwiększeniem liczby rodzin niepełnych (osób samotnie wychowujących dzieci). Rozstanie partnerów powoduje często zerwanie więzi z rodzicami rozwiedzionych małżonków, a przynajmniej ograniczenie kontaktów. Dotyczy to niekiedy także kontaktów wnuków z dziadkami. To również może oznaczać, że żyjący dłużej dziadkowie będą mieli kontakt z mniejszą liczbą wnuków.

Nasilające się procesy migracji zagranicznych, wynikające z poszukiwania pracy na zagranicznych rynkach pracy, ale również z otwarcia granic w ramach Unii Europejskiej i łatwiejszego przepływu ludności są udziałem młodego pokolenia. Może zatem narastać oddalenie przestrzenne między starszą i młodszą generacją i towarzyszące temu niekiedy oddalenie emocjonalne. Narastanie zjawiska oddalenia emocjonalnego może być też następstwem przemian o charakterze aksjologicznym: przywiązywania mniejszego znaczenia do wartości rodzinnych, nasilania się indywidualizmu, konsumeryzmu, a nawet egoizmu. Trudności z zapewnieniem bezpośredniej opieki nad osobą starszą mogą być też wynikiem nasilania się aktywności zawodowej kobiet i ich dążenia do utrzymania się na rynku pracy. Zmiany te mogą oznaczać wzrastającą liczbę przypadków samotności osób starszych. Towarzyszyć temu będą inne zjawiska.

Istnieje uzasadniona obawa o zwiększenie się zagrożenia niesamodzielnością materialną przyszłych seniorów. W Polsce przeprowadzono reformę systemu emerytalno-rentowego polegającą na przejściu z systemu repartycyjnego (opartego na formule pay as you go) na system kapitałowy i rozszerzeniu dodatkowych ubezpieczeń dobrowolnych. Szacuje się jednak, że w systemie ubezpieczeń obowiązkowych stopa zastąpienia płacy przez emeryturę będzie niższa niż obecnie. Będzie to wynikać z krótszego stażu pracy spowodowanego okresami bezrobocia oraz przerwami w pracy z innych powodów. Dążenie do rozszerzenia skali pracy w elastycznych formach, a zwłaszcza w niepełnym wymiarze czasu oznacza płacenie mniejszych składek i w następstwie mniejsze zasoby kapitałowe w systemie emerytalnym. Jednocześnie na skutek wy-

dłużenia się ludzkiego życia nagromadzony kapitał będzie musiał starczyć przez dłuższy czas, co oznacza mniejsze wypłaty jednostkowe. Będzie to dotyczyć zwłaszcza osób najmniej zarabiających oraz kobiet. Kobiety przechodząc wcześniej na emeryturę będą otrzymywały niższe świadczenia. Innymi słowy osoby, które nie zdołają wypracować sobie odpowiednio wysokiego świadczenia i nie będą zabezpieczone w inny sposób mogą być zagrożone ubóstwem. Będą musiały się stać podopiecznymi pomocy społecznej[6] lub w większym stopniu korzystać z pomocy swoich dzieci.

Starzenie się ludności powoduje zwiększone wydatki na świadczenia społeczne, ochronę zdrowia i inne cele w skali makro. Są one związane z dostosowaniem życia społecznego do potrzeb osób w starszym wieku. W proces ten włączona jest rodzina. Powstaje pytanie o to, czy skutki zmian w modelu rodziny, w jej strukturze prowadzące do zmniejszania się sieci powiązań rodzinnych, oddalenie przestrzenne generacji będą sprzyjały rozszerzeniu pomocy ze strony młodszej generacji na rzecz seniorów w sytuacji zwiększonych potrzeb wynikających z czynników społeczno-ekonomicznych, ale również w wydłużonego okresu życia, któremu będzie towarzyszyło zwiększenie potrzeb zdrowotnych i opiekuńczych.

O solidarności międzypokoleniowej należy mówić nie tylko w odniesieniu do układu rodzinnego. Powinna ona mieć szerszy, makrospołeczny wymiar. Chodzi tu o transfery społeczne w zakresie publicznych środków. Jest to sprawa trudna w sytuacji ograniczonych środków publicznych i konieczności wyboru priorytetów. Pomocą dla osób starszych nie można jednak obciążyć tylko rodziny. Badania prowadzone w różnych krajach europejskich wskazują, że wycofanie się podmiotów publicznych z pomocy osobom starszym osłabia potencjał rodziny. Brak wsparcia z zewnątrz tylko do pewnych granic mobilizuje rodzinę. Wpływają na to ograniczone zasoby materialne i brak czasu średniego pokolenia. Ograniczenie pomocy ze środków publicznych, niemożność zastąpienia jej przez rodzinę może oznaczać dla osób starszych ich marginalizację.

Starzenie się ludności jako wyzwanie dla polityki rodzinnej

Starzenie ludności oznacza wyzwanie dla polityki społecznej, a w jej ramach dla polityki rodzinnej. Polityka rodzinna najczęściej jest traktowana jako całokształt środków i metod uruchamianych przez państwo i inne podmioty mające na celu tworzenie warunków, aby rodziny mogły powstawać, rozwijać się i realizować swoje podstawowe funkcje. W tradycyjnym ujęciu rodzinę postrzegano w kontekście potencjalnej i rzeczywistej obecności dziecka. Procesy starzenia się ludności w krajach Europy Zachodniej zwróciły uwagę na konieczność innego podejścia do polityki rodzinnej i uwzględniania w niej jej zadań wobec starszych członków rodziny. Potrzebne jest zatem zredefiniowanie polityki rodzinnej i uwzględnienie w niej tworzenia warunków sprzyjających realizacji funkcji opiekuńczo-zabezpieczającej wobec starszego pokolenia. Wiąże się to z określeniem stopnia bezpośredniej pomocy państwa (zaangażowania środków publicznych) dla osób starszych i stopnia wspierania rodziny realizującej zadania wobec tych osób. Bezpośrednia pomoc dla starszych funkcjonujących poza rodziną oznacza rozwój pozarodzinnych form opieki. Opieka w placówce powinna być sprawowana, gdy stan zdrowia podopiecznego wyklucza pomoc w domu.

Pomoc rodzinie w wypełnianiu jej funkcji opiekuńczo-zabezpieczającej może przybierać różne formy.

Po pierwsze, może to być pomoc na rzecz wspierania zadań opiekuńczych świadczonych w ramach środowiska rodzinnego, ale bez bezpośredniego zaangażowania członka rodziny. Pomoc w miejscu zamieszkania ma wielkie znaczenie psychologiczne. Stary człowiek unika stresu związanego ze zmianą miejsca zamieszkania. Za formami tymi przemawiają także względy ekonomiczne. Pomoc w miejscu zamieszkania jest na ogół mniej kosztowna niż pomoc w wyspecjalizowanych placówkach. Temu celowi może służyć rozwój usług opiekuńczych w domu pacjenta, pomoc w przystosowaniu mieszkania do potrzeb osoby starszej, rzeczowa pomoc w postaci wypożyczania sprzętu rehabilitacyjnego, rozwój usług transportowych i gastronomicznych. Wsparciu wydatków związanych z opieką powinny służyć świadczenia opiekuńcze. Zapoczątkowanie tworzenia systemu ubezpieczeń pielęgnacyjnych staje się teraz palącą potrzebą.

Po drugie, potrzebny jest system wspierania sytuacji, gdy zadania opiekuńcze i pielęgnacyjne są sprawowane bezpośrednio przez członka rodziny. Może to się wiązać z koniecznością korzystania ze zwolnień opiekuńczych z pracy. Takie rozwiązanie uwzględniające sprawowanie opieki nad osobą starszą powinno się znaleźć w najbliższym czasie w systemie uprawnień pracowniczych mających na celu godzenie obowiązków zawodowych z rodzinnymi. Rodzinni opiekunowie powinni mieć także zapewniony system poradnictwa i wsparcia obejmujący sytuacje, gdy potrzebna jest pomoc fachowców dla wykonania zadań opiekuńczych wobec osoby starszej, ale również pomoc polegająca na wsparciu psychicznym i fizycznym samego opiekuna. Opieka nad starszymi

[6] Z. Czepulis-Rutkowska: *Systemy emerytalne a poziom zabezpieczenia materialnego emerytów*. Warszawa 2000.

osobami jest często wyczerpująca fizycznie i psychicznie. Opiekun powinien mieć możliwość skorzystania z okresowego zastępstwa dla poprawy własnej kondycji.

Po trzecie, powinny być rozwijane działania na rzecz kształtowania pozytywnych postaw wobec osób starszych i wewnątrzrodzinnej integracji. Edukacja w tym zakresie powinna objąć różne szczeble, poczynając od edukacji szkolnej, a kończąc na edukacji całego społeczeństwa.

Po czwarte, w perspektywie wydłużania się trwania życia, a więc dłuższego życia w fazie starości powinien być tworzony system przygotowania do tej fazy, adresowany do młodego pokolenia. Starzenie się społeczeństw wynikające z wydłużania się przeciętnego życia oznacza, że większość ludzi obecnie w średnim wieku, a tym bardziej młodych ma szanse dożyć późnej starości. Potrzebne jest zatem stworzenie systemu „przygotowania do starości". Przygotowanie to powinno mieć różny wymiar. Na przykład w wymiarze ekonomicznym chodzi o indywidualną przezorność i tworzenie materialnego zabezpieczenia na starość. Formą realizacji tego celu mogą być ubezpieczenia oraz różne formy oszczędzania oparte na specjalnych zachętach. W wymiarze zdrowotnym chodzi o edukację zdrowotną i upowszechnianie zdrowego stylu życia. W wymiarze kulturowym chodzi o kształtowanie pozytywnych postaw wobec własnej starości i starości innych osób. W dużym stopniu wiąże się to z tworzeniem polityki na rzecz osób starszych i aktywnej polityki rodzinnej z udziałem osób starszych.

Potrzebny jest rozwój metod zwiększania bezpieczeństwa socjalnego osób starszych, takich jak dodatkowe ubezpieczenia, inwestycje kapitałowe, lokaty. Obecnie są one mało popularne w Polsce. Barierami w ich upowszechnieniu są zarówno ograniczone dochody ludności, jak i brak nawyków indywidualnej przezorności. Dla „młodszych" seniorów powinny być stworzone warunki do ich większej aktywności. Formą tego jest możliwość dłuższego okresu pracy zawodowej. Będzie to jednak zależało od sytuacji na rynku pracy. Już obecnie trwają dyskusje nad zasadnością kontynuacji pracy zawodowej przez emerytów w sytuacji braku miejsc pracy dla osób młodszych.

Należy promować różne formy aktywności nieprofesjonalnej, wykorzystując jeden z ważnych kapitałów będący udziałem osób starszych – kapitał wolnego czasu. Może to dotyczyć różnych sfer, np. osoby starsze mogą wykonywać usługi opiekuńcze na zasadach częściowej odpłatności lub jako wolontariusze. Usługi opiekuńcze mogą obejmować dzieci spoza rodziny i być sprawowane na zasadach pomocy sąsiedzkiej, ale też w formach bardziej sformalizowanych. Mogą też obejmować pomoc innym osobom starszym. Zwiększeniu udziału osób starszych w opiece nad dziećmi w ramach pomocy rodzinnej może służyć rozszerzenie uprawnień do urlopów wychowawczych na dziadków. Takie roz-

wiązanie istnieje na Węgrzech, chociaż dotyczy ono sytuacji braku rodziców biologicznych. Świadczy to jednak o sposobie myślenia o formach opieki nad dzieckiem.

Emeryci mogą być inicjatorami różnych działań kulturalnych, oświatowych, rekreacyjnych w miejscu zamieszkania. Ważną rolę powinna odgrywać edukacja przez całe życie i edukacja zdrowotna, pozwalające na zachowanie aktywności intelektualnej i fizycznej. Jest niezwykle istotne, aby ludzie starsi jeżeli chcą, mieli dostęp do edukacji i mogli zdobywać wiedzę. To pozwala im na lepsze zrozumienie zmian zachodzących w otoczeniu, a przez to zwiększa możliwość samodzielnego rozwiązywania określonych problemów życiowych. Niezbędne jest upowszechnienie – zwłaszcza w małych ośrodkach miejskich i na wsi – dostępu do edukacji osób starszych, co może spowodować zniwelowanie różnic międzypokoleniowych w poziomie wykształcenia i zapobiegać dyskryminacji ludzi starszych. Dużą rolę w tym zakresie mogą odegrać środki masowego przekazu z uwagi na ich siłę oddziaływania i dostępność przekazywanych informacji. Instytucje prowadzące edukację dla osób starszych powinny włączać te osoby do systemu kształcenia ustawicznego, aktywizować słuchaczy pod względem intelektualnym, psychicznym i fizycznym oraz prowadzić edukację i profilaktykę gerontologiczną. W aktywizowaniu osób starszych w działaniach na rzecz środowiska lokalnego dużą rolę może odegrać wolontariat.

Należy dążyć do integrowania się ludzi starszych po to, aby mogli pomagać sobie i swoim rodzinom świadcząc wzajemne usługi. Inicjowanie i stymulowanie działań samopomocowych (świadczenia i przyjmowania pomocy) to forma pozwalająca na adaptowanie się do odmiennych, często trudnych warunków życia. Buduje podmiotowość i poczucie niezależności. Osoby w nich działające nie są obiektem, a kreatorem sytuacji społecznych, współuczestnikiem zmian i odpowiedzialnym wykonawcą, co pomaga przezwyciężać trudności, lęk i społeczne wyobcowanie. Pomoc i współdziałanie muszą mieć charakter subsydiarny, tj. nienarzucanych rozwiązań, ale dopuszczający optymalny, zindywidualizowany sposób realizacji zadań. Należy tworzyć warunki, aby każdy człowiek mógł sam osiągnąć maksimum celów w ramach tak planowanego współdziałania wspierającego.

Małgorzata Grządziel
Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej Województwa Śląskiego

WARUNKI ŻYCIA SENIORÓW W WOJEWÓDZTWIE ŚLĄSKIM

Czynniki kształtujące warunki życia społeczeństwa oddziałują z różną siłą i intensywnością na poszczególnych jego członków, niemniej jednak największy wpływ na ich ocenę wywiera poziom dochodów, który w istotny sposób determinuje udział ludzi w podstawowych dziedzinach życia. Podobnie wpływa wiek, a wynikające z biologicznego punktu widzenia fazy życia określają możliwości oraz skalę ich uczestnictwa w sferach aktywności życiowej i przyczyny wycofywania się z nich.

Najważniejszym wskaźnikiem charakteryzującym warunki życia ludności jest posiadany przez nią dochód. W województwie śląskim wysokość średnich miesięcznych płac ludności ma na ogół znacznie wyższy poziom niż przeciętnie w kraju. Średnie renty i emerytury seniorów w województwie śląskim są również wyższe niż w kraju. Są jednocześnie stosunkowo wysokie w odniesieniu do aktualnych płac ludności czynnej zawodowo bądź utrzymującej się z innych świadczeń społecznych, np. osób bezrobotnych[1]. W 2000 r. w województwie śląskim przeciętna miesięczna emerytura i renta brutto wynosiła 1 052,22 zł, a w 2005 r. 1 426,73 zł. W I kwartale 2006 r. przeciętna miesięczna emerytura i renta brutto była wyższa o 10,3% w stosunku do poziomu sprzed roku i wynosiła 1477,56 zł[2].

Podobne tendencje cechują poziom dochodu rozporządzalnego, który jest ściśle związany z ogólnym poziomem dochodu seniorów. Ocena warunków życia osób starszych z punktu widzenia posiadanego przez nich dochodu roz-

---

[1] *Strategia Polityki Społecznej Województwa Śląskiego na lata 2006-2020*. Katowice 2006.

[2] GUS. *Rocznik Statystyczny Województwa Śląskiego 2002*. Katowice 2002, GUS. *Informacja o sytuacji społeczno-gospodarczej województw nr 4/2005*; *Informacja o sytuacji społeczno-gospodarczej województw nr 1/2006*.

porządzalnego okazuje się dość korzystna. Należy jednak pamiętać, że wpływają na nią nie tylko dochody bieżące uzupełniane posiadanymi oszczędnościami, ale także m.in. stan zdrowia i nierozłącznie z tym związana możliwość samodzielnej egzystencji. Poza tym dla określenia kondycji materialnej seniorów ważny jest nie tylko poziom dochodów, ale również ich rodzaj. Starzenie się społeczeństwa wpłynęło na wzrost liczby osób na terenie województwa śląskiego utrzymujących się z niezarobkowych źródeł dochodu. W 2002 r. ponad 46% osób w wieku niemobilnym (45-59/64 lat) i 90% w wieku poprodukcyjnym (60/65 lat) utrzymywało się z dochodów z niezarobkowych źródeł, którymi były świadczenia społeczne (tab. 1). Udział mężczyzn w tych grupach był przeważający i wyniósł odpowiednio 52% i 94%. Zarówno wśród mężczyzn, jak i kobiet osoby w wieku poprodukcyjnym pobierające świadczenia najczęściej utrzymywały się z emerytur (91,3% mężczyzn i 65,4% kobiet). Poza emeryturą seniorzy najczęściej utrzymywali się z renty inwalidzkiej i renty rodzinnej (tab. 2)[3].

Tabela 1

Ludność według głównego źródła utrzymania, płci i ekonomicznych grup wieku w województwie śląskim w 2002 r.

Wyszczególnienie	Ogółem w tys.	Główne źródło utrzymania ludności			
		dochody z pracy	niezarobkowe źródło	utrzymywani	nieustalone źródło
		w %			
Ogółem	**4742,9**	**31,2**	**28,2**	**37,8**	**2,9**
W wieku:					
Przedprodukcyjnym (0-17 lat)	1018,2	0,1	1,5	96,5	1,9
Produkcyjnym (18-59/64 lata)	3028,0	48,5	22,9	25,2	3,3
Mobilnym (18-44 lata)	1921,6	54,3	9,3	32,6	3,7
Niemobilnym (45-59/64 lata)	1106,4	38,6	46,3	12,4	2,6
Poprodukcyjnym (60/65 lat i więcej)	695,6	1,0	90,4	6,4	2,2
Nieustalonym	1,1	12,5	16,5	42,3	28,8

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: GUS. *Raport z wyników Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań – województwo śląskie*. Katowice 2004.

[3] GUS. *Raport z wyników Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań – województwo śląskie*. Katowice 2004.

Największy wpływ na ocenę warunków życia ma lokalizacja gospodarstwa osoby starszej względem granicy ubóstwa. Określenie rozmiaru ubóstwa zależy od rodzaju przyjętej linii. Wśród wielu rodzajów linii ubóstwa najczęściej stosowane są minimum socjalne oraz minimum egzystencji. W grudniu 2005 r. minimum socjalne dla samotnego emeryta zostało określone w wysokości 782,6 zł, natomiast dla dwuosobowego gospodarstwa domowego emeryta 629,8 zł na osobę (łącznie 1259,6 zł)[4]. Wiedza na temat sytuacji dochodowej seniorów w województwie śląskim pozwala domniemywać, że ubóstwo osób starszych jest mniejsze niż w innych grupach wiekowych i społeczno-zawodowych. W województwie śląskim przeciętna miesięczna emerytura brutto w okresie, na który zostało określone powyższe minimum wynosiła 1556,24 zł[5], na podstawie czego można szacować, że rozmiar ubóstwa emerytów w regionie jest niewielki. Jeszcze mniejszy obszar ubóstwa seniorów w województwie zostanie określony, kiedy za granicę biedy przyjmie się minimum egzystencji. Mniejszy rozmiar ubóstwa seniorów, w porównaniu z rozmiarem ubóstwa innych grup wiekowych i zawodowych ludności wynika także z tego, że seniorzy z reguły mają dochód o charakterze stałym, który poziomem znacznie odbiega od wysokości np. zasiłku dla bezrobotnych czy dochodu wieloosobowej rodziny. Niestety, precyzyjne określenie rozmiarów ubóstwa seniorów w województwie śląskim nie jest możliwe z powodu braku szczegółowych badań na ten temat.

Objęcie seniorów całym systemem zabezpieczenia społecznego powoduje, że nie stanowią oni grupy społeczno-zawodowej najbardziej zagrożonej ubóstwem. Sprzyjają temu, jak już wcześniej zauważono, stałość oraz wysokość uzyskiwanych dochodów. Ponadto wśród rodzin śląskich wciąż jest wiele rodzin wieloosobowych (czasem nawet wielopokoleniowych), co stanowi pewnego rodzaju zabezpieczenie realizacji potrzeb seniorów. Życie osoby starszej wśród innych członków rodziny powoduje, że warunki, w jakich żyje nie pogarszają się wraz z wiekiem, lecz pozostają na umiarkowanie stałym poziomie[6]. Według danych z 2002 r. w województwie śląskim na utrzymaniu innych członków rodziny było 37,8% ludności (tab. 1), z czego tylko 12,4% osób w wieku niemobilnym i 6,4% osób w wieku 60/65 lat i więcej (poprodukcyjnym)[7].

Seniorzy niemający wystarczających środków do zaspokojenia swoich potrzeb życiowych, w tym także związanych z zapewnieniem sobie odpowiedniej

---

[4] P. Kurowski: *Informacja o wynikach badań IPiSS nad wysokością minimum socjalnego w grudniu 2005 r.*

[5] GUS. *Informacja o sytuacji społeczno-gospodarczej województw nr 1/2006.*

[6] Por. *Raport o rozwoju społecznym Polska 1999 Ku godnej aktywnej starości.* Warszawa 1999.

[7] GUS. *Raport z wyników Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań – województwo śląskie 2002.*

opieki, mają możliwość skorzystania z zabezpieczeń gwarantowanych przez pomoc społeczną. Mimo że w obowiązującej ustawie z 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej starość nie została wymieniona jako ryzyko dające prawo do ubiegania się o wspomożenie[8], starsze osoby lub ich rodziny, które nie są w stanie pokonać własnymi siłami złej sytuacji życiowej mogą uzyskać pomoc na podstawie jej zapisów. Prawo do świadczeń przyznawanych na mocy zapisów powoływanej ustawy przysługuje seniorom, którzy zostali dotknięci co najmniej jednym z powodów złej sytuacji życiowej wymienionych w ustawie oraz którzy jednocześnie nie mają żadnego źródła utrzymania lub których dochód nie przekracza określonego dla nich kryterium dochodowego (dla osób samotnie gospodarujących – 461 zł, dla pozostałych osób 316 zł w przeliczeniu na osobę w rodzinie[9]). Warto tutaj zaznaczyć, że świadczenia społeczne mają charakter ratowniczy dla wielu ubogich osób starszych, jednakże mimo realnej możliwości uzyskania wspomożenia część z nich nie otrzymuje żadnych form wsparcia (także określonych w innych aktach prawnych). Taka sytuacja jest powodowana głównie brakiem wiedzy o przysługujących seniorom prawach i uprawnieniach, skomplikowanymi procedurami ubiegania się o wspomożenie, nieumiejętnością znalezienia się w trudnym świecie spraw urzędowych, a także ograniczoną mobilnością seniorów.

Świadczenia pomocy społecznej, jakie mogą otrzymać seniorzy można podzielić na świadczenia o charakterze pieniężnym oraz niepieniężnym, które są realizowane w miejscu zamieszkania beneficjenta lub poza nim[10]. Pieniężne świadczenia pomocowe, czyli zasiłek stały, celowy i okresowy pobierają seniorzy, dla których mają one najczęściej charakter nie wspomagający, lecz podstawowy. Zasiłek stały jest świadczeniem mającym charakter obligatoryjny. Jest przeznaczony dla osób całkowicie niezdolnych do pracy z powodu wieku lub niepełnosprawności, spełniających kryterium dochodowe, przy czym stanowi on uzupełnienie dochodu tych osób do wysokości określonego dla nich kryterium dochodowego. Kwota przyznanego zasiłku nie może być niższa niż 30 zł

---

[8] Do tego katalogu zaliczono: ubóstwo, sieroctwo, bezdomność, bezrobocie, niepełnosprawność, długotrwałą lub ciężką chorobę, przemoc w rodzinie, potrzebę ochrony macierzyństwa, bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, szczególnie w rodzinach niepełnych i wielodzietnych, brak umiejętności w przystosowaniu do życia młodzieży opuszczającej placówki opiekuńczo-wychowawcze, trudność w integracji osób, które otrzymały status uchodźcy, trudność w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego, alkoholizm lub narkomanię, zdarzenie losowe i sytuację kryzysową, klęskę żywiołową lub ekologiczną. Ustawa z 12.03.2004 r. o pomocy społecznej. Dz.U. 2004.

[9] Przytoczone kryteria dochodowe podlegają weryfikacji co 3 lata i są ogłaszane przez ministra właściwego do spraw zabezpieczenia społecznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski" do 15 lipca roku, w którym dana weryfikacja zostaje przeprowadzona.

[10] Art.36 ustawy o pomocy społecznej. Op. cit.

miesięcznie[11]. Osoba starsza w celu zaspokojenia niezbędnej potrzeby życiowej może także otrzymać zasiłek celowy, z przeznaczeniem go w szczególności na: zakup leków, pokrycie kosztów leczenia, zakup żywności, zakup niezbędnych przedmiotów użytku domowego, opału, wykonanie drobnych napraw i remontów w domu, a także na pokrycie kosztów pogrzebu, części lub całości wydatków na świadczenia zdrowotne oraz strat powstałych w wyniku zdarzenia losowego[12].

Seniorzy, którzy nie mają żadnego dochodu mogą otrzymać zasiłek okresowy. Przedmiotowe świadczenie przysługuje także osobom czy rodzinom o dochodach mniejszych od ustawowego kryterium lub posiadającym pewne zasoby pieniężne, które jednak nie wystarczają na zaspokojenie niezbędnych potrzeb życiowych. Kwota przyznanego zasiłku okresowego nie może być niższa niż 50% różnicy między kryterium dochodowym osoby samotnie gospodarującej a jej dochodem bądź kryterium dochodowym rodziny a dochodem tej rodziny.

Osoby starsze pozbawione schronienia, posiłku oraz niezbędnego ubrania mogą uzyskać wsparcie od ośrodków pomocy społecznej. Zapewnienie schronienia jest realizowane poprzez przydzielanie miejsc w domach noclegowych, schroniskach, domach dla bezdomnych, hostelach czy ośrodkach interwencji kryzysowej. W sytuacji głodowania seniorzy uzyskują pomoc w formie przynajmniej jednego gorącego posiłku dziennie. Starsi członkowie społeczeństwa, podobnie jak inne osoby, mają prawo do pogrzebu zgodnie z ich wyznaniem[13].

Według danych spisowych, w 2002 r. w województwie śląskim z zasiłku z pomocy społecznej utrzymywało się 49 639 osób. Seniorzy w wieku 60-64 lata stanowili 1,5% tej grupy, natomiast osoby po 65 roku życia 1,8%[14]. Nie ma jednak możliwości dokonania podziału biorców świadczeń ze względu na rodzaj pobieranego zasiłku. Powodem tego jest brak statystyk pomocy społecznej, które uwzględniałyby wiek swoich podopiecznych, co uniemożliwia dookreślenie grupy wiekowej odbiorców poszczególnych rodzajów świadczeń społecznych[15].

---

[11] *Vademecum seniora. Przewodnik po uprawnieniach*. Warszawa 2002, s. 41.
[12] Ibid.
[13] Art. 44, 48, 53 ustawy o pomocy społecznej. Op. cit.
[14] GUS. *Raport z wyników Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań – województwo śląskie 2002*.
[15] Por. B. Szatur-Jaworska: *Ubóstwo w wieku podeszłym*. W: *Problemy polityki społecznej. Studia i dyskusje*. Warszawa 2000, s. 138.

Tabela 2

Ludność utrzymująca się z niezarobkowych źródeł z uwzględnieniem wieku w województwie śląskim – 2002 r.

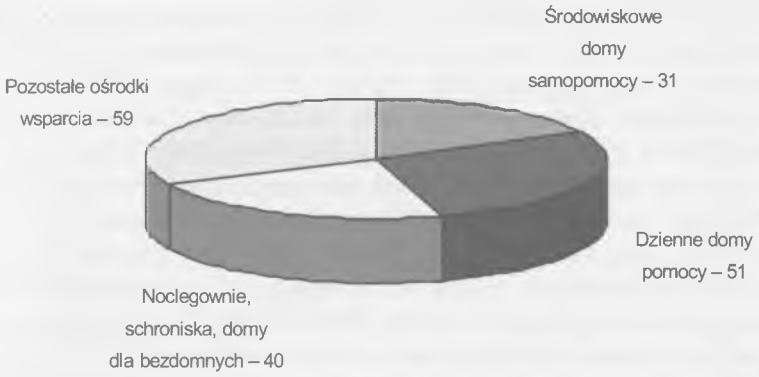
Wyszczególnienie	Ogółem	60-64 lata	65 lat i więcej
Ogółem	4 742 874	237 154	569 250
Utrzymujący się z niezarobkowego źródła	1 820 915	216 992	544 897
W tym			
Emerytury pracowniczej, kombatanckiej i pochodnych	881 075	160 153	379 076
Emerytury rolnej	36 852	5 260	27 031
Renty z tytułu niezdolności do pracy (renty inwalidzkiej)	359 768	29 688	42 441
Renty socjalnej	15 995	495	1 543
Renty rodzinnej	182 935	16 274	86 468
Zasiłku dla bezrobotnych	77 690	292	105
Zasiłku z pomocy społecznej	49 639	764	882
Innych niezarobkowych źródeł	216 961	4 066	7 351

Źródło: Ibid.

Samodzielne życie daje poczucie niezależności, jednak wraz z wiekiem powoduje trudności w realizacji codziennych zajęć. Starość powoduje zwiększenie zapotrzebowania seniorów na pomoc ze strony otoczenia. Osoby starsze, w szczególności w czasie choroby, wymagają coraz więcej opieki, którą rodzina nie zawsze jest w stanie zapewnić. W takich sytuacjach pomocne okazują się ośrodki wsparcia. Służą one utrzymaniu osoby w jej naturalnym środowisku oraz zapewniają całodzienny pobyt, posiłki w czasie pobytu, podstawowe świadczenia opiekuńcze, rekreacyjno-kulturalne oraz edukacyjne. Płatność za pobyt w ośrodkach wsparcia jest uzależniona od sytuacji materialnej seniora. Gdy osoba ma dochód niższy niż właściwe dla niej kryterium dochodowe (określone w ustawie o pomocy społecznej), wówczas całość opłat za świadczone usługi pokrywa ośrodek pomocy społecznej. W innym przypadku ośrodek partycypuje jedynie w części ponoszonych opłat.

W 2004 r. na terenie województwa śląskiego działało 181 ośrodków wsparcia, których większość miała zasięg lokalny. Najliczniejszymi placówkami były dzienne domy pomocy (51 placówki) oraz środowiskowe domy samopomocy

(31 placówek). Ośrodki wsparcia w województwie śląskim w omawianym okresie miały 7691 miejsc, z czego 1133 było w środowiskowych domach samopomocy, 2381 w dziennych domach pomocy, 1679 w noclegowniach, 2498 w „pozostałych ośrodkach wsparcia". Istniejące w województwie zasoby nie zaspokajają jednak w pełni rzeczywistych potrzeb, które w przyszłości zgodnie z prognozami demograficznymi będą się stale zwiększać. Deficyt liczby miejsc w placówkach wsparcia jest już znaczny, co obrazuje liczba osób oczekujących na umieszczenie w nich. Jak wynika z danych zaprezentowanych w „Strategii Polityki Społecznej Województwa Śląskiego na lata 2006-2020", na umieszczenie w dziennych domach opieki w 2004 r. oczekiwało 46 osób, a w środowiskowych domach samopomocy 69 osób. Dane dotyczące ilości placówek wsparcia w 2004 r. na terenie województwa śląskiego z podziałem na rodzaj przedstawia rys. 1[16].



Rys. 1. Liczba ośrodków wsparcia w województwie śląskim w 2004 r.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: *Strategia Polityki Społecznej Województwa Śląskiego na lata 2006-2020*. Katowice 2006.

W województwie śląskim pomoc instytucji w organizacji życia codziennego i zapewnieniu udziału seniorom w życiu społecznym jest niezbyt duża. Niemniej jednak seniorzy wymagający wsparcia innych osób w codziennym życiu, ale niewymagający opieki całodobowej mogą liczyć na pomoc w postaci usług opiekuńczych oraz specjalistycznych usług opiekuńczych przyznawanych na mocy zapisów ustawy o pomocy społecznej. W ich ramach świadczona jest pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opieka higieniczna, pielęgnacja

[16] *Strategia Polityki Społecznej Województwa Śląskiego na lata 2006-2020*. Op. cit.

oraz zapewnienie kontaktów z otoczeniem. Warto zauważyć, że specjalistyczne usługi opiekuńcze są świadczeniem wykonywanym przez osoby z przygotowaniem zawodowym oraz dostosowanym do potrzeb beneficjenta[17]. Płatność za nie odbywa się podobnie, jak w przypadku ośrodków wsparcia, to znaczy seniorzy, których dochód jest niższy niż określone kryterium dochodowe nie partycypują w kosztach za pobierane usługi. Całość opłat za nie pokrywa ośrodek pomocy społecznej. Należy jednak zauważyć, że dostęp do usług opiekuńczych dla osób o wyższym poziomie dochodu jest o wiele trudniejszy, ponieważ nie kwalifikuje ich do grona osób korzystających z usług finansowanych przez ośrodek pomocy społecznej. Zdarza się, że taka sytuacja staje się przyczyną rezygnacji z omawianych usług z powodu braku możliwości pokrycia opłat za nie[18].

Seniorzy, którzy ze względu na zły stan zdrowia oraz trudną sytuację rodzinną nie mogą przebywać w domu, a wymagają szczególnej opieki medycznej mogą skorzystać z usług świadczonych w placówkach pielęgnacyjno-opiekuńczych i w zakładach opiekuńczo-leczniczych, których na terenie województwa śląskiego w 2005 r. było 44 (w tym 26 niepublicznych). Istniejące zakłady w omawianym czasie dysponowały ogółem 2643 miejscami[19]. Seniorzy mogą w nich przebywać przez określony czas lub na stałe. Nie jest to jednak zbyt popularna forma opieki. Seniorzy wymagający całodobowej opieki oraz ci którzy nie są w stanie sami wykonywać zwykłych codziennych czynności życiowych mogą również zostać skierowani do domów pomocy społecznej. Otoczenie opieką przez całą dobę oraz świadomość tego, że można liczyć na pomoc innych osób jest ważnym czynnikiem wpływającym na subiektywne odczucia seniorów, dotyczące jakości ich życia. Dane z 2006 r. wskazują, że liczba domów pomocy społecznej zlokalizowanych na terenie województwa śląskiego, których beneficjentami są osoby starsze, osoby przewlekle somatycznie oraz psychicznie chore, a także dorośli niepełnosprawni intelektualnie wynosi 68. Placówki te dysponują 6535 miejscami. Domy pomocy społecznej przeznaczone wyłącznie dla osób starszych (z uwzględnieniem starszych osób niepełnosprawnych fizycznie i starszych osób przewlekle somatycznie chorych) stanowią około 1/3 wszystkich tego typu placówek. Placówki te (25) dysponują 2246 miejscami, co jest wciąż niewystarczające w stosunku do zapotrzebowania na nie[20]. Liczba starszych mieszkańców domów pomocy społecznej w wojewódz-

---

[17] Art. 50 ustawy o pomocy społecznej. Op. cit.

[18] J. Krzyszkowski: *Dla kogo inkluzja, dla kogo ekskluzja. Instytucja pomocy społecznej wobec problemu wykluczenia społecznego*. W: *Wykluczenie społeczne*. Red. L. Frąckiewicz. Katowice 2005, s. 54.

[19] *Raport o stanie zdrowia mieszkańców województwa śląskiego 2005*. Katowice 2006.

[20] Wykaz domów pomocy społecznej. Wydział Polityki Społecznej, Śląski Urząd Wojewódzki w Katowicach, www.katowice.uw.gov.pl

twie śląskim stale wzrasta, co powoduje konieczność dostosowania nie tylko liczby domów do rosnących potrzeb, ale również ilości opiekunów zapewniających opiekę coraz liczniejszej rzeszy beneficjentów. Wykaz domów pomocy społecznej zlokalizowanych na terenie województwa śląskiego, których głównymi beneficjentami są seniorzy przedstawia tab. 3.

Tabela 3

Wykaz domów pomocy społecznej, których głównymi beneficjentami są seniorzy, zlokalizowanych na terenie województwa śląskiego (stan na 31 sierpnia 2006 r.)

Lp.	Powiat	Liczba domów pomocy społecznej dla seniorów w powiecie	Liczba miejsc w domach pomocy społecznej
1.	Bielski	2	114
2.	Bielsko-Biała	2	149
3.	Bytom	2	186
4.	Chorzów	2	141
5.	Cieszyński	3	189
6.	Częstochowa	1	145
7.	Częstochowski	1	46
8.	Dąbrowa Górnicza	1	100
9.	Gliwice	2	172
10.	Gliwicki	1	80
11.	Katowice	1	98
12.	Lubliniecki	1	200
13.	Sosnowiec	2	151
14.	Tychy	1	52
15.	Wodzisławski	1	218
16.	Zabrze	1	105
17.	Żywiecki	1	100
Ogółem		25	2246

Źródło: Wykaz domów pomocy społecznej. Wydział Polityki Społecznej, Śląski Urząd Wojewódzki w Katowicach, www.katowice.uw.gov.pl

Świadczeniem opieki dla seniorów w województwie śląskim zajmuje się również 7 Miejskich Domów Spokojnej Starości, dysponujących w sumie 388 miejscami. Domy te znajdują się w Ustroniu, Rybniku, Świętochłowicach, Jastrzębiu Zdroju, Czechowicach-Dziedzicach, Cieszynie oraz Żorach. Wszystkie te placówki są przeznaczone zarówno dla kobiet, jak i dla mężczyzn (tab. 4).

Tabela 4

Miejskie Domy Spokojnej Starości w województwie śląskim
(stan na 31 sierpnia 2006 r.)

Lp.	Nazwa	Miejscowość	Liczba miejsc
1.	Miejski Dom Spokojnej Starości	Ustroń	38
2.	Miejski Dom Spokojnej Starości	Rybnik	150
3.	MDPS „Złota Jesień"	Świętochłowice	58
4.	MDPS „Dar Serca"	Jastrzębie Zdrój	31
5.	MDPS „Złota Jesień"	Czechowice-Dziedzice	20
6.	Dom Spokojnej Starości	Cieszyn	65
7.	Miejski Dom Spokojnej Starości	Żory	26

Źródło: Ibid.

Osoby starsze przebywające zarówno w domu pomocy społecznej, jak i w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym i opiekuńczo-leczniczym mają zagwarantowane: opiekę, higienę, wyżywienie, utrzymanie czystości, pobyt, pielęgnację, edukację, kontakty z otoczeniem, pomoc w załatwianiu spraw osobistych.

Kondycję materialną osób starszych obrazuje także ich zdolność do oszczędzania. Ludność w województwie śląskim charakteryzuje stosunkowo duża oszczędność. Mimo że większa część dochodu zostaje przeznaczona na wydatki bieżące, to jednak gospodarstwa domowe, których budżet pozwala na oszczędzanie najczęściej gromadzą środki jako rezerwę na przyszłe sytuacje losowe, zabezpieczenie na starość oraz leczenie. Takie intencje oszczędzania wynikają m.in. z przekonania i świadomości o tym, że seniorzy nie są w stanie zasilić swojego budżetu z innych źródeł dochodów oraz że w miarę upływu czasu poziom emerytury i renty z powodu braku lub niskiej waloryzacji nie będzie wzrastać proporcjonalnie tak, aby móc sprostać drożejącym kosztom życia[21].

[21] T. Panek: *Zasobność materialna*. W: *Diagnoza Społeczna 2005. Warunki i jakość życia Polaków*. Red. J. Czapiński, T. Panek. Warszawa 2006, s. 55.

W sytuacji niedoboru środków finansowych seniorzy, podobnie jak pozostała część społeczeństwa, próbują temu zaradzić poprzez ograniczanie swoich potrzeb, wykorzystywanie oszczędności, zaciąganie pożyczek, korzystanie z pomocy rodziny, a także wyprzedawanie posiadanego majątku. Najpopularniejszym sposobem zaradczym w sytuacji braku środków finansowych jest ograniczanie wydatków na żywność poprzez zastępowanie produktów droższych tańszymi, a więc często, choć nie w każdym przypadku, gorszej jakości. Najczęściej kupowane są tańsze produkty mięsne. Substytucja gatunków pozostałych produktów jest znacznie mniej rozpowszechniona, lecz również zauważalna. Tańsze kupuje się produkty nabiałowe, papierosy, wyroby cukiernicze i tłuszcze roślinne. Rzadziej na tańsze zmienia się nabywane pieczywo oraz napoje alkoholowe[22]. Takie sposoby zaradcze stosują wszyscy ludzie w sytuacji niedoboru środków finansowych bez względu na wiek, a tym bardziej na obszar zamieszkania.

Potrzeby osób starszych kształtują się w miarę postępowania procesu starzenia się, przyjmując różne rozmiary. Wraz z osiąganiem coraz starszego wieku zmniejszają się rozmiary jednego typu potrzeb, a zwiększają inne. Różnorodność potrzeb osób z poszczególnych grup społeczno-ekonomicznych gospodarstw domowych uwidacznia struktura wydatków na podstawowe, z ich punktu widzenia, potrzeby. Jest ona nieco inna dla gospodarstw domowych seniorów, aniżeli rodzin wieloosobowych, a szczególnie tych, w skład których wchodzą osoby młode.

Budżety domowe seniorów są obciążone przede wszystkim wydatkami ponoszonymi na zaspokojenie elementarnych potrzeb, czyli na żywność oraz użytkowanie mieszkania. Wydatki ponoszone na żywność porównane z wydatkami np. gospodarstwa pracowniczego w ujęciu złotówkowym mogą być mniejsze, jednak ich udział w ogólnej sumie wydatków jest znaczny. Zwiększone wydatki na żywność mogą również wynikać z konieczności stosowania przez seniorów specjalnej diety powodującej wzrost kosztów[23]. Ciężar wydatków związanych z mieszkaniem najbardziej obciąża osoby zamieszkujące samotnie. Większe wydatki ponoszone na użytkowanie mieszkania przez seniorów są powodowane m.in. ich złym stanem technicznym oraz wysokimi czynszami. Znaczną część dochodu seniorzy przeznaczają również na wydatki związane z ochroną zdrowia (wizyty u lekarza – głównie specjalisty, leki), co może wynikać z kondycji zdrowotnej seniorów w województwie śląskim, związanej np.

---

[22] Por. CBOS, Postrzeganie zmiany cen i ich konsekwencje dla konsumentów. Opracowanie K. Zagórski. Warszawa 2004.

[23] B. Balcerzak-Paradowska: *Wydatki i konsumpcja w gospodarstwach domowych emerytów i rencistów*. W: *Warunki życia emerytów i rencistów*. Red. D. Graniewska. Warszawa 1999, s. 56.

z dziesiątkami lat pracy w szkodliwych warunkach lub przy substancjach niebezpiecznych, a także przyzwyczajeniem do aktywności w dbaniu o zdrowie. Poza tym budżet seniorów o ograniczonej mobilności w znacznej części jest obciążany wydatkami na usługi transportowe.

Zasobność gospodarstw domowych określa także posiadanie przez nie dóbr trwałego użytkowania. Gospodarstwa domowe seniorów w pierwszej kolejności są wyposażone w przedmioty niezbędne lub ułatwiające prowadzenie prac domowych. Do takich dóbr należą lodówka, odkurzacz, pralka. Osoby starsze posiadają także radio i telewizor, a coraz częściej także telefon komórkowy. W zależności od konieczności (np. popsucie się) przedmioty te są wymieniane na nowsze, natomiast powodem wymiany na bardziej nowoczesne są indywidualne preferencje danej osoby, znajdujące wyraz w możliwościach finansowych. Mimo obniżki cen sprzętów RTV i AGD oraz zwiększenia dostępności do sprzedaży ratalnej, jeszcze stosunkowo niewiele osób starszych posiada sprzęt audiowizualny i multimedialny, taki jak np. DVD, kamera cyfrowa wideo oraz artykuły gospodarstwa domowego, takie jak zmywarka do naczyń. Należy jednak zaznaczyć, że brak niektórych sprzętów trwałego użytkowania w mieszkaniach seniorów często wynika ze świadomej niechęci do ich posiadania, a nie z braku możliwości finansowych ich zakupu.

Wydłużające się trwanie życia oraz dożywanie późnej starości powoduje osamotnienie osób starszych, a co za tym idzie wzrost poczucia braku bezpieczeństwa. Zagrożenie poczucia bezpieczeństwa jest potęgowane przez nagłe pojawienie się choroby bądź postępowanie procesu starzenia się organizmu, które przyczyniają się do utraty zdolności do samodzielnej egzystencji, a często nawet do wykonywania zwykłych czynności życiowych. Osoba, która znalazła się w takiej sytuacji często przestaje sobie z nią radzić. Zdaje sobie sprawę z narastającej bezradności i zależności od innych osób. Przez swoją niedołężność, a w konsekwencji coraz rzadsze kontakty z ludźmi, czuje przybliżającą się śmierć. Poza tym wpływ na wzrost poczucia braku bezpieczeństwa ma zmniejszenie się poziomu dochodów osoby starszej w związku z zaprzestaniem pracy zawodowej. Przyczyny osamotnienia są również związane z zerwaniem kontaktów społecznych lub ich zmniejszeniem po przejściu na emeryturę, utratą kogoś bliskiego, a także z trudnościami z poruszaniem się i opuszczaniem mieszkania, zmianą miejsca pobytu, chorobą. Samotność seniorów wynika także z nadmiaru wolnego czasu, nudy, pustki. Sposobem na ucieczkę od samotności jest zwiększenie aktywności religijnej, szczególnie ważnej w rodzinach śląskich. Zaangażowanie w działalność religijną z jednej strony umożliwia nawiązanie kontaktów lub bytowanie z innymi ludźmi, z drugiej strony jest sposobem na poszukiwanie sensu życia, refleksyjności, przewartościowania. Wiara pomaga zachować równowagę psychiczną, daje siły do życia,

jednak nie wszyscy ludzie znajdują ukojenie w wierze, wiele osób starszych w samotności przeżywa swoje smutki i nieszczęścia[24]. Niestety zdarza się, że nie znajdując sensu dalszego życia, seniorzy odbierają je sobie. W 2004 r. samobójstwo popełniły 33 osoby w wieku 60-64 lata, 25 osób w wieku 65-69 lat i 50 osób w wieku 70 lat i więcej. We wszystkich grupach wiekowych większość stanowili mężczyźni. Najbardziej niepokojąca jest liczba samobójców w wieku powyżej 70 lat, która dość znacznie zwiększyła się w stosunku do poprzedniego roku. Taka sytuacja jest wręcz alarmująca i powinna szczególnie zwrócić uwagę najbliższego otoczenia osób starszych (rodziny, sąsiadów, opiekunów, lekarzy) (tab. 5).

Tabela 5

Zamachy samobójcze zarejestrowane przez policję w latach 2003-2004

Wiek samobójców	2003 r.	2004 r.	W tym mężczyźni
60-64 lata	38	33	25
65-69 lat	30	25	20
70 lat i więcej	36	50	33

Źródło: GUS. Rocznik Statystyczny Województwa Śląskiego. Katowice 2005.

W znaczny sposób na poczucie bezpieczeństwa wpływa posiadanie przez osobę starszą odpowiednich dla siebie warunków mieszkaniowych oraz wyposażenia[25]. Jak wynika z danych spisowych, przeciętna powierzchnia użytkowa mieszkań ogółem w województwie śląskim w 2002 r. wynosiła 65,1 m^2, a na osobę 21,6 m^2, natomiast dla emerytów odpowiednio 65,1 m^2 i 24,1 m^2. W omawianym okresie przeciętna liczba w gospodarstwach emerytów przypadająca na 1 izbę wynosiła 0,7, natomiast na pokój 1,0 (renciści 0,8 i 1,1)[26]. Zaprezentowane dane nie odbiegają znacznie od wartości przeciętnych właściwych dla województwa ogółem. Przeciętną powierzchnię użytkową oraz przeciętną liczbę osób w gospodarstwach domowych emerytów i rencistów w województwie śląskim w 2002 r. przedstawia tab. 6.

---

[24] E. Trafiałek: *Polska starość w dobie przemian*. Katowice 2003, s. 204-205.

[25] P. Błędowski: *Osoby starsze w środowisku lokalnym – lokalna polityka wobec osób starszych i ich partycypacja w życiu społecznym*. W: *Sytuacja rodzin i polityka rodzinna w Polsce*. Red. D. Graniewska. Warszawa 2004, s. 84.

[26] GUS. *Raport z wyników Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań – województwo śląskie*. Op. cit.

Tabela 6

Przeciętna powierzchnia użytkowa oraz przeciętna liczba osób w gospodarstwach domowych emerytów i rencistów w województwie śląskim w 2002 r.

Wyszczególnienie	Ogółem	Gospodarstwa domowe emerytów	Gospodarstwa domowe rencistów
Przeciętna powierzchnia użytkowa w m^2			
1 mieszkania	65,1	65,1	61,1
Na 1 osobę	21,6	24,1	23,3
Przeciętna liczba osób na			
1 izbę	0,8	0,7	0,8
1 pokój	1,1	1,0	1,1

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: GUS. *Raport z wyników Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań – województwo śląskie*. Op. cit.

Zamieszkiwanie seniorów z młodszymi członkami rodziny w jednym gospodarstwie domowym w województwie śląskim staje się coraz rzadsze. Wynika to nie tylko ze złej sytuacji mieszkaniowej, niefunkcjonalności mieszkań, zbyt małej ich powierzchni dla rodzin wieloosobowych, ale również z bardzo dużej w ostatnim okresie mobilności ludzi młodych, przemieszczających się w związku z poszukiwaniem pracy[27]. Wspólne mieszkanie z reguły nie jest wynikiem dobrowolnego wyboru, lecz konsekwencją konieczności życiowej spowodowanej brakiem środków finansowych na zakup i utrzymanie nowego, samodzielnego mieszkania przez osoby młode, a także niedoborem mieszkań komunalnych i zakładowych. Zdarza się również, że przyczyną wspólnego mieszkania jest choroba lub zły stan zdrowia seniora, uniemożliwiający mu samodzielną egzystencję. W takiej sytuacji zapewnienie opieki przez rodzinę jest jej podstawowym obowiązkiem. Wspólne zamieszkiwanie seniorów z osobami młodymi, będącymi najczęściej w fazie zakładania własnej rodziny, ma także pozytywne strony. Codzienne współżycie z osobami starszej generacji ułatwia przekazywanie osobom młodym kapitałów, nie tylko finansowych, ale przede wszystkim kulturowych, społecznych, ideologicznych, uczuciowych, które są głęboko zakorzenione w tradycji śląskiej (mimo postępowania procesu rozluźniania się więzi rodzinnych). Bliskie kontakty między seniorami a pozostałymi członkami

[27] L. Frąckiewicz: *Współczesne i przyszłe konsekwencje procesu starzenia się ludności*. W: *Jakość życia i jej uwarunkowania w okresie późnej dorosłości*. Red. H. Hrapkiewicz. Katowice 2002, s. 30.

rodziny w rodzinie śląskiej występują wciąż dość często. Szczególnie przejawiają się one w postaci wzajemnego wsparcia emocjonalnego, pomocy seniorom w wykonywaniu zwykłych czynności dnia codziennego, pomocy seniorów w opiece nad dziećmi, a także w postaci różnych form pomocy dorosłym dzieciom[28]. Poczucie użyteczności jest istotnym czynnikiem psychicznym, dającym osobom starszym poczucie przydatności oraz bycia ważnymi dla innych ludzi.

Wspólne gospodarstwo domowe jest miejscem dokonywania bardzo istotnych przepływów międzypokoleniowych, jednakże aby płynęły z nich dla obu pokoleń korzyści, muszą być zapewnione dobre warunki mieszkaniowe, gwarantujące zachowanie każdemu mieszkańcowi niezależności przestrzennej[29].

Towarzyszące starzeniu się społeczeństwa tendencje demograficzne w postaci wspomnianego już wcześniej osłabienia więzi rodzinnych czy spadku dzietności, wzmożonych migracji zarobkowych powodują, że transfery społeczne są zagrożone. Oznacza to, że w przyszłości rolę, jaką powinna spełniać rodzina będą musieli przejąć realizatorzy lokalnej polityki społecznej. Już teraz proces starzenia się społeczeństwa stawia bardzo trudne zadania opiekuńcze przed służbami społecznymi. Obecnie kadry pomocy społecznej wciąż nie mają w pełni wystarczającej wiedzy na temat specyfiki procesu starzenia się, dlatego rozwój kadr społecznych oraz podnoszenie poziomu ich umiejętności i kompetencji będą miały duży wpływ na zwiększenie dostępności osób starszych do różnego typu form pomocy świadczonych na ich rzecz. Ważne jest również zwiększenie liczby pracowników socjalnych, którzy dzięki możliwości działania w aktywny sposób będą mieli większą możliwość dotarcia do osób będących w potrzebie, informowania ich o przysługujących im uprawnieniach oraz pomagania w uzyskaniu wspomożenia. Poza tym koniecznością jest również przygotowanie przyszłych pracowników socjalnych do współdziałania z partnerami społecznymi.

Znaczny wpływ na warunki życiowe seniorów wywiera jakość użytkowanych przez nich mieszkań. Mieszkania użytkowane przez osoby starsze w województwie śląskim pochodzą z różnych okresów budowy, w większości są to mieszkania w starym budownictwie. Ich jakość jest bardzo zróżnicowana. Stan mieszkań seniorów, żyjących głównie samotnie, z reguły różni się od powszechnych standardów. Choć są one lepsze niż przed laty, pozostawiają jednak jeszcze wiele do życzenia. Mieszkania te najczęściej charakteryzuje ko-

---

[28] B. Synak: *Polska starość – trzydzieści lat później.* W: *Polska a Europa. Procesy starzenia się społeczeństwa i jego wyzwania dla polityki społecznej.* Red. L. Frąckiewicz. Katowice 2002, s. 127.

[29] L. Prorok-Mamińska: *Wpływ polityki społecznej na potrzeby rodziny w opiniach respondentów.* W: *Rodzina w zmieniającym się społeczeństwie polskim.* Red. W. Warzywoda-Kruszyńska, P. Szukalski. Łódź 2004, s.189.

nieczność odnowienia, uboga infrastruktura, niedostosowanie do ograniczonej mobilności ludności starszej[30]. Wadą mieszkań w wysokich blokach jest ich położenie (wysokie piętro zamieszkania), w szczególności w sytuacji, kiedy blok nie jest wyposażony w windę oraz wtedy, gdy osoba ma ograniczoną mobilność. Często użytkowane mieszkania wymagają remontu nie tylko ze względu na ich stan związany z wieloletnią eksploatacją, ale również z tego powodu, że bardzo dużo zasobów mieszkalnych w województwie śląskim jest bardzo starych oraz zdegradowanych przez czynniki zewnętrzne w postaci np. szkód górniczych, zanieczyszczeń.

Wyposażenie mieszkań seniorów województwa śląskiego w podstawowe instalacje w 2002 r. przedstawia tab. 7. Wynika z niej, że prawie 1/3 emerytów w swoich gospodarstwach domowych ma wodociąg oraz ustęp i łazienkę, natomiast tę samą instalację ma jedynie 1/10 gospodarstw domowych rencistów. W mieszkaniach bez wodociągu pozostaje prawie 34% gospodarstw emeryckich i 24% gospodarstw rencistów. Dane dotyczące wyposażenia gospodarstw seniorów w instalacje nie różnią się znacznie od danych charakteryzujących inne typy gospodarstw domowych w województwie śląskim[31].

Tabela 7

Gospodarstwa domowe emerytów i rencistów według wyposażenia mieszkań w instalacje w województwie śląskim w 2002 r.

Wyszczególnienie	Ogółem	Gospodarstwa domowe	
		emerytów	rencistów
Ogółem	1 776 798	480 509 (27%)	245 567 (13,8%)
W mieszkaniach wyposażonych w:			
Wodociąg, ustęp i łazienkę	1 607 698	433 021 (27,0%)	208 779 (13,0%)
Wodociąg	139 989	38 409 (27,4%)	30 583 (22,0%)
W mieszkaniach bez wodociągu	22 169	7 454 (33,6%)	5 311 (24,0%)
Nie ustalono	6 942	1 625 (23,0%)	894 (12,9%)

Źródło: Ibid.

[30] L. Frąckiewicz: *Nowe zadania przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu wobec procesów demograficznych*. W: *Zapobieganie wykluczeniu społecznemu*. Op. cit., s. 143; E. Trafiałek: Op. cit., s. 147 i dalsze.

[31] GUS. *Raport z wyników Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań – województwo śląskie*. Op. cit.

Poczucie bezpieczeństwa w miejscu zamieszkania osób starszych jest bardzo ważne. Wadą niektórych mieszkań seniorów jest usytuowanie ich w miejscach szczególnie zagrożonych hałasem, wandalizmem oraz przestępczością (czego przykładem mogą być niektóre dzielnice Katowic, Rudy Śląskiej, Bytomia). Seniorzy w takich miejscach często nie czują się bezpiecznie, a przecież wiadomo, że miejsce zamieszkania i warunki życia są najbardziej istotnymi czynnikami wpływającymi na poczucie szczęścia. Nowe użytkowe technologie komunikacyjne i informatyczne (związane z zapewnieniem bezpieczeństwa oraz umożliwiające poruszanie się) wciąż nie są dostosowane do potrzeb seniorów i możliwości finansowych administratorów budynków[32].

Ograniczony budżet domowy seniorów niejednokrotnie powoduje, że bieżące utrzymanie mieszkania staje się coraz trudniejsze. Świadomość konieczności zaspokojenia potrzeb w bardziej priorytetowych dziedzinach, jak np. jedzenie czy ubranie powoduje, że pokrycie opłaty za mieszkanie czy media zostaje odsunięte w czasie. Seniorzy mający problemy finansowe z utrzymaniem mieszkania mają prawo uzyskać wsparcie od państwa w postaci dodatku mieszkaniowego. Świadczenie to jest zależne od średniego dochodu gospodarstwa domowego w przeliczeniu na miesiąc oraz wielkości zajmowanej przez nie powierzchni mieszkaniowej. Dodatek, na wniosek osoby uprawnionej, przyznaje na okres 6 miesięcy wójt, burmistrz lub prezydent miasta. Świadczenie to jest ważnym instrumentem wspomagającym sytuację finansową osoby starszej.

Warunki życia seniorów są silnie skorelowane z kondycją zdrowotną, która znajduje odzwierciedlenie w stale wydłużającej się długości trwania życia. Przeciętna liczba lat dalszego trwania życia w momencie urodzenia w województwie śląskim wynosi dla kobiet 78,43 lata (Polska 2004 r. – 79,20, województwo śląskie 2000 r. – 77,18), natomiast dla mężczyzn 70,20 lata (Polska 2004 r. – 70,70, województwo śląskie 2000 r. – 69,55). Oznacza to, że osoba w wieku 60 lat ma przed sobą jeszcze średnio około 22 lat życia. Przytoczone dane nie różnią się zbytnio od danych właściwych dla kraju ogółem, jednak w stosunku do danych z 2000 r. (województwo śląskie: kobieta 77,18 lat, mężczyzna 69,55 lat), są one korzystniejsze, pomimo znacznego oddziaływania na życie ludności śląskiej negatywnych czynników związanych ze środowiskiem oraz specyfiką pracy w niektórych zawodach[33].

Dobre zdrowie oraz dostęp do usług medycznych są bardzo ważnymi czynnikami wpływającymi na jakość życia ludzi w starszym wieku. Zdrowie, będące jednym z najważniejszych sprzymierzeńców długiego i udanego życia, w miarę

---

[32] *Strategia Polityki Społecznej Województwa Śląskiego* ..., op. cit.
[33] GUS. *Rocznik Demograficzny 2005.* Warszawa 2005.

upływu czasu pogarsza się, przyczyniając się do zwiększenia zapotrzebowania na opiekę zdrowotną i opiekuńczą. Często zdarza się, że procesowi starzenia towarzyszy postępująca utrata sprawności psychofizycznej, będąca jednym z bardziej uciążliwych czynników obciążających budżet osoby nią dotkniętej. Zwiększone zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne zaznacza się wyraźnie w strukturze wydatków. Seniorzy częściej niż inni korzystają z usług lekarskich oraz znacznie częściej są klientami aptek. Zły stan zdrowia wymaga podejmowania różnych form leczenia, nie zawsze dostępnego bezpłatnie. Konieczność ponoszenia wydatków na leki oraz usługi medyczne, często bardzo kosztowne, długi okres oczekiwania na wizyty i badania, w szczególności u specjalisty, najczęściej jest powodem rezygnacji niektórych seniorów z aktywności w obszarze ochrony zdrowia, co może mieć źródło w przeszłości, kiedy pracownicy hut, kopalń, kolei, a także członkowie ich rodzin mieli zagwarantowany dostęp zarówno do dobrze rozwiniętej infrastruktury związanej z ochroną zdrowia, jak również do specjalistów i świadczonych przez nich badań.

Mając świadomość znaczenia leczenia dla zachowania dobrego stanu zdrowia, nierzadko seniorzy zamiast od razu rezygnować z wykupu leków, najpierw próbują jedynie oddalić jego termin. Nie dysponując wymaganą ilością pieniędzy, które by można było przeznaczyć na ten cel, znaczna część osób zwraca się do lekarza z prośbą o przepisanie tańszych leków, inni korzystają z rady aptekarza i wykupują leki tańsze, a jeszcze inni starają się o dodatkowe środki finansowe i nabywają zalecane leki[34]. Niestety, nie zawsze udaje się zakupić zalecane lekarstwo. Zdarza się, że seniorzy w momencie uzyskania w aptece informacji o cenie leków rezygnują z ich wykupienia.

Starzenie się społeczeństwa jest związane z pogarszaniem się stanu zdrowia, a co za tym idzie z koniecznością leczenia stacjonarnego. Osoby starsze najczęściej nie rezygnują z korzystania z lecznictwa szpitalnego, na co niewątpliwie wpływa fakt, iż jest ono w znacznej mierze bezpłatne oraz w miarę powszechnie dostępne. Jest to tendencja właściwa dla wszystkich seniorów, bez względu ma obszar zamieszkania. Jak wynika z dostępnych danych, zarówno w kraju, jak i w województwie śląskim w latach 2003 i 2004 najwięcej osób starszych hospitalizowano na oddziałach kardiologicznych (choroby układu krążenia), onkologicznych (nowotwory) oraz pulmonologicznych (choroby układu oddechowego)[35].

---

[34] Por. K. Tymowska: *Opieka zdrowotna: korzystanie, finansowanie, bariery dostępu i opinie społeczne*. W: *Diagnoza Społeczna 2005...*, op. cit., s. 81 i dalsze.

[35] *Rocznik demograficzny 2005*. Op. cit.

Dobre zdrowie jest prawem każdego człowieka, pozwala ludziom na zachowanie aktywności i współuczestniczenie w życiu społeczeństwa aż do późnej starości. Osiągnięcie późnego wieku w dobrym zdrowiu wymaga jednak zapewnienia osobom starszym dostępu do wszelkich form prewencji, terapii, rehabilitacji i opieki na równi z innymi grupami społecznymi, zapobiegając wszelkim przejawom dyskryminacji ze względu na wiek. Poza tym ważne jest kształcenie służby zdrowia w zakresie geriatrii i gerontologii oraz stworzenie podstaw umożliwiających funkcjonowanie ochrony zdrowia osób starszych. Jest to niezbędne do podejmowania działań zmierzających do przedłużenia sprawności psychofizycznej seniorów, sprzyjając jednocześnie ich aktywnemu uczestnictwu w życiu społecznym, przy jednoczesnym utrzymaniu jak najdłużej dobrego stanu zdrowia, sprawności i zdolności seniora do samodzielnego życia.

Prognozy demograficzne przewidują postępowanie procesu starzenia się społeczeństwa, dlatego należy się przygotować na to, że w województwie śląskim, w którym jest największe zagęszczenie ludności, w najbliższych latach nastąpi wzmożenie występowania problemów zdrowotnych, w szczególności w populacji osób starszych. W związku z tym należy podjąć wszelkie działania w celu umożliwienia zapewnienia opieki zdrowotnej oraz dostępu do lekarzy wszystkim seniorom.

Podsumowując można stwierdzić, że czynniki wpływające na ocenę warunków życia ludności, czyli poziom dochodów, wielkość konsumpcji, warunki mieszkaniowe oraz wyposażenie, aktywność w dziedzinie ochrony zdrowia, poczucie bycia przydatnym wydają się bardziej pozytywne w odniesieniu do osób starszych zamieszkujących na terenie województwa śląskiego niż w stosunku do innych grup społeczno-zawodowych regionu oraz seniorów w kraju ogółem. Przyczyną tego jest przede wszystkim osiąganie wyższych dochodów przez ludność śląską w porównaniu do średnich dochodów ludności kraju ogółem (mimo zwiększonych obciążeń dochodu związanych z wiekiem i samotną egzystencją). Należy jednak zawsze mieć na uwadze to, że podawane wartości są uśrednione oraz to, że realna siła nabywcza środków pozostających do dyspozycji seniorów z każdym rokiem jest coraz słabsza, pomimo waloryzacji świadczeń, która ma wymiar symboliczny.

Pomimo ogólnie dobrej kondycji ekonomicznej seniorów nie wszyscy ludzie w regionie są w korzystnej sytuacji. Część seniorów żyje w niedostatku, który z upływem czasu przybiera coraz poważniejsze rozmiary. Nie pomaga im Kościół, rodzina, znajomi, sąsiedzi i to właśnie ich sytuacja życiowa jest najbardziej niebezpieczna. Brak odpowiednich dochodów powoduje, że nie płacą oni za mieszkanie, jedzą bardzo skromnie, nie kupują ubrań, obuwia, nie realizują recept, nawet tych na lekarstwa najbardziej potrzebne. Ubóstwo osób star-

szych jest znacznie cięższe do pokonania ze względu na ograniczony wiekiem zakres metod służących do jego przezwyciężenia, dlatego polityka społeczna wobec osób starszych ma polegać na podejmowaniu działań w takim kierunku, aby można było w pełni umożliwić im korzystanie przynajmniej z katalogu Podstawowych Praw Ludzi Starych.

Dominika Błasiak
Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej Województwa Śląskiego

MIEJSCE SENIORA W RODZINIE ŚLĄSKIEJ

Wprowadzenie

Na współczesnym obliczu kulturowym Górnego Śląska dominujące piętno wywarły przemiany rozpoczynające się w połowie XIX w., kiedy region ten stał się jednym z europejskich filarów postępu cywilizacyjnego (obok Zagłębia Ruhry, Manchesteru, Liverpoolu), któremu towarzyszyła gwałtowna industrializacja (stosowanie nowoczesnych na owe czasy technologii w hutach i kopalniach) i urbanizacja. Śląsk wcześnie się zurbanizował, wcześnie rozpoznał wagę przemysłu i robotniczej pracy, stąd jego kultura kształtowała się pod wpływem innych sił niż te, które działały w innych częściach Polski, pozostających wówczas pod zaborami. Policentryczność struktur i ośrodków życia społeczno-kulturowego, otwartość na wpływy zewnętrzne, tolerancja, wielonarodowość, religijność, więź z naturą, egalitaryzm społeczny, równość stanowa, podstawowa rola rodziny w życiu indywidualnym i wspólnotowym – tak często charakteryzuje się swoistość kulturową Górnego Śląska, jej normatywny model służący nierzadko idealizowaniu jego przeszłości[1].

Procesy industrializacyjne i urbanizacyjne zachodzące w końcu XIX w. na terenie Górnośląskiego Okręgu Przemysłowego[2] stały się przyczyną jego przemian kulturowych, szczególnie w zakresie kultury materialnej. Ludność

---

[1] W. Świątkiewicz: *Symbole górnośląskiej kultury*. „Gazeta Uniwersytecka". Miesięcznik Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach, czerwiec 2005.

[2] Nazwa Górnośląskiego Okręgu Przemysłowego została wprowadzona w 1953 r. przez uchwałę rządu w sprawie założeń regionalnego planu zagospodarowania GOP. I. Bukowska-Floreńska: *Tradycyjna kultura ludowa Górnośląskiego Okręgu Przemysłowego. Katalog wystawy*. Muzeum w Zabrzu. Zabrze 1969, s. 3.

wiejska napływająca do pracy w przemyśle początkowo uczestniczyła w życiu miasta tylko przez pracę zawodową. Kontakty rodzinne i inne związki łączyły ją jeszcze przez wiele lat z miejscem pochodzenia. Przyczyniło się to do przetrwania wiejskich tradycji kulturowych w nowym środowisku robotniczym, które widoczne były jeszcze na początku lat 70. ubiegłego wieku.

Tradycyjna rodzina wiejska

Współczesne rodziny miejskie żyjące na Górnym Śląsku wywodzą się ze środowisk wiejskich – autochtonicznych lub tych, które napłynęły na te tereny w wyniku powojennej industrializacji. W przeszłości, w końcu XIX w. i na początku XX w., życie śląskiej rodziny wiejskiej cechowała duża stabilizacja. Wynikała ona z silnych więzi z miejscem zamieszkania w tym samym układzie krewniaczym, z przywiązania do ziemi i do własnego gospodarstwa. Zaznaczała się w podtrzymywaniu tradycyjnych wzorów zachowania i postaw. Potrzeby społeczne i kulturalne tradycyjnej społeczności wioskowej były zaspokajane przede wszystkim w kręgu rodzinnym i sąsiedzkim, obejmującym w zasadzie poprzez wielorakie związki wszystkich mieszkańców danej miejscowości. Przestrzegano ustalonego od wielu pokoleń systemu wartości i norm społeczno-obyczajowych. Tradycyjną społeczność wiejską łączył wspólny styl życia. System ten uległ stopniowemu rozluźnieniu w drugiej połowie XIX w., a zwłaszcza w XX w., w którym nasiliły się procesy migracji, urbanizacji i industrializacji[3].

Przejawem zachowywania tradycyjnych obyczajów był wybór współmałżonka, który następował za aprobatą rodziców i dalszych krewnych. Partnera wybierano na podstawie przynależności do tej samej warstwy społecznej i podobnego stanu majątkowego. Cechą pożądaną przyszłych małżonków była pracowitość, ponadto ceniono zaradność życiową, gospodarność, zamiłowanie do porządku, pobożność i skromność (u kobiet)[4]. Wiek wstępowania w związki małżeńskie wahał się od 18 do 26 lat dla kobiet oraz od 23 do 30 lat dla mężczyzn. Osoby bezżenne były uważane przez społeczność wiejską za gorsze i mniej wartościowe od tych, które wstąpiły w związek małżeński. Małżeństwo zobowiązywało małżonków, ale także ich rodziny do solidarności oraz wzajemnej odpowiedzialności. Wysoko ceniono zgodę, dbano o dobrą opinię rodziny jako całości oraz jej poszczególnych członków. Ceremonia ślubna miała specyficzną oprawę, z której kilka elementów zachowało się do dziś: obrzędowe

---

[3] H. Wesołowska: *Więzi rodzinne i sąsiedzkie*. W: *Kultura ludowa śląskiej ludności rodzimej*. Red. D. Simonides przy udziale P. Kowalskiego. Wrocław-Warszawa 1991, s. 213-227.

[4] Ibid., s. 215.

błogosławieństwo rodziców, obecność drużbów, oracja starosty. Ostatnie śluby w formie tradycyjnej, w śląskich strojach ludowych, odbywały się na Śląsku jeszcze w latach 1910-1912[5].

Tradycje kulturowe na Śląsku były bogate. Złotym okresem twórczości ludowej była druga połowa XIX w. Kultura ludowa była związana z tematyką sakralną. Najbogatsza w tradycyjnym dorobku artystycznym jest literatura ustna – – opowiadania i pieśni[6]. Do dzisiaj szczególnym elementem kultury i tożsamości śląskiej jest gwara. Śląska pieśń i taniec wykonywane z użyciem instrumentów muzycznych to charakterystyczne zamiłowania artystyczne mieszkańców regionu. Na wsiach świętowano wszystkie najważniejsze momenty w życiu człowieka – narodziny, pierwsze komunie św., śluby, śmierć. Z tych terenów pochodzą doroczne obrzędy związane z liturgią roku kościelnego i porami roku, takie jak: odwiedziny kolędników, organizowanie zapustów, topienie marzanny i „babski comber". Symbolem rodzenia się przyrody do nowego życia było uroczyste wnoszenie tzw. goika do wsi, czyli górnej części młodego drzewka świerkowego, które ustawiano w ogrodzie przy domu. W poniedziałek wielkanocny, po dyngusie, dziewczęta ofiarowywały chłopcom kraszonki (czyli pisanki)[7].

Wśród śląskich kobiet bardzo popularne było szycie ubrań; szyto ręcznie i na maszynach, które były w użytku domowym już z końcem XIX w. Jeszcze w drugiej połowie XX w. tradycyjne stroje śląskie szyto w Kochłowicach, Chorzowie Starym, Bytkowie, Piekarach Śląskich i Dąbrówce Wielkiej. Podstawą kobiecego stroju była kiecka, jakla lub biały kobotek, płócienna zopaska lub jedwabny fartuch malowany w kwiaty. W wielkie uroczystości mężatki nosiły czepce. W stroju dziewczęcym charakterystyczne były wieńce – galandy[8].

Rodzinę chłopską cechowała głęboka religijność wyrażająca się nie tylko w gorliwej pobożności, lecz także w utożsamianiu wykroczeń moralnych z naruszaniem zasad wiary katolickiej i pojęciem „grzechu"[9]. W życiu rodzinnym dotyczyło to przede wszystkim wierności małżeńskiej, której złamanie było bezwzględnie potępiane w środowisku wiejskim. W podobny sposób odnoszono się do współżycia młodzieży przed ślubem. W tradycyjnej rodzinie śląskiej panowały stosunki patriarchalne z szeroko rozwiniętą rolą rodziców. Żona była bezwzględnie posłuszna mężowi, a jej pozycja w rodzinie była wysoka. Na barkach żon i matek spoczywało prowadzenie gospodarstwa domowego, wychowywanie dzieci oraz dysponowanie rodzinnymi środkami finansowymi. Mat-

---

[5] I. Bukowska-Floreńska: *Tradycyjna kultura ludowa*..., op.cit., s. 22.
[6] Ibid., s. 25.
[7] Ibid., s. 24.
[8] Ibid., s. 20.
[9] H. Wesołowska: Op. cit., s. 214.

ka dbała o potrzeby dzieci, wydawała polecenia, wymierzała kary i nagrody. Do zadań ojca należało podejmowanie ważniejszych decyzji dotyczących dzieci. Uważano, że zarówno kara, jak i nagroda z rąk ojca ma większą wagę niż otrzymana z rąk matki. W rodzinach niezamożnych dzieci kierowano do pracy zarobkowej, aby w ten sposób zasilały budżet rodzinny. Niekiedy dzieci posyłano także do szkoły. Rodzina chłopska na Śląsku była z reguły trzypokoleniowa i wielodzietna. W sferze uczuciowej między rodzicami a dziećmi panowała powściągliwość i surowość. Dzieci obowiązywało bezwzględne posłuszeństwo wobec rodziców i dziadków oraz okazywanie im szacunku. Wyrażało się to w formie zwracania się do rodziców na „wy", „mamulko", „tatulku", „taciku", a do dziadków – „starko", „starosku", „starziku"[10]. Wyznawano zasadę, że małżeństwo nie powinno ograniczać rozrodczości. Oprócz motywów religijnych zmuszały do tego warunki ekonomiczne – potrzeba było wielu rąk do pracy. Stosunek do dzietności wyrażały przysłowia ludowe – „Wiele dzieci, tyle szczęścia", „Dał Bóg dzieci, da i na dzieci", „U kogo dzieci, tam słońce świeci"[11]. Brak potomstwa utożsamiano z brakiem błogosławieństwa bożego. Na śląskiej wsi spotykano się także z praktyką adopcji, szczególnie wśród bogatych gospodarzy. W śląskiej rodzinie ceniono wyżej synów niż córki. Patrzono na nich z perspektywy przyszłej pracy na roli, w rzemiośle czy w przemyśle. Do obowiązków córek należała pomoc w gospodarstwie domowym, troszczenie się o starszych rodziców, a po śmierci dbałość o ich groby. Poważną troską rodziców było zapewnienie córkom posagu.

Kolejne rocznice urodzin, w przypadku mężczyzn zaś głównie „Chrystus-Jahre", a także 50-lecie tak kobiet, jak i mężczyzn oraz srebrne, a przede wszystkim złote gody były swoistymi „momentami" przełomowymi. Zwłaszcza ostatnia z wymienionych uroczystości zapowiadała zmianę rytmu życia, stopniowe wchodzenie w czas, kiedy *idzie sie już ino na to jedne spotkanie, znaczy z Pon Boczkiem*[12]. Szczególnym znakiem starości, jak niegdyś uważano, rozpoczynającym się po ukończeniu 50 roku życia było otaczanie osób, które przykroczyły ową „granicę" poważaniem. Często pozycja ludzi starszych związana z utratą sił witalnych, określonych funkcji i ról społecznych ulegała obniżeniu. Czasem mówiono nawet: *starzyków robota robić swoje*, co oznaczało, iż separowano ich od określonych działań[13]. Tradycyjnie obowiązkiem *starki* było *wnuki w kupie trzymać i w doma pomagać. Starzykowi* zabezpieczano *rycka przy żeleźnioku, ciepło i fajka*[14]. W przeciwieństwie do zajętych pracą na roli

---

[10] Ibid., s. 217.
[11] Ibid., s. 215.
[12] H. Gerlich: *Cykle ludzkiego życia od narodzin do śmierci*. Katowice 1998, s. 83.
[13] Ibid.
[14] Ibid.

rodziców dziadkowie mieli więcej czasu dla wnuków. Ważną rolę w rodzinie, zwłaszcza w przekazywaniu tradycji kulturowych, obrzędowych i religijnych wnukom odgrywała babka. Przekazywała zdobyte przez lata doświadczenia życiowe oraz treści tradycyjnej kultury ludowej związane z opowieściami pełnymi fantastycznych postaci – „utopców", „strzyg" i „zmór". Jak podkreśla D. Simonodes, nauki dziadków stanowiły istotny element edukacji, dający dziecku obraz świata, w którym wszystko miało swoje miejsce, a każde wykroczenie przeciwko obowiązującym normom społecznym mogło być ukarane przez siły nadprzyrodzone. Ludzie starsi jeszcze w latach 50. ubiegłego wieku odgrywali istotną rolę w procesie wychowania młodego pokolenia. Jak pisze H. Wesołowska[15], sytuacja ludzi starych w gospodarstwie była dobra, otaczani byli szacunkiem, opieką i miłością. Nieliczne przypadki złego traktowania „starzików" były zdecydowanie potępiane przez społeczność wioskową. Starsi członkowie rodziny byli w sposób bardzo staranny zabezpieczani na starość. Kiedy najstarszy syn przejmował gospodarstwo rodzinne do jego obowiązków należało utrzymanie starszych członków rodziny oraz niezamężnych krewnych, często niepełnosprawnych i ułomnych. Szczegółowo uzgadniano warunki tzw. wycugu, czyli świadczeń młodszego pokolenia na rzecz krewniaków pozostających w gospodarstwie[16]. Była to swoista umowa rodziców i pozostałego rodzeństwa z młodymi gospodarzami, którzy teraz przejmowali rządy. Rodzice otrzymywali prawo do oddzielnej izby, u bogatszych gospodarzy do odrębnego domu. Mieli także pisemnie zabezpieczone dożywotnie utrzymanie. Jeśli na gospodarce byli jeszcze inni członkowie rodziny, oni także otrzymywali na piśmie oświadczenie o zabezpieczeniu na starość[17]. Przeciętna długość życia ludności śląskiej żyjącej na przełomie XIX i XX w. była o wiele krótsza niż obecnie. Epidemie pochłaniały wiele ofiar, w tym dzieci. Choroby w tym czasie leczyli znachorzy, których na Śląsku określano mianem owczarzy i kręgarzy. Ponieważ chorobę utożsamiano ze złem, wiele przypadków próbowano leczyć za pomocą praktyk magiczno-religijnych. Stosowano także praktyki i środki ewidentnie szkodzące chorym.

Dzięki wspólnemu zamieszkiwaniu trzech pokoleń, dzieci wcześnie zyskiwały świadomość przemijania czasu i nieuchronności śmierci swoich najbliższych, a wychowanie religijne było szczególnie ukierunkowane na wieczność. Stare ludowe przypowieści śląskie tłumaczyły, że w życiu każdego człowieka nadchodzi czas starości, której jednym z ostatnich znaków jest choroba prowadzą-

---

[15] H. Wesołowska: Op. cit., s. 218.

[16] Por. D. Simonides: *Od kolebki do grobu. Śląskie wierzenia, zwyczaje i obrzędy rodzinne w XIX wieku*. Opole 1988, s. 111-114.

[17] Ibid., s. 111.

ca ku śmierci. W tradycyjnym widzeniu choroby wyraźne miejsce wyznaczano również ludziom zdrowym – krewnym, spowinowaconym, przyjaciołom i sąsiadom osoby niedomagającej. Mieli oni wspomagać chorego. Nakaz ten był ważny, gdyż w realiach dawnych społeczności plebejsko-miejskich chorzy przebywali prawie wyłącznie w domu. Tylko w ekstremalnych przypadkach „śmiertelna choroba" wiązała się z pobytem człowieka w szpitalu[18]. Związek choroby z przestrzenią domową był więc czymś oczywistym, naturalnym i nieomal nierozerwalnym. *Downij ludzie zawsze te ciężkie chwile, co z nich życie ulatywało, to byli w doma, zawsze ze swoimi.* Tego rodzaju sytuacja sprawiała, że choroba bliskich zmuszała członków rodziny do ustawicznego niesienia pomocy. Praktycznie poza mężczyzną, głową rodziny, w owym procesie musieli uczestniczyć wszyscy. Osobę chorą otaczano miłością, szacunkiem i opieką. Ten szczególny humanizm był cechą panującej kultury. W rodzinach bardziej tradycyjnych wszystkie zabiegi higieniczne dotyczace chorego wykonywali wyłącznie domownicy[19]. Gdy stan chorego stawał się ciężki, udawano się po księdza, który przychodził do domu chorego z wiatykiem, czyli z tzw. ostatnim namaszczeniem. Takie zachowanie uzasadniano w następujący sposób: *Z Bogiem człowiek zaczyno swoja ziemska wędrówka, to i z Bogiem musi ją skończyć. I bez to do chorego trzeba przywieść księdza, coby go namaścił tymi ostatnimi olejkami na tamte życie*[20]. Wspominając o sferze sakralnej trzeba zaznaczyć, że każdej poważnej chorobie wieku starczego od początku towarzyszył wyraźny wzrost aktywności religijnej chorego oraz domowników.

Tradycyjna rodzina górnicza

Początki wydobycia na Górnym Śląsku sięgają XVIII w. i są związane z rozpoczętym wówczas na szerszą skalę wydobyciem rud srebrno-ołowianych, galmanu i węgla. XIX w. był okresem masowego napływu uboższej ludności wiejskiej do przemysłu. Z czasem wytworzyły się dwie grupy górnicze – jedna utrzymująca się wyłącznie z pracy górniczej, druga górniczo-rolnicza, która pracę w przemyśle traktowała jako zajęcie uboczne, zachowując całą wiejską tradycję kulturową.

---

[18] Ibid., s. 84.
[19] Ibid., s. 85.
[20] Ibid., s. 86.

Śląska rodzina górnicza, choć zakorzeniona w obyczajowości wiejskiej, swoje funkcjonowanie ogniskowała na pracy męża i ojca górnika[21]. Znajomość rzemiosła górniczego dawała górnikom pozycję społeczną; zawód ten cieszył się wówczas powodzeniem i szacunkiem[22]. Miernikiem jej wartości był nie tylko włożony w nią wysiłek – uznaniem cieszyła się przede wszystkim praca fizyczna oraz wymierne jej efekty w postaci dzieła i stosownego wynagrodzenia. Najważniejszą cechą rodziny górniczej była jej instytucjonalność, która oznaczała przewagę funkcji służebnych rodziny wobec społeczeństwa nad czynnikami emocjonalno-osobistymi. Bazą normatywną życia rodziny była religia. Tradycyjna rodzina górnicza wykazywała duży stopień integracji, solidarności i współdziałania dla jej dobra jako całości. Opierała się na hierarchii ról członków, a jej życie było poddane ścisłej kontroli ze strony środowiska lokalnego. Osoby, których zachowania były sprzeczne z normami środowiskowymi spotykały się z sankcjami społeczności lokalnej.

Tradycyjna rodzina górnicza, podobnie jak rodzina wiejska, była wielodzietna i wielopokoleniowa. Całą górniczą rodzinę wielopokoleniową wiązało „dziedziczone" mieszkanie w domach budowanych przez kopalnie, tzw. familokach, które miały zapewnić jej tanią siłę roboczą. Familoki były skupiskami homogenicznymi pod względem przynależności klasowo-zawodowej i regionalnej ich mieszkańców. Powodowało to ujednolicenie społeczne i kulturowe mieszkających tam rodzin górniczych. Tworzyły one zbiorowości wewnętrznie powiązane pokrewieństwem i sąsiedztwem. Mieszkania w familokach były z reguły dwuizbowe bez urządzeń sanitarnych. Głównym pomieszczeniem, w którym koncentrowało się życie rodziny była kuchnia. Szczególną rolę w zabudowie familokowej odgrywał plac (podwórko), który był centralnym miejscem zabaw dzieci i życia towarzyskiego dorosłych. Chłopcy grali w szmacionka (często była to piłka własnej roboty), w pinkle (w guziki), a dziewczynki przesiadywały w sieni i bawiły się lalkami zrobionymi z gałganków przez babcię albo matkę[23]. Ten charakterystyczny dla Górnego Śląska typ mieszkania robotniczego dominował również w okresie międzywojennym, a jego pozostałości zachowały się po dziś dzień w starych dzielnicach miejskich. Plac służył także działalności gospodarczej umieszczonej w tzw. chlywikach, w których hodowano kury, gęsi, kozy, czasem świnie, a najczęściej króliki i gołębie. Hodowla ta była traktowana z jednej strony jako uzupełnienie budżetu rodzinnego, z drugiej strony jako

---

[21] Por. W. Mrozek: *Tradycyjna rodzina górnicza – jej cechy społeczne i kierunki przeobrażeń.* W: *Górniczy stan w wierzeniach, obrzędach, humorze i pieśniach.* Red. D. Simonides. Katowice 1988, s. 97-132.

[22] I. Bukowska-Floreńska: *Tradycyjna kultura ludowa...*, op. cit., s. 13.

[23] *Śląska rodzina* (1). „Wieczór Śląski. Regionalna Gazeta Informacyjna", www.wieczorslaski.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=429&Itemid=34 (25.07.2006).

zajęcie o charakterze hobbystycznym. W blokach mieszkalnych ten rodzaj hodowli zanikł, utrzymując się tylko w starszych dzielnicach. Mieszkania musiały być oddane kopalni w chwili zaprzestania w niej pracy. Na przełomie lat 50. i 60. XX w. w badanych starych osiedlach górniczych 71-85% rodzin było ściśle związanych ze sobą przez fakt urodzenia się na miejscu obojga rodziców, a pozostałe rodziny długoletnim zamieszkaniem. Były to więzi osobiste, nieformalne, a stosunki miały charakter pierwotny. Kontakty sąsiedzkie miały charakter ograniczony – były stycznościami podwórkowymi[24]; spotkania odbywały się w przestrzeni neutralnej. Sąsiedzi nie zapraszali się z reguły do domów, lecz spotykali się przed drzwiami mieszkania, na schodach, na podwórku czy na ulicy.

Relacje między starszym i młodszym pokoleniem cechował szacunek. Jest on widoczny jeszcze dzisiaj jako istotny moralno-etyczny element spójności rodziny górniczej. Najważniejszą cechą kandydatki na żonę była gospodarność. Jeszcze na początku lat 60. ubiegłego wieku 60% badanych górników wymieniało tę cechę jako najbardziej pożądaną u przyszłej żony[25]. Inną pożądaną cechą było podporządkowanie mężowi i życiu rodzinnemu. Pierwszym obowiązkiem męża było utrzymanie rodziny. W XIX w., a nawet jeszcze w początkach XX w. górników obowiązywał 12-godzinny dzień pracy. Wielu z nich pochodziło przeważnie z wiosek odległych od kopalń o kilka lub kilkanaście kilometrów. Wychodzili z domu o świcie, a wracali do niego, gdy było już ciemno. Nie dziwi więc fakt, że w górniczych rodzinach małe dzieci nie znały w ogóle ojca, a starsze zalęknione pytały matkę, *kto to jest ten czarny chłop*[26]. 12-godzinny dzień pracy na kopalni powodował, że ingerencja męża i ojca w sprawy domu była ograniczona. Dawnych przyzwyczajeń nie zmieniło wprowadzenie ustawowego 8-godzinnego czasu pracy. Mąż nie wtrącał się do obowiązków domowych żony, żona zaś nie podejmowała pracy zarobkowej, z wyjątkiem sytuacji losowych. Mimo instytucjonalno-formalnej nadrzędności pozycji męża, to ona w domu pełniła rolę kierowniczą – organizowała wewnętrzne życie rodziny, dysponowała jej finansami[27]. Zajmowała nadrzędną, choć nieformalną pozycję w rodzinie. Swą władzę sprawowała dyskretnie, nie obarczając męża domowymi obowiązkami tak, aby mógł funkcjonować w rytmie: odpoczynek, praca, dom[28]. Stosunki między małżonkami miały charakter instytucjonalno-rzeczowy, przy czym ściśle rozgraniczano role męskie od kobiecych. Od męża wymagano siły fizycznej i sprawności, od żony zajęcia się codziennymi sprawami domu i macierzyństwem. Jak wspominają dzisiejsze babcie mieszkające na Śląsku: *W sobota kole połednia wyciągało sie balia i zaczynało się kąpanie całkiej czelodki. Na wieczór my byli gotowe*[29]. W opinii społeczności sąsiedzkiej mąż ośmieszał się wykonując prace należące tradycyjnie do kobiet, zaś odwrotna sytuacja spotykała się z większą tolerancją[30].

Naczelna pozycja ojca w rodzinie górniczej wiązała się z faktem, że był on głównym żywicielem rodziny. Przejawem tego był szczególny szacunek, jakim darzyły ojca dzieci i matka. Przywilejem i nagrodą dla dzieci było odprowadzanie ojca do pracy i wychodzenie po niego na drogę. Gdy zapadał zmrok i nadchodziła pora powrotu ojca z kopalni młodsze dzieci były już w łóżkach, natomiast starsze wraz z matką wychodziły mu naprzeciw, aby go powitać, wziąć lampę górniczą i inne przedmioty. Po powrocie do domu zasiadano wspólnie do stołu, przy czym ojciec otrzymywał lepsze kawałki jedzenia[31]. Do zadań dzieci, zresztą chętnie wypełnianych, należało chodzenie po wypłatę ojca na kopalnię. Oprócz tego czyściły ojcu ubranie do pracy i mundur od święta, a także przygotowywały kąpiel, ponieważ wówczas w kopalni nie było jeszcze łaźni[32].

Model wychowania dzieci opierał się na kształtowaniu posłuszeństwa wobec rodziców. Dzieciom wpajano pracowitość, pilność w nauce oraz szacunek dla starszych. Stosunki między dziećmi i rodzicami nie miały charakteru partnerskiego, lecz opierały się na hierarchii. Starsze dzieci pomagały w opiece nad młodszymi, dziewczęta pomagały matce w pracach kobiecych, chłopcy ojcu w pracach męskich.

Sytuacja materialna rodziny była przedmiotem troski wielu ciężko pracujących robotników śląskich, szczególnie w okresie bezrobocia lat międzywojennych. Gdy syn kończył 14 lat ojciec prowadził go do pracy w kopalni. Po nim przychodzili następni synowie[33]. Pracujący synowie oddawali zarobione pieniądze matce, aby wesprzeć domowy budżet. Matka wydzielała im jedynie „geltagowe" na drobne wydatki. Niezamężne córki także pracowały zawodowo; w ten sposób gromadziły środki na wyprawę ślubną. Dziewczęta od dzieciństwa były przygotowywane do zamążpójścia. Oprócz przedmiotów codziennego użytku, jakie wnosiły do małżeństwa, szczególne miejsce zajmowały posiadane umiejętności, dlatego już w wieku kilkunastu lat potrafiły prać, gotować, piec, a nawet szyć.

[24] W. Mrozek: *Tradycyjna rodzina górnicza*..., op. cit., s. 118.
[25] Ibid., s. 104.
[26] M.G. Gerlich: *Zawód górnika a tradycyjne wzory zachowań*. W: *Górniczy stan w wierzeniach*..., op.cit., s. 53.
[27] Warto wspomnieć, że obecnie rozporządzanie męża codziennymi wydatkami socjologowie uznają za jeden z elementów nowoczesności rodziny.
[28] *Śląska rodzina* (1). Op. cit.

[29] Ibid.
[30] W. Mrozek: *Tradycyjna rodzina górnicza* ..., op. cit., s. 106.
[31] Ibid., s. 107-108.
[32] Por. M.G. Gerlich: *Zawód górnika a tradycyjne wzory zachowań*. W: *Górniczy stan w wierzeniach*..., op. cit., s. 42.
[33] W. Mrozek: *Tradycyjna rodzina górnicza* ..., op. cit., s. 103.

Rodzina górnicza była realną wspólnotą, umocnioną tradycjami, obyczajami i normami, poczuciem powinności rodzinnych, a także zewnętrzną presją i kontrolą otoczenia sąsiedzkiego. Atmosfera uczuciowa w tradycyjnej rodzinie górniczej była surowa, szczególnie nie okazywano uczuć chłopcom. *Bat stale wisioł za byfyjem, ale starczyło co by ojcowie ino popatrzyli i kożdy już wiedzioł co mo robić*, a dzieciom *bez pozwolenia, przy starszych dzioba nie wolno było otwierać*[34]. Wyjątek stanowił moment pożegnania przed wyjściem do pracy, kiedy rodzice i dzieci okazywali sobie przywiązanie i więcej serdeczności (pamiętajmy, że wypadki na kopalniach nie należały wówczas do rzadkości)[35]. Pracujących górników powierzano opiece bożej, szczególnego wstawiennictwa szukając u ich patronki św. Barbary. Do pierwszej wojny światowej podczas spotkań w cechowni, tuż przed zjazdem górników w podziemia kopalni, odmawiano „paciyrz" oraz śpiewano pieśni religijne, w tym również pieśń na cześć św. Barbary[36]. Wracających z pracy górników pozdrawiano „Szczęść Boże" albo „Witejcie z roboty".

Rodzina górnicza żywiła głęboki szacunek dla pracy, która była uznana za główną wartość społeczną w całym systemie wartości życiowych[37]. Specyfika pracy górniczej wykształciła zdyscyplinowanie, poczucie solidarności i braterskiej koleżeńskości z grupą zawodową. Ciężkie warunki materialne rodzin robotniczych nie pozwalały na wybór dla dzieci innych zawodów wymagających kształcenia, zaś bariery klasowe i narodowe uniemożliwiały w ogóle wychodzenie poza robotniczą przynależność społeczną. Wyniki badań prowadzonych na początku lat 60. ubiegłego wieku pokazują, że 56% ojców badanych rodzin górniczych odziedziczyło swój zawód po ojcu, w tym również po dziadku. Równocześnie, na jednego górnika przypadało przeciętnie około 3 braci górników[38]. Rozrośnięte „rody górnicze" cieszyły się poważaniem środowiska lokalnego. Załogi wielu kopalń, jak podkreśla W. Mrozek, stanowiły w istocie specyficzne społeczności krewnych i powinowatych, tym bardziej, że górnicze córki również wychodziły za górników[39].

Czas wolny od pracy był przeznaczony dla rodziny i na powinności życia religijnego. Niedopuszczalna była praca w niedzielę, zarówno zarobkowa wykonywana przez męża, jak i domowa należąca do żony. Czas wolny górnicy

---

[34] *Śląska rodzina* (1). Op. cit.

[35] Szerzej na temat wyjścia i powrotu górnika z kopalni pisze M.G. Gerlich: *Zawód górnika a tradycyjne wzory zachowań*. W: *Górniczy stan w wierzeniach...*, op. cit., s. 45-56.

[36] K. Turek: *Ludowa pieśń górnicza – przegląd tematyki*. W: *Górniczy stan w wierzeniach...*, op. cit., s. 228.

[37] W. Mrozek: *Tradycyjna rodzina górnicza* ..., op. cit., s. 113.

[38] Ibid.

[39] Ibid., s. 114.

przeznaczali ponadto na hodowlę zwierząt domowych – gołębi, kanarków, królików. Muzykowali na instrumentach, m.in. na mandolinie, akordeonie, gitarze, pianinie, skrzypcach, trąbce, harmonijce ustnej, które były własnością kopalni. Relacje towarzyskie rodzin górniczych sprowadzały się do kontaktu z licznymi krewnymi. Wszystkie tradycyjne elementy rodziny górniczej utrzymywały się przez długi czas, dopiero po drugiej wojnie światowej zaczęły zanikać.

Rodzina robotnicza na Śląsku w czasach Polski Ludowej na przykładzie rodziny górniczej

W latach 70. XX w., gdy ekstensywnie na Górnym Śląsku rozwijał się przemysł, region ten stał się „ziemią obiecaną" dla setek tysięcy mieszkańców Polski poszukujących tu pracy, pieniędzy i spełnienia marzeń. Ludność rodzima – – a byli to przede wszystkim robotnicy – pozostawała w substandardowych dzielnicach miejskich i pracowała w zakładach pracy o przestarzałych warunkach procesu technologicznego. Ludność napływowa otrzymywała mieszkania w nowo budowanych blokach, była zatrudniana w nowo budowanych zakładach, przede wszystkim w kopalniach i hutach, ale również w innych powstających na Górnym Śląsku zakładach przemysłowych[40]. W okresie Polski Ludowej w świadomości społeczeństwa funkcjonował wizerunek robotnika śląskiego, który charakteryzował: najniższy poziom wykształcenia i brak fachowego przygotowania w chwili podjęcia pierwszej pracy. Ówczesna polityka mieszkaniowa państwa wobec branży górniczej pozwalała na szybsze usamodzielnienie mieszkaniowe[41]. Mieszkania stały się nieco bardziej przestronne, a kuchnia ze względu na małą powierzchnię przestała być pomieszczeniem, w którym toczyło się codzienne życie rodziny.

Dokonujące się po drugiej wojnie światowej przemiany ustrojowe i polityczne można najogólniej określić jako dążenie do upaństwowienia wszystkich wymiarów życia społecznego. Religia i jej instytucjonalny aspekt nie były wyłączone z tych zamierzeń. W. Świątkiewicz stawia tezę, że Górny Śląsk stanowił swoistego rodzaju laboratorium, w którym testowano politykę władz państwowych wobec Kościoła i religii. Obszar ten był definiowany przez władze państwowo-partyjne jako awangarda oczekiwanych przemian światopoglądowych ludności i postępów na drodze budowy „podstaw społeczeństwa socjalistycz-

---

[40] M.S. Szczepański: *Regionalizm górnośląski: między plemiennością a systemem globalnym.* „Kultura i Społeczeństwo" 1998, nr 1. Cyt. za: W. Świątkiewicz: *Symbole górnośląskiej kultury.* „Gazeta Uniwersytecka". Miesięcznik Uniwersytetu Śląskiego. Katowice 2005.

[41] Por. B. Jałowiecki: *Społeczne wytwarzanie przestrzeni.* Warszawa 1988.

nego", a w późniejszym etapie „rozwiniętego społeczeństwa socjalistycznego"[42]. Walka o „duszę wielkoprzemysłowej klasy robotniczej" stanowiła zasadniczy priorytet socjalistycznej edukacji społeczeństwa. To z diecezji katowickiej wysiedlono w 1952 r. biskupa diecezjalnego Adamskiego i biskupów sufraganów Bieńka i Bednorza w odwet za zorganizowanie przez nich sprzeciwu wobec usuwania religii ze szkół. Z nakazu komunistycznych władz pozostawali na wygnaniu do 1956 r. Tutaj też władze nie zezwoliły na peregrynację milenijnego symbolu, jakim był obraz Matki Bożej Częstochowskiej i w związku z tym po parafiach diecezji pielgrzymowały „puste ramy". Toczyła się walka o symbole. W ogromnej hali widowiskowej popularnie zwanej „Spodkiem", mieszczącej się w Katowicach, PZPR gromadziła tysiące ludzi głośno zapewniających władze, siebie i cały naród o swej lojalności wobec socjalizmu i przewodniej roli partii komunistycznej w życiu kraju. W stosunkowo niedalekiej odległości, w Piekarach Śląskich Kościół katowicki gromadził na majowej pielgrzymce tysiące mężczyzn również głośno wypowiadających swoje niezadowolenie z polityki władz, zwłaszcza w dziedzinie socjalnej i swobód religijnych[43].

W drugiej połowie lat 70. podjęto próbę zmiany rytmu tygodnia pracy poprzez wprowadzenie roboczej niedzieli w górnictwie. Wówczas Kościół katowicki zainicjował walkę pod hasłem „niedziela jest Boża i nasza", skupiając na majowych pielgrzymkach mężczyzn w Piekarach Śląskich tysiące osób, które nie zważając na przeszkody, utrudnienia i represje polityczne włączały się w obronę tradycji i tym samym religijności, tworząc zaporę przed obcymi wpływami ideologicznymi[44].

Zbiorowość śląska w czasach PRL była zbiorowością typowo robotniczą, w której do lat 60. XX w. istniało dziedziczenie zawodu[45]. We wszystkich kolejnych badaniach socjologicznych uwidaczniał się wciąż malejący odsetek górniczych synów obierających ten sam zawód co ojciec, a już znacznie rzadziej – – dziadek. Mimo tego przerwanie tradycji dziedziczenia zawodu następowało powoli, zwłaszcza gdy chodziło o zawód górnika, hutnika, koksownika, zmitologizowane w warunkach realnego socjalizmu[46]. W sferze aspiracji rodzin ślą-

---

[42] W. Świątkiewicz: *Symbole górnośląskiej kultury*. Op. cit.

[43] W. Świątkiewicz: *Spory o symbole. Wielokulturowość Górnego Śląska*. W: *Kultura grup mniejszościowych i marginalnych*. Red. L. Dyczewski. Lublin 2005, s. 104.

[44] Ibid.

[45] Por. U. Swadźba: *Śląski etos pracy. Studium socjologiczne*. Katowice 2001, s. 99; W. Mrozek: *Rodzina górnicza. Przekształcenia społeczne w górnośląskim środowisku górniczym*. W: *Górnośląskie Studia Socjologiczne*. Red. P. Rybicki. T.2. Katowice 1965, s. 139; F. Adamski: *Hutnik i jego rodzina. Badania nad środowiskiem zawodowym hutnika oraz składem i typem rodziny hutniczej*. W: Górnośląskie Studia Socjologiczne. Red. P. Rybicki. T.3. Katowice 1966, s. 204-205.

[46] M.S. Szczepański: *Opel z górniczym pióropuszem. Restrukturyzacja województwa katowickiego 1989-1996*. Katowice 1997, s. 45.

skich było zapewnienie dziecku wykształcenia zawodowego (średniego, zasadniczego), aby przygotować je do pracy w przemyśle. W kolejnych dekadach PRL w środowisku robotniczym zaczęto cenić wykształcenie, szczególnie o profilu technicznym. Uważano, że wykształcenie humanistyczne jest bardziej odpowiednie dla dziewcząt. Z dziedziczeniem zawodów robotniczych wiązało się przekazywanie etosu pracy. Przekaz międzypokoleniowy wartości i norm etosowych na Śląsku odnosił się również do osób wykonujących zawody rzemieślnicze i inteligenckie[47]. W pracy wysoko ceniono solidność, sumienność, pracowitość, punktualność, posłuszeństwo i dyscyplinę. Ponieważ przekazywany etos pracy był ściśle związany ze sferą religijną, władze starały się rozdzielić wartości związane z pracą zawodową od wartości religijnych. Wszelkie uroczystości zawodowe pozbawiano dotychczasowego charakteru religijnego, przy czym szczególnie starano się usunąć wątek religijny z obchodów Barbórki[48].

W latach powojennych rodzina górnicza utraciła stabilność przestrzenną. Jak podkreśla W. Mrozek, na skutek migracji zarobkowych rodzina górnicza przestała być homogeniczna – dziewczęta z górnośląskich rodzin górniczych chętnie wychodziły za mąż za mężczyzn pochodzących z innych regionów Polski ze względu na to, że okazywali żonom więcej czułości niż mężowie pochodzenia śląskiego[49]. W rodzinach mieszanych mąż z reguły pochodził spoza Śląska. Dzięki integracyjnej roli kobiety-matki szybko wrastał w jej macierzystą społeczność. Rozwiązywanie małżeństw mimo świadomościowego, deklarowanego w niektórych przypadkach w latach 60. ubiegłego wieku dopuszczania rozwodów, realnie nie miało miejsca. Stabilność śląskiej rodziny przypisuje się szczególnym umiejętnościom mediacyjnym tutejszych kobiet, ich dbałości o zachowanie rodzinnych norm społeczno-obyczajowych.

Prowadzone w latach 60. i 70. XX w. badania socjologiczne nad rodzinami górniczymi na Śląsku[50] pozwoliły dostrzec zmiany w rodzinie górniczej. W wyniku tych przemian zmienił się model demograficzny rodziny – zaczęła zanikać wielodzietność, a dominować rodzina z dwojgiem dzieci. Już na początku lat 60. w populacji rodzin odnotowano od 36% rodzin dwudzietnych w starych osiedlach górniczych do 45% w nowych dzielnicach; z jednym dzieckiem od-

---

[47] U. Swadźba: Op. cit., s. 102.

[48] Ibid., s. 100.

[49] W. Mrozek: *Tradycyjna rodzina górnicza* ..., op.cit., s. 124.

[50] Badania zostały przeprowadzone w latach 1958 i 1959, 1960 i 1961 w Murckach, Czerwionce, Tychach i Katowicach Bogucicach. Kierownikiem naukowym badań był P. Rybicki, zaś kierownikiem organizacyjnym i osobą opracowującą raport z badań W. Mrozek. Szerzej na ten temat w: W. Mrozek: *Przeobrażenia społeczne w górnośląskiej grupie górniczej (na podstawie badań w województwie katowickim),* Konferencja Socjologii Zawodów organizowana przez Zakład Socjologii Pracy PAN, Śląski Instytut Naukowy. Katowice 1963.

powiednio od 11% do 24%, a z trojgiem od 24% do 16%. Rzadko spotykano rodziny bezdzietne. W końcu lat 70. model rodziny dwudzietnej był już przeważający. Redukcji uległa także wielopokoleniowość rodziny górniczej, która stała się rodziną dwupokoleniową.

Stosunki w rodzinie stały się bardziej demokratyczne, a wyznaczniki osobisto-emocjonalne partnerów zaczęły odgrywać większą rolę. Mężowie włączali się do prac niegdyś uznawanych za kobiece, choć daje się zauważyć pewne rozbieżności pomiędzy deklaracjami a rzeczywistym pełnieniem tych obowiązków. Od męża wymagano utrzymania rodziny. Żona tradycyjnie była izolowana od spraw związanych z pracą męża. Podobnie jak w poprzednich okresach, była główną organizatorką życia rodzinnego. Do jej zadań należało rozporządzanie budżetem rodziny i w dalszym ciągu niewiele Ślązaczek pracowało zarobkowo. W relacjach rodzice-dzieci dało się zauważyć wzrost udziału ojców w opiece nad dziećmi, emancypację starszych dzieci względem rodziców, przechodzenie na układy partnerskie, eliminowanie kar cielesnych i w ogóle zmianę atmosfery emocjonalnej – od surowej do „ciepłej", uczuciowej. Stale jednak pożądaną cechą przyszłej żony była gospodarność. Ponadto ceniono łagodność, dobroć, wyrozumiałość dla męża i mądrość.

Skład rodziny poszerzony o pokolenie dziadków w górnośląskim środowisku robotniczym był zdeterminowany przez możliwości mieszkaniowe. Powiązanie górnika z familockim mieszkaniem udostępnionym przez kopalnię i trudności materialne związane z wynajęciem dodatkowego pomieszczenia dla syna wpływały w okresie przed pierwszą wojną światową czy też jeszcze w latach międzywojennych na skład wspólnie żyjącej rodziny. Czynnik dzisiaj tak ważny, jak konieczna pomoc przy wyręczaniu matki bądź synowej w opiece nad dziećmi i prowadzeniu gospodarstwa domowego nie odgrywał wówczas istotniejszej roli ze względu na fakt, że robotnicze żony-matki rodziny nie pracowały zawodowo. Po drugiej wojnie światowej skład rodziny warunkuje głównie polityka mierszkaniowa oraz coraz częstsze zjawisko podejmowania pracy przez matkę rodziny. Również budownictwo mieszkaniowe śląskiego przemysłu węglowego, stanowiące jeden ze składników atrakcyjności pracy w górnictwie, wpływało w latach 60. i 70. na skład rodziny robotniczej. Mimo wzrostu dążeń emancypacyjnych dorastających i zakładających własne rodziny dzieci, ukierunkowanych na natychmiastowe oddzielenie się od rodziców przez objęcie własnego mieszkania, pojawiały się trudności obiektywne – wydłużanie czasu oczekiwania na własne mieszkanie przez młode małżeństwa, przy jednoczesnym zapotrzebowaniu tych małżeństw na pomoc w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wychowywaniu małych dzieci ze strony rodziców[51]. W póź-

[51] W. Mrozek: *Górnośląska rodzina robotnicza w procesie przeobrażeń*. Katowice 1987, s. 20-21.

niejszych latach Polski Ludowej obserwujemy przesuwanie się znacznej części zadań wychowawczych rodziny na takie instytucje, jak żłobki, przedszkola, instytucje zdrowia i opieki społecznej, jednak te tendencje bardziej były widoczne w środowisku inteligenckim niż robotniczym, gdzie matki i żony rzadziej podejmowały pracę zarobkową[52].

W latach 60. i 70. nastąpił tzw. kryzys zdrowotny społeczeństwa socjalistycznego[53]. Najbardziej dotknął on mężczyzn w wieku 45-49 lat, u których współczynnik zgonów w latach 1965-1985 wzrósł aż o 60% (najczęściej powodami śmierci były choroby naczyń krwionośnych, wypadki i nowotwory). Mimo szeroko zakrojonej profilaktyki w latach powojennych, stopniowo zaczęły dochodzić do głosu zjawiska niesprzyjające poprawie stanu zdrowia: ciężka praca, niedostatki dietetyczne i stosunkowo niska sprawność działania sektora zdrowotnego. Dalsze nasilanie się zagrożeń zdrowia było związane z niekorzystną ewolucją właściwych ówczesnemu systemowi politycznemu stosunków społecznych, wzorów zachowań ludzi (tzw. syndrom wycofania), środowiska przyrodniczego i standardów ochrony zdrowia. Malała jakość życia odzwierciedlająca się w poziomie życia jednostki mierzonym dobrobytem ekonomicznym, zadowoleniem i stanem zdrowia.

Współczesna rodzina na Śląsku

W porównaniu do lat 80. ubiegłego wieku wartość pracy w okresie transformacji społeczno-ekonomicznej osiągnęła znacznie wyższą pozycję, na co wskazują badania socjologiczne[54]. Badania prowadzone w 1999 r. wskazują, że w systemie wartości życiowych Ślązaków pierwsze miejsce zajmuje rodzina, drugie praca, trzecie wiara w Boga, czwarte dobrobyt materialny, zaś piąte czas wolny[55].

Na kondycję rodzin żyjących na Śląsku w latach 90. XX w. niewątpliwie wpłynęły negatywne procesy i zjawiska społeczno-gospodarcze, takie jak: klęska ekologiczna, monokulturowość gospodarcza i dominacja przemysłu ciężkiego, zdeformowana struktura zatrudnienia połączona z niskim kapitałem edukacyjnym pracowników, dezintegracja zbiorowości regionalnej, chaotycznie wytworzona przestrzeń urbanistyczno-architektoniczna[56].

---

[52] W. Mrozek: *Przemany społeczno-kulturalne w województwie katowickim*. Katowice 1972, s. 55-56.
[53] M. Okólski: *Demografia. Podstawowe pojęcia, procesy i teorie w encyklopedycznym zarysie*. Warszawa 2004, s. 120-121.
[54] U. Swadźba: Op. cit., s. 147.
[55] Ibid.
[56] Por. M.S. Szczepański: Op. cit., s. 15.

Podobnie jak w Polsce, tak i na Śląsku w ostatniej dekadzie XX w. i w pierwszych latach XXI w. pojawiły się nowe zawody i technologie, nowe aspiracje i style życia, globalizacja kultury i przemiany obyczajów. Przełomem, który dokonał się w robotniczych rodzinach żyjących na Śląsku było uznanie potrzeby kształcenia zarówno synów, jak i córek oraz szacunek do wykształcenia i uzyskanych dzięki niemu kwalifikacji. Uwidoczniły się przejawy kulturowego pluralizmu wartości, będące konsekwencją intensywnych procesów dyfuzji kulturowej, przyrostu postmodernistycznej sekularyzacji, której towarzyszyły delegitymizacja autorytetu moralnego religijnych instytucji, priorytet indywidualizmu uprawnień wobec wspólnotowych zobowiązań, prywatyzacja oraz autonomizacja życia społecznego, egocentryczność postaw i wzorów konsumpcji, zagubienie w wolności aksjologicznych wyborów[57].

Tranformacja społeczno-ekonomiczna wpłynęła na życie wielu dotąd ustabilizowanych ekonomicznie rodzin. Stało się tak m.in. w podregionie rybnicko-jastrzębskim, stanowiącym przed reformą administracyjną część województwa katowickiego. Analiza grup marginalnych w Rybniku i okolicy oparta na dokumentacji udostępnionej przez kuratora sądowego, obejmująca okres 22 lat (1979-2001) pokazuje, że nawet podregion zamieszkały przez ludność szczególnie przywiązaną do tradycji rodzinnych i lokalnych pod wpływem procesów restrukturyzacji przemysłu zmienia swoje oblicze[58]. Mieszkańcy omawianej tu dzielnicy Rybnika-Paruszowiec od zawsze byli związani z pracą w hucie. Poprzestawali na wykształceniu podstawowym bądź zawodowym i mieli niewysokie dochody, ale jak mówią „żyło sie tu dobrze". Jak pisze I. Bukowska-Floreńska *[...] w ciepłe dni, latem, szczególnie pod wieczór, starsi zwłaszcza kobiety, przesiadują na ławkach lub krzesłach przed domami lub wsparte w oknie na „zagłówku" (poduszeczce), obserwując otoczenie, plotkują, opowiadają zdarzenia dnia, tak jak to było tu zawsze. Posiadacze ogródków działkowych latem spędzają czas na ich uprawie, tam też koncentruje się życie towarzyskie. Kobiety starają się utrzymać, zgodnie ze śląskim obyczajem ład i porządek w mieszkaniu, odzieży całej rodziny, gospodarzyć oszczędnie, dbać o dzieci i innych członków rodziny „bez różnicy o każdego"*[59]. Dziś niewielu mieszkańców Paruszowca ma stałą pracę, a niektórzy z nich popadają w konlikt z prawem. Do tego dochodzi pijaństwo. Brak możliwości zastąpienia wykonywanej dotąd pracy jakąkolwiek inną, która byłaby nie tylko źródłem utrzymania na co dzień, ale i gwarantem dotychczasowej pozycji mężczyzny w rodzinie, w tym także

---

[57] Por. W. Świątkiewicz: *Symbole górnośląskiej kultury*. Op. cit.

[58] I. Bukowska-Floreńska: *Sposób życia a hierarchia wartości w grupach marginalnych na Górnym Śląsku*. W: *Kultura grup mniejszościowych...*, op. cit., s. 299-320.

[59] Ibid.

jego własnej świadomości, doprowadził do upadku statusu ojca i męża, który zgodnie z tradycją *poradzi zarobić na rodzina*. Sytuacja ta stała się kolejnym czynnikiem poczucia własnej degradacji społecznej. Pogłębia je wyczekująca postawa rodziny, a okazywane zrozumienie i chęć pocieszenia peszy, jest odbierane są jako litość, *a takie coś nie idzie wytrzymać, bo chłop musi być twardy*, jak tu mówią. Bezbronni bywają w takich przypadkach stare matki, ojcowie i babki, którzy kierując się poczuciem obowiązku wobec syna, wnuka, a nawet współczuciem, *którego już żodyn nie chce wspomóc*, zwłaszcza w sytuacji, gdy ten nie może dostać pracy lub gdy jej nie ma z własnej winy, pomagają przez przyjęcie do własnego mieszkania i zapewnienie wyżywienia ze swojej emerytury, renty. Sytuacja ta czasem utrwala się jako wygodna forma życia. Warto podkreślić, że zasługą kobiet w średnim i starszym wieku jest obecność zewnętrznych oznak przywiązania do religii, jak krzyże czy obrazy o tematyce religijnej nawet w najbardziej zaniedbanych mieszkaniach, określanych przez kuratora mianem melin[60].

Tabela 1

Troska o religijne wychowanie dzieci w podregionach województwa śląskiego

Czy stara się Pan/Pani religijnie wychowywać swoje dzieci?	Podregiony województwa śląskiego			
	częstochowski	bielsko-bialski	centralny śląski	rybnicko-jastrzębski
Tak, bardzo mi na tym zależy	63,0	76,5	60,2	80,8
Tak, ale nie jest to dla mnie ważne	34,9	22,2	35,6	19,2
Jest mi to obojętne	0,6	1,3	3,4	0,0
Raczej nie chciałbym, aby moje dzieci były religijne	1,0	0,0	0,4	0,0
Nie, jestem zdecydowanie przeciwna	0,5	0,0	0,4	0,0
Razem	100,0	100,0	100,0	100,0

Źródło: *Kapitał społeczno-kulturowy rodzin w województwie śląskim*. Badania socjologiczne przeprowadzone w zespole pod kierunkiem W. Świątkiewicza. Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej Województwa Śląskiego, Katowice 2004.

[60] Ibid., s. 302, 306, 311 i 316.

W wypowiedziach na temat przemian śląskiej rodziny zebranych w środowisku kilkuset nauczycieli z różnych miast śląskich w połowie lat 90. ubiegłego wieku i spisanych przez E. Budzyńską zwracano uwagę na zanik części elementów rodzinnej tradycji (wspólne posiłki przy jednym stole gromadzące rodzinę na wspólnej rozmowie, wspólne spacery i wakacje, wspólne przygotowywanie świąt, wspólna modlitwa)[61]. Mówiono także o zanikaniu rodziny poszerzonej, wielopokoleniowej, umożliwiającej wielopokoleniowe kontakty „od prababci do prawnuczka", o zrywaniu więzi pokrewieństwa, zanikaniu przyjaźni między członkami rodziny, umożliwiającej wspólne rozwiązywanie problemów. Zdaniem rozmówców, brak czasu nie pozwala już w wielu rodzinach na „bycie ze sobą". Zaczynają zanikać również rodzinne spotkania „bez okazji". Często wyrażano żal, że zanikowi ulega model „rodzinnego gniazda", w którym wiodącą i twórczą rolę pełniła niepracująca zawodowo matka: opiekuńcza i oczekująca w domu na pozostałych członków rodziny powracających ze szkoły bądź z pracy.

Do negatywnych elementów śląskiej tradycji rodzinnej nauczyciele jednoznacznie zaliczyli alkoholizm oraz przymuszanie do konsumpcji alkoholu podczas uroczystości rodzinnych. Wiele miejsca poświęcono krytycznemu omówieniu tradycyjnego podziału obowiązków domowych (zaliczanego do trwałych, negatywnych elementów tradycji), niekorzystnego dla kobiet, jak też nierównościom w strukturze władzy i autorytetu w rodzinie. W sferze wychowania do elementów zanikających włączono surowość w zakresie kontaktów rodziców i dzieci, stosowanie fizycznych kar, narzucanie dzieciom woli rodziców. W tej grupie wypowiedzi znalazł się także wymiar wartości indywidualistycznych: chodziło tu raczej o wyrażoną aprobatę dla pojawiających się nowych elementów stylu życia w miejsce starych, odchodzących w przeszłość. Z akceptacją wyrażano się zatem o poszerzeniu tolerancji w odniesieniu do ilości czasu spędzanego poza domem przez dzieci, posiadania przez nie własnych pieniędzy oraz własnego pokoju, stanowiącego dla nich oazę. Aprobowano także indywidualistyczne zainteresowania małżonka oraz sposób spędzania przez niego wolnego czasu.

W ogólnej ocenie przemian dokonujących się w rodzinach za jednoznacznie korzystne uznano partnerstwo w stosunkach rodzinnych i w podziale obowiązków, a zwłaszcza w wychowywaniu dzieci. W podobny sposób oceniono emancypację kobiety, w tym kobiety matki, która dzięki podjęciu pracy zawodowej zyskała możliwość dowartościowania i samorealizacji. Pozytywnie oceniono zmniejszenie liczby dzieci w rodzinie, a także zmianę w stylu wychowania z autokratycznego na demokratyczny i sposób spędzania wolnego czasu (np. rodzinne wycieczki).

---

[61] E. Budzyńska: *Dokąd zmierzasz rodzino śląska?*. W: „Powiernik Rodzin" 1996, czerwiec.

Zakończenie

Od kilku lat daje się zauważyć w Polsce wzrost przeciętnego wieku kobiet i mężczyzn wstępujących po raz pierwszy w związek małżeński. Ostatni Narodowy Spis Powszechny pozwolił na bardziej szczegółowe niż miało to miejsce w poprzednich latach oszacowanie liczby i struktury rodzin w województwie śląskim. W 2002 r. w województwie śląskim mieszkało ogółem 1329,4 tys. rodzin. W strukturze rodzin małżeństwa z dziećmi stanowiły 56,0% (744,8 tys. rodzin), samotne matki z dziećmi 15,3% (204,0 tys. rodzin), samotni ojcowie z dziećmi 2,2% (29,3 tys. rodzin), zaś partnerzy z dziećmi 1,1% (13,9 tys. rodzin). Małżonkowie z dziećmi stanowili niemal 3/4 wszystkich osób pozostających w związkach małżeńskich. W 2002 r. połowa rodzin w województwie śląskim miała jedno dziecko, a prawie 37% ogółu rodzin dwoje dzieci. W porównaniu do ogólnopolskich danych spisowych z 1988 r., wyniki spisu z 2002 r. wykazały 60% wzrost liczby związków niezalegalizowanych-partnerskich, które obecnie stanowią 2,3% wszystkich istniejących w Polsce związków. Według danych Narodowego Spisu Powszechnego w 2002 r. na terenie województwa śląskiego żyło w takich związkach 50 552 osób (25 276 związków partnerskich – – 1,9% wszystkich związków w województwie śląskim). Jednak taki niezalegalizowany model związku jest nadal kwestią marginalną.

Sytuacja osoby starszej w śląskiej rodzinie ulegała zmianom we wszystkich omawianych okresach. Szybciej zmieniały się warunki zewnętrzne – polityczne, społeczne, ekonomiczne i mieszkaniowe, wolniej zaś następowały przemiany kulturowe i obyczajowe. W ciągu ponad 100 lat zmienił się model i skład rodziny. Zanikła rodzina wielopokoleniowa, rozszerzona i wielodzietna, a wraz z nią zmieniło się miejsce i rola seniora. Starsze i młodsze pokolenie nie prowadzi już wspólnego gospodarstwa domowego. Powstałe instytucje opieki społecznej, zdrowia oraz placówki wychowawcze i edukacyjne przejęły część funkcji wychowawczych i opiekuńczych pełnionych dotąd przez rodzinę. Pokolenie wnuków nie ma już na co dzień do czynienia z chorymi, niedołężnymi domownikami, co ma pozytywne i negatywne konsekwencje. Przy nacisku, jaki współcześnie kładzie się na rozwój intelektualny i fizyczny młodego pokolenia rzadko dostrzega się konieczność pogłębiania rozwoju duchowego oraz emocjonalnego i społecznego wynikających w naturalny sposób z zamieszkiwania wspólnie z dziadkami i posiadania rodzeństwa.

W dalszym ciągu wyróżnikiem polskiej, w tym także śląskiej rodziny są silne związki oparte na wymianie między pokoleniami[62]. Starsze pokolenie pomaga

---

[62] B. Balcerzak-Paradowska: *Rodzina i polityka rodzinna wobec osób starszych*. Wykład wygłoszony podczas międzynarodowej konferencji *W obliczu starości*, zorganizowanej przez Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej Województwa Śląskiego w Katowicach w ramach projektu INTERREG III C, Ustroń, 10-11 października 2006 r.

młodszemu w wymiarze materialnym (często z niewielkiej emerytury czy renty utrzymuje się cała rodzina, dochody są także przeznaczane na edukację najmłodszych) oraz w opiece nad innymi potrzebującymi członkami rodziny, w tym w wychowywaniu wnuków. Młodsze pokolenie świadczy usługi pielęgnacyjne na rzecz pokolenia seniorów. Oba pokolenia świadczą sobie pomoc w zakresie prowadzenia gospodarstwa domowego oraz udzielają wsparcia emocjonalnego w sytuacjach kryzysowych. Z kolei przekaz intelektualny w dzisiejszych czasach płynie w obu kierunkach, przy czym pokolenie dziadków przekazuje swoją wiedzę i doświadczenia życiowe, zaś pokolenie wnuków dzieli się umiejętnością korzystania z nowoczesnych technologii teleinformatycznych.

Instytucja żłobków nie cieszy się w Polsce dużą popularnością. Pomoc dziadków w opiece nad wnukami, szczególnie do momentu pójścia do przedszkola, staje się dla wielu rodzin koniecznością. Przyczyniają się do tego niedostateczna polityka rodzinna państwa (krótkie urlopy macierzyńskie), trudna sytuacja na rynku pracy oraz ograniczone możliwości finansowe nie pozwalające na korzystanie z urlopów wychowawczych i zatrudnienie opiekunek do dzieci. Ze względu na konieczność większego zaangażowania czasowego w pracę zawodową, dzieci spędzają z dziadkami dni wolne, a czasami także wakacje. W rodzinach zaangażowanych religijnie i praktykujących dziadkowie, a szczególnie babcie w dalszym ciągu przekazują młodszym pokoleniom depozyt wiary.

Arkadiusz Przybyłka

Akademia Ekonomiczna w Katowicach

STARZY LUDZIE W RODZINACH GÓRNICZYCH

Rodzina jest naturalną i podstawową komórką społeczeństwa. Wyróżnia ją wspólnota mieszkaniowa, tworząca najczęściej jedno gospodarstwo domowe, które może obejmować dwa, a nawet trzy pokolenia. Można również traktować rodzinę jako podmiot gospodarczy, który zapewnia członkom utrzymanie i opiekę, zaspokaja ich potrzeby materialne i przygotowuje dzieci do samodzielnego życia, jednak cechą wspólną wszystkich definicji rodziny jest to, że rodzina zapewnia ciągłość biologiczną społeczeństwa i przekazuje dziedzictwo kulturowe – szeroko pojmowane – następnym pokoleniom[1]. Należy też zaznaczyć, że zachowanie każdej osoby w rodzinie wpływa w określony sposób na pozostałe, a relacje te mają charakter zwrotny. Tak więc zachowania zarówno pomyślne, jak i niepomyślne dotyczą w jakiś sposób wszystkich w rodzinie[2].

Wewnętrzne stosunki w rodzinie, określone przez układ pozycji i ról wszystkich jej członków nazywane są strukturą rodziny. Wyraża ona wewnętrzny układ pozycji seniorów rodziny, ojca-męża i matki-żony oraz dzieci, ich role rodzinne, rozkład zadań, obowiązków i uprawnień. Struktura ta określa również klimat uczuciowo-ekspresyjny, wzajemne stosunki i odnoszenia, spoistość rodziny i jej zintegrowanie ze środowiskiem[3]. Z organizacją życia rodzinnego wiążą się ściśle normy społeczne i obyczajowe regulujące zachowania jednostek i grup społecznych za pośrednictwem przyjętych zasad i zwyczajów środowiskowych[4]. Śląska rodzina górnicza dodatkowo była bardzo związana ze

---

[1] J. Auleytner, K. Głąbicka: *Polityka społeczna. Pomiędzy opiekuńczością a pomocniczością*. Warszawa 2000, s. 173-174.

[2] M. John-Borys: *Rodzina jako źródło zasobów zdrowia w zmaganiu się z zadaniami codziennego życia*. W: *Zapobieganie wykluczeniu społecznemu*. Red L. Frąckiewicz. Katowice 2005, s. 273.

[3] W. Mrozek: *Górnośląska rodzina robotnicza w procesie przeobrażeń*. Katowice 1987, s. 136.

[4] I. Bukowska-Floreńska: *Społeczno-kulturowe funkcje tradycji w społecznościach industrialnych Górnego Śląska*. Katowice 1987, s. 121.

sferą niebezpiecznej pracy zawodowej, która stanowiła istotny element integrujący tę grupę społeczności regionu, dlatego pochodzenie i środowisko, z którego wywodził się górnik miały istotne znaczenie nie tylko dla niego samego, lecz i dla założonej przez niego rodziny[5]. Charakterystyczną cechą kultury zawodu górniczego było stosowanie jej wartości i tradycji nie tylko w pracy zawodowej. Wzorce zachowań były przenoszone do rodziny, miejsca zamieszkania, kształtowały czas wolny i stosunki koleżeńskie. Sprzyjała temu zabudowa osiedla-kolonii, gdzie nikt nie był anonimowy, każdy mógł liczyć na sąsiedzką pomoc i ludzką solidarność[6].

Znajomości zawierano w kontaktach bezpośrednich zwracając uwagę, aby młodzi pochodzili z tego samego środowiska[7], ponieważ było ono bardziej skłonne do podtrzymywania tradycyjnych wzorów życia rodzinnego w różnym zakresie, przyswajanych w rodzinie i środowisku pracy. Cechy osobowościowe, uznawane wartości, wzory zachowań, postawy społeczne, szacunek dla pracy, kultura osobista kształtowały się pod dominującym wpływem rodziny bliższej i dalszej, szczególnie starszych osób, środowiska pracy, społeczności lokalnej. Prowadzone w tym kierunku badania i obserwacje niejednokrotnie potwierdziły, że śląskie środowisko robotnicze, zwłaszcza górnicze, miało (i nadal ma, choć już w mniejszym zakresie) skłonności do kontynuowania sposobów i zasad życia rodzinnego z pokolenia na pokolenie[8]. Rodziny były patriarchalne, co wynikało z faktu, że głównym żywicielem rodziny był ojciec. Praca górnika nie tylko trudna, ale i niebezpieczna, wykonywana w niewyobrażalnych dla reszty rodziny warunkach, stwarzała wokół niego atmosferę podziwu i wyjątkowego poszanowania. Rodziny były wielodzietne i wielopokoleniowe. Jeśli pracowało więcej członków rodziny, hierarchię określał wiek, następnie pozycja zawodowa i na końcu wysokość zarobków[9]. Podobną hierarchię szacunku dla starszych zachowano we wszystkich grupach wiekowych rodzin, jak również w pracy wobec pracodawcy, zwierzchnika i wyższych rangą oraz stażem pracy zawodowej kolegów.

Rodzina była też zawsze postrzegana w świadomości społecznej ludności rodzimej jako najwyraźniejsze, a zarazem najtrwalsze i odporne na meandry dziejów politycznej przynależności Górnego Śląska kryterium delimitacji spo-

---

[5] W. Mrozek: Op. cit., s. 51.

[6] http://www.teberia.pl/news.php?id=3428

[7] I. Bukowska-Floreńska: Op. cit., s. 78.

[8] Por. W. Mrozek: Op. cit.

[9] Dość wiernie tematyka ta została oddana w filmach K. Kutza: *Sól ziemi czarnej*; *Perła w koronie* czy *Paciorki jednego różańca*. Niezależnie od zawartych w nich problemów społecznych, w każdym z nich odwzorowano poruszane w tekście problemy rodzin górniczych.

łeczności swoich i kulturowo obcych. Rodzina stanowi więc również ważny symbol identyfikacji społeczności regionalnej[10].

Przedstawione uwarunkowania życia rodzinnego populacji górniczej ukształtowane w dobie rozwoju górnictwa węglowego (od drugiej połowy XVIII w.) miały początki w zamierzchłej przeszłości. W najstarszych prawach górniczych nie wymienia się oddzielnie rodziny. Lud górniczy, będąc oddzielnym stanem, załatwiał swoje sprawy bez obcej pomocy, dlatego dla zabezpieczenia przed różnymi następstwami wypadków pod ziemią oraz starością górnicy organizowali samorzutnie zbiórki dla niepełnosprawnych oraz rodzin po zmarłych w tzw. kasach puszkowych czy skrzynkach brackich. Ponieważ liczba potrzebujących wzrastała z powodu coraz częstszych wypadków, górnicy nie byli w stanie zaspokoić wszystkich potrzeb z dobrowolnych składek. Opiekę tę musiano uregulować na drodze prawnej, szczególnie dlatego, że zmieniły się warunki produkcyjne, rozluźnił się stosunek patriarchalny. W nadawanych regaliach górniczych pojawiły się zapisy środków na szkoły i instytucje charytatywne. Stopniowo zapisy te wprowadzano do ustaw i przepisów górniczych. Czynili to panujący i właściciele regaliów, nakładając na przedsiębiorców górniczych początkowo tylko obowiązki odszkodowawcze w razie wypadków. Z upływem czasu również te środki okazały się niewystarczające, ponieważ wielu inwalidów oraz rodzin po nich pozostawało bez zabezpieczenia. Podjęto wysiłki o prawne i organizacyjne uregulowanie opieki dla poszkodowanych górników, ich rodzin oraz osób starszych. Do działań tych włączali się zarówno pracownicy poprzez różne akcje protestacyjne, jak i przedsiębiorcy zmierzający do maksymalizacji zysków przy minimalizacji strat wynikających z opieki socjalnej. W polskim prawodawstwie prekursorem był Kazimierz Wielki. W wydanym w 1386 r. statucie górniczym uwzględnił starszych i niepełnosprawnych górników, zapewniając im wikt i opiekę szpitalną, a także środki materialne na ten cel oraz finansowanie szkoły przy kopalni soli w Wieliczce[11]. Na Śląsku za taki dokument uważa się „Ordunek Górny", który umożliwił utworzenie Spółki Brackiej w Tarnowskich Górach i ugruntowanie świadczenia na rzecz górniczych rodzin. Z tego okresu nie notuje się ustawodawstwa na rzecz rodziny. Liczba górników była w tym okresie stosunkowo mała w odniesieniu do liczby mieszkańców regionu zajmujących się głównie rolnictwem lub rzemiosłem, jednak uwzględnienie w ustawodawstwie górniczym świadczeń na rzecz członków rodziny dowodzi jej znaczącej roli już od zarania górnictwa. Dalszy rozwój tego typu zapisów następował wraz z rozwojem prawodawstwa górniczego regionu,

---

[10] W. Świątkiewicz: *Rodzina jako wartość w tradycji kulturowej Górnego Śląska*. W: *Rodzina w województwie katowickim*. Red. W. Świątkiewicz. Katowice 1998, s. 15.

[11] S. Majewski: *Śląski Fundusz Wolnych Kuksów*. „Kalendarz Górniczo-Hutniczy" 1934, s. 79.

szczególnie w okresie rozwoju ustawodawstwa socjalnego za rządów Bismarcka, potem w okresie międzywojennym, a następnie – już od drugiej połowy XX w. – – w ramach szczegółowej „polityki rodzinnej". W zdobyczach socjalnych wywalczonych przez górników szczególne miejsce przysługiwało ludziom starszym. Każdorazowo w nowelizacjach aktów prawnych dotyczących Kasy Brackiej (głównego do 1949 r. płatnika świadczeń zdrowotnych oraz emerytalno-rentowych dla środowiska górniczego) poprawiano status materialny populacji starszych górników. Można np. wskazać ustawę z 24 czerwca 1865 r., która gwarantowała minimalne świadczenia emerytalne i leczenie na koszt spółki. W kolejnych zmianach świadczenia te podwyższano. Od 1905 r. wprowadzono dodatkowo ubezpieczenie pensyjne. Odrębność ubezpieczeniowa na Górnym Śląsku wzbudzała wiele kontrowersji, jednak działalność ubezpieczeniowa Spółek Brackich była źródłem egzystencji wielu ludzi starszych w regionie.

Do połowy XIX w. zakończył się pierwszy okres industrializacji, w którym następowała stopniowa zmiana sił wytwórczych na potrzeby rozwoju przemysłu, w tym górnictwa na terenach dotąd rolniczych i utrzymujących się ze stosunków feudalnych[12]. Rozwój kapitalistycznego przemysłu górniczego doprowadził do utworzenia nowego układu sił społecznych. Następowała koncentracja sił roboczych, osiągając wysoki poziom na przełomie XIX i XX w.[13]. Wówczas rozpoczął się drugi etap industrializacji, który charakteryzował się świadomym i celowym łączeniem różnych aspektów tradycji dawnej i nowo tworzonej, stanowiących wartość rodzinną, regionalną i narodową. Gwałtowny rozwój górnictwa wywołał napływ siły roboczej, co pociągało za sobą rozbudowę osad, osiedli i miast, a więc skupisk populacji górniczej. Powszechnie nazywano te skupiska mieszkaniowe „osiedlami górniczymi". Mieszkanie w nich stanowiło o pozycji społecznej i przynależności zawodowej (były oczywiście wyjątki od tej reguły). Ponieważ górnicy od początku stanowili jedną z najliczniejszych grup zawodowych mającą formy organizacyjne i prawodawcze wynikające z wiekowych doświadczeń, ta grupa zajęła dominującą pozycję w rozwoju społeczno-ekonomicznym regionu. Szczególną rolę w tym procesie odgrywała rodzina górnicza.

Rytm górniczej pracy narzucał sposób życia i kształtowanie określonych form zachowań oraz cech charakteru wynikających ze specyfiki zajęcia. Można tu wskazać takie cechy, jak: rzetelność, ostrożność, cierpliwość, uczciwość, postawa koleżeńska wyrażająca się w poczuciu obowiązku niesienia wzajemnej pomocy, oszczędność w słowach i wydatkowaniu ciężko zarobionych pie-

---

[12] I. Bukowska-Floreńska: Op. cit., s. 52.

[13] K. Popiołek: *Koncentracja i centralizacja produkcji w górniczo-hutniczym przemyśle Górnego Śląska w II połowie XIX stulecia*. „Kwartalnik Historyczny" 1956, nr 4/5, s. 260.

niędzy[14]. Dla rodziny górniczej nigdy nie były obojętne ceny usług i towarów, to one bowiem limitowały jej położenie i standard życia codziennego. Starsi członkowie tych rodzin też zawsze znajdowali w nich opiekę. Pod koniec XIX w. powstało prawo „stałej płacy". Według niego niezależnie od różnych wpływów regulujących popyt i podaż siły roboczej płaca powinna być tak regulowana, aby pokryć koszty utrzymania[15] zgodnie z aktualnymi standardami. Sentencja ta jest nadal aktualna, lecz nie do końca realizowana w życiu tej grupy zawodowej.

Do życia rodziny i osiedla przenosiła się również hierarchia wewnętrzna z miejsca pracy. Indywidualny autorytet, szacunek i pozycja zawodowa miały wpływ na pozycję środowiskową danej osoby i jej rodziny[16]. Dla stabilności siły roboczej i wzrostu urodzeń władze górnicze oraz indywidualni przedsiębiorcy zaczęli budować wielorodzinne domy, tzw. familoki, które początkowo nie cieszyły się uznaniem. Wielu górników związanych ze wsią wolało pokonywać długą drogę, aby móc uprawiać ziemię czy prowadzić drobną hodowlę. Dla umożliwienia zaspokojenia tych potrzeb zaczęto budować komórki oraz zakładać ogródki pracownicze. Z czasem rozpoczęto budowę kolonii domów jedno- i dwurodzinnych z przydomowym ogródkiem. Rozbudowa osad sprzyjała stabilizacji skupisk górniczych, w których ustalały się nowe formy życia rodzinnego i zbiorowego. Ludność górnośląska składała się zasadniczo z trzech żywiołów etnicznych. Główny element stanowiła rdzenna ludność śląska – zarówno chłopi, jak i robotnicy. Drugim elementem byli Niemcy, którzy osiedli na Górnym Śląsku w ubiegłych wiekach lub w przeważającej części przybyli z powodu gwałtownego rozwoju przemysłu, głównie jako kadra zarządzająca. Trzeci element stanowiła napływowa siła robocza z innych regionów, w której istotną część stanowili Żydzi przybyli głównie z Królestwa Polskiego (zabór rosyjski) oraz Galicji (zabór austriacki). To oni byli pośrednikami między rdzenną ludnością a Niemcami, zajmowali się handlem i usługami, z czasem przejmowali nieruchomości w miastach, własności ziemskie i przedsiębiorstwa[17]. Ten konglomerat etniczny wywierał niewątpliwie wpływ na kształtowanie rodzinnych wartości górnośląskich górników. Nikły natomiast był wpływ na strukturę tradycyjnych górnośląskich związków rodzinnych.

---

[14] I. Bukowska-Floreńska: Op. cit., s. 52-73.

[15] J. Piernikarczyk: *Historia górnictwa i hutnictwa na Górnym Śląsku*. Katowice 1933, t. 2, s. 130-131. Za komentarz mogą posłużyć słowa dyrektora generalnego Spółki Giesche z 1885 r.: *zarobki, na których gwałtowny wzrost wielu się skarżyło nie podniosły się od 50 lat w górnośląskim przemyśle cynkowym i górnictwie więcej niż ceny najpotrzebniejszych środków do życia.*

[16] W wielu osiedlach istniały specjalne, lepiej wyposażone, o większym metrażu mieszkania, a nawet całe budynki dla dozoru i pracowników administracji.

[17] J. Piernikarczyk: *Historia górnictwa i hutnictwa*..., op. cit., s. 388.

Rdzenni mieszkańcy utrzymywali w zasadzie trzypokoleniowy model rodziny. Przy zawieraniu małżeństw mniej uwagi zwracano na względy ekonomiczne, ale głównie na pochodzenie z tego samego środowiska. Duże znaczenie przywiązywano do tego, aby przyszły mąż miał zatrudnienie, co gwarantowało mu możliwość utrzymania rodziny. Przyszła żona musiała się natomiast wykazać gospodarnością, umiejętnością prowadzenia gospodarstwa domowego oraz czystością obyczajów i religijnością. Proces wychowania dzieci był niezwykle surowy, już od najmłodszych lat przyzwyczajano je do pracy. Winne były posłuszeństwo rodzicom i dziadkom oraz szacunek wszystkim starszym od siebie, a także nauczycielom w szkole czy mistrzowi w trakcie nauki zawodu. Z upływem lat w miarę tworzenia układów gospodarczych wykształcił się wyraźny podział: mąż pracował, a kobieta zamężna z reguły nie pracowała zawodowo. Oszczędzano na wszystkim, ucząc tego również dzieci, szczególnie córki. Oprócz zaspokojenia bieżących potrzeb zawsze część środków oszczędzano, aby w razie wypadków losowych mieć pieniądze na najpilniejsze potrzeby. Od końca XVIII w. do pomocy rodzinom górniczym włączyły się powstające organizacje związkowe. Górnicze związki zawodowe w swoich statutach oprócz obrony praw pracowniczych, walki o godne i bezpieczne warunki pracy, miały również elementy pomocy doraźnej (finansowej), zwłaszcza w okresach strajków, a także w wypadkach losowych i dla starszych osób. Należy zaznaczyć, że populacja górnicza w niewielkim zakresie korzystała z takiej pomocy, starając się rozwiązywać swoje problemy w kręgu rodziny. Hodowla zwierząt oraz uprawianie warzyw stwarzały możliwość uzupełnienia domowego budżetu i urozmaicenia posiłków. Szacunek dla pracy i pieniądza, wyrabiany od najmłodszych lat, pozostawał na całe życie. Często również świadczono sobie wzajemne usługi nie tylko w rodzinie, ale i po sąsiedzku. Kontakty sąsiedzkie nawiązywały przede wszystkim kobiety, spotykając się przy codziennych zajęciach oraz ludzie starsi, już niepracujący. Omawiali wtedy swoje problemy, udzielali porad i pomagali sobie w codziennych obowiązkach. Dzieci bawiły się na jednym podwórku, chodziły do tej samej szkoły i brały czynny udział w życiu sąsiedzkim. Mężczyźni zawierali znajomości w miejscu pracy, a w miejscu zamieszkania łączyły ich wspólne zainteresowania. Dzięki tym kontaktom zarówno rodzina bliższa, jak i dalsze sąsiedztwo, w końcu całe środowisko kolonii familoków, osady czy osiedla stały się nośnikami i przekaźnikami tradycji oraz wartości wypracowanych przez nią. Wspólny styl życia i system wartości oraz wynikające z niego normy społeczno-obyczajowe, a także poczucie więzi rodzinnych i kulturowych pozwoliły populacji górniczej, a także ludności górnośląskiej na przetrwanie trudnych okresów[18].

---

[18] I. Bukowska-Floreńska: Op. cit., s. 81.

Wielokrotne zmiany przynależności państwowej nigdy w zasadniczy sposób nie naruszały wielowiekowej odrębności górnośląskiej tradycji, jednak lata okupacji, okres germanizacji, łamanie wszelkich przejawów polskości wytworzyły uproszczony i niesprawiedliwy obraz „Ślązaka-zaprzańca"[19]. Nie pozostało to bez wpływu na tradycyjną górniczą rodzinę (oraz społeczność przemysłową regionu), która weszła w zapoczątkowany w 1945 r. trzeci etap tzw. pogłębionej industrializacji. Władza PRL-u rozpoczęła zagospodarowywanie regionu od zakrojonej na szeroką skalę weryfikacji narodowościowej. W jej wyniku w dramatycznych okolicznościach wiele tysięcy Ślązaków musiało opuścić rodzimą ziemię[20]. Skomplikowane losy ludności rodzimej tego regionu były pochodną podziału wpływów ustalonych w Jałcie. Udziałem wielu śląskich rodzin stały się upokorzenia i cierpienia w obozach przejściowych i sowieckich łagrach, prześladowania, wywłaszczenia oraz osiedlanie w najgorszych warunkach mieszkaniowych. Dla ludzi starszych ograniczono świadczenia emerytalne i zdrowotne w wyniku likwidacji Kasy Brackiej. Sytuację zmieniło dopiero przyznanie tej populacji świadczeń w ramach Karty Górnika.

Ślązacy stanowiący specyficzną grupę etniczno-kulturową o wyrazistej odrębności, łączącej elementy polskiego etnizmu z silnymi wpływami kultury niemieckiej, a także czeskiej i morawskiej znaleźli się na Górnym Śląsku po drugiej wojnie światowej w sytuacji obywateli drugiej kategorii, do których „nowa" władza nie miała zaufania. Dodatkowo prowadzony proces pogłębionej industrializacji stwarzał ogromne potrzeby na rynku pracy, zwłaszcza w górnictwie i hutnictwie. Tymczasem zwerbowana przyjezdna ludność traktowała go jako swoiste „Eldorado". To w przeważającej części tymi właśnie ludźmi obsadzano miejsca w administracji. Powodowało to określone konsekwencje, zwłaszcza w środowisku starszej generacji górników. Przybysze często z nowym przygotowaniem zawodowym nie liczyli się ze zdaniem starszych górników, jak to miało miejsce wcześniej. To były początki utraty szacunku dla starszych i ich doświadczenia zawodowego.

Zrodzone takimi uwarunkowaniami postawy niechęci i izolacjonizmu miały wpływ na dalszy rozwój tradycji i regionu. Prowadzona w tym okresie polityka mieszkaniowa dodatkowo pogłębiała rozdźwięk między ludnością rodzimą i napływową. Nowo budowane osiedla, bloki zasiedlano w pierwszej kolejności przybyszami spoza Śląska. Rdzenna ludność górnośląska została w zasadzie

---

[19] *Górnicy wobec restrukturyzacji*. Raport z badań w województwie katowickim. Red. K. Wódz. Katowice 1997, s. 27-28.

[20] Wysiedlenia objęły w większości mieszkańców: Dolnego Śląska, Opolszczyzny, rejonu Gliwic, Zabrza, Bytomia, a w mniejszym stopniu mieszkańców byłego międzywojennego województwa śląskiego. Wiele osób zostało wysiedlonych do Niemiec, ale sporo też trafiło do obozów pracy przymusowej w ZSRR.

skupiona w starych osadach, osiedlach i dzielnicach robotniczych. Dodatkowo oddzielona od napływowej ludności odmiennością losów, języka i obyczajów znalazła się w sytuacji peryferyjnej. Śląska gwara stanowiła z jednej strony element odróżnienia, z drugiej przeszkodę w kontynuowaniu nauki na poziomie ponadpodstawowym i wyższym[21]. Edukację rdzennej ludności starano się organizować na poziomie zawodowym głównie dla zapewnienia kadr dla przemysłu węglowego. Ta forma była odbierana w środowisku pozytywnie, bo doprowadzała do szybkiego usamodzielnienia finansowego młodzieży i dopływu środków do górniczych rodzin. Z perspektywy czasu widać, że ograniczyło to dopływ rodzimej inteligencji. Dodatkowo w tym okresie panował pogląd, że „uczą się tylko tacy, którzy boją się pracy". To zaś spowodowało, że z każdych 100 górników pracujących na dole 16 ukończyło co najwyżej podstawówkę. Na przeciwległym krańcu znajduje się czterech z wykształceniem wyższym. Gdyby zsumować trzy kategorie wykształcenia: niepełne podstawowe, pełne podstawowe i zasadnicze zawodowe dwuletnie, otrzymujemy liczbę 65-70 w obrębie każdej setki. Żeby prowadzić biznes trzeba mieć trochę wiedzy finansowej, prawnej czy informatycznej[22]. Powoduje to, że w rodzinach górniczych coraz bardziej doceniane jest wykształcenie dzieci i wnuków. Ponad 70% górników dostrzega obecnie konieczność zdobycia wyższego wykształcenia przez swoje dzieci.

Ponad wytworzonymi podziałami następowała asymilacja i integracja środowiska. Rodzima kultura, tradycja i sposób życia (reprezentowane przez swoich, czyli tzw. hanysów) mierzyła się z obcymi wpływami w dwóch etapach:

1) lata 1945-1989,
2) lata po 1989 r.

W pierwszym etapie górnictwo z konieczności (doświadczenie zawodowe) musiało się oprzeć na ludności miejscowej oraz górnikach z Zagłębi Dąbrowskiego i Krakowskiego, którzy ze względu na lepsze warunki migrowali na te tereny. Tradycja i system wartości rodzin górnośląskich były na tyle silne, że wprawdzie z oporami, ale jednak były przejmowane przez asymilujące się z miejscową ludnością grupy napływowe. Najszybciej następowała ta integracja w miejscu pracy, zwłaszcza na dole kopalń, gdzie wszystkich łączyło wspólne niebezpieczeństwo[23]. Dostosowania wymagało poszanowanie tradycji, akceptacji miejscowej obyczajowości i mentalności wynikającej z niełatwej

---

[21] *Górnicy wobec wyzwań* ..., op. cit., s. 28-31.

[22] http://www.przeglad-tygodnik.pl

[23] Etos pracy to wspólna cecha wszystkich górników wynikająca ze specyfiki pracy, natomiast szacunek do pracy niezależnie od jej rodzaju zarówno ze strony ludności rodzimej, jak też pochodzącej z Zagłębia Dąbrowskiego był wspólny dla obu populacji, wytworzony przez lata zaborów. Sztucznie podsycana nienawiść szybko wygasła i z czasem była traktowana humorystycznie.

przeszłości ekonomiczno-historycznej regionu, natomiast od ludności rodzimej oczekiwano tolerancji, wyrozumiałości, akceptacji różnic kulturowych, pomocy w procesie adaptacji w miejscu pracy i zamieszkania[24]. Niezależnie od tego, że w życiu populacji górniczej zwyciężały formy i tradycja rodziny górnośląskiej można przyjąć, iż już wtedy zaczęła się stopniowa degradacja tego środowiska. Do takich zjawisk zalicza się m.in.:

- Stopniową minimalizację przynależności regionalnej wywoływanej nie tylko prowadzoną polityką narodowościową, ale także laicyzacją życia rodzinnego prowadzoną intensywnie przez szkołę czy organizacje społeczno-polityczne.
- Zanikające przywiązanie do ziemi rodzinnej, co spowodowało liczne migracje do Niemiec. Dokonało się więc to, czego władze Prus i Niemiec nie dokonały przez wieki prowadząc akcję germanizacyjną (potwierdziły to badania populacji górniczej z lat 1995-1997, kiedy tylko 27,4% deklarowało identyfikację regionalną ze Śląskiem[25], czy wyniki Narodowego Spisu Powszechnego z 2002 r., kiedy taką przynależność zadeklarowało tylko 173 tys. ludności regionu[26]).
- Stopniowe naruszanie górniczego etosu pracy poprzez wprowadzenie „socjalistycznego przodownictwa pracy", pracy akordowej, maksymalizacji wydobycia. Prowadziło to z jednej strony do licznych niedopatrzeń i uchybień, fałszowania wyników przez dyrekcje kopalń, ukrywania skali wypadkowości, z drugiej zaś stwarzało możliwość rozwijania polityki nadmiernych preferencji socjalnych (Karta Górnika, specjalne sklepy itp.). Wcześniejsze preferencje były wynikiem ciężkiej górniczej pracy i miały poparcie w środowisku, natomiast nowe budziły niechęć i opór wobec górniczej populacji.
- Naruszenie rodzinnych tradycji, które dokonało się w sferze płacy i mieszkalnictwa:
  - płace młodych pracowników szybko przewyższały zarobki osób ze znacznym stażem, co doprowadziło do zachwiania hierarchii rodzinnych, braku szacunku dla starszych nie tylko w życiu rodzinnym, ale i społecznym; rodziły się agresja i dystans pokoleniowy,
  - zanikała tradycyjna wielopokoleniowa rodzina górnicza, co było spowodowane odpływem ze starych dzielnic, familoków młodej generacji do nowych mieszkań w blokach, gdzie był lepszy standard; spowodowało to jednak stopniowy zanik więzi pokoleniowych,

---

[24] I. Bukowska-Floreńska: Op. cit., s. 102 i nast.
[25] *Górnicy wobec wyzwań* ..., op. cit., s. 92.
[26] www.stat.gov.pl

- w starych osiedlach pozostawali ludzie starsi oraz gorzej wykształceni, często obarczeni liczną rodziną, z problemami zdrowotnymi, żyjący w ubóstwie.
- Kształtowanie się w populacji górniczej postawy roszczeniowej i społeczeństwa konsumpcyjnego, co znacząco wpłynęło również na sytuację demograficzną regionu.

Tradycyjna kultura górnicza regionu Górnego Śląska, z jej bogatą obrzędowością, rozbudowanymi rytuałami zawodowymi odchodzi w zasadzie do przeszłości[27]. Oczywiście enklawy tradycyjnej kultury rodzimej istnieją do dziś, ale są traktowane raczej jako swoisty skansen. Dotyczy to również etosu górniczej pracy, w którym najważniejsze stają się obecnie względy ekonomiczne. Kolejne programy restrukturyzacji dodatkowo wpływały destrukcyjnie na górnicze rodziny, w których troska o zaspokojenie potrzeb materialnych zaczęła być priorytetowa.

Do najważniejszych zjawisk obecnego okresu można zaliczyć:

- przeobrażenie pogłębionej industrializacji w proces demontażu przemysłu regionu Górnego Śląska,
- pospiesznie prowadzoną restrukturyzację branży górniczej, która w wielu zdecydowanie zasobniejszych krajach (Niemczech, Wielkiej Brytanii) była prowadzona znacznie wolniej,
- gwałtowny wzrost bezrobocia w regionie, zwłaszcza wśród górników, jako następstwo powyższych działań (obecnie w górnictwie pracuje 122 tys. osób, co oznacza, że od początku transformacji odeszło z branży prawie 300 tys. osób),
- prowadzona przez państwo polityka łagodzenia skutków społecznych, skierowana głównie na osłony socjalne, a nie na kreowanie nowych miejsc pracy; dodatkowo średnie zarobki górników spadły w porównaniu do wcześniejszych okresów.

Następstwa tych działań z dużą jaskrawością uwidoczniły się najpierw w życiu starszych osób w rodzinach skupionych w tradycyjnych górniczych osiedlach, a obecnie już i w tych rodzinach, które zamieszkują nowe blokowiska. Wyrazem tego stały się m.in.:

- wzrost ubóstwa rodzin zamieszkujących te dzielnice, nieprzygotowanych do tak gwałtownych zmian podstaw ekonomicznej egzystencji,
- obniżenie siły nabywczej emerytur górniczych,
- wzrost patologii spowodowanych brakiem środków do życia.

---

[27] *Górnicy wobec wyzwań* ..., op. cit., s. 53.

Wśród tych ostatnich na szczególną uwagę zasługują samobójstwa, gdyż to właśnie wśród osób starszych w regionie ich liczba systematycznie rośnie. Na województwo śląskie przypada ponad 13% samobójstw w kraju, które rocznie popełnia 4-5 tys. Polaków.

Ograniczenie wypracowanych zdobyczy socjalnych w zakresie ochrony zdrowia, edukacji czy rekreacji obniżyło standard życia górników (zwłaszcza osób starszych) i ich rodzin z powodu:

- utrudnionego dostępu do świadczeń medycznych (planowana odpłatność z pewnością przyczyni się do nasilenia skali zjawiska),
- likwidacji bazy rekreacyjnej, co spowodowało, że rodziny przestały korzystać z wyjazdów na wczasy, a dzieci z kolonii, gdyż usługi te, poprzednio refundowane, obecnie są odpłatne, co znacznie zawęża krąg osób, które z nich korzystają; szczególnie dotyka to dzieci, emerytów i rencistów, którzy wcześniej bezpłatnie korzystali z lecznictwa sanatoryjnego i rehabilitacyjnego.

Postawa roszczeniowa, która ukształtowała się w czasach PRL-u nie dopuszcza obecnie do ograniczenia zdobyczy uzyskanych wtedy do granic wyznaczonych możliwościami ekonomicznymi. Prowadzona coraz skuteczniej liberalna polityka społeczna przez kolejne ekipy rządowe powoduje pogłębianie tego stanu. Sprzyjają temu również akty prawne, programy, powoływanie coraz to nowych instytucji, które nie tylko nie poprawiają sytuacji socjalnej starszego pokolenia, ale oddziałują negatywnie m.in. poprzez:

- wyprowadzanie środków budżetowych i przekazywanie ich na różnego rodzaju działalność celową, często poza kontrolą państwa, nieobejmującą starszego pokolenia górników i ich rodzin,
- ciągłe reformy służby zdrowia ograniczające dostęp do świadczeń zdrowotnych, a zwłaszcza do profilaktyki i lecznictwa uzdrowiskowego dla starszych górników,
- przekazywanie substancji mieszkaniowej przy braku precyzyjnych przepisów, co wywoływało niekontrolowany wzrost czynszów, liczne eksmisje, dekapitalizację substancji mieszkaniowej, przede wszystkim w tradycyjnych osiedlach górniczych zamieszkiwanych przeważnie przez starsze pokolenie emerytów górniczych.

Wzajemne powinności współczesnej rodziny, również górniczej, opierają się w znacznie większym stopniu na uczuciach niż na przepisach prawa i obyczaju, które są zastępowane przez nowe zasady. Do rozpadu rodziny wielopokoleniowej przyczyniły się zmiany kulturowe, technologiczne i demograficzne. Spowodowało to zmiany w relacjach międzypokoleniowych. Efektem tych zmian

jest m.in. zanik tradycyjnych wzorów poszczególnych ról rodzinnych, w tym również pełnionych przez ludzi starych[28]. W przeciwieństwie do początku okresu transformacji współcześnie ponad 50% żon górników pracuje zawodowo. Kobiety są coraz lepiej wykształcone i to one często odpowiadają za utrzymanie rodziny. Powoduje to ewolucję tradycyjnej rodziny górniczej, gdzie czasem obecnie brak miejsca dla ludzi starych. Dodatkowo od dłuższego już czasu utrzymuje się ujemne saldo migracji (obrazuje je tab. 1), co powoduje starzenie się populacji regionu, gdyż wyjeżdżają głównie osoby młodsze. W związku z tym mediana wieku ludności jest jedną z najwyższych w kraju i wynosi 38, przy 36,5 dla całego kraju. Wyższą zanotowano tylko w województwie łódzkim.

Tabela 1

Migracje bezrobotnych na pobyt stały

Napływ		Odpływ		Saldo migracji
ogółem	z zagranicy	ogółem	z zagranicy	
w liczbach bezwględnych				
45 804	1 204	54 396	6 213	-8 592
na 1000 ludności				
9,7	0,3	11,6	1,3	-1,8

Źródło: Rocznik Statystyczny Województwa Śląskiego 2005. Katowice 2005, s. 119.

Najwyższy odpływ notowany jest w grupach wieku 20-34 lata, czyli wśród osób młodych i w większości dobrze wykształconych. Powoduje to, że coraz więcej starych osób, zwłaszcza w tradycyjnych śląskich rodzinach górniczych, będzie pozostawało bez opieki. Konsekwencją procesu migracji osób młodych jest też jeden z najniższych przyrostów naturalnych w kraju, wynoszący -1,2 (niższy występuje tylko w województwach świętokrzyskim i łódzkim). O ile bowiem w 2000 r. liczba urodzeń wyniosła 42 285, o tyle w 2004 r. już tylko 40 134. Powoduje to postępujące starzenie się populacji w regionie. Obrazuje to tab. 2. O zanikających tradycjach świadczy też wskaźnik rozwodów, który w województwie ukształtował się powyżej średniej dla Polski. Tu również można odnotować dość istotny wzrost. O ile w 2000 r. liczba rozwodów wyniosła 5022, to w 2004 r. już 8079.

[28] P. Czekanowski: *Rodzina w życiu osób starszych i osoby starsze w rodzinie*. W: *Polska starość*. Red. B. Synak. Gdańsk 2003, s. 140.

Tabela 2

Ludność w wieku produkcyjnym i nieprodukcyjnym

Wyszczególnienie	Lata	
	2000	2004
Ogółem	4 765 657	4 700 771
W wieku przedprodukcyjnym	1 082 720	915 612
W wieku produkcyjnym	3 007 552	3 058 043
W wieku poprodukcyjnym	675 385	727 116
Ludność w wieku nieprodukcyjnym na 100 osób w wieku produkcyjnym	58,5	53,7
Mężczyźni	49,1	44,7
Kobiety	68,4	63,3

Źródło: Ibid., s. 103-104.

Jak można zaobserwować na podstawie danych statystycznych, liczba ludzi w wieku poprodukcyjnym systematycznie rośnie. W latach 2000-2004 zwiększyła się o prawie 52 tys. Prognozy na najbliższe lata są jeszcze bardziej niepokojące. W 2020 r. ich liczba osiągnie ponad 1 mln, a wskaźnik obciążenia ludności w wieku produkcyjnym przez ludność w wieku nieprodukcyjnym w regionie wyniesie ponad 65%. Należy jeszcze zauważyć, że w populacji górniczej ilość osób w wieku poprodukcyjnym ulegnie zdecydowanemu zmniejszeniu. Wynika to z redukcji zatrudnienia od początków transformacji ustrojowej. Problem pozostał w bezrobotnych rodzinach górniczych, gdzie można zaobserwować dwie postawy. Jedną reprezentują osoby, które walczą o przetrwanie rodziny podejmując się różnych zajęć. Można przyjąć, że jest to grupa jeszcze silnie związana z tradycją. Drugą reprezentują osoby, które mają postawę roszczeniową i często zasilają środowisko patologii społecznej. Wskazane zjawiska sprawiają, że to, co kiedyś w rodzinie górniczej było normą odsuwa się w przeszłość, a w życie codzienne wkraczają bieda, bezdomność i niepewność jutra. Mimo to odsetek osób, które zamieszkują w gospodarstwach domowych znajdujących się poniżej minimum egzystencji jest jednym z niższych w kraju i wynosi 9,4% (w Polsce 11,8%). Dotyczy to szczególnie osób starszych.

Coraz większą liczbę osób starszych w tych rodzinach dotyka zjawisko ekskluzji społecznej, popadają w konflikt z prawem, narasta zjawisko patologii

w środowisku górnośląskich rodzin górniczych. Wszelkie próby zmiany tej sytuacji będą się kończyły niepowodzeniem, dopóki nie spadnie bezrobocie i nie wzrosną płace do poziomu umożliwiającego godne życie rodzinie. Zgodnie z zapisaną w Konstytucji RP zasadą pomocniczości rodzina ma prawo do prorodzinnej polityki państwa na różnych szczeblach administracji. Pomoc ta powinna dotyczyć tych rodzin, które nie są w stanie samodzielnie zaspokoić swoich potrzeb. W tradycyjnych osiedlach górniczych ich liczba jest dość spora, zwłaszcza wśród osób starszych. Przyjmowane ustawodawstwo zmierza w kierunku odwrotnym, prowadząc do pogorszenia sytuacji ekonomicznej osób starszych w tym środowisku. Przykładem może być opieka zdrowotna, której ustawodawca nie zapewnił w dostatecznym stopniu ludziom starszym. Jako drugi istotny czynnik należy wskazać obniżenie siły nabywczej świadczeń emerytalno-rentowych. Dodatkowo zmniejszyło się poczucie bezpieczeństwa osobistego. To głównie osoby starsze są narażone na pobicia, napady czy kradzieże. Można więc przyjąć, że wypracowana przez wieki pozycja ludzi starszych w rodzinie i środowisku górniczym uległa w stosunkowo krótkim czasie znacznej marginalizacji. Należy przy tym pamiętać, że przyszłość społeczeństwa zależy od kondycji rodziny i gdy ta z różnych powodów nie będzie realizowała swoich funkcji, to odbije się to niekorzystnie na nim całym. Wydaje się więc zasadne, że w okresie transformacji tradycyjne rodziny górnicze, a zwłaszcza osoby starsze w nich, powinny znaleźć właściwą ochronę w razie zagrożenia ich bezpieczeństwa socjalnego.

Marian Mitręga
Uniwersytet Śląski

ŚWIADCZENIA EMERYTALNE W POLSKIM GÓRNICTWIE WĘGLA KAMIENNEGO NA TLE TENDENCJI W WYBRANYCH KRAJACH UE

Transformacja ustrojowa rozpoczęta w Polsce w 1989 r. zastała resort górnictwa węglowego w niezwykle trudnej sytuacji. Nawarstwiające się od wielu lat problemy gospodarcze i polityczne uniemożliwiały jej szybką i społecznie akceptowalną realizację w tym sektorze. Pomimo tych przeszkód, w efekcie realizacji zmian o charakterze ekonomicznym i organizacyjnym, aktualne zatrudnienie w branży stanowi mniej niż 40% zatrudnienia z początkowego okresu transformacji.

Jednym ze sposobów realizacji przekształceń było wysyłanie jak największej ilości osób na wcześniejsze emerytury. W rezultacie tych działań, których geneza sięga lat 80. ubiegłego wieku, w dzisiejszym górnictwie węgla kamiennego praktycznie nie ma ludzi powyżej 60 roku życia. Tendencja ta została przedstawiona w tab. 1.

Tabela 1

Struktura wieku pracowników kopalń węgla kamiennego ogółem w 2004 r.

Grupa wieku	Do 20 lat	21-30	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56-60	Powyżej 60	Razem
Liczba osób (tys.)	1,6	40,5	34,1	39,5	30,4	15,6	5,0	1,3	0,2	168,2
Odsetek	0,9	24,1	20,3	23,5	18,1	9,3	3,0	0,8	0,1	100,0

W przekroju uwzględniającym strukturę płci i charakter zatrudnienia zjawisko udziału osób powyżej 60 roku życia wśród zatrudnionych w górnictwie węgla kamiennego przedstawia się, jak w tab. 2.

Tabela 2

Udział osób powyżej 60 roku życia wśród zatrudnionych w górnictwie węgla kamiennego w 1998 r.

Staż pracy	< 1 rok	1-5 lat	6-10 lat	10-15 lat	16-20 lat	21-25 lat	26-30 lat	31-35 lat	36-40 lat	> 40 lat	Razem	Odsetek
Pracownicy górnictwa ogółem												
Odsetek	1	7	16	22	25	19	8	2	0	0		100
< 60	2	15	34	46	52	41	16	4	0	0	210	0

Analiza treści zamieszczonych wyżej tabel prowadzi do ogólnej konkluzji, że możliwości dalszego zmniejszania zatrudnienia w branży węgla kamiennego poprzez wcześniejsze odejścia na emerytury (powyżej 50 roku życia ze stażem pracy powyżej 25 lat) dotyczą w poszczególnych spółkach grupy osób stanowiących nie więcej niż 6-8% pracujących. Dla przyszłości zawodu górniczego (polskie złoża są szacowane na około 100-letnią opłacalną eksploatację, a polskie górnictwo może stanowić zasadniczy trzon tego przemysłu w zjednoczonej Europie) niedobre następstwa może mieć tworzenie się „luki pokoleniowej" w najmłodszych grupach wieku. Powszechnie wiadomo, jakie znaczenie dla bezpieczeństwa pracy górniczej ma stopniowe wtajemniczanie w arkana zawodu przez doświadczonych kolegów[1].

[1] M. Mitręga: *Polityka socjalna wobec górników węgla kamiennego*. Gliwice 1995.

Ustawa o zaopatrzeniu emerytalnym górników[2]

Ustawa o zaopatrzeniu emerytalnym górników i ich rodzin była i jest gwarantem świadczeń dla pracowników, którzy wykonywali pracę górniczą w kopalniach i przedsiębiorstwach, w stacjach ratownictwa górniczego, urzędach górniczych oraz w górniczych zespołach opieki zdrowotnej i zakładach górniczej służby zdrowia, a także członków rodzin pracowników. Ustawa zapewnia również świadczenia członkom rodzin pozostałych po górnikach, którzy wykonywali pracę górniczą.

W myśl obowiązujących przepisów górnikom, którzy wykonywali pracę górniczą oraz członkom ich rodzin przysługują świadczenia pieniężne i świadczenia w naturze. Do świadczeń pieniężnych przewidzianych w ustawie o zaopatrzeniu emerytalnym górników należy zaliczyć górniczą emeryturę i górniczą rentę inwalidzką. Do świadczeń tych przysługują również, na zasadach i w wysokości określonych w przepisach ustawy, dodatki:

- rodzinny,
- pielęgnacyjny,
- z tytułu odznaczeń państwowych[3],
- dla sierot zupełnych.

Do górniczej emerytury, górniczej renty inwalidzkiej i górniczej renty rodzinnej przysługuje również dodatek kombatancki, dodatek dla żołnierzy-górników zatrudnionych przymusowo oraz dodatek z tytułu tajnego nauczania na zasadach i w wysokości określonej w odrębnych przepisach.

Do świadczeń w naturze, udzielanych na zasadach określonych w przepisach ustawy o zaopatrzeniu emerytalnym górników, należy zaliczyć:

---

[2] Przepisy emerytalne dotyczące górników opisane w tym rozdziale odnoszą się do regulowanych przez:
- Ustawę z 14.12.1982 r. o zaopatrzeniu emerytalnym pracowników i ich rodzin. Dz.U. nr 40, poz. 267.
- Ustawę z 01.02.1983 r. o zaopatrzeniu emerytalnym górników i ich rodzin. Dz.U. nr 5, poz. 32.
- Ustawę z 17.11.1991 r. o rewaloryzacji emerytur i rent, o zasadach ustalania emerytur i rent oraz o zmianie niektórych ustaw. Dz.U. nr 104, poz. 450.
- Ustawę z 30.06.1994 r. o zmianie ustawy o zaopatrzeniu emerytalnym górników i ich rodzin oraz o zmianie niektórych ustaw. Dz.U. nr 84, poz. 385.
- Ustawę z 17.12.1998 r. Tekst jednolity Dz.U. 2004, nr 39, poz. 353.
- Ustawę z 25.11.1996 r. o waloryzacji emerytur i rent oraz o zmianie niektórych ustaw. Dz.U. nr 136, poz. 636.

[3] Wypłata tych świadczeń została zniesiona przez przepisy ustawy z 17.10.1991 r. Dz.U. nr 104, poz. 450.

– zaopatrzenie w leki, przedmioty ortopedyczne, protezy, środki opatrunkowe i pomocnicze,
– pobyt w domu pomocy społecznej.

Świadczenia w naturze są udzielane przez organy społecznej służby zdrowia na podstawie legitymacji lub zaświadczenia właściwego oddziału ZUS.

Podstawowe znaczenie dla uzyskania uprawnień wynikających z ustawy o zaopatrzeniu emerytalnym ma długość okresu pracy górniczej. Z okresami pracy górniczej mogą być łączone okresy pracy górniczej liczone w wymiarze 1,5-krotnym, jak również okresy pracy równorzędnej z pracą górniczą, okresy zaliczane, jak i okresy pracy górniczej wykonywanej za granicą, przy założeniu, że wszystkie te prace są wykonywane w wymiarze czasu nie niższym niż połowa wymiaru czasu pracy obowiązującego pracownika w danym zawodzie. W ostatnich latach przepisy te ulegały wielu modyfikacjom. Od 1983 r. do uzyskania wymienionych uprawnień konieczny był także co najmniej 25-letni okres wykonywania pracy górniczej wraz z okresami pracy równorzędnej i okresami zaliczanymi do pracy górniczej. Okres 25 lat pracy górniczej obowiązuje zarówno dla mężczyzn, jak i dla kobiet – bez względu na wiek. Możliwość uzyskania emerytury górniczej z tego tytułu przysługiwała górnikowi, który wykonywał pracę górniczą stale i w pełnym wymiarze czasu pracy przez okres co najmniej 28 lat lub:

– 27 lat od 1.07.1983 r. do 30.06.1984 r.
– 26 lat od 1.07.1984 r. do 30.06.1985 r.
– 25 lat od 1.07.1985 r.

albo w okresach pracy górniczej, o której była mowa wyżej, przepracował co najmniej 15 lat na takich stanowiskach, na których okres pracy górniczej jest zaliczany w wymiarze 1,5-krotnym.

Pracownicy, którzy nabyli prawo do emerytury górniczej i otrzymali decyzję organu rentowego o jej przyznaniu mogli na swój wniosek i za zgodą kopalni nadal wykonywać pracę górniczą pod warunkiem uzyskania orzeczenia lekarskiego stwierdzającego zdolność do pracy pod ziemią. Takim pracownikom ZUS wypłacał 75% emerytury, niezależnie od wysokości pobieranego wynagrodzenia.

Przepisy o zaopatrzeniu emerytalnym górników stwarzały nową jakościowo sytuację w dziedzinie poziomu i struktury zatrudnienia wśród pracowników dołowych kopalń węgla kamiennego. W czasie, kiedy różnorodne gremia specjalistów nauk społecznych zastanawiały się nad znalezieniem uwarunkowań wpływających na wydłużenie okresu aktywności zawodowej pracowników, w kopalniach węgla kamiennego pojawiła się znacząca liczba osób, którzy nabyli uprawnienia emerytalne w wieku 43-45 lat.

Podstawą przejścia na emeryturę jest pozytywna decyzja organu rentowego (ZUS). Decyzja taka jest wydawana w przypadku osiągnięcia przez pracownika stosownego wieku lub stażu pracy bez względu na wiek (bądź jedno i drugie). Główne kryterium uzyskania uprawnień emerytalnych w górnictwie węgla kamiennego stanowi staż pracy.

Pracownicy, którzy spełniali warunki do uzyskania emerytury górniczej nie musieli na nią przejść. Mogli nadal wykonywać pracę górniczą nie występując o emeryturę, przy czym za każdy przepracowany rok emerytura wzrastała o 3%, lub po uzyskaniu decyzji organu rentowego nadal wykonywać pracę, otrzymując w tym wypadku 75% emerytury niezależnie od wysokości pobieranego wynagrodzenia. Niestety, przemysł węgla kamiennego nie prowadził statystyk strukturalnych w tym zakresie, a uzyskane przez autora dane w wyniku badań własnych z uwagi na zbyt małą wielkość próby nie mogą być uogólnione.

Pomimo atrakcyjnej oferty finansowej około 70% pracowników kopalń skorzystało z przysługującej im możliwości przejścia na emeryturę. Jakie są główne przyczyny tej decyzji? Wyniki badań nad górniczymi emeryturami, aczkolwiek różnią się nieco w wynikach procentowych udziałem poszczególnych racji, zgodne są co do tego, że najważniejszą przyczyną podjęcia decyzji o przejściu na emeryturę jest „zły stan zdrowia". Powód ten podaje 46-53% respondentów ankiet. Na kolejnych miejscach znalazły się: „zmęczenie pracą" i „brak sił", na które wskazało 18-21% ankietowanych, „istnienie odpowiedniej ustawy" (17-20%) oraz „ciężka praca" (8-12%). Z uwagi na szeroko pojęte warunki zdrowotne, na wczesną emeryturę przechodziło blisko 65% górników. W omawianych badaniach w sposób marginalny (poniżej 1%) wskazywano jako przyczynę skorzystania z możliwości przejścia na wcześniejszą emeryturę na złe stosunki międzyludzkie.

Podane powyżej przyczyny podjęcia decyzji o przejściu na emeryturę mają charakter subiektywny. Zdaniem autora, dość istotną przyczyną w tym zakresie, zwłaszcza dotyczącą osób w wieku 43-50 lat, było uzyskanie czasu wolnego przeznaczonego na wykorzystywanie swoich częstokroć wysokich kwalifikacji w pracy najemnej w sektorze nieuspołecznionym. Warto także dodać, że w ocenie dozoru górniczego, pracownicy nabywający uprawnienia emerytalne są niezwykle przydatni zawodowo, a najbardziej efektywną grupę stanowią ci, którzy uprawnienia te nabyli z tytułu stażu pracy. Specyfika polskiego górnictwa węgla kamiennego i podlegający nieustannym reformom w ciągu lat 80. i 90. system preferencji branżowych jest przyczyną odmienności struktury demograficznej według wieku, jaką charakteryzują się polscy górnicy-emeryci. Trudno w tym przypadku mówić o ludziach starych, gdyż uprawnienia emerytalne przysługują tu także osobom, które ukończyły 43 rok życia, a więc w pełni lat aktywności zawodowej.

Sytuacja emerytalna górników emerytów jest bezpośrednią konsekwencją efektów zawieranych w ostatnich latach układów zbiorowych pomiędzy pracobiorcami i pracodawcami branży górnictwa węglowego, które warunkują wysokość podstawy naliczania świadczeń rentowych i emerytalnych oraz przemian prawnych dokonywanych przez parlament w postaci nowelizacji ustawodawstwa emerytalnego. Dokonana 15.11.1991 r. (tj. od chwili wejścia w życie ustawy o rewaloryzacji emerytur i rent z 17.10.1991 r.) likwidacja branżowych przywilejów emerytalnych stanowiła dla wielu pracowników (zwłaszcza spośród dozoru górniczego) prawdziwy szok. Wysokość nabytych uprzednio świadczeń zmalała częstokroć do 50%. Nic więc dziwnego, że nowelizacja obowiązującej od 1.11.1994 r. ustawy o zaopatrzeniu emerytalnym górników i ich rodzin była poprzedzona długotrwałą i obfitującą w dramatyczne momenty dyskusją w środowisku górniczym. Należy stwierdzić, że działania lobby górniczego w tym względzie odniosły pożądany dla nich skutek. Nowa ustawa, uwzględniająca prawidłowość transformacji ustrojowej i zmian strukturalnych w górnictwie węgla kamiennego, wnosi wiele pozytywnych zmian dla tej grupy zawodowej. Rozszerzono pojęcie „praca górnicza" na nowe podmioty gospodarcze powstające w wyniku restrukturyzacji górnictwa. Dotyczy to zwłaszcza spółek oraz innych przedsiębiorstw prywatnych wykonujących roboty górnicze przy budowie szybów, budowlano-montażowe, miernicze, geologiczne, wiertnicze itp. Pracownicy tych zakładów po udokumentowaniu okresu pracy pod ziemią mają prawo do górniczych emerytur i rent. Na równi z okresami pracy górniczej traktuje się urlop górniczy do trzech lat, przewidziany w układzie zbiorowym dla pracowników zakładów górniczych. Urlop ten, przyznawany pracownikom w wieku przedemerytalnym, jest okresem składkowym uwzględnionym przy ustalaniu stażu górniczego wymaganego do przyznawania emerytury i renty górniczej; także do stażu pracy pod ziemią potrzebnego do przejścia na emeryturę bez względu na wiek. Uwzględnia się go także w trakcie procedury przyznawania górniczej renty inwalidzkiej oraz renty rodzinnej po górniku zmarłym podczas tego urlopu. Górnicy, którym zostało najwyżej trzy lata do emerytury, do osiągnięcia właściwego stażu otrzymywali świadczenia w wysokości połowy miesięcznej stawki urlopowej. Po upływie trzech lat mogli przejść na normalne emerytury. Pozostali otrzymali prawo do świadczeń socjalnych w takiej samej wysokości, ale przez dwa lata. Górnicy mogli sami zgłosić chęć odejścia z kopalni na tzw. urlop górniczy. Otrzymywali świadczenia przysługujące zwalnianym górnikom.

Za pracę równorzędną z górniczą w znowelizowanej ustawie uznano zatrudnienie przez okres nie dłuższy niż pięć lat przy innych pracach niż górnicze, do których pracownicy zostali przeniesieni w drodze wyboru lub zalecenia jednostki nadrzędnej albo w związku z likwidacją kopalni, zakładu górniczego,

przedsiębiorstwa lub innego podmiotu. Prawo do emerytury górniczej nie jest uzależnione od osiągnięcia wieku emerytalnego w czasie wykonywania pracy górniczej lub równorzędnej z nią. Górnik, który udowodni, że ma zaliczone 25 lat pracy górniczej (łącznie z okresami równorzędnymi i zaliczanymi) ma prawo do emerytury po osiągnięciu wieku 55 lat; w stosunku do kobiet wymóg ten wynosi odpowiednio 20 lat pracy górniczej i wiek 50 lat. Prawo do górniczej emerytury bez względu na wiek i zajmowane stanowisko przysługuje górnikom, którzy pracę górniczą wykonywali stale i w pełnym wymiarze czasu przez co najmniej 25 lat. Do tego okresu zalicza się obecnie: okres pobierania zasiłku chorobowego i świadczenia rehabilitacyjnego, niezdolność do pracy z powodu choroby lub odosobnienia związanego z chorobą zakaźną, trzy lata urlopu górniczego.

Przy ustalaniu wysokości górniczych emerytur i rent stosuje się obecnie następujące przeliczniki:

- 1,5 za każdy rok pracy górniczej wykonywanej pod ziemią stale i w pełnym wymiarze godzin,
- 1,8 za każdy rok pracy na przodku,
- 1,4 za każdy rok pracy mieszanej, tj. wykonywanej częściowo na powierzchni, a częściowo pod ziemią; dotyczy to m.in. pracowników dozoru i kierownictwa zatrudnionych na innych stanowiskach niż uprawniające do przelicznika 1,5.

Obowiązującą zasadą jest nieprzekraczanie łącznego stażu pracy w wymiarze 45 lat. Osoby, które mają krótszy okres pracy górniczej niż wymagany do uzyskania emerytury górniczej mają prawo do obniżenia wieku emerytalnego przy ubieganiu się o emeryturę z tytułu innego systemu zaopatrzenia. Obowiązujący wiek emerytalny (60 lat dla kobiet i 65 lat dla mężczyzn) obniża im się o 6 miesięcy za każdy pełny rok pracy pod ziemią, po udokumentowaniu co najmniej 5-letniego stażu pracy górniczej. Do lat pracy górniczej nie zalicza się w tym przypadku urlopu górniczego, ale stosuje się „górnicze" przeliczniki. Łączny staż obliczony z ich zastosowaniem nie może być dłuższy niż 40 lat.

Znowelizowana ustawa nawiązywała także do przepisów ustawy z 30.04.1993 r. o narodowych funduszach inwestycyjnych, które miały stanowić rekompensatę za utracone dodatki branżowe. Stworzono możliwość wyboru między podwyższeniem świadczenia w wyniku zastosowania korzystniejszych przeliczników a otrzymaniem świadectwa udziałowego.

Przedstawione zmiany w ustawie o zaopatrzeniu emerytalnym górników i ich rodzin były korzystne dla środowiska. Ustawa rozszerzyła też listę adresatów nowych przepisów o pracujących pod ziemią pracowników przedsiębiorstw montażowych, naprawczych itp., a także osoby zatrudnione na odkrywce w kopalniach węgla brunatnego. Czy zatem emeryci-górnicy węgla kamiennego nale-

żą do grupy osób najpowszechniej akceptujących dokonujące się zmiany systemowe i organizacyjne, których branża ta jest od wielu lat aktywnym podmiotem i przedmiotem? Odpowiedź na to pytanie jest bardziej skomplikowana. Należy bowiem pamiętać, że funkcjonują oni w konkretnej przestrzeni ekonomiczno-socjalnej, a nie w statystycznej „średniej krajowej", dlatego postrzegają swoje obecne warunki socjalne i bytowe jako relatywne pogorszenie się ich sytuacji życiowej. Główną przyczyną tego jest obumieranie pozaprodukcyjnych funkcji zakładu pracy w ogóle, a w zakładach górniczych w szczególności. Rozbudowana w okresie powojennego trzydziestolecia baza socjalna, wypoczynkowa i rekreacyjna kopalń węgla kamiennego obecnie podlega, jak cała polska gospodarka, procesowi przekształceń własnościowych i poszukuje możliwości osiągnięcia zysku. W praktyce górnictwa węgla kamiennego oznacza to utrzymanie bądź ograniczenie dotowania tylko niektórych świadczeń socjalnych, takich jak: mieszkania zakładowe, wykup wczasów pracowniczych, pracownicza służba zdrowia. Wiele innych ulega ograniczeniom lub całkowitej redukcji. Najboleśniej odczuli górnicy emeryci zaprzestanie wypłaty tzw. deputatu węglowego. Miesięczny, pieniężny równoważnik 2 ton węgla kamiennego stanowił poważne uzupełnienie renty lub emerytury. Kiedy obowiązek wypłacania deputatu nałożono na kopalnie w praktyce dla wielu z nich oznaczało to zawieszenie świadczenia. Brak rentowności zakładu górniczego, a w wielu przypadkach kopalń większa liczba emerytów niż aktualnie pracujących górników stanowi logiczne uzasadnienie tego faktu. Argumenty te nie satysfakcjonują najbardziej zainteresowanych. Organizacje i stowarzyszenia zrzeszające m.in. górniczych emerytów ograniczają się co prawda do wysyłania monitów i petycji do różnych struktur władzy, ale nie jest tajemnicą, że przygotowują także zainteresowanych do wytoczenia indywidualnych procesów przeciwko zarządom poszczególnych holdingów węglowych. Szacuje się, że toczy się kilka tysięcy takich postępowań.

Reasumując należy stwierdzić, że sytuacja emerytowanych pracowników górnictwa węgla kamiennego jest w stosunku do innych grup zawodowych korzystna. Udało im się utrzymać wiele branżowych przywilejów, a odmienne od innych grup pracowniczych warunki emerytury pozwalają na korzystanie ze stosunkowo wyższych świadczeń. Z drugiej strony specyfika rodziny górniczej, gdzie częstokroć zatrudniona jest tylko jedna osoba w gospodarstwie domowym, istotne pogorszenie się jakości świadczeń ze strony zakładu pracy, do których byli przyzwyczajeni, czy utrata dodatków branżowych spowodowały subiektywne odczuwanie zasadniczej pauperyzacji. Przykładem szczególnej pauperyzacji stała się grupa emerytowanych pracowników górnictwa, którym przepisy ustawy z października 1991 r. niejednokrotnie „odebrały" 50% wysokości uposażenia.

Opisana wyżej zmiana przepisów ustawy o zaopatrzeniu emerytalnym górników i ich rodzin jest dowodem, że środowisko to jest świadome swojej roli w gospodarce narodowej i skuteczne w obronie swoich interesów socjalnych i ekonomicznych. Rezultat tych działań można ocenić porównując kształtowanie się podstaw wymiaru świadczeń w wybranych grupach zawodowych. Problematyka ta jest przedstawiona w tab. 3.

Tabela 3

Kształtowanie się średnich podstaw wymiaru w wybranych grupach zawodowych świadczeniobiorców w podziale na rodzaje świadczeń

Wyszczególnienie	Podstawa wymiaru wyrażona w % przeciętnego wynagrodzenia		
	emerytura	renta inwalidzka	renta rodzinna
Ogółem	112,7	94,4	120,1
W tym: Górnicy	238,8	210,3	214,2
Nauczyciele	130,5	120,0	0
Członkowie rolniczych spółdzielni produkcyjnych	149,7	157,2	164,6
Twórcy	122,6	83,3	178,8
Osoby prowadzące działalność na podstawie umowy agencyjnej lub umowy zlecenia	76,0	70,6	77,8
Osoby prowadzące działalność gospodarczą na własny rachunek	64,8	70,8	77,7

Źródło: Materiały informacyjne ZUS. Warszawa 2000.

Analiza zestawienia w tab. 3 potwierdza spostrzeżenia, że świadczenia emerytalne i rentowe w górnictwie należą do najwyższych w gospodarce. Emerytura górnicza jest obecnie przeszło 2-krotnie wyższa od pozostałych branżowych świadczeń emerytalnych. Nie dziwi to z uwagi na zastosowane w jej obliczeniu przeliczniki i ogólną wysokość płacy górniczej[4].

[4] Średnie wynagrodzenie w kopalni węgla kamiennego (bez nagród rocznych i liczone według metodyki GUS) w okresie styczeń-marzec 2005 r. wynosiło: robotnicy na dole 3500 zł, robotnicy w wyrobiskach 3600 zł, robotnicy na powierzchni 2200 zł, kadra na dole 5100 zł.

W związku z wejściem w życie kolejnych ustaw mających na celu restrukturyzację górnictwa węgla kamiennego pojawiły się kolejne możliwości uzyskania przez górników statusu emeryta. Najbardziej znaną modyfikacją systemu osłon socjalnych był projekt autorstwa Akcji Wyborczej „Solidarność", zawarty w „Górniczym Pakiecie Socjalnym" (GSP), stanowiącym element programu restrukturyzacji górnictwa tego politycznego ugrupowania, zmierzający do podniesienia atrakcyjności dotychczas funkcjonujących rozwiązań i stymulacji inicjatywności załóg górniczych. Znaczna część znajdujących się w nim postulatów znalazła się w rządowym projekcie „Reforma górnictwa węgla kamiennego w latach 1998-2002". W ramach Górniczego Pakietu Socjalnego przewidziano podejmowanie działań pozwalających na zmniejszenie zatrudnienia w górnictwie w dwóch zasadniczych grupach:

I. Działania osłonowe – urlopy górnicze.

II. Działania aktywizujące dla byłych pracowników na rynku pracy – aktywne formy restrukturyzacji zatrudnienia[5].

Zawarte w nowym projekcie ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych propozycje zaskoczyły środowisko górnicze. Przyjęta przez Sejm ustawa przewidywała, że od 2006 r. górnicy, tak jak pozostałe grupy pracownicze, będą przechodzili na emeryturę w wieku 65 lat. Dla górników urodzonych przed 1949 r., czyli liczących ponad 50 lat, nowa ustawa zachowuje dotychczasowe zasady przechodzenia na emeryturę. Górnicy liczący mniej niż 50 lat, tj. urodzeni po 31 grudnia 1948 r., a przed 1 stycznia 1969 r. otrzymali w nowej ustawie prawo przejścia na emeryturę według starych zasad albo po 25 latach pracy górniczej bez względu na wiek, ale pod warunkiem, że:

- nie przystąpią do otwartego funduszu emerytalnego,
- osiągną wymienione warunki emerytalne do 2006 r.,
- nastąpi z nimi rozwiązanie umowy o pracę.

Dla górników w wieku poniżej 50 lat, którzy do tego czasu nie spełnią opisanych warunków ustawa zapowiada ustanowienie w odrębnych przepisach emerytur pomostowych.

Proponowane rozwiązania wywołały gwałtowny sprzeciw górniczych związków zawodowych[6] podnoszących częstokroć nieracjonalne argumenty. Należy

---

[5] Emerytura górnicza przysługuje po ukończeniu 55 lat życia i osiągnięciu co najmniej 25 lat (mężczyźni) lub 20 lat (kobiety) pracy górniczej. Jeśli w tym okresie stażu zawodowego było co najmniej 15 lat pracy górniczej za wiek emerytalny uważa się wiek 50 lat.

[6] W grudniu 1998 r. w związku z opublikowaniem propozycji Sejmu w przedsiębiorstwach górniczych Śląska miało miejsce ponad 10 strajków okupacyjnych lub głodowych, zażegnanych osobistą interwencją przewodniczącego NSZZ „Solidarność" M. Krzaklewskiego.

do nich zaliczyć opinię, że średni okres życia górnika wynosił 57 lat[7]. Racjonalnym argumentem pozostają symulacje finansowe mówiące o tym, że dopiero 35% składka zapewnia górnikom tej grupy emeryturę w wysokości około 60% średniej płacy. Biorąc jednak pod uwagę walkę o obniżenie kosztów produkcji górniczej, której zasady są zawarte w obecnym programie restrukturyzacji górnictwa, nie sposób odpowiedzieć na pytanie kto i w jakich proporcjach ma tę składkę zapłacić.

W efekcie licznych zabiegów, przybierających często gorący, strajkowy charakter, środowisko przeforsowało w lipcu 2005 w Sejmie RP tzw. obywatelski projekt ustawy o emeryturach górniczych, znanej jako „górnicza nowelizacja ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych"[8]. Górnicy utrzymali bezterminowe zachowanie uprawnienia do przechodzenia na emeryturę bez względu na wiek i zajmowane stanowisko, po przepracowaniu pod ziemią co najmniej 25 lat. Prawo do wcześniejszej emerytury uzyskali także ci górnicy, którzy ukończyli 55 lat mając za sobą 25 lat pracy górniczej, w tym co najmniej 10 lat pod ziemią oraz górnicy, którzy ukończyli 50 lat, po przepracowaniu 25 lat, w tym co najmniej 15 lat pod ziemią. Nowelizacja skraca zarazem wykaz prac uznawanych za równorzędne z pracą górniczą, jak np. oddelegowani do działalności związkowej. Jednocześnie, o czym częstokroć się zapomina, nowelizacja ustawy dała decydentom (Rada Ministrów) dodatkowy rok (do 31.12.2007 r.) na uzgodnienie ze związkami zawodowymi i organizacjami pracodawców ustawy o tzw. emeryturach pomostowych[9]. W 2006 r. nastąpiło dalsze „obywatelskie" zamieszanie wokół emerytur górniczych, a zwłaszcza problemu tzw. emerytur ratowników górniczych, obowiązku przejścia na emeryturę osób z grona kadry kierowniczej uzyskującej wiek emerytalny, rozciągnięcia uchwały sejmowej na górników nieistniejącego już Dolnośląskiego Zagłębia Węglowego, a także obiecanego przez górnicze związki zawodowe w lipcu 2005 r. poparcia walki o wcześniejsze emerytury dla innych osób zatrudnionych w szczególnych warunkach.

---

[7] Argumentu tego użył jako pierwszy w dyskusji publicznej H. Nakonieczny, przewodniczący Górniczej „Solidarności". Badania Instytutu Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego prowadzone przez prof. K. Marka wskazują, że średni okres życia górnika chorego na pylicę wynosi 64 lata. (K. Marek: *International jouurnal of Medicine and Violence Heallth*. „Mortality Pared in Moon with Pneumoconiosis Anthracosis in Poland" 1995, Vol. 8, s. 223-229). Można zatem przypuszczać, że okres życia pozostałych górników powinien być dłuższy.

[8] Ustawa z 27.07.2005 o zmianie ustawy o emeryturach i rentach z ZUS oraz ustawy Karta Nauczyciela (Dz.U. 2005, nr 167, poz. 397). O uznanie ustawy za niezgodną z konstytucją wnioskowała Polska Konfederacja Pracodawców Prywatnych „Lewiatan". Trybunał Konstytucyjny w marcu 2006 r. oddalił ten wniosek.

[9] Według wyliczeń Rady Ministrów skutki budżetowe „górniczej" nowelizacji ustawy emerytalnej w 2007 r. wyniosą 1 mld zł, a w 2008 r. 12 mld zł. Strona związkowa podaje wyliczenia, że koszt nowelizacji to około 30% wymienionych sum.

Dla pełniejszego zrozumienia problematyki kształtowania się ostatecznego kształtu ustawy o zaopatrzeniu i ubezpieczeniu emerytalnym górników w Polsce warto przybliżyć analogiczne rozwiązania z wybranych krajów Unii Europejskiej. Poniżej przedstawiono najważniejsze unormowania z krajów, w których doświadczenia pracy górniczej są najstarsze i dotyczą stosunkowo szerokiej grupy zawodowej[10].

Austria

Charakterystyczną cechą austriackiego systemu zabezpieczenia emerytalno-rentowego jest jego silna branżowość. Emeryturami górniczymi zarządza Zakład Ubezpieczeniowy Austriackich Kolei Państwowych i Austriackiego Górnictwa. Warunkiem skorzystania z emerytury górniczej (w wieku 60 lat) jest posiadanie ubezpieczenia w zakładzie górniczym, w wymiarze przynajmniej 240 miesięcy, w tym przynajmniej 120 miesięcy faktycznego zatrudnienia w zawodzie górnika (pod ziemią). W systemie powszechnego zabezpieczenia minimalny wiek emerytalny dla mężczyzn wynosi w zasadzie 65 lat, przy warunku 40-letniego uczestnictwa w systemie. Górnicy mają więc przywilej przejścia na emeryturę we wcześniejszym wieku niż w systemie powszechnym i na korzystniejszych warunkach w zakresie wymaganego stażu ubezpieczeniowego.

Należy zaznaczyć, ze przeciętna pełna emerytura górnicza w Austrii wynosi 1500 euro i jest wyższa w porównaniu z emeryturą kolejarzy (1257 euro), pracujących na własny rachunek (1238 euro), robotników (936 euro) oraz rolników (824 euro). Wyższą emeryturę od górników otrzymywali tylko pracownicy umysłowi (1527 euro).

Belgia

Lata 70. i 80. stanowiły dla górnictwa belgijskiego, podobnie jak w przypadku innych krajów zachodnioeuropejskich, okres nieustannych strat finansowych. W 1986 r. kopalnie zlokalizowane w północnej części kraju wygenerowały stratę w wysokości 24 mln franków belgijskich. Likwidacja górnictwa koszto-

---

[10] Wykorzystano informacje zawarte w: M. Dziubińska-Michalewicz: *Szczególne uprawnienia emerytalno-rentowe górników w wybranych krajach UE*. Kancelaria Sejmu, Biuro Studiów i Ekspertyz. Wydział Analiz Ekonomicznych i Społecznych. Informacja nr 1140, czerwiec 2005; *Systemy emerytalne w krajach Unii Europejskiej*. Red. T. Szumlicz, M. Żukowski. Warszawa 2004.

wała Belgię w latach 1950-1992 17 mld USD. Pomoc finansowa została przyznana na okres do końca 1997 r.[11]. Program restrukturyzacji sprowadził się w praktyce do programu likwidacji górnictwa węgla kamiennego. Okres ten podzielono na dwa etapy. Pierwszy, dotyczący kopalń wschodniego regionu podjęto w 1987 r. W jego ramach oferowano górnikom wcześniejsze przejście na emeryturę lub rentę inwalidzką lub uzyskanie szansy na poszukiwanie alternatywnego miejsca pracy poprzez przyjęcie wysokiej odprawy pieniężnej z tytułu odejścia z pracy (tzw. złoty uścisk dłoni). W drugim etapie, rozpoczętym w 1989 r., a który był realizowany w kopalniach rejonu zachodniego zredukowano około 17 tys. miejsc pracy dla górników, z których 43% zdecydowało się na jedną z form renty, 52% przyjęło jednorazową odprawę, a pozostałe 5% odeszło z przyczyn naturalnych[12].

Sfera socjalnej osłony zwalnianych z pracy górników dotyczyła przede wszystkim przechodzenia na wcześniejsze emerytury i renty z uwagi na niezdolność do dalszej pracy oraz wypłacania odszkodowań. Oprócz tego tworzono miejsca pracy, ułatwiano przechodzenie do innych branż przemysłu. Żeby zachęcić górników do odchodzenia z pracy przedłużano im zasiłek dla bezrobotnych do 14 miesięcy, z których pierwsze dwa były równe 100% pensji. W reportażu prasowym znalazły się informacje, że emerytura belgijskiego górnika w przeliczeniu na polskie złotówki wynosi 3,2 tys. zł miesięcznie, a tym, którym świadczenie takie nie przysługiwało, a zdecydowali się na odejście z kopalni wypłacano odprawę w wysokości 25 tys. USD. Dla większości z nich najlepszą inwestycją było kupno mieszkania[13].

Na sfinansowanie projektu restrukturyzacji górnictwa węgla kamiennego w Belgii wykorzystano fundusze europejskie, krajowe, regionalne i lokalne. Istotnym źródłem finansowania był program RECHAR, którego celem było promowanie restrukturyzacji byłych regionów górniczych oraz pomoc finansowa Funduszu Socjalnego Unii Europejskiej. Restrukturyzacja belgijska jako stosunkowo wczesna (koniec lat 80. XX w.) i niezwykle radykalna stała się swoistym poligonem doświadczeń europejskich w tym zakresie. Pomimo podjętych działań dla wielu rodzin stanowiła niebywały stres i zagrożenie. Największe problemy z uzyskaniem pracy w warunkach belgijskiego „Kontraktu dla przyszłości" mieli słabo wykwalifikowani górnicy pochodzący spoza Belgii, których sytuacja nadal nie jest jeszcze w pełni ustabilizowana.

---

[11] M. Mitęga: *Osłona socjalna górników zamykanych kopalń*. W: *Ubóstwo jako problem polityki społecznej – materiały z ogólnopolskiej konferencji naukowej w Ustroniu Wielkopolskim*. Red. L. Frąckiewicz. Katowice 1993.

[12] *Coal Statistics International*. Mc Graw-Hil, HTML.WWW Technology (22.10.1996).

[13] M. Dreszer: *Dopłaca cała Europa*. Raport z Górnego Śląska. „Gazeta Wyborcza" z 29.02.1996 r.

Za górników uważa się robotników:

- kopalń węgla kamiennego,
- innych kopalń, kamieniołomów z wydobyciem pod ziemią, kamieniołomów lub fabryk przetwarzających pochodne węgla.

W określonych sytuacjach za górników pracujących pod ziemią uważa się robotników obsługujących maszyny ekstrakcyjne, robotników w linii węglowej i sortowni węgla, suszarni szlamu i robotników w fabrykach brykietów węglowych. Muszą oni jednak w takim charakterze przepracować przez 20 lat.

Emeryturę mogą otrzymać:

- w wieku 55 lat górnicy pracujący pod ziemią,
- w wieku 60 lat górnicy kopalni odkrywkowych,
- w każdym wieku, po 25 latach pracy przepracowanych głównie jako górnik pracujący pod ziemią.

W powszechnym systemie emerytalnym wymagany wiek emerytalny (jednakowy dla mężczyzn i kobiet) wynosił od 2003 r. 63 lata, od 2006 r. 64 lata, a od 2009 r. będzie podwyższony do 65 lat. Od 2005 r. prawo do wystąpienia o emeryturę przysługuje wszystkim, którzy mogą się wykazać minimum 35-letnim okresem zatrudnienia (do 2005 r. ta granica była niższa i wynosiła 20 lat). Tak więc wobec górników stosowane są rozwiązania korzystniejsze w porównaniu z powszechnie obowiązującymi.

Po udokumentowaniu przynajmniej 20 lat pracy w zawodzie górnika otrzymuje się prawo do emerytury w wysokości 1/30 (zamiast 1/41, 1/42, 1/43 lub 1/44 dla kobiet i 1/45 dla mężczyzn) za rok kalendarzowy pracy górnika pod ziemią. Każdy rok zatrudnienia daje prawo do rocznej sumy emerytury. Sumę tę oblicza się następująco: roczny zarobek (realny i/lub zryczałtowany i/lub umowny) jest mnożony przez współczynnik nowego oszacowania, dodatkowo za lata 1955 do 1974 jest mnożony przez tzw. współczynnik dobrobytu, następnie mnoży się go przez ułamek emerytalny 1/40 (górnicy odkrywkowi) lub 1/30 (górnicy dołowi), a potem przez ułamek 0,6 (taryfa w przypadku samotnych) lub 0,75 (taryfa w przypadku rodziny). Kwota emerytury jest zależna od przebiegu stażu pracy, zarobków, stanu rodzinnego.

Górnicy, którzy przepracowali pod ziemią przynajmniej 25 lat otrzymują dodatek odpowiadający różnicy pomiędzy kwotą emerytury za 30 kalendarzowych lat pracy górnika pod ziemią, a ogólną kwotą ustawowej emerytury.

Francja

Zagłębia Republiki Francuskiej jeszcze w 1998 r. wydobywały niespełna 4 mln ton węgla, czyli około 30% wydobycia z 1989 r., z czego 75% pochodziło

z Zagłębia Lotaryńskiego. Wszystkie kopalnie pozostawały w gestii państwowego koncernu „Charbonage de France" (CdF). Przy zatrudnieniu 5,1 tys. osób wydajność wynosiła 590 ton na 1 zatrudnionego w ciągu roku. Od 2000 r. nastąpiło niemal całkowite wstrzymanie wydobycia węgla kamiennego pomimo rocznego zużycia tego surowca na poziomie ponad 20 mln ton.

W przyjętej we francuskiej restrukturyzacji przemysłu węgla kamiennego procedurze działania oprócz tradycyjnych instrumentów wspomagających redukcję zatrudnionych, takich jak: wcześniejsze przejście na emeryturę czy programy socjalne, duży nacisk kładziono na zagwarantowanie miejsc pracy dla wszystkich górników. Standard otrzymanych usług i świadczeń wsparcia socjalnego był i jest uzależniony od wieku pracownika. Najstarsi pracownicy, którzy mogą przejść na emeryturę lub skorzystać z wcześniejszych emerytur albo w niedługim czasie osiągną wiek emerytalny zostali zaliczeni do grupy A. Młodsi pracownicy, którym praca w górnictwie nie jest w stanie zapewnić normalnej pracy aż do osiągnięcia wieku emerytalnego zostali zaliczeni do grupy B. Pracownicy, którzy nie zaliczają się do poprzednich grup, a pragną pozostać w górnictwie, aby nie utracić uprawnień emerytalnych lub o niepełnej sprawności fizycznej tworzą grupę C.

We Francji istnieje specjalny system ubezpieczeniowy dla osób zatrudnionych w górnictwie. Jest on zarządzany przez instytucję zewnętrzną, mającą odrębność i osobowość prawną. Ubezpieczenie na wypadek ryzyka starości gwarantuje świadczenie emerytalne osobom płacącym składki, będącym w wieku co najmniej 55 lat. Jeżeli w wieku 55 lat osoba podlegająca górniczemu systemowi emerytalnemu nie legitymuje się 120 kwartałami dającymi prawo do uzyskania świadczenia emerytalnego, praca wykonywana po ukończeniu 55 lat jest wliczana do okresu rozliczeniowego, do czasu zakończenia kwartału pozwalającego na osiągnięcie wymaganego okresu pracy. Wymagany wiek emerytalny zostaje obniżony o jeden rok za każde cztery lata pracy pod ziemią, przy czym nie może być niższy niż 50 lat, w przypadku pracowników płacących składki od co najmniej 30 lat. Nie ma wymogu dotyczącego wieku (55 lat) w przypadku osób ubiegających się o wcześniejszą emeryturę, które:

- legitymują się 120 kwartałami, branymi pod uwagę przy obliczaniu świadczenia emerytalnego,
- legitymują się co najmniej 60 kwartałami i otrzymują rentę z tytułu inwalidztwa zawodowego lub wypadku przy pracy albo choroby zawodowej w związku ze stałą niezdolnością do pracy, której stopień jest określony w obowiązujących zarządzeniach,
- nie korzystają z pomocy specjalnie ustanowionej w celu ułatwienia przeszeregowania pracowników przedsiębiorstw lub zainteresowanych instytucji.

W systemie powszechnym prawo do emerytury w pełnym zakresie przysługuje ubezpieczonemu w wieku minimum 60 lat, przy okresie ubezpieczenia 160 kwartałów, czyli 40 lat pracy. Tak więc ustawowy wiek emerytalny górników jest krótszy. Wysokość roczna świadczenia emerytalnego obliczona w chwili wypłaty jest równa iloczynowi okresu świadczenia pracy oraz wartości właściwej dla kwartału świadczenia pracy, w roku rozpoczęcia obowiązywania. 1.01.2001 r. wartość kwartału świadczenia pracy, służąca obliczeniu wysokości świadczeń emerytalnych wynosiła 67,73 euro, 1.01.2002 r. 69,22 euro.

Hiszpania

Hiszpania utrzymuje zrównoważone, skoncentrowane w rejonie Almaden, wydobycie węgla na poziomie 14 mln ton, co pokrywa zapotrzebowanie tego kraju w około 60%[14]. W 1989 r. krajowe wydobycie węgla kamiennego wynosiło 14,5 mln ton, a w 2000 r. 12,5 mln ton. Górnictwo hiszpańskie korzysta z funkcjonującego od 1984 r. w tamtejszej rzeczywistości gospodarczej w postaci ustawy Funduszu Promocji Zatrudnienia. Jest to trójstronny model stosowany we wszystkich działach gospodarki dotkniętych kryzysem. Dokumentem regulującym miejsce i rolę górnictwa węgla kamiennego w gospodarce Hiszpanii jest Narodowy Plan Energetyczny[15]. Jego istotą jest tworzenie warunków do wcześniejszego przechodzenia na emeryturę, zmiany miejsca zatrudnienia, szkolenia zawodowego w celu poprawienia warunków na rynku pracy.

Do podstawowych celów funduszu należy zaliczyć:

- działania dla poprawy opieki nad bezrobotnymi,
- przystosowanie zawodowe pracowników do nowego zatrudnienia,
- pomoc przy ponownym zatrudnieniu pracowników.

Udział w funduszu jest dobrowolny, a okres korzystania z niego jest ograniczony do 3 lat lub do 5 lat dla pracowników, którzy ukończyli 55 rok życia w momencie rozpoczęcia korzystania z funduszu i przechodzą na wcześniejszą emeryturę. Korzystanie z funduszu jest połączone z wpłacaniem odpowiedniej składki przez przedsiębiorstwo będące dotychczasowym pracodawcą. W zależności od wieku pracownicy mogą korzystać z trzech grup środków Funduszu Promocji Zatrudnienia:

---

[14] W. Gęgotek: *Górnictwo Hiszpanii*. „Wspólne Sprawy" 1992, nr 5.

[15] Worldwide Mining-CD-Rom Edition 1981-1996. Silver Platter Inf., http://wwwtech.net.egi-bin/pfun (12.01.1996).

- Grupa 1; pracownicy do 55 lat, których przewiduje się do ponownego zatrudnienia, mogący korzystać z funduszu do 3 lat otrzymujący w tym czasie 80% wynagrodzenia średniego z ostatnich 6 miesięcy.
- Grupa 2; pracownicy w wieku 55-60 lat, traktowani jako pracownicy w wieku przedemerytalnym, mogący korzystać z funduszu do 5 lat.
- Grupa 3; pracownicy w wieku 60-65 lat korzystający z funduszu jako pracownicy na wcześniejszej emeryturze.

W Hiszpanii funkcjonuje także specjalny system ubezpieczenia emerytalno-rentowego dla górników. Wymagany wiek emerytalny wynoszący 65 lat w przypadku pracy w górnictwie jest redukowany w zależności do lat efektywnie przepracowanych w określonej grupie zawodowej. Dla poszczególnych kategorii zatrudnionych jest wyznaczony tzw. wskaźnik redukcji, wahający się od 0,05 do 0,50, zróżnicowany ze względu na zagrożenia występujące w miejscu pracy oraz toksyczność środowiska. Wskaźnik 0,50 (najkorzystniejszy) jest stosowany w stosunku do pracujących „na przodku" i wiertaczy. Wcześniejsze przejście na emeryturę jest możliwe w przypadku, gdy teoretyczny wiek (na który składa się aktualny wiek wraz z wiekiem bez zastosowanej redukcji) przewyższa 65 lat. W tym przypadku uwzględniany jest okres pracy poza górnictwem. Na wcześniejszą emeryturę mogą przejść górnicy mający prawo do wskaźnika redukcji, którzy zostali objęci specjalnym systemem górniczym od 1.04.1969 r. i wpłacali składki na górniczy fundusz emerytalny lub należeli do funduszu ubezpieczeniowego robotników najemnych przed 1.01.1996 r. Warunkiem otrzymania świadczenia jest opłacenie składki ubezpieczeniowej przez minimalny wymagalny okres. Jest to 15-letni okres składkowy, z czego co najmniej ostatnie 2 lata składkowe powinny wystąpić w 15-letnim okresie poprzedzającym nabycie prawa do emerytury. Górnikom przysługuje wcześniejsza emerytura w pełnym wymiarze. W systemie powszechnym prawo do pełnej emerytury mogą otrzymywać ubezpieczeni mający 35-letni okres składkowy.

Niemcy

W 1989 r. niemieckie kopalnie wydobywały 77,5 tys. ton węgla kamiennego. W 2002 r. produkcja ta wynosiła 45,3 tys. ton, czyli spadła o 58%. Przy zatrudnieniu 118 tys. osób wydajność wynosiła 606 ton na 1 zatrudnionego w ciągu roku, a koszt robocizny 95 USD/tonę. Wydobycie w kopalniach niemieckich stanowiło około 70% zapotrzebowania gospodarki tego kraju na węgiel kamienny.

Założenia restrukturyzacji przemysłu węglowego, mające początki w Umowie Wspólnoty Węgla i Stali były w Niemczech wielokrotnie nowelizowane i dostosowywane do zmieniających się warunków gospodarczych. Zasadniczym kierunkiem przyjętym w programach restrukturyzacji przemysłu węgla kamiennego w rejonie Zagłębia Ruhry i Kraju Saary było dążenie do zmniejszenia liczby zakładów górniczych oraz ograniczenia zatrudnienia w tej branży, przy jednoczesnym zaktywizowaniu wskaźników produktywności. Z uwagi na to, że restrukturyzacja dotyczyła także branży hutniczej i objęła znaczny obszar kraju, wdrażane programy miały charakter kompleksowy, obejmujący także problematykę rewitalizacji środowiska ekologicznego i terenów zdewastowanych przemysłową działalnością człowieka. Rozpoczęta w latach 70. XX w. restrukturyzacja Kraju Saary jest określana przez fachowców jako „za późna, aby przetrwać bez porażek". W ciągu minionych 30 lat zatrudnienie w górnictwie węgla kamiennego zmniejszyło się w tym regionie o ponad 70%, przy spadku wydobycia o 45%. Obecnie w przemyśle górniczo-hutniczym pracuje 10% zawodowo czynnych. Cechą charakterystyczną niemieckiej drogi restrukturyzacji górnictwa węgla kamiennego jest długoletnia społeczna akceptacja sposobów jej przeprowadzania. Taki klimat udało się wprowadzić zwłaszcza poprzez zasadę współdecydowania w przezwyciężaniu kryzysów społecznych i uprzywilejowane, w stosunku do innych sektorów gospodarczych, zasady emerytur i ubezpieczeń zdrowotnych[16]. W 2002 r. niemiecki węgiel kamienny był subwencjonowany ogromną kwotą 10 mld DM, co stanowi jednak tylko 0,3 PKB, a do każdej tony węgla rząd federalny dopłacał średnio ponad 220 DM.

Górnicy są ubezpieczeni na wypadek starości i niepełnosprawności w Gwarectwie Federalnym z siedzibą w Bochum. Jest to właściwa instytucja dla ubezpieczonych, którzy uiścili przynajmniej jedną składkę za pracę w przedsiębiorstwie górniczym. Okresy ubezpieczenia w ubezpieczalni górniczej są wyżej szacowane niż w innych systemach. Na ubezpieczenie górnicze pobierana jest też przeciętnie wyższa składka niż w innych tzw. systemach zakładowych (należących do II filara ubezpieczeniowego). 0 ile w innych systemach zakładowych składka jest płacona w połowie przez pracownika i w połowie przez pracodawcę, to w systemie górniczym wyższa jest partycypacja pracodawcy. Ubezpieczeni w Gwarectwie mają prawo do wcześniejszych niż w innych systemach świadczeń emerytalno-rentowych[17].

Górnicy dołowi mają prawo do emerytury, jeżeli ukończyli 60 lat i wykażą się 25 latami ubezpieczenia emerytalnego (300 miesięcy kalendarzowych) ze stałą

---

[16] D. Sadowski, U. Backes-Gellner, B. Frick: *Współdecydowanie w Niemczech*. W: *Negocjacje. Droga do paktu społecznego*. Warszawa 1975.

[17] Sprawy emerytur górniczych reguluje kodeks społeczny księga VI (Socjalgesetzbuch VI).

pracą pod ziemią. Do 25 lat stałej pracy pod ziemią zalicza się również okresy otrzymywania zasiłku przejściowego, jeżeli ostatnią pracą przed otrzymywaniem zasiłku przejściowego była praca górnika dołowego. Warunki spełnione są także wtedy, gdy ubezpieczony:

- ma 25 lat okresu składkowego, na podstawie zatrudnienia polegającego na stałej pracy pod ziemią razem z okresami nieskładkowymi przyporządkowanymi do górniczego ubezpieczenia emerytalno-rentowego lub
- ma 25 lat okresów składkowych w górnictwie lub razem z okresami nieskładkowymi przyporządkowanymi do górniczego ubezpieczenia rentowego i:
  - przez 15 lat był zatrudniony jako rębacz lub
  - wymagane 25 lat stałego zatrudnienia pod ziemią wypełnił samymi okresami składkowymi lub okresami nieskładkowymi przyporządkowanymi do górniczego ubezpieczenia emerytalnego.

W powszechnym systemie nie ma sztywnej granicy wieku, po której przysługuje prawo do świadczeń emerytalnych. Ogólnie prawo do emerytury przysługuje po ukończeniu 65 roku życia. Jest regułą, że należy wykazać się co najmniej 60-miesięcznym stażem ubezpieczeniowym.

Prawo do wcześniejszych świadczeń emerytalnych przysługuje osobom, które ukończyły 63 lata życia i podlegały ubezpieczeniu społecznemu przez 35 lat. Do stażu ubezpieczeniowego wlicza się okres służby wojskowej lub wychowywania dzieci. Ponadto do wcześniejszej emerytury mają prawo bezrobotni, którzy ukończyli 60 rok życia. Wysokość świadczenia jest zależna od podstawy wymiaru emerytury, przeciętnego wynagrodzenia ogółu ubezpieczonych, stażu ubezpieczeniowego, a takie niezależnych czynników, które uniemożliwiły zainteresowanemu kontynuowanie zatrudnienia. Emeryt ma prawo do kontynuowania zatrudnienia bez obawy o zmniejszenie lub zawieszenie świadczenia emerytalnego.

Wielka Brytania

Jedną z najgłębszych transformacji górnictwa węgla kamiennego przeprowadzono na terenie Wielkiej Brytanii. W czasie nacjonalizacji tej branży przemysłu (1.01.1947 r.) w Zjednoczonym Królestwie Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej funkcjonowało 950 kopalń zatrudniających 750 tys. górników, a w 1998 r. istniało 50 kopalń zatrudniających 58 tys.[18]. W ciągu 1984 r. zredukowano

[18] International Coal Report. „Financial Times" 1993, No 11.

w przemyśle węglowym Wielkiej Brytanii 73 tys. miejsc pracy, a w latach 1985-1992 171 tys. Rządy konserwatystów zmierzały w swoich programach do dalszego zmniejszenia tych wielkości. W 2002 r. zagłębia brytyjskie wydobyły 41,2 mln ton – niespełna połowę tego, co w 1989 r. Przy zatrudnieniu 44 tys. osób wydajność na 1 osobę wynosiła 1410 ton (1997), a koszt robocizny 32,1 USD/tonę[19]. Wydobycie rodzimego węgla kamiennego zaspokaja około 75% zapotrzebowania gospodarki.

W 1992 r. rząd podjął decyzję o prywatyzacji kopalń. W gestii państwowego „British Coal Corporation " pozostaje jeszcze 16 kopalń głębinowych. Sprzedano bądź oddano w dzierżawę 9 kopalń, a 6 pozwolono pracować na własny rachunek i ryzyko. Przy okazji restrukturyzacji zamknięto 13 kopalń. Proces prywatyzacji kopalń sektora prywatnego polegał na określeniu kopalń, które mogły być uznane za rentowne na bazie cen importowych i zamykaniu kopalń nierentownych. Kopalnie rentowne podzielono pomiędzy 5 regionalnych towarzystw (Coal Companies) – 3 w Anglii i po 1 w Szkocji i Walii, a następnie sprzedano nabywcom oferującym najwyższe ceny. W sektorze publicznym utworzono nową instytucję, tzw. Coal Authority, która przejęła zasoby węgla i obecnie udziela zezwoleń na prowadzenie działalności górniczej. Podstawową metodą restrukturyzacji była strategia dostosowywania programów i kosztów wydobycia do uwarunkowań rynkowych, dlatego główną rolę odegrały instrumenty zwiększające efektywność i koncentrację wydobycia węgla przy jednoczesnej rekompensacie ujemnych skutków społecznych wypłatą wysokich odszkodowań.

Dla pracowników, którzy ukończyli 60 rok życia i wyrazili chęć przejścia na wcześniejszą emeryturę stworzono dodatkowy system jednorazowych odpraw, jednak o wiele mniej korzystny od tego, który zaproponowano górnikom likwidowanych kopalń. Oprócz odpraw udzielana jest pomoc socjalna dla osób zamierzających podjąć zatrudnienie wymagające zmiany miejsca zamieszkania. Pomoc ta obejmuje: poradnictwo w trakcie wyszukiwania nowego lokum, pokrycie kosztów transportu, partycypację w kosztach wyposażenia niezbędnego w nowym mieszkaniu oraz pokrycie różnicy w czynszu. W prywatnych zakładach górniczych istnieją także składkowe fundusze emerytalne mające na celu zapewnienie emerytur i zabezpieczenie socjalne pracownikom zatrudnionym na stałe. Środki te nie należą do państwowego funduszu emerytalnego skonstruowanego na podstawie składki pracowniczej. Pracownicy sprywatyzowanej kopalni, którzy ukończyli 45 rok życia mogą się zdecydować, za zgodą urzędu skarbowego, na udział w obu z nich. W sprywatyzowanym przedsiębiorstwie

[19] Dane statystyczne dotyczące aktualnego wydobycia węgla za: Rocznik Statystyczny 1997. GUS, Warszawa 1997.

działa także program ubezpieczenia na wypadek trwałego kalectwa, który w istocie jest funduszem zastępczym działającym na zasadzie ubezpieczenia. Dla uczestników ubezpieczenia emerytalnego przynależność do tego funduszu jest automatyczna. Pracownicy BCC, którzy zdecydowali się na kontynuację zatrudnienia w sprywatyzowanych kopalniach oraz wszyscy nowo przyjęci zatrudnieni przez prywatnego właściciela uzyskali status pracowników chronionych, dający prawo do uczestnictwa w powszechnym funduszu emerytalnym pracowników górnictwa. Niektóre z prywatnych firm przejmujących kopalnie tworzyły także dodatkowe odrębne fundusze emerytalne obejmujące niektóre grupy pracowników.

Obecnie przemysł węglowy w Zjednoczonym Królestwie zatrudnia 11 tys. osób, z czego 8 tys. w Anglii. Z ogółu zatrudnionych 27% pracuje pod ziemią. Górnicy mają zagwarantowany krótszy o 5 lat od obowiązującego w systemie powszechnym wieku emerytalnego. Górnicy mogą zatem przejść na emeryturę w wieku 60 lat. Należy zaznaczyć, że w kraju tym nie występuje tzw. wcześniejsza emerytura i że są specjalne preferencje dla osób pracujących po przekroczeniu ustawowego wieku emerytalnego.

W związku z procesami prywatyzacyjnymi w Brytyjskiej Korporacji Węglowej, rozpoczętymi w 1994 r., górnicy uzyskali specjalne gwarancje. Rząd zobowiązał się do tego, że emerytury górnicze będą waloryzowane przynajmniej zgodnie ze wzrostem inflacji. Państwo przeznaczyło na ten cel dodatkowe środki. Świadczeniobiorcy mają ponadto prawo do bonusów podlegających waloryzacji, tak aby nie traciły na wartości, niezależnie od corocznego wzrostu świadczenia emerytalnego.

Cechą charakterystyczną brytyjskiego systemu zabezpieczenia społecznego jest jego powszechność – świadczenie przysługuje bez rozróżnienia np. charakteru czy miejsca pracy. Świadczenia rentowe są ustalane w jednakowej wysokości dla wszystkich świadczeniodawców, w tym górników. Zróżnicowanie stawek występuje, ale nie według dochodów, ale sytuacji świadczeniobiorcy (np. wieku). Wysokość świadczeń jest określana na dany rok podatkowy, a waloryzowana według wzrostu cen.

Jak wynika z przedstawionych informacji, każdy kraj UE ma własny, specyficzny system emerytalno-rentowy (w tym także emerytury górnicze), co wynika z tradycji, odmiennych warunków pracy, rozwoju gospodarczego, uwarunkowań demograficznych. Członkostwo w Unii Europejskiej nie wymaga standaryzacji tych zasad ani wzorowania się na rozwiązaniach przyjętych w innym krajach. Górnictwo węgla kamiennego należy do współczesnych zawodów o najdłuższej historii i tradycji. Nic więc dziwnego, że w krajach, gdzie zawód górnika jest nadal wykonywany doszło do wykształcenia odrębnych przepisów.

Z uwagi na trudny i niebezpieczny charakter pracy górniczej rozwiązania te są na ogół korzystniejsze na tle unormowań ogólnych. Ważne jest jednak, aby ich ostateczny kształt był związany z istotą pracy górniczej, a nie przede wszystkim z siłą polityczną reprezentujących górników związków, stowarzyszeń i organizacji.

Adam Kurzynowski
Szkoła Główna Handlowa

OSOBY STARSZE

NA RYNKU PRACY

Wstęp

Jerzy Piotrowski w książce pt. *Miejsce człowieka starego w rodzinie i społeczeństwie,* napisanej na podstawie pionierskiego badania, które zorganizował Instytut Gospodarstwa Społecznego SGPIS/SGH w latach 1964-1967, sformułował następujące hipotezy badawcze:

1. *Zdrowie, a właściwie sprawność funkcjonalna ludzi starych ma zasadnicze znaczenie w ich życiu, warunkuje bowiem ich stosunki rodzinne i mieszkaniowe, możliwość pracy oraz ich samodzielność życiową.*
2. *Rodzina stanowi naturalne środowisko człowieka, jej znaczenie dla człowieka starego wzrasta, ponieważ po zaprzestaniu pracy wiele stosunków społecznych związanych z nią ulega rozluźnieniu lub zerwaniu. Współczesne teorie o izolacjonizmie małej rodziny wskazują na możliwość rozluźnienia stosunków rodzinnych, do czego mogły przyczynić się także ogromnych rodzajów migracje w okresie powojennym, wielka ruchliwość przestrzenna i społeczna, szczególnie młodego i średniego pokolenia. Wielu ludzi starszych, zwłaszcza na wsi, zjawiska te mogły pozbawić możliwości bliskich kontaktów z dziećmi i oparcia w nich.*
3. *Praca zawodowa jest ważną nicią integracji jednostki ze społeczeństwem. Daje nie tylko dochód, ale określa również miejsce człowieka w społeczeństwie, wyznacza rytm zajęć dziennych, wielu daje poczucie sensu życia. Postawy wobec zakończenia aktywności zawodowej nie powinny więc być negatywne; z drugiej strony jednak praca wymaga wysiłku i rytmu działalności, nad którym pracownik ma ograniczoną tylko kontrolę. Wielu ludzi myśli o zaprzestaniu pracy jako o przejściu na zasłużony odpoczynek.*

4. *Posiadanie własnych, pewnych i wystarczających dochodów (z pracy, z renty, emerytury, z wynajmu czy innych własnych źródeł) ma – poza zdrowiem – znaczenie pierwszorzędne jako podstawa dobrego samopoczucia i zachowania niezależności. Istotne jest, oczywiście, jak wysokie są te dochody; częściowo również, jakie jest ich źródło. Brak dochodów własnych lub dochody niewystarczające do godziwego życia oznaczają nie tylko niedostatek środków na utrzymanie, lecz także złe samopoczucie fizyczne i psychiczne, schorzenia psychosomatyczne, izolowanie się i osamotnienie*[1].

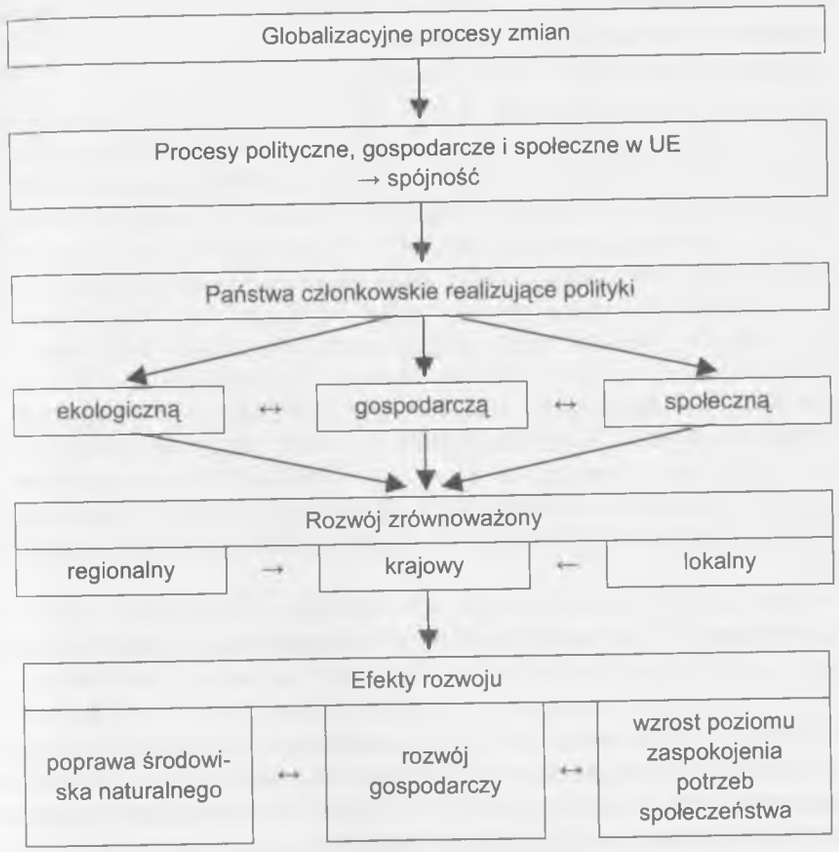
Pomimo upływu lat tezy te pozostają wciąż aktualne, a nawet nabierają ostrzejszego znaczenia w społeczeństwach podlegających szybkim zmianom. Dzisiejsze migracje zagraniczne i wewnętrzne mają wpływ na funkcjonowanie rodziny, a problemy z kontynuowaniem lub uzyskiwaniem pracy w starszym wieku powodują, że warunki materialne osób starszych wymagają dość często pomocy rodziny lub instytucji zewnętrznych. Przytoczone wyżej tezy z książki J. Piotrowskiego wskazują również, że rozważany 40 lat temu problem ludzi starych dziś także dotyczy ich rodziny i społeczeństwa.

W systemach politycznych współczesnych społeczeństw demokratycznych możliwość wykonywania pracy jako jednej z najważniejszych potrzeb i aktywności życiowych człowieka należy do podstawowych praw i wolności obywatelskich, dlatego systemy ekonomiczne i społeczne są zobowiązane do tworzenia ogólnych warunków prawno-instytucjonalnych podejmowania i wykonywania pracy z zastosowaniem zasady równości i sprawiedliwości społecznej. Praca jest zarówno potrzebą jednostki, jak i potrzebą społeczną, ponieważ służy rozwojowi jednostki ludzkiej oraz rozwojowi społeczno-ekonomicznemu, stąd racjonalne wykorzystanie zasobów pracy jest wskazane dla maksymalizacji rozwoju. Do tego jednak potrzebna jest gotowość systemu gospodarczego do zatrudniania tych zasobów, jeżeli ich jakość jest zgodna z potrzebami pracodawców.

Koncepcje rozwoju a zatrudnienie

Wśród praktykowanych sposobów organizowania rozwoju najwięcej możliwości harmonizacji jego poszczególnych czynników stwarza rozwój zrównoważony. Rozwój ten uwzględniany i popierany przez organizacje międzynarodowe, w tym ONZ, UE i poszczególne państwa, zakłada harmonijne/zintegrowane wykorzystywanie czynników środowiska naturalnego, czynników ekonomicznych i społecznych. Te grupy czynników są reprezentowane przez politykę ekologiczną, politykę gospodarczą i politykę społeczną. Relacje te przedstawia rys. 1. Zgodnie z tą koncepcją polityka społeczna wobec ludzi starszych jest czynnikiem rozwoju, a nie tylko społeczną interwencją w łagodzeniu trudnych sytuacji życiowych tej kategorii osób.

[1] J. Piotrowski: *Miejsce człowieka starego w rodzinie i społeczeństwie.* Warszawa 1975, s. 28-30.



Rys. 1. Globalizacja a rozwój zrównoważony i integracja społeczna

Zatrudnienie ma zasadnicze znaczenie dla rozwoju, ponieważ jego wzrost dynamizuje gospodarkę, a spadek i pojawienie się bezrobocia powoduje jej stagnację lub degradację. Stąd na zatrudnienie i pracę poszczególnych grup ludności można spojrzeć jako na czynnik strukturalny, wzmacniający gospodarkę. Zatrudnienie osób starszych może być zatem rozpatrywane jako prorozwojowe, jako istniejący element struktury siły roboczej, która z powodów formalnych (wiek, niepełnosprawność, bezrobocie) jest uwolniona z rynku pracy. Ta część zasobów pracy jest różnie ujmowana w statystykach według największych kryteriów:

- bezrobocia rejestrowanego – 18-60 lat i 18-65 lat,
- bezrobocia według BAEL – 15-74 lata,
- aktywności zawodowej – 15 lat i więcej.

Stosowane kryteria świadczą o tym, że statystyka rynku pracy zmierza w kierunku precyzyjnego rozpoznania stanu ilościowego osób starszych na rynku pracy, co nie oznacza, że zawsze osiągamy zadowalający stan wiedzy.

Liczba pracujących, wskaźnik aktywności zawodowej, wskaźnik zatrudnienia i stopa bezrobocia osób w wieku 65 lat i więcej są silnie zróżnicowane przestrzennie, co jest uwarunkowane zarówno strukturą gospodarczą, jak i cechami demograficzno-zawodowymi ludności i sytuacją na rynku pracy. Dane w tab. 1 pokazują, jaka jest różnica między liczbą pracujących (320,5 tys.) i liczbą biernych zawodowo (4,5 mln), co oznacza spore możliwości aktywizacji, głównie jednak w młodszych rocznikach osób starszych. Liczba bezrobotnych jest stosunkowo mała, wskaźnik zatrudnienia niski, stopa bezrobocia też jest niska. Ogólnie można stwierdzić, że w województwach o przewadze ludności pracującej w rolnictwie współczynnik aktywności zawodowej i wskaźnik zatrudnienia są wyższe w porównaniu z bardziej uprzemysłowionymi województwami.

Problem wykorzystania potencjalnych możliwości zatrudnienia osób w wieku poprodukcyjnym jest wciąż aktualny. W społeczeństwie dążącym do racjonalnego wykorzystania zasobów pracy powinno się tworzyć warunki do tego zarówno w dziedzinie zatrudnienia w zakładach pracy, jak i w kreowaniu formy zatrudnienia w sferze usług rodzinnych (opieka nad dziećmi, osobami niepełnosprawnymi itp.), a także poprzez tworzenie np. spółdzielni socjalnych. Rozwijający się sektor usług tworzy takie możliwości, które mogą być realizowane bez względu na poziom występującego bezrobocia.

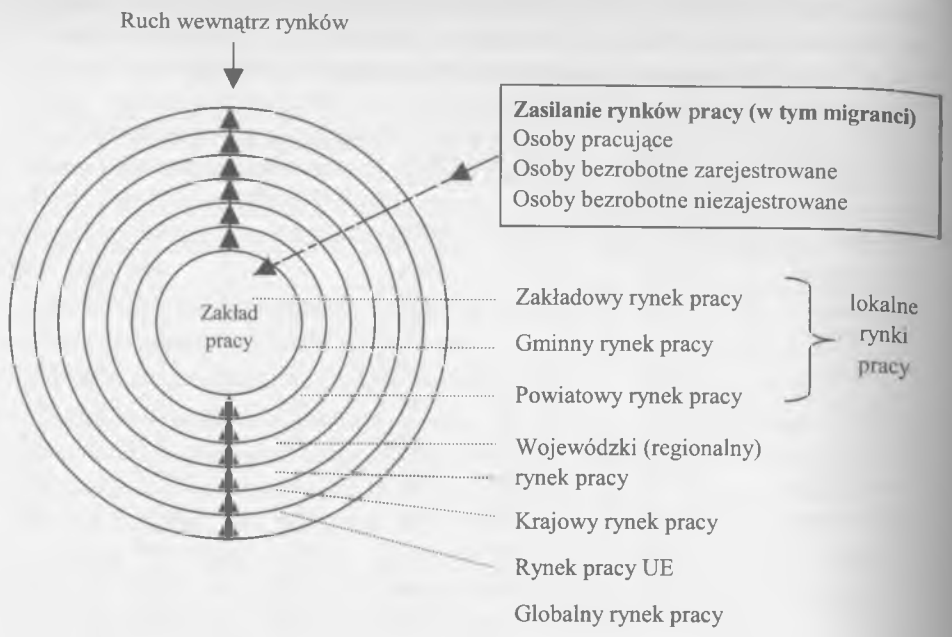
Tabela 1

Aktywność zawodowa osób w wieku 65+ w 2002 r.

Wyszczególnienie	Liczba pracujących	Bierni zawodowo	Bezrobotni	Współczynnik aktywności zawodowej	Wskaźnik zatrudnienia	Stopa bezrobocia
Polska	320 486	4 468 322	9269	6,9	6,7	2,8
Dolnośląskie	14 210	357 567	684	4,0	3,8	4,6
Kujawsko-pomorskie	9 472	232 736	453	4,1	3,9	4,4
Lubelskie	34 388	269 485	357	11,4	11,3	1,0
Lubuskie	4 836	107 262	211	4,5	4,3	4,2
Łódzkie	29 915	353 952	692	7,0	6,8	2,6
Małopolskie	32 884	373 397	652	8,2	8,2	1,9
Mazowieckie	55 183	661 768	2156	8,0	7,7	3,8
Opolskie	6 142	118 169	210	5,1	4,9	3,3
Podkarpackie	33 162	222 206	289	13,1	13,0	0,9
Podlaskie	17 436	148 543	171	10,6	10,5	1,0
Pomorskie	9 509	231 640	595	4,2	3,9	5,9
Śląskie	22 330	530 490	1153	4,2	4,0	4,9
Świętokrzyskie	21 230	163 880	268	11,6	11,5	1,2
Warmińsko-mazurskie	5 568	149 385	237	3,7	3,6	4,1
Wielkopolskie	21 090	362 387	697	5,7	5,5	3,2
Zachodniopomorskie	7 131	184 455	462	3,9	3,7	6,1

Źródło: *Aktywność ekonomiczna ludności Polski w 2002 r.* GUS, Warszawa 2003, s. 58 i dalsze.

Przy wykorzystaniu zasobów pracy osób starszych napotyka się na pewne trudności. Jedną z nich jest ich mniejsza mobilność przestrzenna. Chodzi o mobilność pracobiorców/osób starszych na różnych rynkach pracy. Uwidocznione na rys. 2 rynki zawierają cechy dyskryminacji, ponieważ te najbardziej zachęcające zawodowo są niedostępne dla osób starszych, które znajdują zatrudnienie głównie na zakładowych i lokalnych rynkach pracy, a pozostałe nie mogą być uwzględnione ze względu na wiek, małą mobilność zawodową i przestrzenną, sprawność ruchową, wydajność fizyczną i inne cechy tych osób.



Rys. 2. Globalizacja a rynki pracy

Osoby starsze mają ograniczony wybór rynków pracy, a więc spotykają je trudności na rynkach o szerszym zasięgu, tj. wojewódzkim, krajowym i międzynarodowym. Z tego należy wyciągnąć wniosek praktyczny, że najłatwiejsze jest dla nich kontynuowanie zatrudnienia w dotychczasowym zakładzie pracy lub w innym zakładzie mieszczącym się na lokalnym rynku pracy. Ograniczenia związane z wiekiem, których nie można usunąć, są tu istotne, co należy uwzględnić w polityce zatrudnienia osób starszych, w której zasada równych szans powinna być odpowiednio traktowana.

Pracujące osoby starsze jako potencjał kapitału ludzkiego

Jeżeli zgodzimy się, że potencjał ludzkich możliwości zawodowych nie kończy się z datą przejścia na emeryturę, to należy się zastanowić nad tym, czy potencjał, którym one dysponują ma cechy mogące służyć rozwojowi. Doświadczenie wykazuje, że tak właśnie jest, ponieważ znacząca liczba osób powyżej 60 i 65 roku życia jest aktywna zawodowo, ale równocześnie jest duża liczba tych, które nie partycypują w rynku pracy[2]. Sądząc według danych, marnuje się znaczący zasób sprawnego kapitału ludzkiego, ale z powodu trudnej sytuacji na rynku pracy niewykorzystywanego. Sprawa ma przede wszystkim odniesienie lokalne, ponieważ osoby starsze są mało mobilne przestrzennie i na ogół mają mniej gotowości do podejmowania ryzyka zmian. Jak widać na rys. 2, zakres dostępnych rynków pracy poza rynkiem lokalnym jest na ogół ograniczony, a to oznacza, że wykorzystanie kapitału kwalifikowanego i kapitału społecznego reprezentowanego przez te osoby jest zawężone do lokalnych możliwości. Z pamiętników osób starszych poszukujących pracy wynika, że z reguły ich działania ograniczają się do środowiskowych rynków, które dobrze znają i łatwiej się mogą do nich przystosować. Z tego wynika, że są obiektywne uwarunkowania określające szanse osób starszych na rynkach pracy o różnym zasięgu.

Problem związany z mobilnością zawodową osób starszych z powodu malejącej skłonności do zmiany środowiska zamieszkania i niechęci do ponoszenia dodatkowych wysiłków koniecznych do przystosowania się do nowych warunków życia nasila się wraz z wiekiem. Uwzględniając to nie można jednoznacznie określić sposobu wsparcia osób starszych poszukujących pracy zawodowej. Jest jednak pewne, że ta kategoria osób takiego wsparcia wymaga w sytuacji, gdy chce podjąć płatną pracę.

Aktywność zawodowa może być też wykonywana w formie wolontariatu skierowanego na różne cele społeczne oraz w ramach organizacji pozarządowych bezpłatnie, na rzecz społeczności lub danych grup ludności. Potrzeba aktywności związanej z dotychczas wykonywanym zawodem lub innej aktywności społecznej jest reprezentowana przez znaczną liczbę osób, o czym piszą pamiętnikarze jako przedstawiciele różnych zawodów.

Znaczenie pracy dla ludzi starszych

Praca ma dla ludzi starszych znaczenie nie tylko dlatego, żeby mogli kontynuować swoje zamierzenia zawodowe i życiowe, ale także, żeby mogli egzystować na przyzwoitym poziomie. Praca nie tylko umożliwia utrzymanie określonej pozycji w społeczeństwie, ale także odpowiednio lokuje daną osobę

[2] Por. *Aktywizacja ekonomiczna ludności Polski. II kwartał 2006 r.* GUS, Warszawa 2006, s. 71, 72, 78, 89-90.

w społeczności lokalnej, w której stale funkcjonują jej członkowie. Gdy brak pracy w starszym wieku jest przyczyną degradacji ekonomicznej, ponieważ nie są dostępne inne źródła dochodu stałego, np. emerytura lub renta, zagraża widmo ubóstwa i wykluczenia społecznego. Piszą o tym starsi bezrobotni pamiętnikarze, często bezradni, zrozpaczeni wobec okrucieństwa zbiegu różnych niekorzystnych sytuacji życiowych. W takiej, często bardzo trudnej sytuacji uzyskanie pracy natychmiast zmienia istniejący stan na lepszy, ale niestety nie przychodzi to łatwo.

Jako przykładową, przytoczono niżej sytuację życiową 63-letniego mężczyzny opisaną przez niego w pamiętniku nadesłanym na konkurs pamiętników bezrobotnych zorganizowany przez Instytut Gospodarstwa Społecznego SGH[3]. Pamiętnik ten jest świadectwem czasu transformacji w Polsce i problemów z nią związanych, widzianych z perspektywy jednostki ludzkiej i jej rodziny, ich zmagań z nową rzeczywistością, wymagającą nowych postaw, zachowań, aktywności osób często będących w wieku uniemożliwiającym spełnienie tych wymagań, ale mających chęć i potrzebę podjęcia pracy[4]. Autor pamiętnika jest osobą wykształconą, ukończył studia w Wyższej Szkole Morskiej, pływał na statkach PLO i pracował przez pewien czas w instytucjach naziemnych związanych z gospodarką morską. Przestał pracować po wprowadzeniu nowoczesnych urządzeń nawigacyjnych na statkach, co umożliwiło oszczędność pracy ludzkiej i w rezultacie redukcję zatrudnienia. Po utracie pracy brakowało mu kilku lat do uzyskania emerytury. Pisał: *[...] jestem w pełni sprawny fizycznie i umysłowo. Posiadam ważne specjalistyczne świadectwo zdrowia do pracy w trudnych warunkach klimatycznych i fizycznych. Obcy ludzie określają mój wiek na czterdzieści parę lat.* Po utracie pracy *[...] poszedłem na różne morskie kursy, które bardzo drogo mnie kosztowały. Po ukończeniu tych kursów okazało się, że jestem za stary i w nowych zawodach morskich nie posiadam praktyki, którą wymagano konkretnie na danym stanowisku pracy. Wszystkie polskie spółki z o.o. pośredniczące w wysyłaniu polskich marynarzy na statki obcych bander odrzucały moje oferty.* Poszukiwania pracy na lądzie w kraju również nie dały rezultatu. W czasie pisania pamiętnika rodzina bezrobotnego składała się z 3 osób, w tym 16-letni syn – uczeń liceum. Żona zarabiała 450 zł

[3] *Pamiętniki bezrobotnych.* T. III. Opracowanie A. Budzyński. Warszawa 2005, s. 197-210.

[4] Zbiory różnych pamiętników zgromadzonych w Polsce, poczynając od pamiętników zebranych i opublikowanych przez Instytut Gospodarstwa Społecznego w latach 30. XX w. (*Pamiętniki bezrobotnych, emigrantów, Pamiętniki nowego pokolenia chłopów polskich*), do licznych zbiorów pamiętników po drugiej wojnie światowej (np. *Pamiętniki młodzieży wiejskiej, Pamiętniki bezrobotnych, Pamiętniki Polaków na Litwie, Pamiętniki Polaków na Wschodzie*), zawierają cenne opisy życia osób i całych pokoleń, dla których praca, jej wykonywanie i efekty z niej uzyskiwane były i pozostały jedną z najważniejszych wartości.

netto. 87-letni ojciec autora przekazywał część swojej emerytury dla rodziny autora pamiętnika, pomagali inni członkowie rodziny. Opisana sytuacja wskazuje, że gdy człowiek starszy traci pracę, nawet gdy jest jeszcze w wieku przedemerytalnym spotyka się z dyskryminacją na rynku pracy, ponieważ tu się podważa jego na ogół sprawnościowe i kwalifikacyjne możliwości. Następuje to przeważnie „z góry" bez dania szansy sprawdzenia faktycznych możliwości poszukującego pracy. Występuje tu zatem zjawisko wcześniej omówione (rys. 2). *W czerwcu jedna z dużych firm elektronicznych zwodziła mnie przez 3 tygodnie obiecując zatrudnienie, każąc wypełniać różne kwestionariusze i chodzić na spotkania z szefami, aż w końcu przysłali do mnie pismo informujące, że mam zbyt wysokie kwalifikacje, jak na ich wymagania i że w przyszłości, w czasie rozwoju firmy będą mieli dla mnie stanowisko pracy.* W końcu po wielu próbach autor pamiętnika uzyskał pracę w agencji ochrony za 600 zł miesięcznie netto. Razem z dochodem z pracy żony mają 1050 zł na trzyosobową rodzinę, co *[...] daje szansę utrzymania się naszej rodziny na granicy nędzy i głodu [...]. Opłaty różnego rodzaju świadczeń wynoszą średnio około 700 zł miesięcznie. W sumie pozostaje 350 zł na wyżywienie i utrzymanie obecnie 3 osób [...].* W tej rodzinie praca jest bardzo potrzebna i jest jedynym sensownym rozwiązaniem.

Drugi przykład pochodzący z pamiętnika emerytowanej nauczycielki nadesłanego na konkurs pamiętnikarski *Twoja nauczycielska praca – wczoraj, dziś i jutro* zorganizowanego w 2005 r. przez Zarząd Główny Związku Nauczycielstwa Polskiego i Instytut Gospodarstwa Społecznego SGH, potwierdza również, jak ważna jest aktywność w sprawach zawodowych. Autorka pisze *[...] Jestem czynnym członkiem sekcji emerytów i rencistów ZNP. Pracuję w zarządzie sekcji, w Klubie Seniora „Belferek", gdzie często wygłaszam prelekcje na interesujące nas tematy. Biorę udział w wycieczkach nauczycielskich i odgrywam rolę bezpłatnego przewodnika. Mam bowiem uprawnienia, które predysponują mnie do tego typu zajęcia (po Ziemi Kieleckiej i Beskidach) [...]. Dzięki energicznej przewodniczącej sekcji, która potrafi wyszukać odpowiedzialne, ale tanie biura podróży, my seniorzy, w ciągu ostatnich lat zwiedziliśmy prawie całą Europę (oprócz Albanii i Norwegii), a także Izrael i Egipt. Od kilku lat wspólnie wyjeżdżamy nad morze. To szczęśliwe chwile w życiu emerytów nauczycieli. Czujemy się prawie, jak Japończycy, choć status nie ten*[5]. Ponadto autorka zajmuje się zbieraniem i utrwalaniem w formie drukowanej baśni ziemi bocheńskiej oraz prowadzi w szkołach, bibliotekach i świetlicach, domach kultury różnego rodzaju prelekcje. Ten przykład świadczy o tym, że poszczególne osoby

[5] Bajarka: *Moja nauczycielska praca – wczoraj, dziś i jutro.* W: *Moja praca nauczycielska – wczoraj, dziś i jutro.* Prace nagrodzone i wyróżnione w konkursie. *Pamiętniki Nauczycieli.* T. II. Warszawa 2006, s. 236.

są nastawione na różne rodzaje aktywności po zaprzestaniu pracy zawodowej, co poszerza możliwości rozwojowe kapitału społecznego. Z drugiej strony brak pracy, bieda prowadzą często do wykluczenia społecznego, a to jest szczególnie trudne dla ludzi starych[6].

Podsumowanie

Przedstawione dane i spostrzeżenia wynikające z ich analizy prowadzą m.in. do następujących wniosków:

– Historycznie człowiek starszy w społeczeństwach dawnych, tradycyjnych ze względu na podział pracy był aktywny zawodowo – pracował tak długo, jak długo umożliwiała to jego sprawność życiowa. Praca spełniała bardzo ważną rolę w życiu człowieka starego. W społeczeństwach industrialnych, zurbanizowanych i informacyjnych coraz bardziej dzielił się czas ludzkiego życia na czas nauki, czas pracy zawodowej i czas po przejściu na emeryturę lub rentę. Potrzeba pracy jako ważnej aktywności w życiu pozostaje jednak w dążeniach zawodowych wielu osób starszych. Praca jest wówczas traktowana jako spełnienie się społeczne w tej fazie życia i jako czynnik stabilności lub poprawy sytuacji materialnej tych osób. Te potrzeby spotykają się z potrzebami pracy wśród ludzi młodych, jako kapitałem ludzi wykształconych, mobilnych i konkurencyjnych na rynku pracy. Jest to zatem dylemat dla polityki społecznej wobec osób starych, który wymaga uwzględnienia potrzeb nie jednej tylko strony. Praca zawodowa osób starszych może być traktowana jako potrzeba trudna do zaspokojenia, jako pewien problem rynku pracy, ale może być również rozumiana jako czynnik wspierający rozwój. We wczesnej fazie starości zachowują się znaczne zasoby kapitału ludzkiego i kapitału społecznego, które mogą być wykorzystane w rozwoju, co jest racjonalne ze względu na wartości społeczne i zasady ekonomii społecznej. Jakość kapitału ludzkiego nie zmniejsza się nagle po osiągnięciu granicy wieku emerytalnego, lecz proces zmniejszania tego potencjału trwa, w zależności od cech osobowych, przez dłuższy okres. Zbyt wczesne ograniczenie dostępu do pracy marnuje ten potencjał, tak jak występuje to przy nadmiernym bezrobociu.

– Aktywność ekonomiczna osób starszych nie zawsze musi przybierać postać zatrudnienia w jego formie przed przejściem na emeryturę/rentę, lecz także w innych formach prawnych i przy innych rodzajach zajęć. Zmiana sytuacji zawodowej po przejściu na emeryturę następuje z powodu przejścia w inny

[6] Por. *Zapobieganie wykluczeniu społecznemu*. Red. L. Frąckiewicz. Katowice 2005.

układ prawny z pracodawcą i inny zakres obowiązków i odpowiedzialności. Ta nowa sytuacja (gdy zaistnieje) jest na ogół łatwiejsza w porównaniu ze stanem przed przejściem na emeryturę, co powinno być okolicznością sprzyjającą.

– Dla wielu osób starszych poszukujących pracy potrzebne jest instytucjonalne wsparcie w uzupełnianiu wiadomości i umiejętności w przygotowaniu się do podjęcia pracy. Wsparcie to mogą zapewnić zarówno instytucje publiczne (urzędy pracy, ośrodki pomocy społecznej), jak również organizacje pozarządowe. Jest oczywiste, że działania te muszą mieć głównie miejsce na poziomie lokalnym, ponieważ tu występuje zapotrzebowanie na pracę wśród osób starszych. Tu też są pracodawcy, którzy te oczekiwania mogą spełnić, gdy ich potrzeby zatrudnieniowe spotkają się z gotowością podjęcia danej formy zatrudnienia.

– Szersze udostępnienie możliwości pracy dla osób starszych to szansa zmniejszenia w wielu przypadkach odciążenia funduszu pomocy społecznej, funduszu na dodatki mieszkaniowe i innych środków pomocowych. Praca przynosząca dochód czyni człowieka niezależnym materialnie lub wzmacnia jego dotychczasowy status materialny i społeczny, o czym w polityce gospodarczej i społecznej nie zawsze się pamięta.

Marek Niezabitowski
Politechnika Śląska

OBSZARY ODRĘBNOŚCI SPOŁECZNEJ LUDZI STARSZYCH. PROBLEMY TEORETYCZNE I POTRZEBY BADAŃ SOCJOLOGICZNYCH W KONTEKŚCIE POSTĘPUJĄCEGO STARZENIA SIĘ MIAST GÓRNEGO ŚLĄSKA

Problem odrębności społecznej ludzi starszych w obliczu dynamicznego starzenia się społeczeństw postindustrialnych po raz pierwszy w miarę kompleksowo sformułował Arnold Marshall Rose w postaci teorii subkultury starości. Zwrócił on uwagę na ważny fakt, że proces starzenia się zachodzi w kontekście innych procesów społecznych i cywilizacyjno-kulturowych, które mogą sprzyjać wyodrębnianiu się ludzi starszych i emerytów jako osobnego segmentu struktury społecznej, tworzących z różnych względów także nową jakość kulturową, czyli subkulturę. Formowaniu się w warunkach społeczeństwa postindustrialnego nowej jakości kulturowej, jaką jest starość i ludzie starsi będą jego zdaniem sprzyjać cechujące ten etap cywilizacyjny procesy społeczne „wytwarzające" istotne dla subkultury stany i fakty:

1) narastającą odmienność pokoleniową ludzi starszych,
2) wyodrębnianie się ich jako osobnej kategorii społecznej, traktowanej inaczej niż inne grupy społeczne przez instytucje państwa, społeczeństwo w postaci stereotypów i uprzedzeń,
3) „rozkwit" warunków sprzyjających częstemu nawiązywaniu i podtrzymywaniu interakcji społecznych przez osoby w starszym wieku[1].

---

[1] Zob. A.M. Rose: *The subculture of the aging. A framework for research in social gerontology.* W: W.A. Peterson, A.M. Rose: *The older people and their social world.* Philadelphia 1965, s. 3.

Narastająca odmienność ludzi starszych w porównaniu z młodszymi pokoleniami ma szansę zostać uświadomiona, wzmocniona i dowartościowana, gdy ludzie ci mogą się spotykać, rozmawiać, dzielić swoimi doświadczeniami związanymi ze swoim indywidualnym starzeniem się. Mogą wtedy głębiej zrozumieć wspólność swojej sytuacji i lepiej ją również wyrazić w działaniu społecznym. Wspólna odmienność będzie więc dotyczyła takich cech, jak:

- styl życia,
- doświadczenie historyczno-biograficzne,
- wyznawane wartości i cenione symbole,
- sytuacja społeczna ludzi narażonych na zbędność, wykluczenie, dyskryminację i marginalizację.

Powyższe cechy sprawiają, że ludzie starsi inaczej doświadczają i spostrzegają świat niż młodsi i to może ukształtować ich świadomość odmienności i uformować subkulturę starości.

Podstawowym czynnikiem sprzyjającym przekształcaniu się zbioru ludzi starszych w nową, odrębną kategorię społeczną jest proces demograficznego starzenia się zachodzący na wszystkich poziomach życia społecznego[2]. Powoduje on zarówno wzrost liczebności tego zbioru społecznego, jak i przyrost odsetka ludności z tego przedziału wiekowego w różnych zbiorowościach i grupach społecznych. Proces ten zachodzi zarówno w skali makrospołecznej[3], a więc narodu czy państwa, jak i w skali mezostruktur, czyli społeczności lokalnych miast, wsi, osiedli, dzielnic. Jego dynamika dotyczy również małych struktur społecznych, takich jak: grupy hobbistyczno-rekreacyjne, stowarzyszenia i organizacje społeczne.

Na potencjalne i realne możliwości powstawania subkultury starości nie będzie wpływała jednak tylko liczebność i odsetek tej kategorii, lecz inne cechy społeczno-demograficzne i strukturalne. Oznacza to, że ważne będzie nie tylko to, ile ich będzie, ale jacy będą pod względem innych jeszcze cech ludzie na emeryturze lub w wieku emerytalnym. Dlatego istotne są też pozostałe procesy i tendencje wyróżnione przez A.M. Rose'a, mające jego zdaniem właściwości wspomagające powstawanie subkultury starości. Ważną rolę może tu odegrac także wydłużenie zarówno przeciętnego trwania życia, jak i życia na emerytu-

---

[2] Jako czynnik sprzyjający powstawaniu subkultury starości A.M. Rose opisuje demograficzne starzenie się: A.M. Rose: Op. cit., s. 4.

[3] Przewiduje się, że do 2030 r. ludność w wieku poprodukcyjnym będzie w Polsce stanowiła blisko jedną czwartą (24,0%) ogółu ludności kraju. J. Halik: *Starzenie się jako proces demograficzny i społeczny.* W: *Starzy ludzie w Polsce. Społeczne i zdrowotne skutki starzenia się społeczeństwa*. Red. J. Halik. Warszawa 2002, s. 11.

rze[4]. Czynnik ten będzie miał wpływ głównie na postawy społeczne ludzi na emeryturze, formy i intensywność ich aktywności, przedefiniowanie modelu życia na emeryturze polegające na traktowaniu go jako kolejnej fazy w cyklu życia człowieka, a nie czasu biernego, nudnego, pozbawionego wyzwań, przyjemności i głębszego sensu. Z tego wynika kolejna zasadnicza zmiana sytuacji ludzi starszych. Będą oni dysponowali większymi niż dotąd zasobami wolnego czasu. Czas ten prawdopodobnie wraz ze zmieniającym się modelem życia na emeryturze będą chcieli spędzać coraz bardziej aktywnie i poświęcać go m.in. na integrację z osobami w podobnej sytuacji społeczno-ekonomicznej. Czynnikiem wzmagającym potrzebę integracji może być wzrastająca liczebność kategorii ludzi będących przez kilkanaście lub kilkadziesiąt lat życia na emeryturze pacjentami leczonymi na przewlekłe choroby lub potencjalnymi biorcami innych świadczeń i form pomocy. Zapotrzebowanie na tańsze leczenie i świadczenia może, jak sugerował to przywołany przez A.M. Rose'a przykład amerykański, motywować środowiska emerytów do wspierania akcji legislacyjnych na rzecz udogodnień socjalnych[5]. W Stanach Zjednoczonych takie cele realizowały zarówno ugrupowania polityczne, grupy lobbingowe, jak i ruchy lokalne.

Według A.M. Rose'a wzrost przeciętnego poziomu wykształcenia w nadchodzących pokoleniach emerytów na skutek dynamicznego rozwoju masowej edukacji prawdopodobnie da im większe niż dotąd szanse zrzeszania się, podejmowania inicjatyw, wyrażania siebie i walki o swoje interesy[6]. Jak zakłada ten autor, a także polscy socjologowie starości, w konsekwencji powyższego zjawiska należy się spodziewać wzrostu aspiracji ludzi starszych oraz ich potrzeb uczestnictwa w życiu społecznym i w kulturze.

Czynnikiem, który jakby zamyka zespół uwarunkowań procesów subkulturotwórczych jest „ekspansja" specjalnych instytucji, grup, organizacji, stowarzyszeń i placówek zaprojektowanych z myślą o ludziach po sześćdziesiątce[7]. To one właśnie stanowią podstawę procesu wyodrębniania się ludzi starszych jako nowej kategorii społecznej, czyli takiej, która jest inaczej niż inne traktowana przez politykę społeczną państwa, przez społeczeństwo w sferze wyobrażeń i stereotypów oraz, co szczególnie mocno podkreślał sam A.M. Rose, przez nich samych. Te instytucje jego zdaniem są ostateczną i najskuteczniejszą płaszczyzną przemian świadomości ludzi starszych w kierunku pojmowania siebie jako odrębnej grupy społecznej. Początkiem tych przemian świadomości

---

[4] Przeciętny wiek przechodzenia na emeryturę w Polsce to około 57 lat dla mężczyzn i 52 lata dla kobiet. Zob. B. Synak: *Problematyka badawcza i charakterystyka badań*. W: *Polska starość*. Red. B. Synak. Gdańsk 2003, s. 14.

[5] Zob. A.M. Rose: Op. cit., s. 4.

[6] Ibid., s. 5.

[7] Ibid.

może być przystąpienie do grupy, która początkowo była młoda demograficznie, lecz stopniowo się zestarzała. Może je także uruchomić przymusowe lub dobrowolne przebywanie w placówce dla ludzi starszych typu dom pomocy społecznej lub dom dziennego pobytu. W szczególności proces ten cechuje organizacje, stowarzyszenia czy grupy samopomocowe, które od początku zdefiniowały swój cel jako zaspokajanie potrzeb oraz reprezentowanie interesów i wartości ważnych dla tożsamości starszego pokolenia różnych środowisk społecznych. W rezultacie wymiany doświadczeń, poglądów i podzielania wartości przy współdziałaniu pozostałych czynników uzyskuje się coraz liczniejszą w liczbach i procentach kategorię społeczną ludzi starszych:

- mających na tyle dużo lat do przeżycia na emeryturze, aby raczej pojmować starość jako kolejny etap rozwoju człowieka i chcieć go spędzić aktywnie,
- dysponujących wystarczająco dużymi zasobami wolnego czasu, aby realizować swoje potrzeby integracji społecznej, spotykać się, a nawet zrzeszać z podobnymi do siebie pod względem wieku, sytuacji społeczno-ekonomicznej, doświadczeń biograficznych, wyznawanych wartości i cenionych symboli,
- mających na tyle dużo wspólnych, dotkliwych problemów zdrowotnych i ekonomicznych, aby spotykając się i zrzeszając artykułować swoje propozycje rozwiązań i udogodnień,
- będących w kolejnych pokoleniach coraz lepiej wykształconymi i przez to zaradniej poruszającymi się po różnych obszarach życia społecznego i instytucjach,
- mających gotowe lub tworzących swoje własne grupy, stowarzyszenia, organizacje, w których nabywają coraz większej świadomości swojej odrębności społeczno-kulturowej, uczą się ją otwarcie wyrażać i domagać się respektowania ich potrzeb, aspiracji i pełni praw obywatelskich.

Wymienione wyżej i scharakteryzowane przez A.M. Rose'a procesy i zjawiska społeczne to coś w rodzaju „kanonu", który może być pomocny w analizowaniu powstających w różnych warunkach grup rówieśniczych ludzi starszych o charakterze subkultury. W każdych warunkach inne procesy mogą okazać się istotne. W swojej teorii subkultury starości A.M. Rose akcentuje ponadto czynniki:

1) wykluczenia społecznego tej kategorii z interakcji z innymi pokoleniami,
2) powiązań seniorów z instytucjami i grupami w różnych społecznościach lokalnych, co obecnie nazywa się kapitałem społecznym,
3) wzorów ruchliwości przestrzennej starszej generacji,
4) ich koncentracji w danym miejscu.

W kontekście tych czynników rozpatruje i ocenia on szanse uformowania przez ludzi starszych swojej odrębnej kultury.

Mimo zarysowania bardzo interesującej, ważnej gerontologicznie i inspirującej teorii A.M. Rose nie przeprowadził badań nad powstawaniem subkultury starości w konkretnych warunkach społecznych. Zrobiła to po raz pierwszy amerykańska socjolog Arlie Russel Hochschild w latach 70. XX w.[8], przyjmując perspektywę interakcjonizmu symbolicznego w przeciwieństwie do raczej strukturalno-funkcjonalnej A.M. Rose'a. Posługując się już nie tylko pojęciem „świadomości", ale przede wszystkim „jaźni" pokazała empirycznie, że obiektywna odmienność ludzi starszych pod względem cech strukturalnych i kulturowych jest niewystarczająca, aby w ramach grupy rówieśniczej seniorów powstała subkultura starości. Musi tu zaistnieć uwarunkowany interakcjami z innymi grupami, instytucjami i organizacjami proces definiowania, negocjowania i potwierdzania tożsamości grupowej, a nawet pokoleniowej. Istotne dla tego stanu odrębności o charakterze subkultury są cztery zjawiska zaobserwowane i przeanalizowane przez A. Hochschild:

1) świadomość odmienności względem innych pokoleń u członków grupy rówieśniczej seniorów,
2) świadomość, że odmienność tę spostrzegają inne znaczące grupy odniesienia, np. funkcjonujące w społeczności lokalnej,
3) określona postawa wobec swojej odmienności, poprzez którą kształtują swoją tożsamość społeczną jako grupa,
4) symboliczne i zarazem uświadamiane znaczenie tej odmienności, które powstaje i może być modyfikowane w interakcjach z innymi grupami społecznymi.

Mamy więc w ugruntowanej empirycznie teorii subkultury starości elementy interakcjonistycznej koncepcji jaźni, która jako proces świadomościowy oddziałuje na pojmowanie siebie i działania w środowisku lub/i w najbliższym otoczeniu społecznym. A. Hochschild udało się pokazać, jak procesy zachodzące w społeczności lokalnej uruchamiają, wpływają na przebieg i charakter procesów zachodzących wewnątrz grup o charakterze subkultury starości. Z jej badań jakościowych wynika, że procesy lokalne mogą:

1) krystalizować poczucie odrębności pokoleniowej opartej na wieku kalendarzowym,
2) uruchamiać proces nadawania znaczeń działaniom, postawom i formom aktywności społecznej seniorów (np. naznaczanie),

---

[8] Badania opisane w: A. Hochschild: *The unexpected community. Portrait of an old age subculture*. Los Angeles, London 1978.

3) motywować ich do działania prospołecznego w społeczności lokalnej lub do wycofywania się z zaangażowań tego typu,
4) kształtować hierarchię społeczną w grupach rówieśniczych, a w szczególności tzw. hierarchię litości i współczucia,
5) kształtować system wartości wewnątrz subkultury starości.

Ponieważ zjawiska te w większości nie zostały przewidziane, ani tym bardziej wyjaśnione przez teorię A.M. Rose'a, i są wynikiem odkrycia w badaniach jakościowych, ich zrozumienie wymaga zilustrowania fragmentami życia społecznego badanej przez Hochschild społeczności senioralnej. Należy dodać, że była ona w stanie dogłębnie poznać te zjawiska dzięki zastosowaniu kilku metod badawczych, w tym głównie obserwacji uczestniczącej, wywiadów swobodnych pogłębionych i studiów dokumentów osobistych.

Scharakteryzuję zatem pierwszy z wymienionych wyżej procesów społecznych zachodzących wewnątrz badanej przez Hochschild subkultury, polegający na pojawieniu się wśród członków tej grupy poczucia odrębności pokoleniowej opartej na wieku kalendarzowym. Do pojawienia się w świadomości społecznej takiego konstruktu tożsamości grupowej przyczyniły się wydarzenia związane z uczestnictwem seniorów w działaniach organizacji charytatywnych w społeczności lokalnej[9]. Regularnie z okazji jakichś świąt i innych uroczystości wręczano nagrody i wyróżnienia dla zasłużonych działaczy na rzecz miejscowej społeczności, w której było usytuowane badane przez A. Hochschild miniosiedle senioralne. Kiedy publicznie podziękowano za działalność dobroczynną liderom komitetów do spraw kontaktów z organizacjami społecznymi, pozostali statystyczni członkowie społeczności domu seniora poczuli się zlekceważeni, niedocenieni i potraktowani niesprawiedliwie. Uznali, że tak samo, jak liderzy zasługują na wyrazy uznania, szacunku i gratyfikację społeczną w postaci symboli prestiżu ich działalności. Wtedy po raz pierwszy w badanej przez Hochschild grupie rówieśniczej seniorów pojawiło się przekonanie, że skoro owi obdarzani oznakami prestiżu i gratyfikowani za działalność prospołeczną liderzy nie są młodsi od większości mieszkańców domu seniora i wykonują tak samo ważną pracę, to nie zasługują na wyjątkowe traktowanie, lecz na dokładnie takie samo, zgodnie z ich wiekiem i dokonaniami. Wraz z tak zwerbalizowanym stanem świadomości pojawiło się przekonanie o szczególnej godności statusu seniora oraz o tym, że właśnie starszy wiek stanowi o odrębności ich grupy w stosunku do innych grup i pokoleń. Wiek w świadomości członków badanej społeczności senioralnej od tej pory zaczął automatycznie oznaczać przynależność do odrębnej kategorii i grupy społecznej zarazem. W rezultacie

[9] Zjawiska z tym związane opisano w: A. Hochschild: *Elite and masses*. W: A. Hochschild: The unexpected..., op. cit., s. 56-58.

tych wydarzeń liderzy po raz kolejny uzyskali wzmocnienie motywujące do angażowania się w sprawy lokalne, podczas gdy ci, którzy poczuli się zlekceważeni zwątpili w sens społecznego angażowania się i wycofali się z działalności charytatywnej, poprzestając na aktywności w obrębie domu seniora. Tak więc proces interakcji z grupami i organizacjami w społeczności lokalnej doprowadził do zasadniczych przemian pojmowania siebie przez grupę i do wyłonienia się tożsamości pokoleniowej.

Ten sam proces i inne kontakty liderów społeczności mieszkańców osiedla senioralnego z instytucjami i władzami lokalnymi niestety potwierdzały i utrwalały stereotypy człowieka starego, starości jako fazy życia i ludzi starszych jako kategorii społecznej. Ze studium subkultury starości wykonanego przez Arlie Hochschild wynika również, że w rezultacie interakcji z grupami lokalnymi uruchamiał się proces nadawania znaczeń symbolicznych działaniom badanych seniorów oraz formom ich aktywności społecznej i publicznej. Przyjmowane przez nich sposoby oceniania różnych działań i stylów życia zdają się świadczyć o tym, że podlegali stygmatyzacji, etykietowaniu lub inaczej naznaczaniu. Spostrzegani i traktowani przez inne grupy jako bierni, bezradni, niezdolni do aktywności i samodzielnego troszczenia się o swoje sprawy, wymagający opieki, pomocy i współczucia niejako akceptowali taką tożsamość swojej grupy wiekowej i konsekwentnie traktowali tak innych przedstawicieli swojej kategorii, tworząc tzw. hierarchię litości i współczucia[10]. Najwyżej w tej hierarchii byli usytuowani aktywni społecznie i politycznie liderzy społeczności mieszkańców osiedla senioralnego. Nieco niżej sytuowali wysportowanych i ciekawych świata uczestników grup hobbistyczno-rekreacyjnych. Na niższym szczeblu umieszczano grających w karty, czytających książki, gazety, grających w gry towarzyskie i rozwiązujących krzyżówki. Najniżej lokowano przebywających w całodobowych, zamkniętych instytucjach medycznych i opiekuńczych. Nad nimi litowano się najbardziej i im sami seniorzy bez względu na to czym obdarzył ich los, przypisywali cechy potocznie postrzegane jako dziecinne.

Kryterium umieszczania na określonych pozycjach poszczególnych osób lub kategorii w obrębie grupy ludzi starszych był system wartości obowiązujący w społeczności lokalnej będącej otoczeniem społecznym badanych seniorów. System ten został zresztą w dużej mierze przejęty przez tę grupę, najbardziej cenili oni bowiem aktywność społeczną i publiczną, przez pryzmat której industrializująca się społeczność lokalna spostrzegała wartość społeczną grup i jednostek ludzkich. Im mniej aktywni byli seniorzy w badanym miniosiedlu i w specjalnych instytucjach, tym bardziej byli spostrzegani jako stereotypowi

[10] A. Hochschild: *The „poor dear" hierarchy*. W: A. Hochschild: The unexpected..., op. cit., s. 58-63.

staruszkowie, czyli jako bezradni, wymagający opieki i zasługujący na współczucie.

Wspomniany wyżej system wartości wewnątrz badanej przez Hochschild subkultury starości jest kolejnym dowodem na silne oddziaływanie społeczności lokalnej na funkcjonującą w jej kontekście grupę rówieśniczą ludzi starszych. Pokazuje to, że nie żyją oni i najczęściej nie chcą żyć w społecznej próżni, społeczność lokalna jest ich najbliższym po rówieśnikach i rodzinie środowiskiem społecznym, a ponadto grupą odniesienia nie tylko do formułowania poglądów, postaw i ocen, ale także wyobrażeń o swojej odrębności społeczno-kulturowej. Subkultura jest przecież podkulturą w obrębie jakiegoś, choćby najmniejszego systemu kulturowego, a więc np. lokalnego. O tym, że społeczność lokalna industrializującego się miasta stała się dla badanej grupy seniorów punktem odniesienia w formułowaniu poczucia własnej tożsamości społeczno-kulturowej zadecydowały, zdaniem amerykańskiej socjolog, tradycyjna w tym mieście silna kontrola normatywna i duża aktywność wrażliwej obyczajowo opinii publicznej oraz surowa, niemal ortodoksyjna etyka protestancka. Te właśnie czynniki społeczno-kulturowe nie pozwoliły, wydawałoby się wolnym od nacisków i presji, emerytom przyjąć postawy biernej, stoickiej, obojętnej wobec kwestii społecznych i wyczekującej ze spokojem na śmierć własną i przyjaciół[11].

Mając świadomość tego, że badania A. Hochschild miały charakter pojedynczego studium przypadku, należy się spodziewać, że w innych grupach skupiających ludzi starszych pojawią się inne zjawiska w rezultacie oddziaływań procesów na poziomie lokalnym lub analogiczne zjawiska w innych społecznościach senioralnych będą konsekwencją procesów funkcjonujących na innych poziomach strukturalnych. Najcenniejsze jednak w studium amerykańskiej socjolog jest to, że można z niego „wyczytać" powiązania procesów społecznych mikropoziomowych ze zjawiskami w skali mezospołecznej (lokalnej). Inspirując się badaniami A. Hochschild nad subkulturą starości warto się zastanowić nad potrzebą badań odrębności społecznej ludzi starszych z uwzględnieniem kontekstu lokalnego w Polsce. Myślę, że istnieje kilka ważnych przesłanek zarówno teoretycznych, jak i empirycznych dla lokalnych studiów uczestnictwa społecznego starszej generacji. Są to przede wszystkim:

- wzrost popularności teorii kapitału społecznego w socjologicznych analizach uczestnictwa społecznego różnych grup ludności,
- teoria społeczeństwa informacyjnego sugerująca problem „podziału cyfrowego" i powstawania w miastach stref wykluczenia m.in. ludzi starszych z cyfrowego obiegu informacji i wytworów kultury,

[11] A. Hochschild: The unexpected..., op. cit., s. 46.

- amerykańskie badania w socjologii miasta pokazujące, że osoby starsze najdotkliwiej odczuwają przeniesienie do innej dzielnicy i inne przemiany krajobrazu miejskiego,
- polskie badania nad przemianami charakteru miast polskich na skutek procesów restrukturyzacji gospodarki inspirujące do studiów na temat przemian tożsamości społecznej starszych mieszkańców,
- pionierskie w polskich warunkach badania metodą „action research" prowadzone w Poznaniu w ramach programu Tempus, przez pracowników naukowych Uniwersytetu Gdańskiego oraz Zakład Gerontologii Klinicznej i Społecznej Akademii Medycznej w Białymstoku pokazujące, że aktywizowanie seniorów w społeczności lokalnej przynosi korzyści im samym i instytucjom lokalnym,
- prognozowane przez demografów szybsze niż dotąd starzenie się miast, znacznie szybsze niż wsi[12].

Powyższe przesłanki zdają się na tyle poważnie odnosić do lokalnych polskich realiów, że mogą stanowić postawę do formułowania mniej lub bardziej szczegółowych problemów badawczych, odnoszących się do określonych obszarów geograficznych i empirycznych. Spróbuję pokazać krótko, co każda z tych przesłanek może wnieść do badań nad lokalnymi uwarunkowaniami odrębności i uczestnictwa społecznego ludzi starszych.

Popularna ostatnio koncepcja kapitału społecznego i kulturowego, reprezentowana przez socjologów społeczności lokalnych przede wszystkim wnosi wątek kulturowych wzorów aktywności i uczestnictwa społecznego różniących się w zależności od danego lokalnego kontekstu społeczno-kulturowego. Aktywność na danym terenie może przecież być uwarunkowana miejscową tradycją. Ta zresztą poddana konfrontacji z zachodzącymi zmianami może tam spowodować wzrost poczucia odrębności społeczno-kulturowej starszej generacji, np. w starej dzielnicy przekształcającej się w tych warunkach w swoistą enklawę starości, co A.M. Rose prawdopodobnie nazwałby subkulturą. Warto podkreślić, że w zależności od niepowtarzalnej konfiguracji czynników kulturowych, zmian gospodarczych i cywilizacyjnych w danym miejscu powstające tam grupy rówieśnicze ludzi starszych mogą przybierać charakter różnych typów subkultury lub/i kontrkultury starości lub też innych jeszcze niedających się łatwo ująć w znanych nam kategoriach teoretyczno-pojęciowych formach akcentowania swojej odrębności. Te w założeniu specyficzne dla danego obszaru procesy

[12] Zob. T. Kowalewski: *Osoby starsze i sędziwe na obszarach wiejskich. Obraz demograficzny z przełomu stuleci oraz prognozy.* W: *Zostawić ślad na ziemi. Księga pamiątkowa dedykowana Profesorowi Wojciechowi Pędichowi w 80 rocznicę urodzin i 55 rocznicę pracy naukowej.* Red. J. Halicki, M. Halicka. Białystok 2006, s. 288-289.

zmian sprzyjających wyrażaniu przez starszą generację odrębności właśnie poprzez swoją swoistość, powinny być przedmiotem badań jakościowych, które z niepowtarzalności mogą wydobyć jakieś regularności, prawidłowości i oddzielić je od zjawisk charakterystycznych.

Kolejnym powodem, dla którego warto badać i analizować problemy odrębności i uczestnictwa społecznego ludzi starszych z pozycji teorii kapitału społecznego i kulturowego jest wspomniana już i silnie akcentowana tendencja wzrostowa, jeśli chodzi o wykształcenie w kolejnych nadchodzących pokoleniach emerytów. Zakłada się, że z faktu wzrostu wykształcenia wyniknie wzrost zapotrzebowania na aktywniejsze formy spędzania wolnego czasu i bogatszą ofertę kulturalną[13]. Myślę, że w każdym środowisku społecznym i lokalnym czymś innym może być i co innego może znaczyć ta „bogatsza oferta kulturalna". Jak wiadomo, we współczesnych społeczeństwach postindustrialnych, niemających już struktury klasowej, lecz sprofesjonalizowaną, takie parametry strukturalne jednostek, jak m.in. wykształcenie nie mogą być podstawą do wnioskowań o ich stylu życia, wyznawanych wartościach i przyjmowanych przez nich koncepcjach i definicjach własnej tożsamości zarówno społecznej, jaki i przede wszystkim indywidualnej[14]. Tym bardziej na kwestię potrzeb uczestnictwa społecznego i tożsamości społeczno-kulturowej starszej generacji należy spojrzeć raczej z perspektywy lokalnej tradycji oraz innych bieżących oddziaływań i wpływów pochodzących także z kultury masowej poddawanej lokalnej obróbce.

Równie ważnym argumentem na rzecz "eksperymentowania" z teorią kapitału społecznego w polskich lokalnie ukierunkowanych badaniach uczestnictwa społecznego ludzi starszych są wspomniane wcześniej pionierskie programy aktywizujące tę grupę, prowadzone metodą „action research". Są to badania, które najpierw służą poznaniu potrzeb i potencjału aktywności społecznej starszej generacji na danym terenie, a następnie po jej zaktywizowaniu ocenie (ewaluacji) skutków, jakie wywarły te działania na seniorów, instytucje lokalne i społeczność mieszkańców miasta czy dzielnicy. Tego typu eksperymenty lokalne prowadzone w ramach Programu Tempus w Poznaniu, w ramach projektu MATRA COP przez Uniwersytet Gdański oraz w dzielnicy Białystok Antoniuk przez Zakład Gerontologii Klinicznej i Społecznej Akademii Medycznej w Białymstoku przynoszą dość interesujące rezultaty. Jak wykazuje przykład projektu

---

[13] Zob. J. Halik. Op. cit., s. 16.

[14] J. Turowski: *Przemiany struktury klasowej i warstwowej w społeczeństwach współczesnych.* W: J. Turowski: *Socjologia. Wielkie struktury społeczne.* Warszawa 1994, s. 188-189. Zob. też Z. Bokszański: *Tożsamość, interakcja, grupa. Tożsamość jednostki w perspektywie teorii socjologicznej.* Łódź. 1989.

badawczego realizowanego przez białostocki ośrodek gerontologiczny, w wyniku aktywizacji starszych mieszkańców jednej z dzielnic tego miasta:

- wzrósł wśród seniorów poziom wiary we własne możliwości zaangażowania w sprawy lokalne,
- wzrosła ich chęć uczestnictwa w działaniach prospołecznych w przyszłości,
- wpłynęło to pozytywnie na ich poczucie własnej wartości społecznej,
- odbyło się z korzyścią dla funkcjonowania np. instytucji pomocy społecznej dających osobom starszym możliwość spożytkowania swojego doświadczenia i woli działania[15].

Konsekwencje aktywizowania starszej generacji metodą „action research" wydają się na tyle pozytywne, że mogą, jak sądzę, w szerszej skali społecznej być sposobem na testowanie m.in. teorii kapitału społecznego w odniesieniu do uczestnictwa społecznego ludzi starszych. Daje się tu zauważyć kilka istotnych problemów wartych pogłębienia w badaniach socjologicznych, dotyczących przed wszystkim:

- zaufania seniorów do instytucji lokalnych i tych instytucji do nich,
- norm wzajemności i współpracy wewnątrz starszego pokolenia, m.in. norm solidarnościowych obejmujących np. działania samopomocowe także na rzecz innych grup,
- powiązań i sieci obywatelskiego zaangażowania będących w dyspozycji ludzi starszych i budowanych przez nich.

Istotę wymienionych tu problemów spostrzegam głównie w samodzielności starszego pokolenia w kreowaniu i wykorzystywaniu tych podstawowych elementów jakże ważnego kapitału społecznego. Wielokrotne eksperymenty lokalne metodą „action research", jak można się spodziewać, pokażą, czy wzbudzane przez fachowców działania prospołeczne seniorów w którymś momencie wyposażą ich w takie zasoby społecznych kontaktów, powiązań, wykształconych norm współpracy i umiejętności budowania struktur, aby w przyszłości samodzielnie, bez nakłaniania, ośmielania i organizowania przez kogoś spoza ich grupy mogli rozpoznawać swoje potrzeby, definiować swoje cele i poszukiwać właściwych środków ich realizacji. Po długotrwałych badaniach tego typu będzie można stwierdzić, w jakim stopniu budują one kapitał społeczny starszej generacji.

Równie inspirująca dla lokalnie ukierunkowanych badań w socjologii starości może być systematycznie rozwijana i częściowo już konfrontowana empirycznie teoria społeczeństwa informacyjnego. W odniesieniu do ludzi starszych w literaturze przedmiotu oprócz informowania o ważnych osiągnięciach krajów

---

[15] Zob. M. Halicka, W. Pędich: *Działania samopomocowe ludzi starszych*. Białystok 1997, s. 76.

Unii Europejskiej w promowaniu i udostępnianiu nowoczesnych technologii informatycznych dla potrzeb społecznych i kulturalnych ludzi starszych[16], podkreśla się zróżnicowanie krajów w dostępie do tych narzędzi oraz, co dla gerontologii jest dość istotne, niedostatek, jeśli nie brak badań nad zagadnieniami społeczeństwa informacyjnego w kontekście gerontologicznym[17]. Po raz kolejny więc wyłania się problem kapitału społecznego i kulturowego starszego pokolenia, ponieważ od niego będą zależały zarówno potrzeby, jak i możliwości posługiwania się technologią i sprzętem informacyjnym do zaspokajania potrzeb wiedzy i kontaktów społecznych. Ten kapitał i w założeniu wynikające z niego potrzeby i koncepcje ich zaspokajania mogą być zróżnicowane lokalnie. Dość istotne wątki i problemy badawcze mogą nasunąć te badania w socjologii miasta, które wykazały, że osoby starsze najdotkliwiej odczuwają przeniesienie do innej dzielnicy w wyniku działań zmierzających do podniesienia standardu i prestiżu pewnych obszarów miasta[18]. Inspirują one, podobnie jak badania nad przemianami tożsamości miast Górnego Śląska[19], do studiów nad przemianami tożsamości społeczno-kulturowej ludzi starszych, które mogą nastąpić na skutek dynamicznych zmian krajobrazu miejskiego wywołanych restrukturyzacją przemysłu, migracji młodszych pokoleń poza społeczność lokalną, upadku tradycyjnych na danym terenie form działalności gospodarczej.

Uwzględniając prognozy demograficzne na najbliższe kilkadziesiąt lat w Polsce, a przede wszystkim postępujący proces starzenia się miast szybciej niż wsi, należy się spodziewać koncentracji ludności starzejącej się właśnie w miastach, a ponadto starzenia się osiedli mieszkaniowych i innych form zabudowy. Skłania to do studiów nad kontekstem społeczno-kulturowym, charakterem i dynamiką tego procesu, a także nad formami uczestnictwa społecznego i odrębności ludzi starszych w miastach. Z niektórych artykułów prasowych już wynika, że mamy do czynienia z postępującym starzeniem się osiedli[20]. Starzeją się tu nie tylko mieszkańcy osiedli, ale także infrastruktura techniczna budynków zamieniających się w miarę upływu czasu w „betonowy bunkier". Dynamicznie i niekoniecznie pozytywnie zmienia się bezpośrednie otoczenie takich budynków, stanowiących środowisko życia codziennego seniorów, co jest przyczyną przeżywanego przez nich „stresu środowiskowego". Mamy tu do czynienia z takimi zjawiskami, jak:

---

[16] Zob. M. Lubański: *Człowiek a cywilizacja informatyczna.* W: *Dylematy cywilizacji informatycznej.* Red. A. Szewczyk. Warszawa 2004, s. 23-33.

[17] Ibid., s. 32.

[18] Zob. *Social aspects of physical planning.* W: International City Management Association, *The practice of local government planning.* Washington 1988, s. 348.

[19] Zob. *Tożsamość kulturowa mieszkańców starych dzielnic miast Górnego Śląska.* Red. W. Świątkiewicz, K. Wódz. Wrocław 1991.

[20] Zob. B. Znamirowska-Soczawa: *Osiedle pod jednym dachem.* „Przegląd" 2002, nr 12, s. 25-27.

- biologiczne starzenie się mieszkańców, którzy rozpoczynali użytkowanie nowych mieszkań już kilkadziesiąt lat temu,
- migracja młodzieży poza osiedle w poszukiwaniu pracy i samodzielności życiowej,
- spadek sprawności starszych mieszkańców, którym coraz trudniej jest się poruszać po niszczejącym budynku, najczęściej zaprojektowanym bez uwzględnienia specyfiki potrzeb i możliwości fizycznych ludzi starszych,
- wzrastająca bezradność starszych mieszkańców w zaspokajaniu potrzeb w codziennym funkcjonowaniu,
- izolacja społeczna wewnątrz i na zewnątrz kategorii ludzi starszych,
- dotkliwe przypadki osamotnienia w różnych codziennych sprawach egzystencjalnych, także przypadki samotnej śmierci,
- zagrożenie postępującą degradacją techniczną i społeczną osiedla, patologizacją życia społecznego w tym negatywnie naznaczonym miejscu, np. narkomania, chuligańska młodzież,
- zagrożenie procesem „wytwarzania" swoistego getta ludzi starych lub odizolowanej enklawy starości, zbliżonej do subkultury[21].

Z badań demografów i geografów społecznych prowadzonych w miastach śląskich wynika, że postępuje demograficzne starzenie się obszarów objętych restrukturyzacją przemysłu ciężkiego[22]. Obserwuje się tam procesy migracji młodszego pokolenia oraz degradację, a nawet upadek przyzakładowej infrastruktury socjalnej, kulturalnej i mieszkaniowej, zaprojektowanej w przeszłości w fazie gwałtownej industrializacji z myślą o pracownikach przemysłu ciężkiego na Śląsku[23]. Mamy więc do czynienia z nagromadzeniem wszystkich istotnych czynników formowania się subkultury starości, które akcentuje w swojej teorii A.M. Rose. Są to:

- demograficzne starzenie się na danym obszarze,
- erozja tradycyjnej przemysłowej kultury, stylu życia, zabudowy architektonicznej i towarzyszącej jej dotąd otoczki socjalnej, co może wywołać w starszej generacji sprzeciw i próby pielęgnowania wszelkich symboli tej przeszłości,
- koncentracja dużej liczby ludzi w starszym wieku o podobnym pochodzeniu środowiskowym w jednej przestrzeni, co sprzyja ich częstym interakcjom, powstawaniu enklawy starości i podtrzymywaniu ważnych dla nich symboli tożsamości społeczno-kulturowej,

---

[21] Ibid., s. 25-27.

[22] Badania A. Runge, J. Runge i S. Kurka. Cyt. za: L. Frąckiewicz: *Starzy ludzie w miastach śląskich*. W: *Przemiany demograficzne i jakość życia ludności miast*. Red. D. Rajchel, J. Słodczyk. Opole 2004, s. 22-23.

[23] Ibid., s. 23.

– wspólne problemy związane z pogarszającym się zdrowiem i rosnącymi kosztami leczenia oraz z życiem w zdegradowanym środowisku mieszkaniowym, co może wzmacniać obok odrębności kulturowych ich poczucie odrębności pokoleniowej na tle warunków socjalno-ekonomicznych.

Jeśliby do tego kompleksu uwarunkowań dodać fakt, że sprawność ludzi starszych na Śląsku nie odbiega aż tak bardzo od średniej krajowej dla tej kohorty, zadowolenie z życia jest większe niż u seniorów w innych województwach, a przeciętne dalsze trwanie życia w 2001 r. dla mężczyzny sześćdziesięcioletniego na Śląsku wynosiło 16,7 lat, a dla kobiety 20,9 lat[24], to uzyskujemy populację zdolną do aktywności społecznej, nawet jeśli po utarcie ogródków działkowych są to Klub Seniora przy parafii, tamtejszy zespół charytatywny lub inne jeszcze formy uczestnictwa w społeczności parafialnej. Mamy więc do czynienia z pewnym potencjałem aktywności, który powinien zostać zbadany, a późniejsza oferta dostosowana do możliwości i preferencji, które mogą być zróżnicowane w zależności np. od wykształcenia i pochodzenia społecznego czy regionalnego. Mimo bowiem istnienia tu pewnych homogenicznych enklaw starości związanych z byłą monokulturą przemysłową, Śląsk i demograficzne starzenie się na jego terenie nie przebiega jednakowo. Są tu miasta mające tylko 5% ludzi starszych, jak np. Żory w subregionie południowym i takie, w których seniorzy stanowią aż jedną piątą (21%) populacji mieszkańców, jak np. Koziegłowy w subregionie północnym[25]. Występują tu oprócz homogenicznych enklaw także obszary wielkomiejskie, bardzo zróżnicowane pod względem demograficznym, społecznym i kulturowym, gdzie prawdopodobnie zarysuje się w badaniach zróżnicowanie nawyków i preferencji związanych z różnymi sferami życia indywidualnego, rodzinnego i publicznego. Te zróżnicowania zadecydują, jak należy się spodziewać, o formach uczestnictwa społecznego i grupach społecznych skupiających osoby starsze, które będą się pojawiać na danym terenie. Aby uchwycić to spektrum zróżnicowań w badaniach socjologicznych dobrą strategią byłoby zastosowanie metody szkoły chicagowskiej, czyli monografii terenowej. Po wykonaniu takiej monografii w dzielnicach wybranego miasta mających swoją specyfikę, będzie można przybliżyć się początkowo w postaci empirycznie ugruntowanych hipotez do prawidłowości dotyczących wpływu zjawisk na poziomie lokalnym na formy odrębności społecznych ludzie starszych wewnątrz tej kategorii i w porównaniu z innymi grupami wiekowymi. Spodziewanym rezultatem tak poprowadzonych badań w skali regionalnej, czyli poprzez wielokrotną monografię porównawczą, może

[24] Ibid., s. 25.
[25] Ibid., s. 22.

być regionalna typologia grup społecznych i innych form uczestnictwa społecznego ludzi starszych.

Ugruntowanie teorii socjologicznej na temat wpływu lokalnych zjawisk i procesów społecznych na formy odrębności społecznej starszej generacji byłoby możliwe poprzez rzetelnie i żmudnie prowadzone wielokrotne studium przypadku, gdzie najpierw przypadkami byłyby dzielnice w obrębie badanych miast, później na wyższym poziomie miasta w obrębie subregionów itd. Tego typu badania zgodne z metodologią teorii ugruntowanej[26] musiałyby być prowadzone z uwzględnieniem tzw. kontekstu odkrycia, a więc z założeniem, że w badanych obszarach pojawią się zjawiska, których nie przewiduje teoria socjologiczna.

Rezultatem lokalnie ukierunkowanych badań nad odrębnością społeczną ludzi starszych i formami ich uczestnictwa społecznego powinna być ugruntowana empirycznie wiedza o podobieństwach uwarunkowań i różnicach. Różnice między uwarunkowaniami mającymi źródła w oddziaływaniach w skali makrospołecznej a tymi z poziomu struktur średnich i małych stałyby się bardziej klarowne. W ten sposób można by przede wszystkim ustalić, które zjawiska są wynikiem oddziaływania lokalnej specyfiki, a które wspólnych wzorów charakterystycznych dla kultury społeczeństwa polskiego.

---

[26] Zob. K. Konecki: *Studia z metodologii badań jakościowych. Teoria ugruntowana*. Warszawa 2000.

Elżbieta Niezabitowska, Michał Sitek
Politechnika Śląska

PROBLEMY DOSTOSOWANIA BUDYNKÓW SZPITALNYCH W POLSCE DO POTRZEB PACJENTA

(NA PRZYKŁADZIE OCENY JAKOŚCI WYBRANEGO SZPITALA MIEJSKIEGO WOJEWÓDZTWA ŚLĄSKIEGO)

Obowiązujące w Polsce standardy szpitalnictwa bazują przede wszystkim na wskaźnikach i procedurach medycznych. Porównując szpitale powstające w okresie poprzedzającym lata 90. XX w. i budowane obecnie można z całą odpowiedzialnością powiedzieć, że wiele zmieniło się na korzyść tak pod względem funkcjonalnym, jak i estetycznym. Pozostaje jednak otwarte pytanie czy zawsze i w każdym przypadku rozwiązanie programowo-funkcjonalne i przestrzenne jest adekwatne do potrzeb działań terapeutycznych i procesów pracy (wygoda, ułatwienie pracy personelu medycznego lekarskiego i pielęgniarskiego oraz obsługi) oraz potrzeb psychicznych i fizycznych pacjenta. W krajach rozwiniętego kapitalizmu i Unii Europejskiej opracowano metody badawcze sprawdzające dopasowanie przestrzeni do toczących się w budynku działań noszących wspólną nazwę ocen jakościowych budynków w trakcie użytkowania, z metodą bazową POE (Post-Occupancy Evaluation) na czele.

W latach 1996-1999 pracownicy Wydziału Architektury Politechniki Śląskiej w Gliwicach byli zaangażowani w realizację programu TEMPUS PHARE JEP_11408 pt. *Quality Assessment and Facility Management in Architecture* i podczas tego programu mieli możliwość zapoznania się z metodami oceny jakości budynków oraz Facility Management (FM), czyli nowoczesnymi metodami zarządzania jakością budynków, w tym także szpitalnych. Specjaliści z zakresu FM z W. Brytanii (prof. Keith Alexander) i Holandii (prof. Andreas Van Wagenberg) wprowadzali zespół w tę problematykę. Obaj profesorowie, a także inni

zagraniczni uczestnicy programu (Hugh Anderson z Glasgow, prof. Jon Sachs i Jan Achlin z Geteborga) przekazywali polskiej grupie najnowsze informacje dotyczące sukcesów praktycznych i badawczych w FM i badaniach jakości budynków, m.in. prof. Keith Alexander w 1999 r. przekazał pełną informację o ocenie jakości zwaną Functional Suitability Assessment[1] (FSA – ocena funkcjonalnego dopasowania) opracowaną i zastosowaną w celu permanentnego sprawdzania jakości szpitalnictwa szkockiego.

W tym czasie w Polsce wprowadzono reformę służby zdrowia polegającą na zmianie sposobu finansowania. Dotychczasowy stabilny i nieekonomiczny, nastawiony na udzielanie pomocy lekarskiej każdemu i w każdym przypadku system dotowania budżetowego został podporządkowany podejściu ekonomicznemu. Była to i ciągle jest rewolucja zarówno organizacyjna, jak i mentalna dla pacjentów, personelu medycznego i innych uczestników tego trudnego zadania.

W 2000 r. pracownicy Wydziału Architektury pod kierunkiem prof. dr hab. inż. arch. Elżbiety Niezabitowskiej postanowili skonfrontować wiedzę o FSA z panującą rzeczywistością w polskim szpitalnictwie na przykładzie typowego szpitala miejskiego. Początkowe, szerokie plany nastawione na opracowanie modelu modernizacyjnego dla szpitali tego typu zostały zmienione i skorygowane ze względu na wiele przeszkód, na jakie natrafiono podczas realizacji tego zamysłu. Ostatecznie zespół badaczy zdołał zmierzyć się tylko i wyłącznie z problematyką dostosowania strefy obsługi pacjenta do potrzeb wynikających z przepisów polskiego prawa budowlanego w tym zakresie i potrzeb behawioralnych pacjentów na przykładzie wybranego szpitala miejskiego województwa katowickiego.

Do podstawowych przeszkód należały:

1. Trudności w uzyskaniu zgody kierownictwa szpitala na przeprowadzanie badań i udostępnianie danych (tylko w jednym przypadku taką zgodę udało się uzyskać).
2. Bardzo niska ranga zarządcy nieruchomości szpitalnej, a także niezbyt wysokie kompetencje z zakresu zarządzania. Z tego powodu wszystkie decyzje odnośnie udostępnienia dokumentacji budowlanej i zezwolenia na wejście grupy badawczej musiały być uzgadniane z dyrektorem placówki.
3. Niekompletność i nieaktualność dokumentacji budowlanej. Brak szczegółowej historii zmian dokonywanych w nieruchomości od początku istnienia szpitala.

---

[1] *A practical approach to estate performance analysis*. The Lanarkshire Experience, report for Lanarkshire Health Board; Wickings Iden, Improving Hospital Design, A Report on the King's Fund Hospital Design Competition for 1993.

4. Niejasny i nieprzejrzysty system bilansowania wydatków, który całkowicie uniemożliwił wyodrębnienie wydatków związanych z utrzymaniem poszczególnych obiektów wchodzących w skład nieruchomości (np. koszty zużycia ciepła, wody i innych mediów są bilansowane razem dla całej nieruchomości).

Wiele z tych przeszkód wynikało ze skomplikowanego systemu własności i finansowania. A oto kilka podstawowych problemów tego skomplikowanego systemu:

- Szpital jako nieruchomość jest własnością gminy i gmina finansuje główne remonty, rozbudowy itp. Z uwagi na poważne problemy finansowe (wysokie bezrobocie) gmina stara się te koszty minimalizować i przerzucać na użytkownika budynków, jakim jest szpital-organizacja.
- Szpital-organizacja podporządkowana Ministerstwu Zdrowia jest finansowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ), ale tylko w zakresie usługi medycznej. Oznacza to, że NFZ kupuje od szpitala określoną przez NFZ liczbę usług medycznych, których cena jest ustalana z góry przez NFZ. Cena ta nie obejmuje kosztów utrzymania budynku.
- Szpital-organizacja, aby funkcjonować musi ponosić koszty utrzymania budynku i drobnych remontów modernizacyjnych i dokonuje ich kosztem płac personelu lub zabiegając o sponsora.
- Sponsorzy oferują pieniądze na przeprowadzenie remontów, ale są to głównie remonty upiększające (reklama sponsora), a nie podstawowe, zmierzające do obniżenia kosztów utrzymania (np. wymiana niesprawnego systemu ogrzewania czy ciągle psujących się urządzeń).
- Dyrektorami szpitali są lekarze niemający odpowiedniego przygotowania menedżerskiego do prowadzenia skomplikowanych zadań z zakresu zarządzania, a ponadto z racji „skażenia profesjonalnego" są skupieni przede wszystkim na procedurach medycznych i konieczności związania przysłowiowego „końca z końcem".
- Zarządca nieruchomości szpitalnej ma za zadanie jedynie utrzymywanie budynków w stanie używalności. Nikt nie oczekuje od niego budowy koncepcji modernizacyjnych, chociażby z uwagi na brak kompetencji w zakresie wiedzy budowlanej czy z zakresu zarządzania.

W systemie kontroli szpitalnictwa po 2000 r. uruchomiono system akredytacji usług medycznych i szpitale dobrowolnie poddają się sprawdzaniu przez niezależne jednostki sprawdzające. W ramach tego systemu sprawdza się jedynie jakość medyczną oferowanych usług. Niemal całkowicie pominięto jakość budynków i ich przystosowanie do pełnionych zadań ograniczając się do zwrócenia uwagi na bezpieczeństwo i konieczność wydzielenia niektórych stref

czy pomieszczeń. Obecnie obowiązujące zarządzenie ministra zdrowia[2] precyzuje, jakim warunkom z punktu widzenia prawa budowlanego powinny odpowiadać obiekty służby zdrowia. Przepisy te nie ujmują jednak potrzeb psychicznych i tzw. ogólnego dobrostanu użytkownika-pacjenta, tymczasem dopasowanie pomieszczeń szpitalnych do potrzeb psychicznych (przede wszystkim prywatność, terytorialność, estetyka, widok z okna itp.) i fizycznych pacjenta (hałas, jakość powietrza, oświetlenia) są przedmiotem troski zarówno architektów, jak i zarządców w szpitalach w krajach europejskich. Bardzo silnie podkreśla się konieczność stworzenia domowej atmosfery zwracając uwagę na to, że stres związany z pobytem w szpitalu jest tak duży, iż w celu przyspieszenia procesów leczenia należy go zmniejszać i eliminować. W związku z tym rozbudowuje się strefę pobytu dziennego pacjentów wyposażając ją w pomieszczenia i usługi, o jakich polski pacjent nawet nie próbuje marzyć. Na przykład w szpitalu w Maastricht pacjenci mają możliwość skorzystania ze strefy sklepowej i restauracyjnej dobudowanej do głównego szpitala, jak i z przedstawień teatralnych czy powierzchni wystawienniczej. Mogą także sami sobie gotować posiłki w specjalnie w tym celu wyposażonych kuchniach i jadalniach dla pacjentów chodzących czy leczących się w systemie dziennym (na noc wracają do własnych domów). Na podstawie badań stwierdzono, że pacjenci w warunkach zbliżonych do warunków domowych szybciej wracają do zdrowia. Bardzo ważny i istotny dla procesów leczniczych jest także kontakt z otaczającą przyrodą. Powszechnie w szpitalach brakuje pomieszczeń do rozmów z rodziną, lekarzem oraz pomieszczeń odosobnienia, w których można byłoby się pożegnać z odchodzącym członkiem rodziny. Do tego dochodzą niezauważalne dla personelu medycznego problemy związane z naruszaniem intymności zarówno w pomieszczeniach zabiegowych, jak i łazienkach i pokojach dla pacjentów. Dodatkowym problemem nie zawsze możliwym do rozwiązania w starych zespołach szpitalnych jest dostosowanie dostępności pomieszczeń dla pacjentów o specyficznych ograniczeniach fizycznych wynikających bądź z inwalidztwa, bądź z zaawansowanego wieku. Te sprawy są przedmiotem badań jakościowych, które z jednej strony pozwalają na wyartykułowanie i określenie oczekiwań pacjentów, z drugiej strony są wskazówką, w jakim kierunku powinna iść modernizacja istniejących szpitali. Najważniejszą korzyścią jest zebrana wiedza o funkcjonowaniu szpitalnictwa i budynków, która służy do tworzenia programów funkcjonalno-przestrzennych dla budowanych nowych kompleksów szpitalnych lepiej dostosowanych do potrzeb zarówno pacjentów, jak i personelu medycznego, co również jest przedmiotem badań jakościowych. Ważne jest

[2] Rozporządzenie ministra zdrowia z 22.06.2005 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej. Dz.U. z 29.06.2005 r.

poznanie sposobu pracy personelu i istniejących w budynkach utrudnień wynikających z niewłaściwie zaprojektowanych pomieszczeń (np. zbyt ciasnych lub o niewłaściwych proporcjach), które stwarzają ograniczenia lub utrudnienia w codziennej, ciężkiej i odpowiedzialnej pracy personelu szpitalnego.

Wymienione problemy stały się podstawą przeprowadzonych badań, których celem było sprawdzenie na ile badany szpital odpowiada wymaganiom prawa budowlanego oraz potrzebom pacjentów (funkcjonalnych i behawioralnych), a także jakie kryteria z zakresu jakości budynku szpitalnego powinny uzupełniać system akredytacji szpitala i w jakim procencie szpital spełnia wyodrębnione kryteria[3]. Badania te wykonano na wcześniej rozpoznanym szpitalu miejskim województwa katowickiego. Typowy szpital miejski w tej części kraju to albo obiekt stary z początku XX w., albo zbudowany w latach 60-70 XX w. Szczególnym problemem jest adaptacja budynku z innej funkcji na funkcję szpitalną. Zwykle nie jest możliwe uzyskanie takiego efektu jakościowego, jaki można osiągnąć w przypadku projektowania budynku szpitalnego o określonym profilu. Zwykle osoby podejmujące takie decyzje z racji kompetencji menedżerskich rzadko zdają sobie sprawę z faktu, że taki budynek z reguły nie spełni oczekiwań, a próby dostosowania go do potrzeb podnoszą zarówno koszty inwestycyjne, jak i utrzymania (np. przerosty powierzchni, która nie może być wykorzystana w sposób prawidłowy, konieczność realizacji niektórych usług w odległych budynkach itp.).

Omawiany szpital składa się z kilku budynków zlokalizowanych w pobliżu, lecz nietworzących wydzielonego kwartału miejskiego. Badania zostały wykonane w budynku głównym szpitala, który jest zlokalizowany w pobliżu centrum miasta przy jednej z głównych ulic i jest oddzielony tą ulicą od reszty zabudowań szpitalnych. Omawiany budynek był projektowany w latach 60. ubiegłego wieku jako typowy budynek biurowy dwutraktowy. W latach 70. został adaptowany na szpital specjalistyczny, który w latach 90. został przejęty na szpital miejski. Podczas prowadzenia badań budynek główny – pięciokondygnacyjny mieścił: izbę przyjęć ogólną i położniczo-ginekologiczną, blok operacyjny, przyszpitalną poradnię urazowo-ortopedyczną oraz 4 oddziały łóżkowe (chirurgiczny, urazowo-ortopedyczny, ginekologiczny, pielęgnacyjno-opiekuńczy) o łącznej liczbie łóżek 185. Łącznie zatrudniał 27 lekarzy, 22 osoby personelu niższego, 78 personelu średniego, 12 pracowników administracyjnych i obsługi budynku. Największym problemem lokalizacyjnym tego obiektu jest brak miejsc parkingowych dla gości, pacjentów i personelu oraz brak dostępu do otaczających budynek terenów rekreacyjnych dla pacjentów.

---

[3] M. Sitek: *Uzupełnienie systemu akredytacji szpitali o metody oceny przestrzeni pobytu pacjenta jako wytyczne do strategii modernizacji nieruchomości na przykładzie obiektu Szpitala nr 2 w Siemianowicach Śląskich*. Gliwice 2002 (maszynopis).

1. Budynek główny Szpitala nr 2
2. „Stary" budynek położniczo-ginekologiczny
3. Basen – przewiązka
4. Kuchania
5. Pralnia
6. Kotłownia
7. Zakład Anatomii Patologicznej

Rys.1. Lokalizacja budynków badanego szpitala na terenie działki

Prowadzenie badań rozpoczęto od analizy obowiązujących w Polsce przepisów w zakresie budownictwa szpitalnego i Programu Akredytacji Szpitali powstałego w 1998 r. Na podstawie analiz uzupełnionych rozmowami z lekarzami i pacjentami wyodrębniono kryteria funkcjonalności strefy opieki nad pacjentem

szpitala w czterech głównych standardach: A, B, C, D. Założono, że kategoria B oznacza budynek bazowy (wzorcowy), tj. taki, który spełnia w stopniu dostatecznym podstawowe wymagania funkcjonalne. Kategoria A oznacza, że budynek proponuje jakość wykraczającą poza wymóg formalny. Kategoria C oznacza, że jakość funkcjonalna jest poniżej standardu, ale istnieje możliwość poprawy bez nadmiernych kosztów. Kategoria D oznacza, że budynek wymaga przebudowy, lecz wiąże się to z wysokimi kosztami. Kryteria te zostały szczegółowo opisane w tab. 1 i 2.

Tabela 1

Warunki środowiska – tabela zbiorcza do oceny standardów

Warunek oceny	Ocena			
Warunki środowiska	A	B	C	D
Ogrzewanie	centralne sterowanie z informacją zwrotną o temperaturze w poszczególnych pomieszczeniach	regulacja głowicą w pomieszczeniu z możliwością regulowania temperatury	stan 0/1	brak możliwości odcięcia grzejnika
Wentylacja	centralne sterowanie, możliwość klimatyzowania pomieszczeń, monitoring CO_2 i wilgotności	wentylacja mechaniczna i grawitacyjna, możliwość otwarcia lub uchylenia okna regulacja sterownikiem w pomieszczeniu	wentylacja grawitacyjna, możliwość otwarcia lub uchylenia okna	niespełniony jeden z warunków kategorii C
Oświetlenie	centralne sterowanie, możliwość doboru intensywności oświetlenia oraz cyklów dobowych	regulacja natężenia oświetlenia sztucznego i naturalnego	brak oświetlenia punktowego przy łóżku sterowanego przez pacjenta	brak możliwości ograniczenia oświetlenia naturalnego
Hałas	izolacja dźwięków korytarza i sal sąsiednich	izolacja hałasu otoczenia budynku	hałas uciążliwy uniemożliwiający wypoczynek	hałas uciążliwy, ciągły
Okna	atermiczne o niskiej emisji z powłoką absorpcyjną, bezpieczne, otwierane z dozorem włamaniowym – – kondygnacje zagrożone	szczelne, bezpieczne, o niskiej emisji, otwierane	szczelne, otwierane	niespełniony jeden z warunków kategorii C
Okno – widok	widok na zieleń z perspektywą otwartą na horyzont zróżnicowany krajobraz z wieloma elementami zmieniającymi się w czasie wgląd w założenie parkowe	brak widoku nieba i horyzontu	inne budynki zespołu szpitalnego lub zabudowy kwartałowej w zbyt małym oddaleniu brak penetracji pokoju przez bezpośrednie promienie słońca	częste przypadki to wgląd w obszar funkcjonowania kostnicy lub bezpośrednie sąsiedztwo cmentarza

Tabela 2

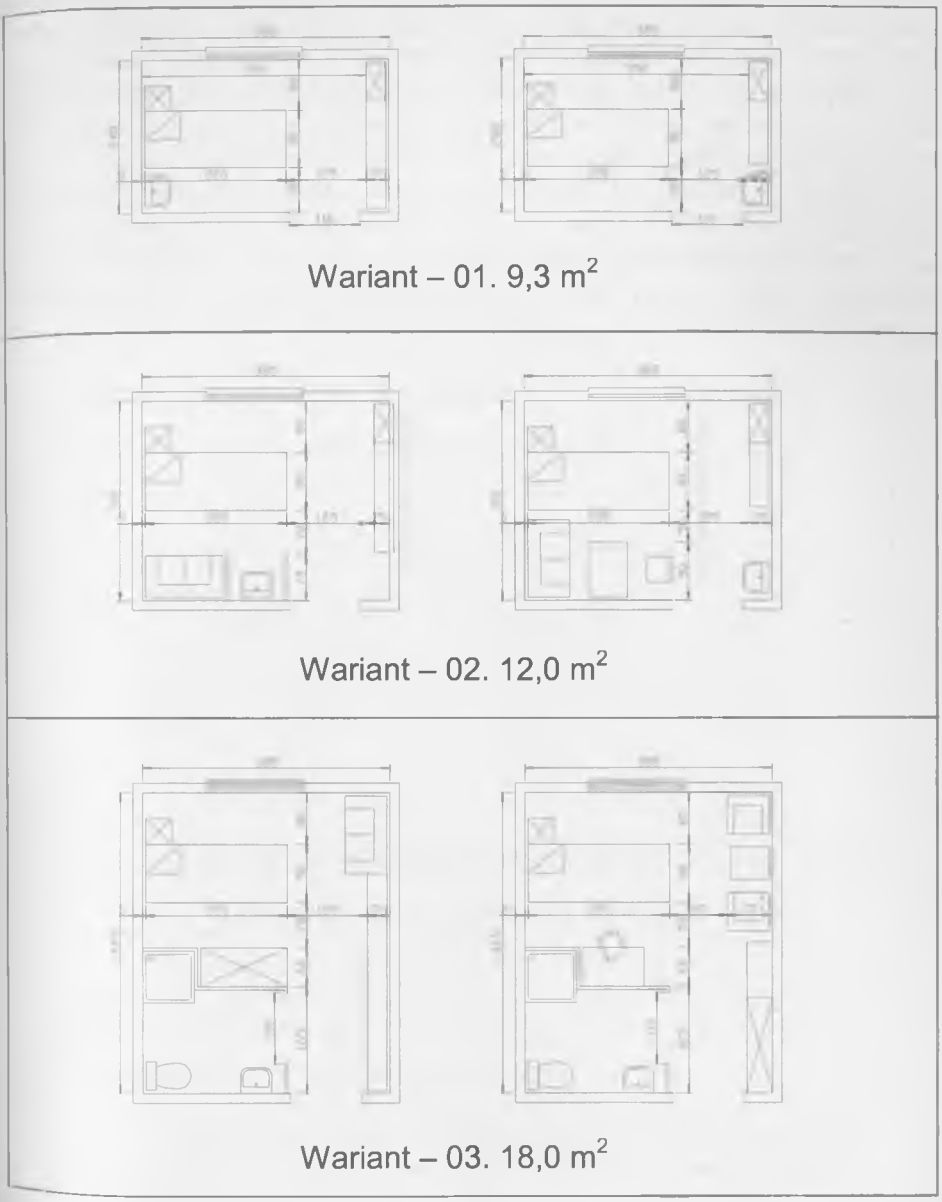
Oceny standardów w obiekcie szpitalnym – przestrzenie obsługujące pacjenta

Warunek oceny	Ocena			
1	2	3	4	5
Przestrzenie – stan istniejący i wymiary bazowe	A	B – norma	C	D
Pokój chorych	+ 20% – powierzchnia na dodatkowe wyposażenie pokoju w meble podnoszące standard i aparaturę medyczną	standard	do 20%	poniżej C
1 osoba 2 osoby 3 osoby n>2 osób	> 14,4 m^2 > 16,8 m^2 > 24 m^2 > 7,2 m^2/na jedno łóżko węzeł sanitarny w pokoju	12 m^2 14 m^2 20 m^2 6 m^2/na jedno łóżko	powyżej 9,6 m^2 11,2 m^2 0.8x (6xn) m^2/na jedno łóżko	brak możliwości ustawienia łóżka z dostępem z trzech stron – – wymiar modułu szerokości pomieszczenia
Wymiary elementów wyposażenia oraz odległości do elementów trwałych	A	B	C	D
Łóżko pacjenta – zarezerwowana szerokość przestrzeni	100 cm	90 cm	-	<70 cm
Dojście do łóżka	jest z trzech stron	jest z trzech stron	2 strony	z jednej strony (wnęka)
Dojście do okna (ściany zewnętrznej)	> 100 cm	80 cm	-	< 80 cm
Powiązania – dostępność	A	B	C	D
Łóżko – dyżurka pielęgniarska	system monitoringu danych telemetrycznych z wglądem wizualnym w stan śpiących – chorych wymagających dozoru	system przywoławczy, punkt dozoru w obrębie korytarza z możliwością szybkiego dojścia do najodleglejszej sali – – lokalizacje w 1/2 odległości pomiędzy skrajnymi pokojami chorych w obrębie odcinka pielęgniarskiego	brak komunikacji niewerbalnej	izolacja osób dyżurujących od sal podległych
Łóżko – WC	w obrębie pokoju	jako węzeł sanitarny wspólny dla zespołu pokoi	konieczność dojścia do wc poprzez korytarz komunikacji ogólnej	brak w obrębie oddziału, jednostki organizacyjnej

1	2	3	4	5
Łóżko – łazienka, prysznic	w obrębie pokoju	jako węzeł sanitarny wspólny dla zespołu dwóch pokoi	konieczność dojścia poprzez korytarz komunikacji ogólnej	brak w obrębie oddziału, jednostki organizacyjnej
Łóżko – gabinet zabiegowy	możliwość realizowania większości zadań zabiegowych w obrębie pokoju – dostępna przestrzeń niezbędna do realizacji tych zadań i mobilne wyposażenie zabiegowe	w obrębie jednostki, na kondygnacji pokoju łóżkowego	w obrębie jednostki, tj. co najwyżej na poziomie sąsiedniej kondygnacji	brak w ramach jednostki
Łóżka – kuchnia	możliwość samodzielnego korzystania przez pacjentów z aneksu kuchennego, ogólna dostępność wydzielonej części kuchennej	w obrębie jednostki, na kondygnacji pokoju łóżkowego	w obrębie jednostki, tj. co najwyżej na poziomie sąsiedniej kondygnacji	brak w ramach jednostki
Łóżko – świetlica	przestrzeń dostępna przez całą dobę, p. dająca możliwość różnego kształtowania funkcjonalnego – – kącik TV, p. wypoczynku, p. rozmów i spotkań, p. rehabilitacji	w obrębie jednostki, na kondygnacji pokoju łóżkowego	w obrębie jednostki, tj. co najwyżej na poziomie sąsiedniej kondygnacji	brak w ramach jednostki
Otoczenie – prywatność	A	B	C	D
Pokój chorych – przestrzeń łóżka („dywan" – – przestrzeń bezpośrednio związana z otoczeniem i funkcjonowaniem łóżka szpitalnego)	1 łóżko na pokój	możliwość oddzielenia pacjentów kotarą, parawanem, (2 do 3 osób na pomieszczenie)	liczba pacjentów większa niż 3, konieczna możliwość oddzielenia, jak w ocenie B	liczba łóżek >3, brak separacji pacjentów, nieprawidłowa skala pomieszczenia – – niedopasowanie przestrzeni do funkcji (np. pomieszczenie zbyt wysokie)
Przestrzeń pokoju	osobista zamykana szafa ubraniowa, możliwość posiadania rzeczy osobistych w otoczeniu łóżka, telefon, możliwość korzystania z łącza internetowego, zieleń	zamykana szafa ubraniowa/1osobę, możliwość korzystania z TV i radia	podręczna szafka na rzeczy osobiste	brak

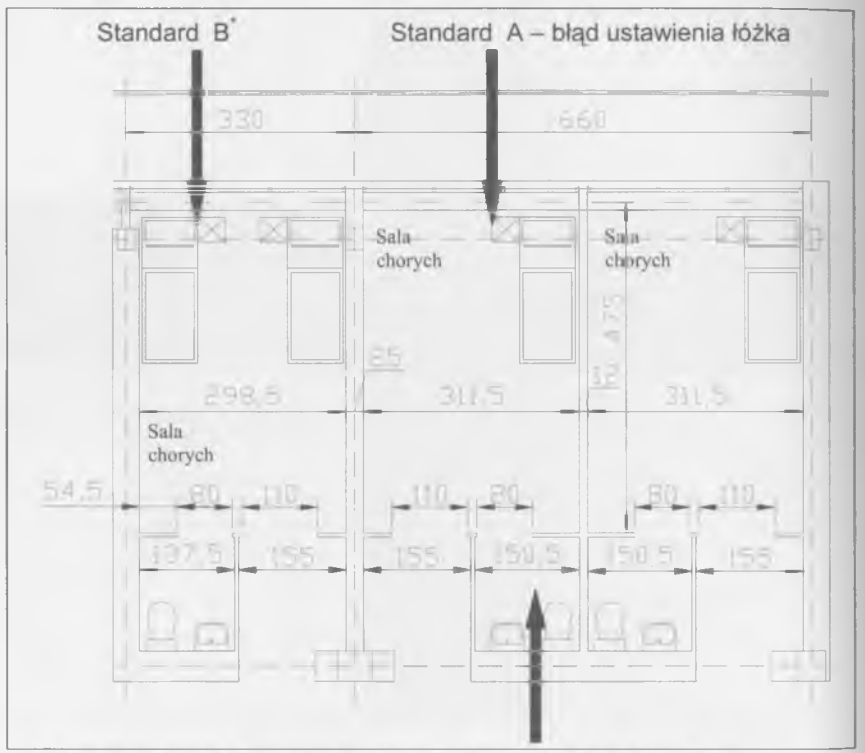
1	2	3	4	5
Badania	jeśli proces badania odbywa się w obrębie pokoju chorego (separatka) z zachowaniem warunków kategorii oceny „B" – oddzielenie przestrzeni badania (pokoju chorego) akustycznie i wizualnie od innych przestrzeni	oddzielenie przestrzeni badania (pokoju chorego) wizualnie od innych przestrzeni, ograniczenie dostępności pomieszczenia (przestrzeni) dla osób postronnych podczas przygotowań i badań	jednoczesne badanie i ocena stanu pacjentów w ramach jednej przestrzeni (obecność współpacjentów i osób postronnych)	
Wizyty odwiedzających – kontakty społeczne	możliwość przyjmowania odwiedzin bez ograniczeń w obrębie pokoju, rezerwa przestrzeni na potrzeby realizacji spotkań nieformalnych – dodatkowe wyposażenie w meble i sprzęty	ograniczony pobyt godzinowy osób postronnych na terenie szpitala, wizyty jako element terapeutyczny kosztem prywatności współużytkowników pokoju	brak możliwości spotkania się poza pokojem	brak wizyt lub utrudniony kontakt z pacjentem
Lokalizacja pokoi chorych w relacji do przestrzeni terapeutycznych – ich wzajemne położenie, powiązania pomiędzy przestrzeniami	A	B	C	D
Dotyczy realizacji zadań terapeutycznych i diagnostycznych	wszystkie przestrzenie powiązane znajdują się w obrębie jednej kondygnacji lub są dostępne bezpośrednio, co umożliwia samodzielne dotarcie do nich pacjenta	wydzielone strefy funkcjonalne dostępne w obrębie budynku	przestrzenie powiązane dostępne w zespole sąsiadujących budynków, gwarancja możliwości dotarcia do wszystkich przestrzeni bez konieczności poruszania się poza środowiskiem wewnętrznym budynków – – łączniki, tunele	konieczny transport pacjenta przy użyciu środków szpitala, tj. kolumny transportu sanitarnego

Kryteria odnoszące się do pokoi pacjentów przedstawiono na rys. 2.



Rys. 2. Wymagane przepisami warunki w pokojach chorych

Mając określone wymagania dla poszczególnych problemów (działka, lokalizacja oraz poszczególne oddziały) porównano warunki, jakim odpowiadają pomieszczenia szpitalne badanego budynku ze standardami ujętymi w tabelach wyjściowych oraz z warunkami przestrzennymi, jakie zostały określone na rys. 2. Rysunki 3 i 4 wskazują, że jakkolwiek powierzchnia całkowita pokoi mieści się w granicach normy, to ich zagospodarowanie ma błędy funkcjonalne (brak dojścia do łóżka z dwóch stron, zbyt bliskie ustawienie łóżka przy oknie, niemożność wjechania do łazienki wózkiem inwalidzkim). Pokój w standardzie C dla trzech osób jest zbyt ciasny, utrudnia wygodną obsługę pacjenta, ponadto pacjent usytuowany zbyt blisko łazienki słyszy w nocy spuszczanie wody, natomiast pacjent myjący się przy umywalce jest narażony na przypadkowe oglądanie go podczas mycia, gdy drzwi pokoju zostaną otwarte na korytarz.

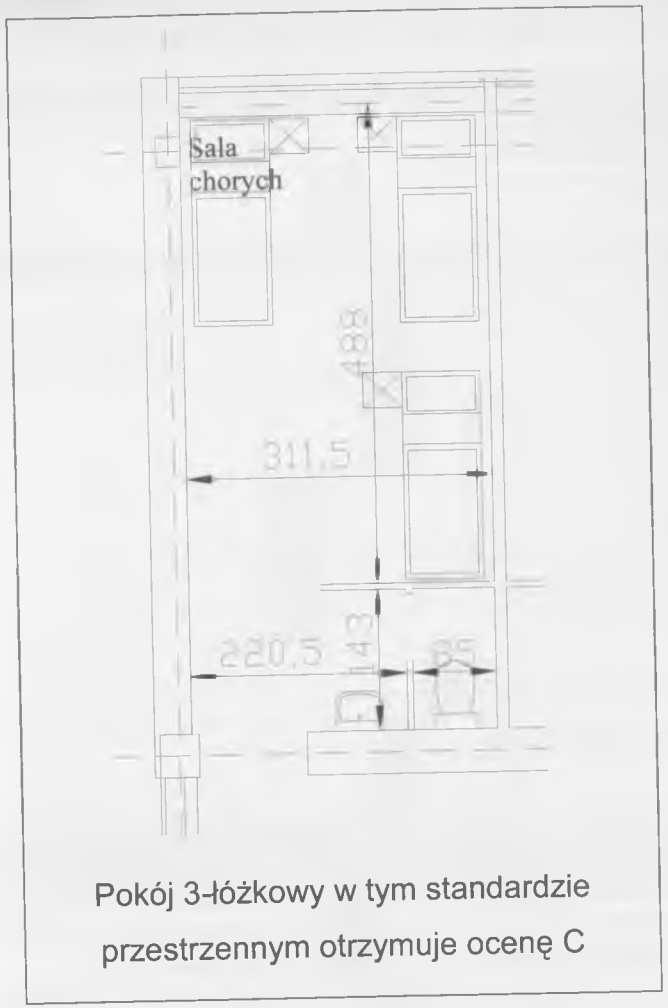


Korzystanie z toalety przez osobę na wózku inwalidzkim jest niemożliwe!

Pokój 1– łóżkowy w tym standardzie przestrzennym może otrzymać ocenę A

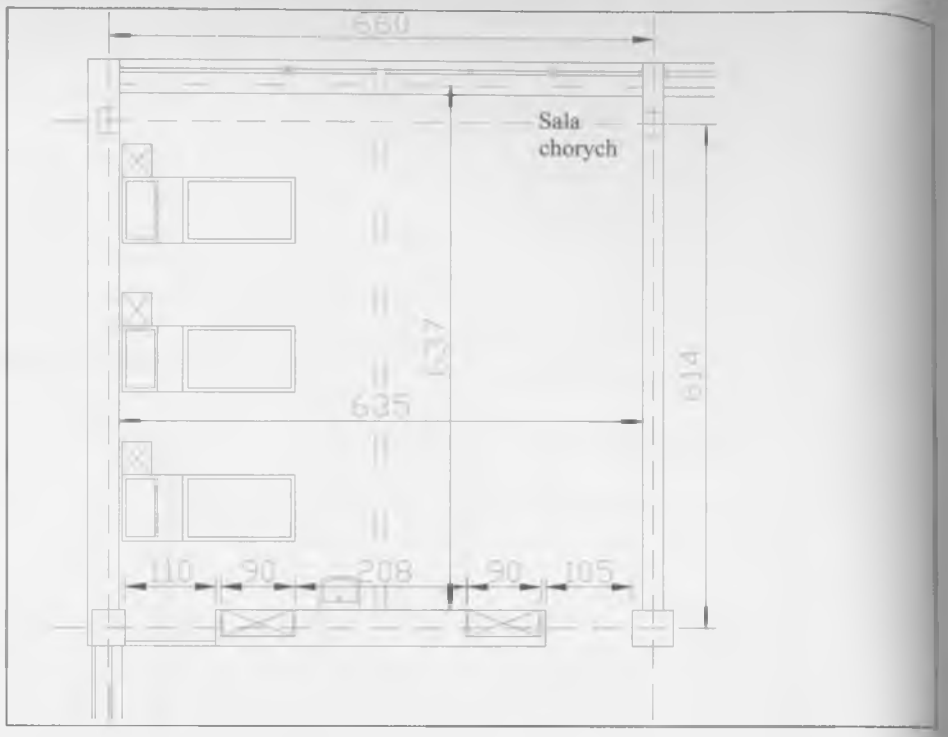
* Kryteria zakwalifikowania do standardów A, B, C i D zostały ujęte w tab. 2.

Rys. 3. Pokoje chorych o standardzie A i B szpitala



Pokój 3-łóżkowy w tym standardzie przestrzennym otrzymuje ocenę C

Rys. 4. Pokoje chorych o standardzie C szpitala



Rys. 5. Pokój pozabiegowy

Trzyosobowy pokój zabiegowy na oddziale ginekologicznym, utworzony z dwóch pokoi, ze względu na istniejący moduł projektowy biurowy, a nie szpitalny (konsekwencja adaptacji budynku o innej funkcji na funkcje szpitalną), jest zbyt duży i część powierzchni jest niewykorzystana, a jej utrzymanie niepotrzebnie kosztuje (ogrzewanie, mycie, sprzątanie, oświetlenie).

Szczegółowej analizie poddano cały budynek zarówno pod kątem spełnienia wymagań przepisów budowlanych, jak i funkcji socjalnych (np. świetlica, pokój rozmów z rodziną itp.). Wyniki badań ujęto w tabelach ujmujących takie zagadnienia, jak: przestrzeń obsługi pacjenta, usługi i ich dostępność oraz warunki środowiskowe (ogrzewanie, wentylacja, oświetlenie, hałas, widok z okna). W ocenie przestrzeni brano pod uwagę otoczenie i prywatność, rozmieszczenie wyposażenia w pomieszczeniu pobytu pacjenta. W usługach badano ich lokalizację w stosunku do obsługiwanych pomieszczeń i ich dostępność dla pacjentów. W ostatecznej ocenie podano udział procentowy wyłonionych jednostek w poszczególnych kategoriach jakościowych A, B, C, D.

Tabela 3

Ocena oddziału pielęgnacyjno-opiekuńczego

Warunek oceny	Ocena				Uzasadnienie oceny
Przestrzenie – stan istniejący i wymiary bazowe	A	B	C	D	
Pokój chorych		■			3 pokoje 3-osobowe, 7 pokoi 2-osobowych i 2 pokoje 1- osobowe, metraż pokoi >14m^2
Otoczenie – prywatność	A	B	C	D	
Pokój chorych Przestrzeń łóżka („dywan" – przestrzeń bezpośrednio związana z otoczeniem i funkcjonowaniem łóżka szpitalnego)			■		zastosowanie kotar lub parawanów podniesie ocenę do kategorii B, dotyczy pokoi 2- i 3-osobowych
Przestrzeń pokoju			■		dodanie mebli i dodatkowego wyposażenia pozwoli na zmianę oceny do kategorii B, trudność doposażenia w meble pokoi o module szerokości 3,1 m
Łazienki	■				brak dodatkowego wyposażenia ułatwiającego korzystanie z łazienki przez osoby niepełnosprawne
WC	■				osoby przebywające na tym oddziale nie korzystają z węzła sanitarnego przy pokojach – sugerowana przeniesienie oddziału na inną kondygnację
Świetlica				■	brak; zamiana jednego pomieszczenia w obrębie kondygnacji na świetlicę podniesie ocenę
Badania			■		zastosowanie zasłon wokół łóżek pacjentów podniesie standard do kategorii B
Wizyty odwiedzających – kontakty społeczne			■		brak świetlicy w obrębie kondygnacji
Wymiary elementów wyposażenia oraz odległości do ścian pomieszczenia	A	B	C	D	
Łóżko pacjenta – zarezerwowana szerokość przestrzeni		■			istniejąca rezerwa przestrzeni w pokojach 2-osobowych pozwala na ich prawidłową aranżację (łóżko zagłówkiem do ściany)
Dojście do łóżka			■		zalecenie – zmiana ustawienia łóżek, głową do ściany
Dojście do okna (ściany zewnętrznej)			■		zalecenie – zmiana ustawienia łóżek, głową do ściany, 90 cm od ściany zewnętrznej
Pokój zabiegowy	■				brak uwag
Pokój lekarzy – wypoczynkowy					nie dotyczy
Pokój ordynatora					nie dotyczy
Pokój głównej pielęgniarki		■			uzupełnienie wyposażenia biurowego
Pokój dokumentacji				■	brak tego typu wydzielonej przestrzeni
Kuchnia		■			brak zaleceń

Magazyn środków medycznych			■		wygospodarowanie dodatkowego pomieszczenia pozwoli na ocenę B
WC					nie dotyczy
Łazienka – węzeł sanitarny zbiorowy	■				brak zaleceń
Węzeł sanitarny indywidualny					nie dotyczy
Brudownik		■			brak zaleceń
WC personelu Jeśli liczba pracowników na najliczniejszej zmianie nie przekracza 15, może być jeden ustęp wspólny dla mężczyzn i kobiet		■			brak zaleceń
Usługi	**A**	**B**	**C**	**D**	
Dostępność i różnorodność			■		zbyt duża odległość do usług
Powiązania – dostępność	**A**	**B**	**C**	**D**	
Łóżko – dyżurka pielęgniarska			■		dodanie systemu przywoławczego podniesie ocenę do kategorii B
Łóżko – WC	■				
Łóżko – łazienka, prysznic		■			pomimo braku łazienek przy pokojach ze względu na typ oddziału ocena B
Łóżko – gabinet zabiegowy		■			brak zaleceń
Łóżka – kuchnia		■			brak zaleceń
Łóżko – świetlica				■	brak świetlicy, zamiana jednego pomieszczenia na kondygnacji do roli świetlicy podniesie ocenę
Lokalizacja – położenie, powiązania pomiędzy przestrzeniami	**A**	**B**	**C**	**D**	
Dotyczy realizacji zadań terapeutycznych i diagnostycznych.			■		wskazane skrócenie drogi do przestrzeni tego typu
Warunki środowiska	**A**	**B**	**C**	**D**	
Ogrzewanie – temperatura				■	montaż głowic termoregulacyjnych podniesie ocenę do kategorii B
Wentylacja (wilgotność, wymiana powietrza)			■		uzyskanie oceny B wiąże się ze zbyt wysokimi nakładami finansowymi
Oświetlenie – naturalne i sztuczne				■	montaż dodatkowego oświetlenia i systemu ograniczającego dostęp światła naturalnego
Hałas		■			brak zaleceń
Okna			■		wymiana na szklenia w nowych standardach emisji ciepła z i do pomieszczeń
Okno – widok			■		brak możliwości wprowadzenia zmian
	A	**B**	**C**	**D**	
	5	**10**	**13**	**5**	**SUMA OCEN W KATEGORIACH**
Udział procentowy oceny w skali	**15,15**	**30,30**	**39,40**	**15,15**	**%**
45,45% ocen odpowiada standardom			**54,55% ocen wymaga zmian**		

Podstawowe wymagania są spełnione w kategoriach A i B, pomieszczenia kategorii C i D są poniżej standardu i wymagają modernizacji. W badanym szpitalu podstawowe kryteria stawiane pomieszczeniom pobytu pacjenta były spełnione w stopniu mniejszym niż 50%. Ponad 50% kryteriów nie zostało spełnionych i wymaga zabiegów dostosowawczych, które podzielono na odnoszące się do poprawy organizacji przestrzeni i zmian w organizacji pracy oraz na wymagające nakładów finansowych związanych z remontami modernizacyjnymi lub dodatkowym zakupem wyposażenia (tab. 4).

Tabela 4

Przykładowa tabela wytycznych dla IV piętra, do realizacji zadań naprawczych

Poprawa organizacji przestrzeni i pracy	Wytyczne zmian wymagających nakładów finansowych
– Zmiana ustawienia łóżek – Dodanie strefy dziennego pobytu pacjentów – świetlica – Zorganizowanie wydzielonej przestrzeni magazynowej na środki medyczne i sprzęt	– Zastosowanie kotar lub parawanów – Dodanie mebli i dodatkowego wyposażenia – Instalacja systemu przywoławczego – Montaż głowic termoregulacyjnych w poszczególnych pomieszczeniach – Montaż dodatkowego oświetlenia i systemu ograniczającego dostęp światła naturalnego – Wyposażenie łazienek w akcesoria ułatwiające korzystanie z nich przez niepełnosprawnych

Wyraźna poprawa jakości pobytu pacjenta jest możliwa do uzyskania dzięki niewielkim nakładom finansowym. Już sama reorganizacja przestrzeni dostępnych w obiekcie szpitala może przynieść poprawę warunków pobytu pacjenta.

Stworzony w 1998 r. zestaw standardów akredytacji szpitali w Polsce jest nakierowany głównie na funkcje, jakie ma przed sobą do spełnienia szpital jako organizacja (np. zarządzanie ogólne, zarządzanie informacją, ocena stanu pacjenta, poprawa jakości obsługi pacjenta), pomijając bardzo istotną rolę terapeutyczną, jaką jest jakość architektoniczna budynku szpitalnego, jak i rolę marketingową coraz ważniejszych na wolnym rynku usług medycznych, na którym jakość budynku i zakres usług pozamedycznych odgrywają bardzo ważną rolę.

Zaproponowana koncepcja uzupełnienia systemu akredytacyjnego szpitali o kryteria jakości infrastruktury budowlanej wymaga dalszego dopracowania i uzupełnienia. W tym celu należałoby wykonać studia przypadku w wielu szpi-

talach miejskich w celu zdiagnozowania stanu jakościowego budynków szpitalnych w Polsce. Baza danych o tej jakości pozwoliłaby na określenie:

- stanu jakości budynków szpitalnych,
- kierunków modernizacji,
- zmian w sposobie finansowania szpitalnictwa ujmującego problematykę bieżącego utrzymania budynków (w najlepszych szpitalach światowych koszty utrzymania szpitala w ciągu 4 lat przekraczają koszt budowy nowego),
- najlepszego sposobu zarządzania infrastrukturą budowlaną szpitali – zbudowanie systemu facility management najlepiej odpowiadającego polskim warunkom (racjonalne i oszczędne zarządzanie kosztami utrzymania).

Pomimo prób podjęcia takich badań (kierowanie ofert do Centrum Monitorowania Jakości w Służbie Zdrowia, Ministerstwa Zdrowia, Komitetu Badań Naukowych) nie uzyskano wsparcia od instytucji, które teoretycznie powinny być zainteresowane tego typu pracami badawczymi. Próby wykonania nieodpłatnego badań w ramach prac statutowych napotkały silną barierę administracyjną (brak zainteresowania, niechęć i lęk zarządców szpitali przed wpuszczeniem ekipy badawczej na teren szpitala). Ponadto ministerstwo i władze szpitalne są przekonane, że wszystkie problemy zostały ujęte w rozporządzeniu ministra zdrowia określającym warunki, jakim powinny odpowiadać budynki szpitalne od stycznia 2006 r. Zarządzenie to ujmuje wyłącznie problematykę jakości technicznej struktury budowlanej i częściowo niezbędnych z punktu widzenia potrzeb medycznych (zapewnienie septyczności itp.) powiązań funkcjonalnych pomiędzy strefami funkcjonalnymi lub pomieszczeniami. Problematyka dostosowania przestrzeni szpitalnej do potrzeb psychicznych i fizycznych pacjenta nadal jest tematem nieistniejącym w świadomości zarówno ministerstwa, jak i zarządzających szpitalnictwem

Zgodnie z zapisem rozdziału 7 – Przepisy przejściowe i końcowe[4], ustawodawca zdefiniował trzy daty graniczne dotyczące usunięcia wad obiektów i urządzeń, których cechy definiują zapisy ustawy. Kierownicy zakładów w terminie do 31 grudnia 2006 r. mieli przedłożyć stosownym organom program dostosowania zakładu opieki zdrowotnej do wymagań określonych w przepisach rozporządzenia. Kolejne daty określają termin dostosowania pomieszczeń i urządzeń do wymagań określonych w przepisach i są to odpowiednio 31 grudnia 2010 r. dla szpitali i innych zakładów przeznaczonych dla osób wymagających całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych oraz 31 grudnia 2008 r. w przypadku pozostałych zakładów opieki zdrowotnej.

---

[4] Rozporządzenie ministra zdrowia z 22.06.2005 r. Op. cit.

Podsumowanie

Szpitale szybko ulegają przemianom związanym ze zmianami procedur medycznych. Tylko poprzez zbieranie doświadczeń można obiektywnie ocenić problemy nękające szpitalnictwo i znaleźć ich rozwiązanie, dlatego rozwój narzędzi badawczych ma ogromne znaczenie dla rozszerzania wiedzy. Zaprezentowane narzędzie pozwala w ramach studiów wielokrotnych na przeprowadzenie szybkiej oceny analizowanych obiektów. Poprzez dodanie informacji do ogólnej bazy informacyjnej, obejmującej podobne obiekty, osoby analizujące wyniki mogą zaprezentować całościowe spektrum porównawcze. Dzięki temu w obiektach szpitalnych można tworzyć minimalne standardy, do których zarówno obecnie, jak i w przyszłości będą aspirować organizacje i przestrzenie przez nie użytkowane. Nowoczesne zarządzanie to umiejętność praktycznego wykorzystania wiedzy z wielu, czasem bardzo odległych dziedzin nauki o ludziach, systemach ekonomicznych, technicznych i wielu innych. Coraz częściej zarządzaniem dużymi organizacjami, a do takich można zaliczyć nowoczesne szpitale, staje się domeną wyspecjalizowanych firm. W zakresie świadczenia usług zarządzanie szpitalami jest nową branżą-dziedziną, która daje szanse na sukces ekonomiczny i rynkowy. Wymóg konkurencyjności na rynku świadczenia usług medycznych wymusza na osobach odpowiedzialnych za kierowanie szpitalami nabycie nowych umiejętności, które są im obce. Większość menedżerów kierujących szpitalami w Polsce to lekarze. Pomimo ogromnego wysiłku nie mogą oni sprawnie kierować firmą, która często zaczyna życie na wolnym rynku od wielomilionowych długów.

Maria Bielak
Politechnika Śląska

POSZUKIWANIA OPTYMALNEGO ROZWIĄZANIA FUNKCJONALNO-PRZESTRZENNEGO DOMU SENIORA NA PODSTAWIE PRZEPROWADZONYCH BADAŃ JAKOŚCIOWYCH

Wraz ze starzeniem się społeczeństwa pojawiają się nowe, ważne problemy związane ze stworzeniem tej grupie należytych, godnych warunków życia oraz zabezpieczenia wszystkich ich potrzeb. W związku z tym zbudowanie najdogodniejszego środowiska życia dla tej grupy osób staje się ważkim zadaniem. Musimy myśleć o stworzeniu takiego środowiska życia ludzi starszych, aby było ono jak najlepiej dopasowane, dostosowane do jednostkowego człowieka jako jego przyszłego użytkownika.

Problemy i potrzeby ludzi starszych

Zastanawiając się nad środowiskiem zamieszkania osób starszych musimy mieć na względzie pewne cechy tej grupy społecznej, pamiętając o tym, że populacja tych osób jest różnorodna. Naprawdę cechami wspólnymi dla tej grupy jest wiek i pewne problemy zdrowotne, jednak i tutaj można zaobserwować zróżnicowanie ze względu na stan zdrowia oraz sprawność fizyczną i umysłową związaną z wiekiem. Inne cechy ma grupa wiekowa osób 60-70-letnich lub 70-80-letnich, a inne mają osoby, które przekroczyły 80 rok życia.

W miarę przybywania lat potrzeby człowieka zmieniają się, gdyż zmienia się jego perspektywa życiowa. Z jednej strony ogromnej wagi nabierają banalne sprawy dnia codziennego, z którymi starszy człowiek boryka się z coraz więk-

szymi trudnościami na skutek postępującej słabości własnego organizmu, a z drugiej strony ambicje i motywacje, które kierowały zachowaniem i dążeniami we wcześniejszych latach odchodzą powoli w cień. Pojawia się refleksja dotycząca przeszłości. Coraz częściej myśli się o przyszłości i końcu własnego życia. Pojawiają się smutek i strach. Do najważniejszych problemów ludzi starszych można zaliczyć samotność, chorobę, inwalidztwo, życie w ubóstwie, poczucie nieprzydatności. Wszystkie te problemy wskazują na istniejącą marginalizację osób starszych jako zbiorowości, czego przykładem może być stopniowe eliminowanie ich z aktywnego życia zawodowego i społecznego po przekroczeniu granicy wieku emerytalnego.

Potrzeby ludzi starych są bardzo zróżnicowane, nie można zakładać, że jest to grupa jednorodna o takich samych wymaganiach. Ta część populacji ma różne indywidualne problemy i potrzeby, dlatego nie można ograniczać się do podstawowych standardów, określonego przepisami i ustawami minimum, gdy przystępujemy do rozważań nad kształtowaniem środowiska życia, zamieszkania dla osób starszych. Należy spojrzeć na problem jakości tego środowiska szerzej[1]. Żadna inna grupa naszej populacji nie jest tak zróżnicowana pod względem problemów i potrzeb. Począwszy od spraw finansowych, które w dużym stopniu są związane z „możliwościami" danej jednostki i wpływają bezpośrednio na jej poziom życia, poprzez różne problemy zdrowotne związane z poruszaniem się, ze słuchem, wzrokiem czy z problemami psychicznymi, zaburzeniami myślenia, jednak wiele osób z tej grupy może nie mieć żadnych problemów fizycznych czy psychicznych. Ważnym elementem tego zróżnicowania są osobnicze nawyki nabywane przez ludzi w ciągu całego ich życia.

Przytoczone powyżej zagadnienia przemawiają za tworzeniem, kształtowaniem środowiska życia, zamieszkania ludzi starszych w sposób elastyczny, co pozwoli na zaspokojenie indywidualnych potrzeb tej grupy naszej populacji. Ważnym elementem w kreowaniu środowiska jest to, żeby spełniało ono warunki bezpieczeństwa i wygody, dawało poczucie sprawowania kontroli oraz zachowania minimum prywatności, pozostawiając możliwość dokonywania wyborów. Wszystkie te zabiegi mają prowadzić do tego, aby placówki opieki społecznej stały się dla ich mieszkańców choć po części prawdziwym domem, aby były tu zaspokajane nie tylko ich potrzeby fizyczne, ale także aby dbano o ich dobry stan psychiczny, emocjonalny i duchowy.

Oprócz warunków, jakie stwarza osobom starszym środowisko fizyczne domu opieki ważne jest oddziaływanie środowiska społecznego, które ma bezpośredni wpływ na samopoczucie człowieka. Badania prowadzone na zachodzie dowodzą, że *kiedy otoczenie społeczne wzmacnia swobodę wyboru i oso-*

---

[1] P.A. Bell, Th.C. Greene, J.D. Fisher, A. Baum: *Psychologia środowiska.* Gdańsk 2004.

bistą kontrolę, poprawia się dobrostan osób starych[2]. Już fakt przebywania w domu starców, jak i wizja życia w takiej placówce przyczyniają się do utraty poczucia kontroli, wywołują negatywne reakcje. Człowiek zostaje wprowadzony w nową, obcą mu rzeczywistość, w której musi egzystować, zacząć życie „od nowa". Gdyby pozostawić osobie starszej decyzję o przeprowadzeniu się do domu opieki bądź stopniowo przyzwyczajać ją do tego faktu, oswajać z myślą, możliwością zmian, reakcja jej na zamieszkanie w nowym środowisku byłaby bardziej pozytywna.

Konieczność stworzenia nowych standardów – badania jako źródło informacji o potrzebach

Myśląc o przyszłości, o poprawie warunków bytowych ludzi starszych należy tworzyć, kreować nowe środowisko fizyczne, które będzie uwzględniało realne potrzeby tej grupy społecznej. Projektowanie tak specyficznego środowiska jest procesem spełniania potrzeb i rozwiązywania problemów ludzi w podeszłym wieku. Konieczne jest prowadzenie badań nad potrzebami i problemami osób starszych, tak aby można było utworzyć listę wymagań stawianych obiektom projektowanym dla nich, co doprowadzi do poprawy warunków ich zamieszkania. Pozwoli to na stworzenie należytych, godnych warunków życia seniorów, wyzwoli w nich uczucie bezpieczeństwa oraz będzie zapobiegać odczuciu bezradności, osamotnienia i wyizolowania społecznego.

Dotychczas przeprowadzane badania dowodzą, że środowisko fizyczne pozostaje w ścisłym związku z zachowaniem człowieka, dlatego przy kreowaniu nowych warunków środowiska bierzemy pod uwagę bezpośredni wpływ cech otoczenia na jego użytkownika. Według J. Langa projektowane środowisko ma służyć trzem nadrzędnym celom: wygodzie, trwałości i przyjemności. Pojęcie „wygody" odnosi się tu do programu funkcjonalno-powierzchniowego (czy ułatwia on procesy w nim zachodzące oraz wykonywane czynności przez użytkowników? czy przestrzeń jest efektywnie wykorzystana?). Trwałość jest tu rozpatrywana jako czas funkcjonowania obiektu (czy i jak długo będzie istniał budynek?). Przyjemność pozostaje w związku z aspektami estetycznymi całego środowiska[3].

Zakładając, że istnieje ścisłe powiązanie między jakością życia w środowisku zbudowanym a jakością projektu architektoniczno-budowlanego nasuwa się pytanie: jak powinien wyglądać projekt architektoniczny, aby zapewniał

---

[2] Ibid.

[3] J. Lang: *Creating architectural theory: The role of the behavioral sciences in environmental design.* New York 1987.

wysoką jakość środowiska, które sam kreuje? Oczywiste jest, że aby projekt, a w konsekwencji budynek, który powstanie na jego podstawie stał się dobrze funkcjonującym środowiskiem fizycznym, tworzył należyte środowisko zamieszkania dla ludzi starszych musi uwzględniać ściśle określone normy i standardy. Niestety, w Polsce baza informacji dotycząca budynków domów opieki społecznej dla osób starych nie istnieje. Należy więc zbudować nowy „wzorzec użytkowy" dla tego typu placówek, który pozwoli na tworzenie należytego, przyjaznego środowiska życia dla tej grupy społecznej. Potrzebne są dokładne, długotrwałe badania nad realnym środowiskiem przeznaczonym dla osób w podeszłym wieku oraz studia przeprowadzone w już istniejących, funkcjonujących placówkach w celu określenia najczęstszych błędów projektowych oraz powtarzających się „braków" funkcjonalno-przestrzennych, których w budowanym „wzorcu" należy unikać. Tworzenie bazy danych oraz stworzenie kryteriów jakościowych, zdefiniowanie nowych standardów, norm i wytycznych obowiązujących w placówkach o tym profilu jest efektem długotrwałym. Wszystkie te działania doprowadzą w przyszłości do stworzenia nowego „wzorca użytkowego" dla tych obiektów, a w konsekwencji podniosą poziom architektury tej grupy budynków w zakresie technicznym, funkcjonalnym, behawioralnym, estetycznym oraz organizacyjnym.

W trakcie przeprowadzanych badań jakościowych poszczególnych obiektów ocena jest skupiona na trzech głównych „problemach": kryteriach sprawności obiektu, grupach użytkowników (mieszkańcach i personelu), „przestrzeni zewnętrznej" (ocena lokalizacji, sąsiedztwa, otoczenia budynku) i „przestrzeni wewnętrznej" (pomieszczenia, pokoje, ich wyposażenie)[4]. Podstawowym założeniem tego typu badań jest zbudowanie przyjaznego środowiska zamieszkania dla indywidualnego użytkownika, jakim jest osoba starsza, dlatego wszystkie badania powinny się opierać głównie na współpracy z użytkownikami danego obiektu. Oprócz badań jakości technicznej duży nacisk powinien być położony na przeanalizowanie jakości funkcjonalnej i behawioralnej.

Badania jakości funkcjonalnej polegają na analizie efektywności wykorzystania powierzchni, przestrzeni, ocenie poszczególnych stref użytkowania, dostosowaniu do realnych potrzeb ich użytkowników oraz zbadaniu powiązań pomiędzy przestrzeniami – czy zapewniają one płynne wykonywanie zadań, ułatwiające sprawne poruszanie się, komunikowanie[5]. Prace i analizy są wykonywane na udostępnionej dokumentacji architektoniczno-budowlanej obiektu,

---

[4] E. Niezabitowska: *Metoda POE w praktyce*. W: *Jakość i zarządzanie w przestrzeni architektonicznej*. T. II. Facility management w obiektach biurowych. Projekt TEMPUS, Gliwice 1998, W. Preiser i inni: *Post-Occupancy Evaluation*. New York 1988.

[5] E. Niezabitowska: Op. cit.

polegają również na obserwacjach w trakcie obchodu badanego budynku (inwentaryzacja urządzeń, umeblowania, wyposażenia pomieszczeń) oraz na wywiadach, rozmowach i badaniach ankietowych przeprowadzonych wśród wszystkich grup użytkowników obiektu.

Badania nad jakością behawioralną, czyli nad indywidualnymi i subiektywnymi wymaganiami użytkowników względem budynku są trudne do przeprowadzenia, gdyż opierają się na elementach niełatwo poddających się obiektywnym ocenom. Ocena tej jakości dotyczy zarówno wygody, komfortu, zadowolenia, przyjemności płynącej z zamieszkania w budynku, jak i spraw związanych z estetyką przestrzeni wewnętrznej i zewnętrznej i jej oddziaływania na nastrój, psychikę, zdrowie mieszkańców. Do elementów jakości behawioralnej należą też: prywatność, terytorialność, odnajdywanie drogi do celu „wayfinding", czytelna informacja wzrokowa bądź słuchowa oraz poczucie bezpieczeństwa. Problemy dotyczące jakości behawioralnej można rozpatrywać z jednej strony jako oddziaływanie otoczenia, poszczególnych stref, przestrzeni na samopoczucie użytkownika, z drugiej jako reakcje użytkownika na warunki panujące w obiekcie, np. mikroklimat, zmiany termiczne, zapachy, zróżnicowanie wrażeń dźwiękowych, słuchowych, dotykowych. Ocena tej jakości jest bardzo czasochłonna i wymaga od prowadzącego badania dużego zaangażowania oraz ścisłej współpracy z użytkownikiem, mieszkańcem danej placówki, który najlepiej orientuje się w problemach i brakach występujących w jego środowisku. Najlepszymi stosowanymi technikami badawczymi są w tym przypadku badanie ankietowe oraz bezpośrednie rozmowy prowadzone „za pomocą" przygotowanej wcześniej listy pytań.

Określenie nowego „wzorca użytkowego" dla domu opieki dla osób starych jest procesem czasochłonnym, wymagającym dużego zaangażowania. Wymaga ono także współpracy z użytkownikami badanych obiektów oraz konsultacji ze specjalistami z różnych dziedzin: personelem medycznym (lekarzami, pielęgniarkami), wolontariuszami opiekującymi się osobami starymi, psychologami, terapeutami oraz socjologami.

Ocena jakości funkcjonowania obiektów domów opieki społecznej dla ludzi starszych

Przedmiotem przeprowadzonych badań jakościowych stały się obiekty placówek opiekuńczych nad ludźmi starszymi. Poddano je ocenie w trakcie użytkowania i funkcjonowania (POE, studium przypadku) oraz przeprowadzono badania na grupach użytkowników tych placówek: pracownikach i mieszkań-

cach (rozmowy, wywiady i badania ankietowe)[6]. Nadrzędnym celem badań było:

- Rozpoznanie i zbadanie jakości środowiska zbudowanego, jakim jest dom opieki dla ludzi starych na tle rzeczywistych, realnych potrzeb i wymagań poszczególnych grup użytkowników tej placówki.
- Stworzenie wymagań kulturowych zbudowanego środowiska przyjaznego dla indywidualnego użytkownika:
  - wyraźne określenie potrzeb i wymagań poszczególnych grup użytkowników względem budynku,
  - sformułowanie najodpowiedniejszych warunków socjalnych, warunków życia, zamieszkania oraz pracy w danym obiekcie,
  - wykreowanie należytego wizerunku, odpowiedniej estetyki w poszczególnych przestrzeniach dla przebywających w nich użytkowników,
  - stworzenie wysokiego komfortu użytkowania danej przestrzeni (prywatność, terytorialność, intymność, dobre samopoczucie).

Zastosowane metody badawcze:

- Analiza dostępnych dokumentów, dokumentacji architektoniczno-budowlanej obiektu.
- Dokumentacja fotograficzna budynku.
- Obchód i obserwacja badanego obiektu.
- Inwentaryzacja urządzeń, wyposażenia poszczególnych stref obiektu.
- Badania ankietowe przeprowadzone wśród użytkowników.
- Wywiady i rozmowy z dyrektorem/kierownikiem placówki i z jego użytkownikami.

Spodziewane wyniki i korzyści płynące z przeprowadzonych badań:

- Pełna informacja o stanie faktycznym nieruchomości.
- Poznanie opinii użytkowników.
- Przystosowanie obiektu do realnych potrzeb użytkowników.
- Wytyczne do dalszych prac konserwatorskich, remontowych, rozbudowy nieruchomości.
- Sugestie dotyczące poprawy funkcjonowania obiektu, zmniejszenia kosztów utrzymania.
- Wskazanie potencjalnych możliwości inwestycji do dalszego rozwoju.

Badaniom poddano cztery placówki opiekuńcze dla seniorów zlokalizowane w województwie śląskim:

[6] Ibid.; W. Preiser i inni: Op. cit.

- Dom Księży Emerytów, Katowice, ul. Ks. J. Czempiela 1.
- Dom Pomocy Społecznej dla ludzi starszych prowadzony przez Zakon Kamilianów, Zabrze, ul. Cisowej nr 6.
- „Nasz Dom" Domu Pomocy Społecznej, Gliwice, ul. Derkacza 10.

Rozpatrywane obiekty różnią się znacznie, począwszy od dat wzniesienia, poprzez pełnione wcześniej funkcje, standardy techniczne i funkcjonalne oraz warunki lokalizacyjne, skończywszy na standardach świadczonych przez placówki usług.

Dom Księży Emerytów mieszczący się w Katowicach wzniesiono 12 lat temu. Jest to nowoczesny obiekt o bardzo wysokim standardzie świadczonych usług. Spełnia całkowicie normy europejskie. Wraz z otoczeniem jest pozbawiony barier architektonicznych. Budynek jest trzykondygnacyjny, podpiwniczony, o rzucie w kształcie litery „c", z dziedzińcem otwartym na wzorowo zaplanowany i utrzymany ogród. Pierwotnie był projektowany jako placówka opiekuńcza dla ludzi starszych, w założeniach skierowana do specyficznej grupy użytkowników, jakimi są księża emeryci.

Dom Księży Emerytów w Katowicach

Dom oferuje szeroki zakres usług towarzyszących. Znajdują się w nim 3 jadalnie, kaplica, fryzjer, kawiarnia, gabinet kosmetyczny, basen, gabinety lekarskie oraz blok szpitalny, specjalistyczny. Niektóre usługi są udostępnione dla klientów z zewnątrz, tym samym obiekt może sam „zarabiać" na siebie. Powierzchnia całkowita nie jest proporcjonalna do ilości pensjonariuszy (obłożenie 100% – 40 osób). Istnieje możliwość obsługi większej ilości mieszkańców, dlatego planowana jest zmiana istniejącej funkcji hotelowej na pokoje dla pensjonariuszy oraz rozbudowa bloku mieszkalnego dla 100 pensjonariuszy.

W przyszłości zakładana jest także budowa nowego hotelu na 50 osób z salą konferencyjną i restauracją dostępnych dla klientów z zewnątrz. Istnieją więc możliwości wspomagania działalności socjalno-społecznej funkcjami komercyjnymi. Najlepiej o warunkach panujących w tym domu świadczą słowa mieszkańca ks. Prałata Teodora Poloczka: *Mieszkania są jasne i nasłonecznione, w moim przypadku wystarczająco ogrzewane, systematycznie czyszczone przez personel. Urządzenie mieszkania zależy od gustu i smaku poszczególnych lokatorów i co do tego istnieje całkowita wolność. Każdy pokój ma swój telefon na potrzeby wewnętrzne i poza. Portier 24 godziny na dobę pilnuje domu i zewnętrznych telefonów.*

Wspólne jadalnie urządzone są bardzo elegancko; kawiarnia, czytelnia i sale „wykładowe" są estetyczne i funkcjonalne. Posiadacze samochodów mają do dyspozycji odpowiednio zamykane garaże. Podwórze nasze zaczyna być miłym ogrodem i cieszy oko.

Ponieważ problemy zdrowotne emerytów są coraz bardziej nasilające się, są do dyspozycji pokoje szpitalne odpowiednio wyposażone, a co najważniejsze fachowy personel z lekarzami specjalistami i pielęgniarkami włącznie. W razie nagłej potrzeby dostępny jest transport do szpitala.

Kaplica nasza nie wymaga komplementów, wystarczy ją zobaczyć!
Jakie osobiście miałbym uwagi czy delikatne zastrzeżenia: krocząc systematycznie w kierunku demokracji, w nowych domach tego typu wszystkie mieszkania dla takiej, jak nasza społeczność powinny być o tym samym metrażu.

W **Domu Pomocy Społecznej** dla ludzi starszych prowadzonym przez Zakon Kamilianów, mieszczącym się w Zabrzu przebywają osoby starsze (84 mieszkańców) o różnym stopniu inwalidztwa.

Budynek Domu Pomocy Społecznej w Zabrzu w otoczeniu osiedla mieszkaniowego

Budynek został wybudowany w 1969 r. Funkcja obiektu zmieniała się przez lata. Pierwotnie był to hotel robotniczy; od 1991 r. mieściła się tu placówka PCK; w latach 1994-1996 Zakład Opiekuńczo-Leczniczy. Od 1996 r. swoją siedzibę ma tu Dom Pomocy Społecznej. W 2003 r. budynek poddano gruntownemu remontowi, dzięki któremu warunki panujące obecnie w placówce są dobre, można powiedzieć wręcz bardzo dobre, jak na ograniczenia, które wynikają z zastanej konstrukcji obiektu i ograniczeń lokalizacyjnych, usytuowania na działce. Jest to budynek czterokondygnacyjny, podpiwniczony, wzniesiony w tradycyjnej konstrukcji, o rzucie prostokątnym, korytarzowy, dwutraktowy. Ma prostą, prostopadłościenną bryłę z lekko zaakcentowanym wejściem głównym. Jest usytuowany w sąsiedztwie osiedla mieszkaniowego. Ma dobry dojazd kołowy (miejsca parkingowe przy strefie wejściowej), jednak znajduje się w znacznym oddaleniu od przystanków komunikacji miejskiej.

Uzyskane wyniki badań są bardzo pozytywne. Dom Pomocy Społecznej prowadzony przez Zakon Kamilianów jest placówką nowoczesną, dobrze funkcjonującą. Jest obiektem całkowicie pozbawionym barier architektonicznych. Widoczna jest tu dbałość o jej mieszkańców i godne, należyte traktowanie ich przez personel. Zabezpieczono wysoki standard zamieszkania oraz szeroki wachlarz świadczonych usług: lekarza, psychologa, rehabilitantów. Obserwowana jest reakcja kierownictwa na zgłaszane przez mieszkańców potrzeby. Mieszkańcy są zadowoleni z warunków panujących w ich domu.

Podstawowym wnioskiem wynikającym z przeprowadzonych badań jest to, że prawie wszystkie wady, braki wynikają z przyczyn obiektywnych, np. to, że w domu zamieszkują ludzie bardzo zróżnicowani pod względem chorobowym, inwalidztwa. Wynika to stąd, że w Polsce nie ma ściśle wyspecjalizowanych placówek świadczących odpowiednie usługi i ludzie są przydzielani do domów opieki bez „zróżnicowania" ze względu na ich inwalidztwo. W badanej placówce problem ten został rozwiązany przez „podział mieszkańców piętrami": najwyżej (4 – kondygnacja) mieszkają osoby chodzące, niżej (3 – kondygnacja) – – osoby o ograniczonej sprawności ruchowej, poruszające się na wózkach, niższe piętro zajmują osoby leżące. Wszystkie kondygnacje mieszkalne są związane ze strefami wspierającymi, obsługi (pomieszczenia pielęgniarsko-zabiegowe, aneksy kuchenne), co wiąże się ze stałą opieką, nadzorem personelu. Pokoje mieszkalne są w większości dwuosobowe, dobrze wyposażone, mają łazienki przystosowane dla osób niepełnosprawnych.

Przykładowe wady wynikające z warunków technicznych, zastanej konstrukcji obiektu oraz usytuowania na działce (budynek adaptowany):

- Strefa wejściowa jest zbyt mała, widoczny jest brak miejsca na oczekiwanie przy części administracyjnej; nieczytelna informacja; brak windy – tylko klatka schodowa (jedna winda znajduje się na końcu korytarza, ma wspólny spocznik wraz z zabudowaną klatką schodową – niezgodne z wymogami przeciwpożarowymi).

- Brak czytelnej strefy ogólnodostępnej, zlokalizowanej „wspólnie" (sala pobytu dziennego, sala telewizyjna, biblioteka z czytelnią) – funkcje te są umieszczone na 3 i 4 kondygnacji, brak wygodnej sali odwiedzin, spotkań (mieszkańcy przyjmują gości w pokojach – wynika to z „tradycji placówki").
- Kaplica usytuowana na 3 kondygnacji oprócz funkcji religijnych pełni także rolę integracyjną dla mieszkańców – wynika to z katolickiego profilu placówki. Także z tego wynika brak pomieszczenia na zwłoki – mieszkaniec do końca przebywa w swoim pokoju, gdzie odbywa się jego przebieranie, nocne czuwanie nad nim, modlitwy, stąd współmieszkańcy odprowadzają go w ostatnią drogę.

Pomimo tych „niedociągnięć", wynikających z zastanego stanu technicznego budynku oraz z ograniczonych możliwości finansowych, obiekt ten może być wzorcem dla innych placówek pełniących funkcje opiekuńcze dla osób starszych. Warunki, jakie zostały tu stworzone są bardzo dobre i w większości spełniają europejskie normy. W dużej mierze jest to zasługą kierownictwa rozpatrywanej instytucji, które w sposób konsekwentny i energiczny zarządza placówką oraz zapewnia odpowiedni standard zamieszkania i pracy poszczególnym grupom użytkowników. W konsekwencji prowadzi to do wytworzenia bardzo dobrej, wręcz domowej atmosfery.

„Nasz Dom" Domu Pomocy Społecznej mieszczący się w Gliwicach pochodzi z lat 70. ubiegłego wieku, później był rozbudowany. Pierwotnie był planowany jako dom emerytowanego nauczyciela, obecnie jest placówką przeznaczoną dla osób przewlekle, somatycznie chorych; jest domem koedukacyjnym.

Budynek jest trzykondygnacyjny (część dwukondygnacyjna) o rzucie w kształcie litery „c", podpiwniczony, wraz z otoczeniem jest całkowicie pozbawiony barier architektonicznych. Bezpośrednio przylega do terenów zielonych; oddalenie od centrum zapewnia spokój i prywatność. Mieszkańcy mają zapewniony dostęp do pobliskich usług.

„Nasz Dom" Domu Pomocy Społecznej w Gliwicach

„Nasz Dom" jest placówką nowoczesną, dobrze funkcjonującą. Otrzymane wyniki badań są pozytywne. Widoczne jest całkowite dostosowanie budynku do potrzeb osób niepełnosprawnych. W strefie wejściowej znajduje się wygodny podjazd dla wózków inwalidzkich, wewnątrz są pochylnie zapewniające dostęp do pomieszczeń osobom na wózkach inwalidzkich, zastosowano również powierzchnie antypoślizgowe. Możliwa jest sprawna komunikacja. Wyraźnie zaznaczono drogi ewakuacyjne oraz dobrze funkcjonuje informacja wizualna, bardzo ważna w obiektach o tym charakterze. Występuje jednak problem długości skomunikowania pomieszczeń mieszkalnych nowej części z jadalnią i kaplicą znajdującą się w starej części budynku (daleka droga, uciążliwa dla mieszkańców). Mankament ten wynika z ograniczonych możliwości urbanistycznych oraz technicznych w czasie rozbudowy.

Zapewniono dobry standard zamieszkania oraz szeroki wachlarz świadczonych usług: lekarza, psychologa, rehabilitantów. Pokoje mieszkalne dostosowano do obowiązujących norm, dobrze doświetlono. W starej części obiektu pokoje z balkonami zapewniają kontakt z przyrodą, poczucie bezpieczeństwa. Widoczna jest dobra, przyjazna kolorystyka wnętrz sprzyjająca dobremu samopoczuciu mieszkańców. W strefie mieszkalnej możliwy jest łatwy dostęp do kuchenek. Do wad w starej części obiektu można zaliczyć brak łazienek w pokojach oraz zbiorowe toalety usytuowane w dużych odległościach od pokoju, jednak wszystkie pomieszczenia sanitarne są dobrze wyposażone i przystosowane dla potrzeb niepełnosprawnych, są przestronne i ergonomiczne.

Mieszkańcy mają możliwość uczestniczenia w zajęciach integracyjnych odbywających się w trzech świetlicach. Pod opieką pracowników wykonują ćwiczenia manualne i fizyczne, które bardzo korzystnie wpływają na samopoczucie oraz sprawność umysłu i ciała. W świetlicy znajduje się telewizor oraz kącik z lekturą i czasopismami.

Strefy ogólnodostępne są źle zlokalizowane. Miejsca spotkań rozmieszczono na korytarzach, nie mają kameralnego charakteru; sala telewizyjna znajdująca się na parterze nie zapewnia komfortu fizycznego i psychicznego. Są jednak estetyczne umeblowanie i mają dobre doświetlenie światłem naturalnym. Te mankamenty są proste do rozwiązania, wystarczą tu jedynie poprawy aranżacyjne, drobne przebudowy. Podstawowym mankamentem tej placówki jest niezgodny z obowiązującymi normami brak pomieszczeń sanitarnych przy pokojach mieszkalnych. Jedynym rozwiązaniem tego problemu jest przebudowa tej części obiektu, jednakże wiąże się to z dużymi kosztami oraz z najważniejszym problemem – zapewnieniem normalnego życia, funkcjonowania mieszkańcom w trakcie remontu.

Wnioski wypływające z przeprowadzonych badań

Przedstawione wyniki badań świadczą o dobrej kondycji technicznej analizowanych obiektów. We wszystkich placówkach poziom świadczonych usług nie odbiega od obowiązujących standardów, jednak widoczne są pewne różnice, gdy porównujemy obiekt z założenia projektowany jako dom pomocy społecznej dla osób starszych (Dom Księży Emerytów) z budynkiem adaptowanym na te funkcje (Dom Pomocy Społecznej w Zabrzu). W pierwszym zostały spełnione wszystkie wymagania dotyczące norm powierzchniowych, dobrze „działają" powiązania funkcjonalne pomiędzy wszystkimi strefami. W drugim z powodu warunków technicznych, zastanej konstrukcji obiektu oraz jego usytuowania na działce, pomimo usilnych starań i jak najlepszych chęci kierownictwa nie jest możliwe spełnienie niektórych wymagań powierzchniowych, a co za tym idzie nie można zapewnić wysokich standardów dla wszystkich świadczonych przez placówkę usług. Trzeci z przedstawionych obiektów może się stać placówką wzorcową, gdy zostaną przeprowadzone niezbędne przebudowy i do końca spełnione obowiązujące normy.

Wyniki powyższych badań (jako jedne ze składowych) zostaną wykorzystane do przeprowadzenia analiz porównawczych danych otrzymanych w trakcie kolejnych badań. Synteza wszystkich uzyskanych informacji doprowadzi do zbudowania bazy danych oraz do zdefiniowania nowych standardów i norm obowiązujących dla domów opieki nad ludźmi starszymi. Stworzenie kryteriów jakościowych, jakim te obiekty powinny odpowiadać będziemy rozpatrywać jako efekt długotrwały. Wszystkie etapy badań doprowadzą w przyszłości do podniesienia poziomu architektury tej grupy obiektów w zakresie technicznym, funkcjonalnym, behawioralnym, estetycznym oraz organizacyjnym.

Podsumowanie

Zbudowanie nowego środowiska zamieszkania dla ludzi w podeszłym wieku jest zadaniem trudnym i złożonym, ale stanowi wyzwanie, które warto podjąć, doprowadzając do stworzenia takiego wzorca użytkowego, który zapewniałby wszystkie potrzeby i odpowiadał na indywidualne problemy użytkowników tego środowiska oraz był adekwatny do obecnych wymagań i standardów europejskich stawianych placówkom o tym profilu.

Dom opieki społecznej jest środowiskiem instytucjonalnym, użytkowanym przez wiele osób o różnych preferencjach, dlatego należy przede wszystkim myśleć o zachowaniu prywatności, intymności, terytorialności i indywidualności

pojedynczego użytkownika oraz zachować dbałość o wytworzenie poczucia bezpieczeństwa i wygody. Jest to trudne zadanie, gdyż rozpatrywany obiekt zawiera wiele funkcji, stref i przestrzeni (nie tylko mieszkaniową). Do listy wymagań stawianych tak specyficznemu środowisku trzeba dodać to, że musi ono być całkowicie pozbawione barier architektonicznych. Powinno także mieć czytelną informację (wizualną, słuchową) ułatwiającą użytkownikowi orientację w przestrzeni. Musi być wyposażone w systemy alarmowo-przywoławcze oraz spełniać podstawowy wymóg współczesności – elastyczność funkcjonalną (wynika to z potrzeby dostosowania przestrzeni do różnych, nowych potrzeb mieszkańców).

Wszystkie te działania doprowadzą do stworzenia środowiska o wysokim komforcie użytkowania, godnego życia rosnącej coraz szybciej grupy naszego społeczeństwa, w którym człowiek starszy będzie czuł się dobrze i bezpiecznie, dzięki któremu będzie on pozytywnie patrzył na świat oraz miał możliwość wyboru i zapomni o swojej bezradności i osamotnieniu.

Elżbieta Trafiałek
Akademia Świętokrzyska w Kielcach

EDUKACJA GERONTOLOGICZNA A UPODMIOTOWIENIE CZŁOWIEKA STAREGO

Wstęp

Pod koniec XIX w. Ellen Key (1849-1926), szwedzka spadkobierczyni naturalistycznych poglądów Jana Jakuba Rousseau, głosiła, że XX w. będzie niepowtarzalnym w historii ludzkości „stuleciem dziecka"[1]. Historia pokazała jednak, że przynajmniej w kategoriach demograficznych prognozy te nie sprawdziły się[2]. XX w., a z pewnością jego druga połowa przejdzie do historii jako okres dynamicznego starzenia się społeczeństw. Ponieważ tempo narastania zjawiska nadal wykazuje tendencje wzrostowe, z całym prawdopodobieństwem można założyć, że będzie to „stulecie człowieka starego". Jest to równoznaczne z potrzebą podjęcia trudnych wyzwań związanych z odpowiednim przygotowaniem współczesnych społeczeństw zarówno do samodzielnego organizowania życia na wszystkich jego etapach, jak i z potrzebą dostosowywania struktur społecznych do nowych oczekiwań i potrzeb konsumenckich. Miarą współczesnej cywilizacji są równe prawa obywateli, dlatego w kontekście zachodzących zmian demograficznych konieczne wydaje się obecnie upowszechnianie przynajmniej trzech tez:

---

[1] B. Matyjas, Z. Ratajek, E. Trafiałek: *Orientacje i kierunki w pedagogice współczesnej. Zarys problematyki.* Kielce 1997, s. 62.

[2] Nad aksjologicznym i pedagogicznym wymiarem prognoz E. Key można dyskutować, jako że w XX w. faktycznie stały się popularne prądy promujące prawa dziecka. Potwierdza to ogromna popularność przynajmniej do końca lat 90. XX w. takich nurtów w pedagogice, jak: antypedagogika, czarna pedagogika, wychowanie bezstresowe – przesadnie promujących wychowanie naturalistyczne.

- coraz dłuższe życie nie może być tożsame z coraz dłuższą starością,
- wiek i ograniczona sprawność nie mogą ograniczać prawa obywateli do podmiotowego traktowania,
- niezbędna waloryzacja starości wymaga upowszechniania wiedzy o starości.

Warunkiem ich powszechnej internalizacji są kształcenie ustawiczne i profesjonalna edukacja, wyposażająca w wiedzę na temat starości, przygotowująca do niej, do życia i pracy w jej otoczeniu oraz pozwalająca na czerpanie korzyści z coraz dłuższego życia.

Starość demograficzna i niepełnosprawność

Europa należy do najstarszych i najszybciej starzejących się kontynentów świata. Obecnie co piąty jej mieszkaniec jest w wieku 60 lat i więcej. Z prognoz demograficznych wynika, że w 2020 r. już co czwarty obywatel Unii Europejskiej będzie w wieku 65 lat i więcej, choć starzenie się społeczeństw w poszczególnych krajach Wspólnoty jest procesem wyraźnie zróżnicowanym. Zależy od poziomu rozwoju gospodarczego, stopnia urbanizacji i dominującego miejsca zamieszkania ludności. Inny poziom tzw. nasycenia starością występuje w środowiskach miejskich, inny w wiejskich: w miastach udział ludzi starych w ogólnej strukturze społecznej z reguły jest większy z uwagi na pogłębiające się w tym środowisku tendencje spadku dzietności i przesunięte w czasie rodzicielstwo, natomiast na wsiach występuje większe ryzyko niepełnosprawności ludzi starych. Obecnie już co trzeci emeryt ze środowiska wiejskiego jest zaliczany do grupy osób niepełnosprawnych.

Polska, podobnie jak większość krajów członkowskich Unii, doświadcza skutków starości demograficznej. W 2005 r. co szósty Polak był w wieku emerytalnym (17,1%), a co czwarty w wieku niemobilnym (45/64 lata)[3]. W 2006 r. średnia wieku obywateli wynosiła 36,5 roku, z tendencją do dalszego wzrostu.

Podobnie jak na całym starym kontynencie, tak i w Polsce rośnie stopa starości oraz liczebność populacji, w tym także dożywającej późnej starości, w największej mierze zagrożonej niepełnosprawnością i niesamodzielnością życiową. W 2000 r. ludność w wieku 65 lat i więcej stanowiła 12,2%, a w wieku 80 lat i więcej 2,0% ogółu społeczeństwa. W ciągu czterech lat wskaźniki te wzrosły w analogicznej kolejności do poziomu 13,1% oraz 2,5%. Od co najmniej 20 lat ustawicznie wzrasta też liczebność grupy osób niepełnosprawnych – o ile w 1988 r. obejmowała 3,7 mln osób, to w 2004 r. 5,5 mln. W 1988 r. osoby

[3] *Mały Rocznik Statystyczny*. Warszawa 2005, s. 112.

w wieku 65 lat i więcej stanowiły 35% populacji niepełnosprawnych, a w 2004 r. już 38%. Biorąc pod uwagę utrzymujący się od lat bardzo wysoki wskaźnik niepełnosprawności w kategorii wieku 45-64 lata (49% w 1988 r. i 44% ogółu niepełnosprawnych w 2005 r.)[4] można przewidywać, że z każdym rokiem populacja osób przekraczających próg starości w stanie niepełnosprawności będzie coraz liczniejsza. Przez przynajmniej 15 najbliższych lat będzie rosła liczebność grupy osób w wieku 80 lat i więcej, w której wskaźnik niepełnosprawności sięga 80%[5].

W potocznym rozumieniu starość jest utożsamiana z odejściem od aktywności zawodowej. Ponieważ jednak z prawa do świadczeń emerytalnych i rentowych, zarówno ze względów zdrowotnych, życiowych, rodzinnych, jak i na skutek popularnego obecnie, choć specyficznego pragmatyzmu ekonomicznego (ucieczka przed bezrobociem), korzystają także osoby nieprzekraczające ustawowego wieku emerytalnego, państwo staje przed wyzwaniem znalezienia konsensusu między solidaryzmem społecznym i sprawiedliwością społeczną, między zabezpieczeniem prawa do godnego wymiaru gwarantowanych świadczeń i opieki tym, którzy odeszli z rynku pracy oraz stworzeniem optymalnych warunków funkcjonowania, inwestowania w rozwój gospodarczy tym, którzy na tym rynku pozostają. Mimo iż przejście na emeryturę oznacza drastyczny spadek dochodów, decyzje o odejściu od aktywności zawodowej są chętnie podejmowane przez osoby w wieku przedemerytalnym, niemające wysokich kwalifikacji, o niskim poziomie wykształcenia, czyli w największym stopniu zagrożone bezrobociem.

W wyniku powszechnej tendencji do utrzymywania się z niezarobkowych źródeł dochodu tylko w latach 1988-2002 liczba korzystających z nich wzrosła z 6,8 mln do 10,7 mln. Równocześnie liczba emerytów wzrosła o 63%, a rencistów o 22%. W konsekwencji wzrostu liczby świadczeniobiorców relacja przeciętnej miesięcznej emerytury do wynagrodzenia brutto w latach 1995-2005 spadła z 73,7% do 67,7%[6]. W sytuacji, gdy świadczenia opierają się głównie na systemie repartycyjnym, w warunkach utrzymującego się niżu demograficznego i masowej, zagranicznej migracji zarobkowej ludzi młodych ryzyko pauperyzacji ludzi starych narasta równolegle do zwiększania się liczebności ich populacji. Unia Europejska nie stawia swoim członkom żadnych wymagań w tej dziedzinie, a tym bardziej nie oczekuje unifikacji granic wieku wyznaczających aktywność zawodową. Prawo unijne kładzie jedynie nacisk na obowiązek respek-

[4] Na podstawie: *Rocznik Statystyczny RP*. Warszawa 2005, s. 193; E. Trafiałek: *Polska starość w dobie przemian*. Katowice 2003, s. 10.

[5] Niemal milionowa populacja 80-latków w ciągu 5 lat może się 2-krotnie zwiększyć, aby w 2014 r. osiągnąć poziom nawet 3 mln osób. Na podstawie: *Rocznik Statystyczny RP*. Op. cit., s. 193.

[6] Ibid., s. 274; S. Golinowska: *Raport społeczny Polska 2005*. Warszawa 2005.

towania jednakowych praw kobiet i mężczyzn we wszystkich sferach życia i na wszystkich jego etapach. Problem gwarancji praw obywatelskich, dostępu do rynku pracy, do zabezpieczenia społecznego, do godnego życia także ludzi starych wymaga zatem głównie rozstrzygnięć narodowych, regionalnych i lokalnych.

Starość w warunkach polskiej transformacji

Coraz dłuższy średni czas trwania życia ludzkiego w perspektywie historycznej oceniany jest jako triumf współczesnej cywilizacji, nauki, medycyny, wskaźnik postępu, rozwoju współczesnych społeczeństw. W Stanach Zjednoczonych Ameryki, w Kanadzie, Japonii, w Europie Zachodniej ludzie starsi z reguły dobrze oceniają starość, przypisując jej więcej zalet niż wad[7]. Nie zawsze jednak wydłużone życie idzie w parze z utrzymaniem na odpowiednim poziomie jego jakości. Społeczeństwa, które z odpowiednim wyprzedzeniem czasowym nie zdołały przygotować się systemowo, instytucjonalnie i mentalnie do narastającej starości demograficznej borykają się z problemami, które wiążą się ze zjawiskiem określanym mianem „wydłużonej w czasie starości", ze wszystkimi negatywnymi konsekwencjami tego zjawiska. Długie życie jest dobrem, którego konsumpcja wymaga całożyciowego przygotowania, wieloletniego kształtowania świadomości ograniczeń i specyficznej „inności" funkcjonowania w warunkach ograniczonej sprawności i ryzyka występowania zjawiska wielochorobowości.

W Polsce problem dyskryminacji i marginalizacji ludzi starych skupia uwagę socjologów, gerontologów i polityków społecznych dopiero od 10-15 lat, a i w gronie profesjonalistów zdania na ten temat są podzielone. Jedni uważają, że emeryci i renciści z uwagi na gwarantowane comiesięczne dochody są głównymi beneficjentami zmiany systemowej, inni zaś podkreślają, że źródła dyskryminacji i wykluczenia społecznego tkwią nie tyle w sferze ekonomicznej, co społecznej i edukacyjnej. Niezależnie od przyjętej opcji nie można jednak kwestionować faktu, że w Polsce ludzie w starszym wieku nie byli przygotowani ani do przekształceń systemowych, ani do ponoszenia skutków transformacji, ani też do samodzielnego życia w warunkach ograniczonej sprawności. Ich wykształcenie (z reguły niewielkie), postawy, mentalność były zdobywane i kształtowane w zupełnie innych realiach społecznych, gospodarczych i rodzinnych. W okresie młodości, dorosłości, kiedy należy kumulować kapitał na swoją starość, inwestować w siebie nikt nie zachęcał ich ani do przedsiębiorczości, ani do zabezpieczenia na przyszłość, ani do samokreacji, przyswajania wiedzy gerontologicznej, pojmowania specyfiki życia w starości. Nie tylko nie zgromadzili odpowiednich środków na przyszłość, nie mieli wpływu na wysokość uzyskiwanych świadczeń, ale i w warunkach bezrobocia swoich bliskich zostali zmuszeni do dzielenia się swoimi dochodami z rodziną. Historia pozbawiła ich tym samym szans na konkurowanie z obecnym pokoleniem ludzi młodych, na skuteczne dochodzenie swoich praw w instytucjach, w środowisku lokalnym, w rodzinie. Jako generacja wieku nieprodukcyjnego, w warunkach materializacji, komercjalizacji niemal wszystkich sfer życia społecznego, w sytuacji narastającego bezrobocia i pojawienia się licznych kwestii społecznych dotykających różne grupy społeczne szybko też zostali odsunięci na margines życia społecznego i wydarzeń wpływających na jakość codziennej egzystencji. Ich życie zaczęły znamionować postawy wycofywania się, frustracji, poczucia krzywdy, degradacji społecznej, spadku własnej wartości. A ponieważ tak z przyczyn etycznych (wstyd przed ujawnianiem swoich problemów), intelektualnych (brak odpowiedniego przygotowania do walki o prawa), jak i ekonomicznych (ograniczenia finansowe uniemożliwiające korzystanie z fachowej pomocy np. prawników) nie potrafili skutecznie zabiegać o przywrócenie upodmiotowienia, stali się grupą niewidoczną dla społeczeństwa, niemą, a tym samym izolowaną społecznie, dyskryminowaną i marginalizowaną.

Problemy ludzi starych

Zgodnie z prawami zawartymi w Konstytucji RP i w ustawie o pomocy społecznej, prawa ludzi w starszym wieku są szerokie, uwzględniają także specyficzne potrzeby znamienne dla wieku. Tak jest w teorii, w założeniach, w zapisach prawnych, ale w praktyce, czy to z powodu deficytu budżetowego, zmian zachodzących w funkcjonowaniu rodzin, w komercyjnym charakterze działalności wielu instytucji opiekuńczych czy na skutek braku profesjonalizmu i zwykłej życzliwości, wyrozumiałości ludzie starzy są dyskryminowani, stanowiąc liczną grupę społeczną najbardziej narażoną na upokorzenie, odrzucenie, przemoc fizyczną, psychiczną, na ponoszenie skutków agresji, działań przestępczych.

Na warunki życiowe obecnego pokolenia ludzi starych złożyło się wiele czynników sprzyjających obniżaniu poczucia bezpieczeństwa, a kojarzonych głównie ze skutkami transformacyjnymi. Wystarczy tu wymienić choćby takie, jak: pauperyzacja (spadek realnych dochodów od 1997 r.), wzrost kosztów utrzymania, leczenia i rehabilitacji, komercjalizacja wszystkich dziedzin życia

[7] J. Keith: *Old age and age integration: An anthropological perspective.* New York 1994, s. 37-42.

społecznego, brak wyspecjalizowanych placówek i służb społecznych zapewniających usługi opiekuńcze, pielęgnacyjne i medyczne, upowszechnianie negatywnego stereotypu starości, bezradność w sytuacji niepełnosprawności[8]. Jednym z największych problemów ludzi starych jest poczucie odrzucenia przez społeczeństwo i dyskryminacji ze względu na wiek, której źródłem mogą być zarówno czynniki kulturowe, jak i strukturalne. Ogromne tempo rozwoju współczesnej techniki, elektroniki, powszechność Internetu pozbawiły ludzi starych autorytetu, do niedawna jeszcze utożsamianego z wiekiem i doświadczeniem życiowym. Z rynków pracy są eliminowani bądź sami się z niego wycofują z powodu nienadążania za oczekiwaniami pracodawców. Medycyna stoi wprawdzie na straży długiego życia, ale system ochrony zdrowia nie jest w stanie zapewnić należytej opieki wszystkim potrzebującym. Ludzie starzy mają dużo wolnego czasu, ale ze względu na ograniczenia ekonomiczne mogą jedynie go wypełniać aktywnością wokółrodzinną i religijną. Jedyną alternatywą jest samotność i osamotnienie, o wiele bardziej obciążające psychikę, chorobogenne niż np. deficyty w domowym budżecie.

Człowiek stary potrzebuje pomocy i wsparcia, których oczekuje przede wszystkich od rodziny, ze strony osób bliskich. Przewlekłe choroby i ograniczona sprawność stanowią poważne bariery nie tylko uczestniczenia w życiu społecznym, ale i w załatwianiu codziennych spraw związanych z opieką medyczną, z prowadzeniem gospodarstwa domowego, wypełnianiem czasu wolnego. Od zarania dziejów starość integralnie wiązała się z życiem w rodzinie, z pozostawaniem w znanym środowisku życia, w otoczeniu przyjaznym i nieanonimowym. W sytuacji, gdy priorytet funkcji opiekuńczej rodziny zastąpił priorytet funkcji materialno-ekonomicznej, zarobkowej osoby niepełnosprawne, chore bądź też ich bliscy zabiegają o miejsce w domu pomocy społecznej, w placówce opiekuńczej, gdzie liczą na stałą obecność i opiekę innych. Ci, którzy pozostają przy rodzinach ze względów ekonomicznych są narażeni na zaniedbania, wykorzystywanie ekonomiczne, przemoc fizyczną i psychiczną. Przypadki krzywdzenia ludzi starych nie są rejestrowane przez żadne instytucje, toteż świadomość społeczna na temat rozmiarów problemu nadal jest niewielka. Nawet w placówkach pomocy społecznej działania interwencyjne podejmowane w obronie człowieka starego są rejestrowane w statystykach jako ogólna działalność opiekuńcza na rzecz środowiska.

---

[8] L. Frąckiewicz: *Nowe zadania przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu*. W: *Zapobieganie wykluczeniu społecznemu*. Red. L. Frąckiewicz. Katowice 2005, s. 143 i nast.; B. Bień: *Stan zdrowia i sprawność ludzi starszych*. W: *Polska starość*. Red. B. Synak. Gdańsk 2002, s. 35; W. Pędich: *Samodzielność w starości, czyli jasna strona księżyca*. W: *Samodzielność ludzi starych z perspektywy medycyny i polityki społecznej*. Materiały konferencyjne PTG. Warszawa 2004, s. 140.

Instytucje opiekuńcze i lecznicze – formy dyskryminacji ludzi starych

W Polsce stan zdrowia zarówno fizycznego, jak i psychicznego kolejnych roczników ludzi starych jest coraz gorszy. W populacji rośnie ryzyko depresji, zachorowalności na choroby krążenia, na raka, na chorobę Alzheimera. Oznacza to, że zapotrzebowanie na zabezpieczenie instytucjonalnej i rodzinnej opieki osobom niepełnosprawnym nadal będzie rosło.

Zgodnie z zapotrzebowaniem społecznym, sieć placówek świadczących usługi lecznicze i opiekuńcze ustawicznie rośnie, ale wiedza na temat ich faktycznego funkcjonowania i wielkości sieci nadal jest znikoma. Szpitalne oddziały geriatryczne są zastępowane zakładami opiekuńczo-leczniczymi i pielęgnacyjno-opiekuńczymi, powstają nowe hospicja (w latach 2000-2004 przybyło w nich ponad 350 miejsc) i placówki opieki dziennej (środowiskowe domy samopomocy, domy dziennego pobytu itp.), ale istnieje też sieć placówek prywatnych, pozostających poza oficjalnymi statystykami i poza kontrolą.

Tabela 1

Placówki lecznicze i opiekuńcze w Polsce w latach 1995-2004

Wyszczególnienie	Lata			
	1995		2004	
	ilość zakładów	ilość miejsc	ilość zakładów	ilość miejsc
Szpitale ogólne	705	213 969	790	183 280
Szpitale psychiatryczne	48	28 965	50	20 668
Zakłady opiekuńczo-lecznicze	x	x	227	13 439
Zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze	x	x	119	4 595
Hospicja	x	x	46	804
Sanatoria uzdrowiskowe	173	19 939	155	24 958
Sanatoria szpitalne	80	11 252	69	10 350
Domy dla osób w podeszłym wieku	157	12 301	258	16 178
Zakłady dla przewlekle somatycznie chorych	346	39 123	233	26 084
Zakłady dla przewlekle psychicznie chorych	x		158	17 341
Zakłady dla niepełnosprawnych fizycznie	11	1 344	13	1 178
Zakłady dla bezdomnych	7	215	158	8 984

Źródło: Rocznik Statystyczny RP. Warszawa 2005, s. 381, 391.

Zakres i formy dyskryminacji instytucjonalnej ludzi starych, zarówno ze względu na zróżnicowany status własnościowy poszczególnych placówek, jak i ich konsekwentną niechęć do ujawniania metod pracy światu zewnętrznemu stanowią trudną do diagnozowania przestrzeń życiową podopiecznych i ich opiekunów. Według *raportu* tygodnika „Wprost", w 2001 r. funkcjonowały w Polsce 263 domy opieki nad ludźmi starymi, prowadzone przez osoby prywatne, stowarzyszenia i fundacje. Działały pod różnymi nazwami: „złotej jesieni", „złotego wieku", „pensjonatów", „domów seniora", „rodzinnych domów opieki". Świadomie nie używano w nich określenia „dom pomocy społecznej", zarezerwowanego dla jednostek podlegających kontroli Sanepidu i odpowiednich jednostek władz samorządowych. Z przywołanego raportu wynika, że pensjonariusze (mieszkańcy, podopieczni) doświadczali tam ze strony właścicieli oraz personelu przemocy fizycznej i psychicznej, byli ofiarami takich nadużyć, jak: przywiązywanie do łóżek, głodzenie, ograniczanie wolności, pozbawianie dostępu do świadczeń emerytalno-rentowych, upokarzanie[9]. Jedynym źródłem informacji na ten temat były rodziny osób starszych i dociekliwi dziennikarze. Mimo że od ujawnienia różnych form krzywdzenia ludzi starych upłynęło prawie 5 lat wobec winnych nadużyć i przemocy nie wyciągnięto żadnych konsekwencji. W efekcie liczne prywatne placówki oferujące opiekę nad ludźmi w starszym wieku, wymagającymi stałej obecności osób trzecich nadal funkcjonują bez odpowiedniego nadzoru specjalistycznego, nie występują w statystykach ochrony zdrowia i pomocy społecznej, a dla uniknięcia wszelkiej kontroli są rejestrowane pod szyldem „działalności gospodarczej". Regulacje prawne nie nadążają za ujawnianymi problemami, dlatego istnieje pilna potrzeba nagłaśniania wszelkich nieprawidłowości w tej dziedzinie.

Dyskryminacja, przemoc wobec ludzi starych w placówkach i instytucjach powołanych do opieki nad nimi: leczniczych, rehabilitacyjnych i opiekuńczych nie jest problemem wyłącznie polskim. Z badań Jeana Marca Tallina i Luisa Plotona[10] wynika, że także we Francji instytucje geriatryczne rządzą się tzw. prawem silniejszego, stosowanym na poziomie indywidualnym, grupowym bądź instytucjonalnym. Autorzy piszą *[...] mimo rozwoju ruchów na rzecz praw człowieka starego – seniora, praktyka organizacyjna i dnia codziennego zakładów geriatrycznych wskazuje na różne podejście personelu do osób starszych [...] spotkać więc można takie zakłady, które wypracowują sposoby właściwego, podmiotowego respektowania osób starszych oraz te, gdzie relacje międzyludzkie podtrzymywane są przez prawo silniejszego i [...] nie jest to specyfika tylko instytucji geriatrycznych [...] zagadnienie to może być postawione we wszystkich sytuacjach instytucjonalnych (zdrowotnych lub społecznych)*[11]. Na podstawie przeprowadzonych badań francuscy gerontolodzy twierdzą też, że ryzyko stosowania przemocy wobec osób starszych, dyskryminowania ich ze względu na wiek, niepełnosprawność, bezradność w zasadzie występuje wszędzie tam, gdzie diagnozowana jest podwójna asymetria relacji, czyli „niechciana, wymuszona" wzajemna zależność pensjonariuszy (pacjentów, mieszkańców) i personelu placówki.

Źródeł patologii występujących w placówkach opieki nad ludźmi starymi można upatrywać w wielu czynnikach: ekonomicznych, prakseologicznych, kompetencyjnych, mentalnościowych, ludzkich, ale nade wszystko edukacyjnych. Można mówić o: dążeniu zarządzających jednostką do zwiększania zysków z działalności i przez to ograniczania stanu zatrudnienia, racjonalnym zarządzaniu i oszczędnościach, zwiększaniu konkurencyjności placówki na rynku poprzez redukowanie kosztów opieki bądź też o specyficznym „ułatwianiu" pracy poprzez pełne podporządkowanie pensjonariuszy personelowi. Wszystkie wymienione czynniki mogą być stymulowane bez szkody dla ludzi, przy zachowaniu reguł odpowiedniego doboru kadry i powierzania trudnych zadań opiekuńczych osobom z odpowiednimi kwalifikacjami, wyposażonym w rzetelną wiedzę gerontologiczną. Niezależnie bowiem od istniejących definicji i klasyfikacji aksjologicznych (wartości patriotyczne, chrześcijańskie, etyczne, moralne itp.), od tego, jak bardzo traumatycznym przeżyciem dla każdego jest codzienne przebywanie z człowiekiem niepełnosprawnym, obłożnie chorym, bezradnym, cierpiącym na demencję, niesamodzielnym w czynnościach higienicznych, od tego, jak bardzo skomercjalizowana jest współczesność i jak głęboki postęp zarejestrowano w budowaniu społeczeństwa informatycznego – – nie można zapominać, że główną miarą wartości uniwersalnych zawsze było, jest i będzie to, ile człowieczeństwa jest w człowieku. Bez internalizacji istoty tego założenia niemożliwe będzie budowanie przyjaznej przestrzeni życiowej, bo ludzi starych i niepełnosprawnych będzie coraz więcej i bez odpowiedniego przygotowania społeczeństwa do „konsumowania" skutków przedłużonego życia, starości demograficznej potencjalnymi ofiarami przemocy będą jej obecni wykonawcy. Ze starością nie można obcować ani się z nią mierzyć bez odpowiedniego, merytorycznego przygotowania i świadomości, że w końcu będzie ona doświadczeniem każdego.

[9] E. Trafiałek: Op. cit., s. 239-240.

[10] Jean Marc Talpin – psycholog kliniczny, członek Centrum Badawczego Psychologii i Psychopatologii Klinicznej, wykładowca na Uniwersytecie Lumière w Lyonie; Luis Ploton – psychiatra, profesor gerontologii, wykładowca na tym Uniwersytecie.

[11] J.M. Tallin, L. Ploton: *Struktury instytucjonalne i prawo silniejszego w instytucjach geriatrycznych*. „Gerontologia Społeczna" 2006, nr 1 (1), s. 75.

Paradoks współczesności polega na tym, że każdy chce żyć długo, ale nikt nie chce być stary i przez całe dorosłe życie, a tym bardziej w młodości o starości stara się nie myśleć. W pogoni za pracą, za rozwiązywaniem bieżących problemów egzystencjalnych, w wyścigu wszystkich ze wszystkimi o status, dobra i prestiż mało kto pozwala sobie na komfort myślenia o tym co będzie za 30-40, czy 50 lat. Prospektywizm gerontologiczny jest traktowany w kategoriach futurologii.

Drugim paradoksem jest brak odpowiedniej rangi edukacji gerontologicznej w sytuacji, gdy tempo narastania starości demograficznej wykazuje tendencje wzrostowe. O ile do pracy z dziećmi wymagane są odpowiednie kwalifikacje, specjalistyczne przygotowanie, to zgodnie z przyjętym stereotypem uznaje się, że do kontaktów z człowiekiem w starszym wieku, chorym, niepełnosprawnym nadaje się każdy. Coraz więcej zawodów wiąże się z rozwiązywaniem problemów osób starszych, a kształcenie z zakresu gerontologii i geriatrii jest realizowane wyłącznie na poziomie szkół wyższych i to głównie przez lekarzy, pielęgniarki oraz pracowników socjalnych. Barbara Szatur-Jaworska podsumowując wyniki ogólnopolskiego sondażu na temat kształcenia gerontologicznego stwierdziła, że: *[...] w przypadku pracy z osobami starszymi uważa się, że dobra wola i cierpliwość w połączeniu z ogólnym przygotowaniem w zawodzie stanowią w pełni wystarczające kwalifikacje [...] nie wiadomo dokładnie gdzie, jak i kogo kształci się w Polsce w zakresie wiedzy o starości*[12].

Analiza planów nauczania w szkołach podstawowych, gimnazjach i liceach upoważnia do wnioskowania, że kształcenie gerontologiczne na tym poziomie edukacji jest zupełnie ignorowane, a analiza planów studiów szkół wyższych (humanistycznych, pedagogicznych), że przedmiot „gerontologia" tylko w nielicznych ośrodkach jest realizowany w kategorii zajęć specjalizacyjnych. Kształcenie gerontologiczne nie wchodzi w zakres tzw. minimum programowego, dlatego jego upowszechnianie w określonych środowiskach w głównej mierze zależy od gerontologów bądź socjologów zatrudnionych w poszczególnych szkołach. W konsekwencji o specyfice życia w starości niewiele wiedzą zarówno ci, którzy w nią wkraczają, jak i ci, którzy powinni otaczać ich odpowiednią opieką. Znikoma wiedza gerontologiczna społeczeństwa generuje konflikty pokoleniowe i problemy społeczne: zamiast zaufania, współpracy i wsparcia z jednej strony powoduje zagubienie, poczucie krzywdy i rozgoryczenie, z drugiej zniecierpliwienie, tworzenie barier i kontestację wszystkiego co ze starością i ludź-

[12] B. Szatur-Jaworska: *Kształcenie gerontologiczne w Polsce*. „Gerontologia Polska" 1997, nr 4, s. 53.

mi starymi się wiąże. Brak odpowiedniej edukacji prowadzi do pozbawiania ludzi starych prawa do pełnej podmiotowości.

Sama edukacja, podobnie jak sama wolność nie dają ani szczęścia, ani poczucia bezpieczeństwa społecznego, ale wykształcenie daje wiedzę niezbędną do osiągania tych stanów. Wyposaża w metody i instrumenty umiejętnego podejmowania działań prowadzących do optymalizacji życia, do odpowiedzialnego, rzetelnego wypełniania różnorodnych ról społecznych. Długie życie jest celem wszystkich, ale już samodzielna starość wyzwaniem, które podejmują nieliczni.

W Deklaracji Kształcenia Dorosłych, podpisanej w 1997 r. w Hamburgu na konferencji UNESCO, za priorytetowe kwestie uznano: respektowanie prawa do kształcenia się przez całe życie (także w starszym wieku), przygotowanie wszystkich grup społecznych do korzystania z nowych technologii informatycznych i komunikowania się oraz zapewnienie kobietom równych szans w dostępie do edukacji dorosłych[13]. Także w Polsce, w Sektorowym Programie Operacyjnym „Rozwój Zasobów Ludzkich 2004-2006", opracowanym przez MGPiPS zapisano, że globalizacja gospodarki wymaga przełamywania barier komunikacyjnych, językowych i kulturowych, a warunkiem funkcjonowania na rynku pracy jest wykształcenie oraz ustawiczne kształtowanie takich umiejętności i cech, jak: kreatywność, zdolność do adaptacji, otwartość na reorientację i doskonalenie. Jednocześnie podkreślono, że *w zmiennych i konkurencyjnych warunkach rynku pracy ważnym elementem edukacji staje się kształcenie ustawiczne*[14]. Uznano, że głównym narzędziem w tym procesie jest całożyciowa edukacja, przygotowująca do optymalnego funkcjonowania na wszystkich etapach życia.

W warunkach gospodarki rynkowej uzupełnianie wiedzy z kategorii wyboru, motywacji i aspiracji wyraźnie przesunęło się na kategorię obowiązek i podstawowy warunek komunikowania się ze społeczeństwem[15]. Inwestowanie w wykształcenie, w tym także w edukację gerontologiczną, obecnie jest traktowane jako polisa na bezpieczeństwo socjalne.

Systemu kształcenia gerontologicznego w Polsce jeszcze nie ma, choć istnieje pilna potrzeba jego tworzenia. Powinien on gwarantować:

- upowszechnianie wiedzy o starości na wszystkich etapach kształcenia (od przedszkola do studiów podyplomowych),

---

[13] D. Graniewska: *Kapitał ludzki jako cel strategiczny polityki społecznej*. Warszawa 1999, s. 27.

[14] *Sektorowy Program Operacyjny. Rozwój Zasobów Ludzkich 2004-2006*. Warszawa 2003, s. 63.

[15] Podstawowe regulacje systemu kształcenia osób dorosłych w Polsce zawierają liczne rozporządzenia: o centrach kształcenia ustawicznego, w sprawie zasad i warunków podnoszenia kwalifikacji zawodowych i wykształcenia ogólnego osób dorosłych, w sprawie egzaminów eksternistycznych i inne. W Polsce możliwe jest ponadto prowadzenie działalności oświatowej na zasadach regulujących działalność gospodarczą.

- profesjonalne przygotowanie do zawodów związanych z pracą ze starszym człowiekiem,
- zapewnienie drożności kształcenia gerontologicznego, szczególnie w grupie zawodowej lekarzy, pielęgniarek, opiekunek środowiskowych, pracowników socjalnych i pedagogów,
- cykliczną weryfikację kwalifikacji i predyspozycji zawodowych opiekunów ludzi starych,
- wprowadzenie kształcenia gerontologicznego do systemu oświaty pozaszkolnej,
- promowanie kształcenia ustawicznego.

Rozwiązania systemowe

W europejskim modelu opieki nad osobami w starszym wieku dominuje dążenie do zapewniania im wszechstronnego wsparcia w miejscu zamieszkania. Instytucjonalna pomoc obejmuje: usługi medyczne, rehabilitacyjne, pielęgniarskie, opiekuńcze świadczone w domu, ułatwienia w dostępie do geriatrów, w dotarciu do dziennych domów opieki, w adaptacji mieszkań do potrzeb osób z ograniczoną sprawnością. Samotność jest kompensowana codzienną, kilkugodzinną obecnością wykwalifikowanych opiekunów. Nawet wolontariusze współpracujący ze starszymi ludźmi przechodzą odpowiednie szkolenia przygotowujące do wypełniania przyszłych zadań. W ten sposób stwarza się warunki do optymalnego wydłużenia pobytu starego człowieka w miejscu jego zamieszkania, co stanowi jeden z głównych komponentów poczucia integracji i bezpieczeństwa. W wielu krajach istnieją tzw. podsystemy opieki nad człowiekiem starym, finansowane z ubezpieczeń pielęgnacyjnych (Niemcy) lub z budżetu państwa (Norwegia, Szwecja). W najbogatszych krajach Unii Europejskiej na opiekę długoterminową przeznaczane są takie środki, jak np. w Polsce na półroczne funkcjonowanie całej służby zdrowia. W Stanach Zjednoczonych Ameryki, gdzie nie ma publicznej służby zdrowia profesjonalną opiekę medyczną i pielęgnacyjną zapewnia specjalnie powołana dla realizacji potrzeb ludzi starych instytucja „Medicare"[16].

W Polsce nie ma ani oddziałów, ani poradni geriatrycznych. Nie ma też systemowego wsparcia coraz liczniejszej grupy ludzi dożywających starości i późnej starości w stanie niepełnosprawności. Nie ma służb odpowiedzialnych za adaptację mieszkań do potrzeb ludzi o ograniczonej sprawności, a w zasa-

[16] M. Bunda: *Rodzice jak dzieci. Raport.* „Polityka" 2006, nr 36 (2570), s. 4 -11.

dzie żadne jednostki nie zajmują się systematycznym wspieraniem ludzi samotnych, starych w miejscu ich zamieszkania. Wszelkie formy świadczonej na ich rzecz pomocy są uruchamiane doraźnie i to głównie w wyniku tzw. interwencji kryzysowej. Brakuje wyspecjalizowanych placówek opieki medycznej nad osobami cierpiącymi na przewlekłe choroby podeszłego wieku, jak Parkinson czy Alzheimer. Istniejąca sieć hospicjów, domów pomocy społecznej nie zaspokaja potrzeb społecznych. Jedyną formą wspomagania osób po przekroczeniu 75 roku życia jest wypłata gwarantowanego, comiesięcznego zasiłku pielęgnacyjnego.

Jak wynika z raportu „Polityki", opublikowanego we wrześniu 2006 r., zagubienie i strach ludzi starych przed niepełnosprawnością, przed chorobą, przed brakiem samodzielności jest większy od strachu przed śmiercią. Czują się niepotrzebni i nieszczęśliwi. W wielu przypadkach nawet pomoc ze strony rodziny nie gwarantuje im należytej opieki. W raporcie czytamy: *[...] ktoś rozpaczliwie szukający pomocy w opiece nad chorym bliskim nie jest w stanie połapać się w systemie opieki socjalnej [...] z trudem znajduje czas na łapanie kontaktów, wydeptywanie ścieżek do domów pomocy społecznej, telefonowanie i ciągłe powtarzanie pytania – czy już zwolniło się miejsce?*[17].

System opieki nad starym człowiekiem to jednak nie tylko dobrze funkcjonująca sieć specjalistycznych placówek. To także profesjonalna kadra pozostająca poza sferą komercjalizacji, odpowiednia weryfikacja predyspozycji i kwalifikacji zawodowych oraz gwarancje odpowiedniego wynagradzania trudnej pracy. Sprawność, wydolność, skuteczność tego systemu pośrednio są też związane z inną, równie ważną kwestią – przygotowaniem jednostek do życia w starości. Zadania państwa względem obywateli są stosunkowo łatwe do sprecyzowania, ale należy pamiętać, że ich realizacja nigdy nie będzie możliwa bez upowszechniania idei świadomego starzenia się. Każdy ma czas na przygotowanie się do ostatniego etapu życia, ma świadomość ryzyka różnego typu ograniczeń i dysfunkcji wynikających z długiego życia. Starość nie musi być biernym oczekiwaniem na pomoc ze strony innych, nie musi się wiązać z uzależnieniem od dzieci. To jednak wymaga całożyciowego prospektywizmu i przedsiębiorczości: odpowiedniego trybu życia, aktywności, dbałości o sprawność intelektualną, o funkcjonalne mieszkanie, o dobre kontakty z rodziną, sąsiadami, z otoczeniem, wreszcie o materialne zabezpieczenie na starość w formie oszczędności i ubezpieczenia. O ile obecne pokolenie ludzi starych nie mogło przewidzieć nowych determinantów jakości życia, to kolejne powinny korzystać z doświadczeń i, na miarę swoich możliwości, z wieloletnim wyprzedzeniem kumulować kapitał na przyszłość.

---

[17] Ibid., s. 11.

Jednym z warunków demokratycznego traktowania starości jest zrównanie wieku emerytalnego kobiet i mężczyzn i jednakowe traktowanie ich na rynku pracy. Kobiety dłużej żyją i krócej pracują, w wyniku czego po przejściu na emeryturę uzyskują znacznie niższe (nawet o 1/3) od mężczyzn świadczenia emerytalne. To zasadne zarówno z demograficznego, jak i ekonomicznego punktu widzenia rozstrzygnięcie w Polsce stanowi corocznie powracający problem, którego nadal nie zdołano rozwiązać. Brak odpowiednich regulacji ustawowych jest uzasadniany sprzeciwem społecznym bądź wysoką stopą bezrobocia, ale polityka rynku pracy i zabezpieczenia społecznego wymaga prospektywizmu i perspektywicznego planowania. Skutki wszelkich rozwiązań systemowych z reguły są odczuwane przez społeczeństwo dopiero po kilku, kilkunastu latach. Za 15-20 lat w Polsce zniknie problem dysproporcji między popytem i podażą rynku pracy, ponieważ odejdzie z niego pokolenie powojennego wyżu demograficznego – wówczas rąk do pracy będzie brakować. Ponadto luki pokoleniowe nie pozwolą na dalsze utrzymywanie repartycyjnego systemu emerytalnego – każdy będzie musiał sam gromadzić środki na swoje przyszłe świadczenia. Jakość życia na emeryturze będzie wówczas wyznaczana nie opiekuńczością państwa i dyskusyjnym solidaryzmem pokoleniowym, ale indywidualną przedsiębiorczością, przezornością i aktywnością zawodową.

Na podstawie doświadczeń europejskich dotychczasowa sieć wsparcia ludzi starszych (obejmująca: domy pomocy społecznej, dzienne domy pomocy, kluby seniora, Uniwersytety Trzeciego Wieku, hospicja, organizacje pozarządowe, samopomoc środowiskową) z czasem zostanie z pewnością wzbogacona o nowe formy (choćby takie, jak: wzorowane na rozwiązaniach niemieckich stacje socjalne, domy mieszkalne dla osób starszych; na rozwiązaniach holenderskich wspólnoty mieszkaniowe seniorów, żywe wspólnoty, czy też na rozwiązaniach francuskich: odpłatne przyjmowanie osób starszych przez osoby prywatne, mieszkania grupowe, kluby międzypokoleniowe, domy zintegrowane dla osób zależnych)[18]. Wzbogacanie systemu będzie uzależnione od skutecznych działań podejmowanych w ramach polityki społecznej wobec starości oraz od inicjatyw lokalnych, zasobności ekonomicznej zainteresowanych opieką, jak i od upowszechniania w całym społeczeństwie edukacji gerontologicznej.

Aktywność i samodzielność ludzi, od dorosłości po starość, odpowiednio wspierana przez politykę społeczną jest potencjałem możliwym do wykorzystania zarówno przez jednostki, jak i całe społeczeństwo. Trzecia generacja to

---

[18] Więcej na ten temat: J. Krzyszkowski, *Usługi opiekuńcze dla ludzi starych w miejscu zamieszkiwania w Polsce i w innych krajach UE*. W: *Starość i starzenie się jako doświadczenie jednostek i zbiorowości ludzkich*. Red. T. Kowaleski i P. Szukalski. Łódź 2006, s. 150 i nast.; A. Leszczyńska-Rejchert: *Człowiek starszy i jego wspomaganie – w stronę pedagogiki starości*. Olsztyn 2005, s. 185 i nast.

istotny element kapitału społecznego, którego nie można marginalizować i pozbawiać prawa do podmiotowości. Dobrze zatem, że wśród młodych ludzi poczucie praw obywatelskich coraz częściej przekłada się na wiązanie edukacji z upodmiotowieniem. Najlepszym tego dowodem jest skokowy w ostatnich latach w Polsce wzrost współczynnika skolaryzacji brutto na wyższym poziomie do 47,8% (w grupie kobiet do 54,8%)[19].

Zakończenie

W miarę wydłużania czasu trwania życia coraz więcej będzie starości niepełnosprawnej, niedołężnej, wymagającej stałej opieki osób drugich, oczekującej wsparcia, życzliwości, tolerancji i wyrozumiałości. Dawniej gwarantem wychodzenia naprzeciw takim potrzebom była rodzina. Teraz, w miarę, jak zmienia się jej wielkość, struktura, prawny status (konkubinaty, samotne rodzicielstwo, samotne życie) ograniczeniu ulegają także jej poszczególne funkcje: opiekuńcza, emocjonalno-ekspresyjna, socjalizacyjna. Świat zmierza w kierunku samowystarczalności jednostek samokreujących swój los, byt i jakość życia, ale proces promowania takich postaw wymaga wsparcia ze strony państwa, odpowiedniego kształcenia, niezbędnego do planowania optymalnego przebiegu życia także u jego schyłku.

Solidaryzm społeczny nie poddaje się regułom centralistycznego sterowania. Narzucany nie integruje, lecz polaryzuje, a zamiast poczucia bezpieczeństwa społecznego rodzi poczucie społecznej niesprawiedliwości. W sytuacjach konfliktowych zawsze pojawiają się patologie, ryzyko dyskryminacji i wykluczenia społecznego najsłabszych. W Polsce jedną z grup najbardziej narażoną na różne przejawy dyskryminacji są ludzie starzy, dlatego popularyzacja idei edukacji gerontologicznej: przygotowania do starości, przygotowania do życia w społeczeństwie zdominowanym przez ludzi starych oraz przygotowania do samodzielnej starości należy traktować jako priorytet polityki społecznej w dziedzinie upowszechniania oświaty i kształcenia ustawicznego. To niezbędny warunek podmiotowego traktowania człowieka na każdym etapie jego życia.

Skuteczne zapobieganie dyskryminacji, wykluczeniu społecznemu, którego przyczyną z reguły jest niewiedza, niskie wykształcenie, zagubienie w świecie nowoczesnych technologii i reguł wolnego rynku jest możliwe tylko w społeczeństwie wykształconym i w kraju, w którym status społeczny człowieka wyznaczają jego kompetencje, kwalifikacje, elastyczne współdziałanie z podmio-

---

[19] *Rocznik*..., op. cit., s. 341.

tami gospodarki, a nie działalność kompensacyjna służb społecznych. We współczesnym świecie człowiek sam powinien być kreatorem jakości swojego życia, ale obowiązkiem państwa jest wprowadzenie czytelnych reguł zależności wykształcenia i mobilności od statusu ekonomicznego i stworzenie wszystkim obywatelom równych szans w dostępie do zdobywania najważniejszego obecnie potencjału – wiedzy. Zalecenia Unii Europejskiej wynikające z głównych strategii polityki oświatowej Wspólnot i wsparcie finansowe z Europejskiego Funduszu Społecznego tworzą wyjątkowo sprzyjające warunki do podejmowania tych wyzwań i budowania nowoczesnego systemu polskiej edukacji ustawicznej na miarę standardów światowych. Przyszłościowa polityka społeczna, służąca stymulacji ładu społecznego, oparta na komplementarnym związku edukacji ustawicznej z rozwojem rynku pracy i poprawą jakości życia obywateli musi uwzględniać naczelną zasadę, jaką jest inwestowanie w kapitał społeczny. Inwestowanie w kapitał ludzki daje potencjał niezbędny do rozwoju gospodarki, poprawy warunków bytu ludności i budowania stabilnej integracji państwa ze społeczeństwem.

Główną miarą efektywności dążenia do upodmiotowienia człowieka starego i niepełnosprawnego jest tworzenie optymalnych warunków dostępu do edukacji i i kształcenia gerontologicznego na każdym etapie życia, czyli skuteczność wdrażania reguł i poziom powszechnej internalizacji zasad edukacji całożyciowej, począwszy od szkoły podstawowej i średniej. Zgodnie z założeniami współczesnej polityki społecznej i ekonomii, inwestowanie w kształcenie i ustawiczną edukację gerontologiczną jest równoznaczne z inwestowaniem w kapitał ludzki. Wskazana zależność szczególnie zyskuje na znaczeniu w warunkach powszechnego dążenia do budowania solidarnego społeczeństwa opartego na wiedzy.

Wiesława Walkowska
Uniwersytet Śląski

AKTYWNOŚĆ – EDUKACJA SENIORÓW

W dobie „demograficznej starości", problem ludzi starych staje się problemem coraz bardziej powszechnym. Wymaga to od społeczeństw na świecie zmiany postaw wobec starości, a przede wszystkim łamania niekorzystnych i krzywdzących stereotypów. W toku szybkich przemian, społeczeństwa, zwłaszcza wysoko rozwinięte, „gdzieś po drodze zgubiły starość", należne jej miejsce i szacunek. Historia pokazuje natomiast, że człowiek stary w przeszłości zajmował godne miejsce w społeczeństwie. Każda z kultur – egipska, azjatycka, europejska – odnosiła się do starości z szacunkiem, upatrując w niej źródła mądrości i doświadczenia życiowego.

W ciągu wieków zmieniała się średnia długość życia ludzkiego, co miało wpływ na zmiany w określaniu granic starości. Współcześnie przyjmuje się, że osoby starsze to ludzie w wieku powyżej 60-65 roku życia. W przeszłości granice te przebiegały inaczej – we wczesnej epoce żelaza i brązu średnia długość życia kształtowała się na poziomie 18-20 lat, mieszkaniec starożytnego Rzymu żył około 35 lat, w 1800 r. średnia długość życia wynosiła około 40 lat. Dopiero rewolucja przemysłowa, wykorzystanie postępu dla rozwoju społecznego, postęp w medycynie oraz stopniowa zmiana stylu życia przyczyniły się do wzrostu średniej długości życia ludzkiego.

Od zarania dziejów tęsknota za wieczną młodością, nieśmiertelnością, ale także procesy związane ze starością i starzeniem były przedmiotem zainteresowań, a nawet badań. Starożytni myśliciele (Sokrates, Platon, Arystoteles, Hipokrates, Cyceron) w swojej twórczości poświęcili wiele miejsca starości. Dostrzegali zarówno ułomności i niedogodności wieku podeszłego, ale także wskazywali na zalety i przymioty. Ich rozważania na temat starości stały się z pewnością źródłem inspiracji oraz miały wpływ na kształtowanie się postaw i poglądów myślicieli nowożytnych. Śledząc pozycję człowieka starego w społeczeństwie można założyć stwierdzenie, że wraz z okresem industrializacji prestiż ludzi starych zaczynał się coraz bardziej rozpraszać, a ich pozycja w spo-

łeczeństwie staje się coraz słabsza. Zwłaszcza w drugiej połowie XX w., kiedy przeobrażeniom ulegały wzorce społeczne i kulturowe, człowiek stary wyraźnie był spychany na margines postępu i dotykała go coraz większa izolacja. W świecie nacechowanym kultem piękna, młodości – nieraz za wszelką ceną – coraz trudniej jest być starym.

Organizacje międzynarodowe podejmują działania, aby pokazać i uświadomić społeczności na świecie, że starość jest problemem społecznym i nie można jej pomijać i traktować obojętnie. Z inicjatywy ONZ w 1982 r. odbyło się I Światowe Zgromadzenie poświęcone problemom starzenia się ludności. Dwadzieścia lat później w Madrycie obradowało II Światowe Zgromadzenie, którego naczelnym hasłem stało się zbudowanie społeczeństwa dla osób w każdym wieku, bez konfliktu pokoleń, które nie dyskryminuje ludzi starszych i daje im szansę na godne i aktywne życie[1]. Wśród głównych działań globalnych dotyczących ludzi starych należy wymienić przyjęte przez ONZ w 1991 r. „Zasady Działania na Rzecz Osób Starszych", które dotyczyły głównie kwestii niezależności, uczestnictwa, opieki, samorealizacji, godności. W opracowanym w 1992 r. przez ONZ dokumencie „Koncepcyjne Ramy Międzynarodowego Roku Seniora" wskazywano na zróżnicowaną sytuację ludzi starych na świecie, potrzebę indywidualnego rozwoju przez całe życie, problem relacji międzypokoleniowych, a także zależności pomiędzy starzeniem się populacji a rozwojem społecznym. W myśl tych założeń 1999 r. został ustanowiony Międzynarodowym Rokiem Seniora, którego mottem przewodnim było: „Ku społeczeństwu dla ludzi w każdym wieku". Założono, że mają to być działania strategiczne, które wykorzystują zarówno zasoby krajowe, jak i lokalne angażując rząd, samorządy, sektor pozarządowy i prywatny. Do kluczowych działań dla realizacji koncepcji „Społeczeństwa dla ludzi w każdym wieku" zaliczono:

- przyjęcie problemów starzenia się jako priorytetu globalnego,
- działania mające zapewnić bezpieczeństwo dochodów dla seniorów,
- edukację permanentną – społeczeństwo wiedzy, uczące się, budujące wyedukowaną populację seniorów,
- promocję zdrowego, w tym aktywnego stylu życia,
- prowadzenie elastycznej polityki rynku pracy,
- inicjowanie działań międzypokoleniowych, zwłaszcza na gruncie lokalnym,
- przygotowanie rozwiązań prawnych ukierunkowanych na kobiety w celu poszerzenia ich możliwości przy podejmowaniu pracy,
- budowanie środowiska społecznego wolnego od barier, integrującego różne grupy wiekowe,
- stworzenie stabilnego systemu zabezpieczenia społecznego poprzez dostarczanie świadczeń zdrowotnych, społecznych i pomocy społecznej, ukie-

[1] www.unic.un.org.pl

runkowanych również na rodziny, które potrzebują wsparcia przy zajmowaniu się osobami starszymi,
- zwiększanie świadomości społecznej i łamanie stereotypów na temat starości poprzez włączenie do działań mediów, sektora pozarządowego i prywatnego oraz ludzi młodych,
- podjęcie działań badawczych z zakresu gerontologii i geriatrii[2].

Inicjatywy globalne mają się przekładać na inicjatywy rządowe w poszczególnych państwach, a te na inicjatywy lokalne, zwłaszcza w społeczeństwach demokratycznych. Aby starość dla społeczeństw na świecie nie stała się problemem i ciężarem należy podejmować działania i zawsze o niej myśleć w kategoriach „dziś".

Być seniorem aktywnym

Późne lata 80. ubiegłego wieku są określane mianem drugiej transformacji demograficznej. Jest to także okres przyspieszonych zmian społecznych i gospodarczych, co się wiąże ze zmianą zachowań i stylu życia nie tylko młodego pokolenia, lecz ludzi w każdym wieku. Należy uwzględnić, że zachodzące przemiany przybrały o wiele szybsze tempo w Polsce niż miało to miejsce w krajach Europy Zachodniej. Uwidoczniły luki określane mianem „luk" lub „zapóźnień cywilizacyjnych", do których zalicza się także edukację.

Optymistyczny wydaje się fakt, że (wzorem państw zachodnich) w Polsce zaczęto dostrzegać rolę, jaką może spełniać edukacja w rozwoju gospodarki. Pojawiły się pojęcia „kapitał ludzki", „potencjał intelektualny", „inwestowanie w kapitał ludzki". Należy zauważyć, że postrzeganie edukacji zarówno w wymiarze społecznym, jak i ekonomicznym powinno dotyczyć całej struktury społecznej, czyli nie tylko dzieci i młodzieży oraz ludności znajdującej się w okresie produkcyjnym, lecz także pokolenia seniorów. Zarówno dane GUS, jak i prowadzone badania wykazują, że wykształcenie ma znaczący wpływ na jakość życia oraz samopoczucie w późniejszym wieku. Można stwierdzić, że – zwłaszcza w kontekście założeń długofalowych – wykształcenie społeczeństwa może stanowić pewną profilaktykę dla starzenia, zwłaszcza przedwczesnej starości oraz jej jakości.

Stosunkowo niski wskaźnik wykształcenia wśród osób starszych w Polsce jest wynikiem czynników historycznych, które sięgają jeszcze czasów zaborów,

---

[2] Strategia została przedstawiona w raporcie: *Ageing situation 1997-1998*, wersja ostateczna została zaprezentowana w 1999 r.

kiedy działania zaborców były ukierunkowane na pozbawienie ludności polskiej tożsamości narodowej.

Negatywne skutki w dziedzinie wykształcenia Polaków miały pierwsza i druga wojna światowa, a następnie prowadzona polityka oświatowa po drugiej wojnie. W okresie socjalizmu w Polsce możliwość kształcenia czy dokształcania się osób starszych była ograniczona, ponieważ tzw. skierowanie do szkoły średniej czy na studia mógł wydać tylko zakład pracy. Tym samym pozostała część starszego społeczeństwa, przede wszystkim niepracujące kobiety, była pozbawiona możliwości uzupełnienia wykształcenia. Taka sytuacja dodatkowo pogłębiła występujący dysonans pomiędzy miastem a wsią, gdyż w miastach zawsze było więcej aktywnych zawodowo kobiet, czyli miały możliwość uzupełniania braków w wykształceniu. Dodatkowo należy podkreślić, że w polskim społeczeństwie panował pogląd, że właściwym okresem dla kształcenia i uczenia się jest młodość.

Zdobyte wykształcenie i wykonywana praca mają wpływ nie tylko na proces starzenia, ale także na jakość podeszłego wieku. Dotyczy to szczególnie sprawności intelektualnej. Naturalną cechą ludzkiego organizmu – w każdym wieku – jest aktywność zarówno psychiczna, jak i fizyczna, zatem nie może jej być pozbawiony również człowiek starszy, oczywiście na miarę swoich zdolności, możliwości, potrzeb. Monotonia, bierny styl życia, wyizolowanie przyspieszają procesy związane ze starzeniem. Prowadzone badania naukowe na temat starości wykazują, że osoby aktywne intelektualnie i twórczo nawet w podeszłym wieku zachowują i wykorzystują w dalszym ciągu swoje zdolności. *Podeszły wiek nie jest zmierzchem życia, ale świtem mądrości. Każdy, choćby najbardziej podeszły wiek może być początkiem wspaniałego, owocnego, aktywnego i nader twórczego okresu w życiu, który może przyćmić wszystkie poprzednie*[3].

Jeśli współcześnie mówimy o starości, to nie sposób pominąć określenia „aktywne starzenie się", które według Światowej Organizacji Zdrowia jest procesem optymalizacji zarówno fizycznego, psychicznego, jak i społecznego dorastania na każdym etapie rozwoju. D.B. Bromley wyróżniając pięć postaw charakterystycznych dla starości podkreśla, że na jakość życia seniorów kluczowy wpływ ma aktywność zarówno psychiczna, jak i fizyczna[4]. Jeśli te dwa czynniki komponują się ze sobą, to starość przychodzi później, jest bardziej „oswojona" i traktowana jako kolejna faza życia, którą można przeżyć równie pięknie, mądrze, szczęśliwie i wartościowo. Dzieckiem może być każdy – nie każdemu dane jest przeżyć jesień życia. Nie wolno zmarnować tej szansy, ale

---

[3] A. Bochniarz: *Świat różnych wartości*. Michalineum 1998, s. 240.
[4] Zob. D.B. Bromley: *Psychologia starzenia się*. Warszawa 1969, s. 132.

wykorzystać ją dla siebie i innych. Z. Woźniak powołując się na opinie specjalistów uważa, że „aktywne starzenie się" powinno dotyczyć najwcześniejszych faz rozwojowych człowieka i obejmować:

- uczestnictwo w życiu rodziny i społeczności,
- zrównoważone żywienie, zdrową dietę,
- utrzymywanie adekwatnej do możliwości aktywności fizycznej,
- powstrzymywanie się od palenia tytoniu,
- unikanie nadmiernej konsumpcji alkoholu[5].

A. Walker – angielski gerontolog i polityk społeczny – uważa, że współcześnie „aktywne starzenie" powinno się opierać na następujących zasadach:

- Aktywność powinna obejmować wszystkie działania służące dobrostanowi osób starszych oraz ich rodzin, wspólnot lokalnych i całego społeczeństwa, a nie tylko pracę zawodową.
- Strategia aktywności powinna obejmować wszystkie osoby starsze, nie wyłączając najstarszych, przy czym należy pamiętać o zależności między zdrowiem a poziomem aktywności.
- Należy podejmować działania profilaktyczne zapobiegające chorobom, niepełnosprawności, utracie kwalifikacji i tym podobne w stosunku do seniorów oraz młodszych osób.
- Przy realizacji powinno się uwzględniać zasadę międzypokoleniowej solidarności.
- Powinno się zachować równowagę między prawami osób starszych, np. do ochrony socjalnej, kształcenia ustawicznego, a zobowiązaniem ich do wysiłku, jakiego wymaga aktywność. Nie chodzi tutaj o przymus aktywizacji, np. przymusowe wydłużanie okresu pracy, lecz o zachęty w tym zakresie.
- W podejmowanych działaniach powinny być uwzględnione zasady uczestnictwa i poszanowanie autonomii człowieka.
- Programy aktywizacji powinny uwzględniać i respektować (w dobie globalizacji) różnice narodowe i kulturowe[6].

Duże znaczenie dla powodzenia tych działań będą miały nie tylko wsparcie finansowe, ale przede wszystkim łamanie stereotypów i zmiana postaw społecznych. Dla osób starszych niezwykle istotna jest aktywność społeczna, która daje im poczucie bycia potrzebnym, dostrzegania problemów społecznych zamiast koncentrowania się na sobie. Otwarcie się na drugiego człowieka często staje się procesem samodoskonalenia, zapobiega frustracji, a także elimi-

---

[5] Z. Woźniak: *Status społeczny i prawny polskich seniorów na tle europejskich programów polityki społecznej wobec osób starszych*. „Praca socjalna" 2002, nr 3, s. 95-97.

[6] A. Walker: *Une stratégie pour vieillir enrestant actif*, „Revue Internationale de Sécurité Sociale", vol. 55, nr 1 specjalny, s 147-148. Cyt. za: *Atlas Złotego Wieku*. Warszawa 2003, s. 20.

nuje lęki i obawy występujące w podeszłym wieku. Dla człowieka starszego oprócz środowiska rodzinnego występuje także potrzeba przynależności do grupy rówieśniczej, kontaktu z rówieśnikami, uczestniczenia we wspólnym działaniu i rozmowie. Człowiek uczy się gospodarować wolnym czasem, a przede wszystkim poprzez uczestnictwo społeczne może nie tylko realizować swoje zainteresowania, ale podejmować nowe zadania, wykorzystując przy tym swoją mądrość i dojrzałość życiową. Wymienione czynniki to jedne z najważniejszych, które mogą uczynić jesień życia nie tylko czasem pożegnań z tym, co mija bezpowrotnie, ale także otworzyć nieznane perspektywy na dalsze, a nawet nowe życie. Jeden z uczestników Uniwersytetu Trzeciego Wieku powiedział: *ważne by pozostać sobą, ale także stawać się lepszym, mam czas na to, aby poszukiwać, działać, dostrzegać nie tylko siebie, ale i innych".*

Jednak rodzina

Rodzina zawsze była wartością nadrzędną. Z historycznego punktu widzenia – oprócz wielu innych wartości – stanowiła ona głównie zabezpieczenie ludzi na starość. Należy uwzględnić, że w przeszłości zdecydowana większość rodzin była wielodzietna, co powodowało, że utrzymanie starszej generacji rozkładało się na wiele osób, natomiast średnia długość życia była znacznie krótsza. Współcześnie coraz trudniej jest utrzymać tradycyjny model rodziny, zwłaszcza wielopokoleniowej, gdzie we wspólnym gospodarstwie zamieszkują dzieci, rodzice, dziadkowie, a nawet pradziadkowie. Chociaż ludzie żyją coraz dłużej, to jednak nie zawsze w jesieni życia mają możliwość bycia razem ze swoimi najbliższymi. Dobrze jest, jeśli ludzie starsi po przejściu na emeryturę mogą realizować swoją aktywność w obrębie rodziny, zwłaszcza, że dla niektórych ludzi, bardzo aktywnych i mających prestiżową pracę okres przejścia na emeryturę wiąże się często z poczuciem bezużyteczności. Rodzina daje im poczucie spełnienia, satysfakcji osobistej, bezpieczeństwa, a jeszcze większego znaczenia nabiera dla osób, które nie były aktywne zawodowo. W wielu rodzinach prowadzi się wspólne gospodarstwo domowe albo przynajmniej istnieje wymiana pewnych świadczeń w obrębie rodziny. Często jest tak, że to dzięki pomocy w prowadzeniu domu dorosłe dzieci mogą funkcjonować zawodowo czy realizować swoje plany i karierę. Dziadkowie stają się bowiem opiekunami dla swoich wnuków. W tym wspólnym funkcjonowaniu w obrębie rodziny najważniejsze jest, jak podkreśla H. Worach-Kordas, to, że dziadkowie są nosicielami tradycji i wartości, często utraconych w zamęcie codziennego życia[7].

---

[7] H. Worach-Kardas: *Fazy życia zawodowego i rodzinnego*. Warszawa 1988, s. 178-180.

Zachodzące procesy demograficzne mają i w najbliższej przyszłości będą miały wpływ na kształtowanie się stosunków między pokoleniami. Upowszechnianie się modelu rodziny dwa plus jeden doprowadzi do znacznego zmniejszania się kręgu bliższych i dalszych krewnych. W związku z wydłużaniem się życia oraz spadkiem dzietności kobiet rodzinę wielopokoleniową będzie tworzyć więcej pradziadków i dziadków niż wnuków[8]. Wydaje się, że właśnie w społeczeństwie wiedzy, w społeczeństwie informacyjnym będzie coraz trudniej o bezpośredni przekaz tradycji. Wnukowie coraz rzadziej widują się ze swoimi dziadkami ze względu na miejsce zamieszkania i charakter pracy rodziców. Ważne jest, aby pielęgnować rodzinne tradycje i dbać o wzajemne kontakty rodzinne. Zwłaszcza w dobie postępu należy przywiązywać wagę i pielęgnować rodzinne uroczystości, jubileusze, rocznice, urodziny, imieniny czy święta kościelne. Młode pokolenie dzięki obecności starych ludzi uczy się także „o starzeniu i starości"[9].

Sytuacja demograficzna, a także upowszechniający się w Polsce model życia powszechny w Europie Zachodniej sprawia, że osoby w podeszłym wieku coraz mniej mogą liczyć na pomoc rodziny. Należy podkreślić, że seniorzy dzięki otrzymywanej emeryturze czy rencie są w większości niezależni finansowo, a często jeszcze wspierają materialnie swoje dzieci lub wnuki. Oczekują oni jednak wsparcia psychicznego, częstszych kontaktów i zainteresowania. Wraz z wydłużaniem się życia ludzi polepsza się ich stan zdrowia. Zwłaszcza w początkowym okresie starości seniorzy zazwyczaj nie stanowią ciężaru dla rodziny. W literaturze przedmiotu zwraca się również uwagę na znaczenie pracy, którą emeryci wykonują wewnątrz rodziny. Taka praca wprawdzie nie przynosi bezpośrednich korzyści materialnych, ale stanowi wartość użyteczną dla innych członków rodziny. Poczucie użyteczności dla innych jest ważnym czynnikiem psychicznym stwarzającym podstawy własnej identyfikacji, a często i satysfakcji dla seniorów.

Mając na uwadze funkcjonowanie osób starszych w rodzinie nie należy tego kręgu zawężać tylko do najbliższych członków. Dla osób starszych prawie niezastąpione są tzw. kontakty rówieśnicze, do których należy zaliczyć rodzeństwo, kuzynów, ciotki. Osoby te postrzegają życie w takich samych interwałach czasowych oraz mają podobne korzenie osadzone w tradycji[10].

---

[8] *Raport o rozwoju społecznym*, Polska 1999. Ku godnej starości. UNDP, Warszawa 1999, s. 32.
[9] H. Worach-Kardas: Op. cit., s. 185.
[10] O. Czerniawska: *Przygotowanie do życia na emeryturze a aktywizacja środowiska lokalnego. W: Aktywizacja środowiska ludzi starszych*. Zeszyty Problemowe PTG nr 3/94, t. 2. Ełk 1994, s. 42.

Religia w życiu seniorów

W jesieni życia często wśród osób starszych narasta nawrót do religii i Boga, co pozwala łatwiej zaakceptować nadchodzący okres. Ludzie starsi łatwiej wtedy pokonują cierpienie, chorobę, samotność, utratę sił witalnych, nawet łatwiej potrafią zaakceptować nadchodzącą śmierć, a nawet zobaczyć jej sens. W naszym społeczeństwie istnieje pogląd, że mimo śmierci żyjemy w pamięci potomnych. Religia natomiast pozwala człowiekowi staremu osadzić swoje życie w wieczności, czyli daje możliwość wejścia w nowy, lepszy świat – świat wiecznego trwania, gdzie będzie miał możliwość zobaczenia tych, których stracił i kochał za życia. Cyceron w Traktacie o starości pisał: *A z życia odchodzę jak z gospody, nie jak z własnego domu. Bo przecież natura udzieliła nam tutaj miejsca na krótki pobyt, a nie na stałe mieszkanie. Jakże szczęśliwy będzie dzień, w którym opuściwszy tę bezładną zbieraninę ludzką podążę tam, gdzie przebywają i gromadzą się boskie duchy. Spotkam tam bowiem nie tylko tych mężów, o których mówiłem, ale i mego Katona, najlepszego z synów, najszlachetniejszego spośród ludzi*[11].

Oprócz wartości i poczucia sensu życia, jakie daje człowiekowi religia, spełnia ona często także ważny aspekt społeczny. W wielu parafiach osoby starsze zaspokajają swoją aktywność w obrębie różnych grup nieformalnych. Najczęściej są to grupy samopomocowe związane z Caritas, które organizują pomoc dla ubogich, chorych, mających trudną sytuację życiową. Seniorom daje to poczucie własnej wartości, bycia potrzebnym. Jest to szczególnie ważne dla ludzi starszych, którzy mają dużo wolnego czasu, a nie mają rodziny lub utracili ją albo jest ona daleko.

Edukacja – aktywność kulturalno-oświatowa seniorów

Starość łatwiej akceptują osoby, które są zadowolone ze swojego życia i mimo że są na emeryturze uważają, że mają coś do zrobienia lub mają zagospodarowany wolny czas. Prawie wcale nie ma wśród nich osób, które cierpią na depresję. Jak wynika z badań, wśród osób w wieku 65 lat i więcej choroba ta dotyka około 10%-15%, przy czym należy zaznaczyć, że odsetek ten jest znacznie wyższy wśród pacjentów domów pomocy społecznej i szpitali[12].

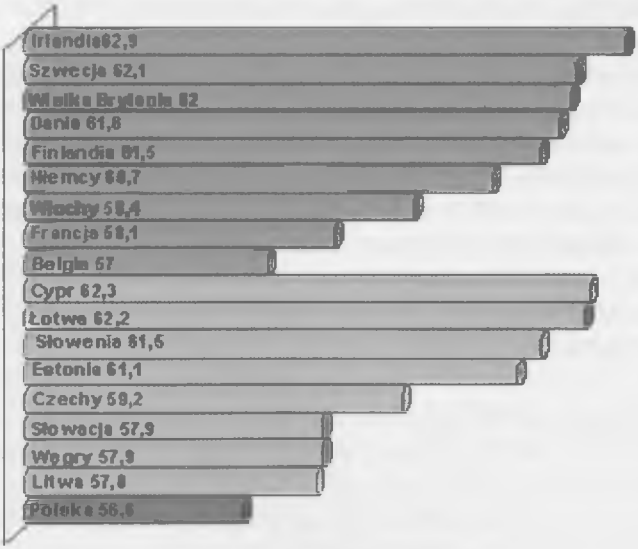
---

[11] M.T. Cyceron: *O starości. Pisma Filozoficzne*, t. 4. Warszawa 1963, s. 12.

[12] H. Szwarc, B. Szyszko-Wydra: *Możliwość zapobiegania depresjom u osób starszych*. „Gerontologia Polska" 1996, z. 4.

Aby starość była godna, należy wcześniej zdobywać wiedzę o niej. Takie zadania stoją przed profilaktyką geriatryczną, której częścią jest edukacja gerontologiczna społeczeństwa. Ma ona na celu przede wszystkim wdrażanie do starości, szeroko rozumianą profilaktykę dotyczącą zasad prawidłowego odżywiania oraz stylu życia. Dzięki temu proces starzenia przebiega znacznie wolniej, a także jest mniej uciążliwy. Profilaktyka ma także na celu zapobieganie chorobom już w wieku średnim, dzięki czemu można uniknąć wielu powikłań na starość.

Kluczowym czynnikiem, który może zapewnić człowiekowi starszemu nie tylko prestiż i pozycję społeczną, ale przede wszystkim sprawność psychiczną i fizyczną jest praca. K. Wiśniewska-Roszkowska podkreśla: *Obserwując korzystny stan zdrowia ludzi pracujących do późnej starości, gerontolodzy na ogół uważają pracę za najlepsze lekarstwo przeciw zniedołężnieniu, za najlepszy sposób utrzymania młodości ciała i ducha*[13]. Dane statystyczne wykazują, że Polska jest krajem najmłodszych emerytów w Europie, gdzie średnia wieku kształtuje się na poziomie 56-57 lat. Jest to ogromny kapitał społeczny do zagospodarowania. Nasuwa się również pytanie: jak wykorzystują wolny czas tak młodzi emeryci, zwłaszcza że w grupach uprzywilejowanych jest to jeszcze niższy wiek niż 56 lat?



Rys. 1. Średnia wieku, w którym pracownicy przechodzą na emeryturę w poszczególnych krajach Europy

Źródło: Eurostat 2004.

[13] K. Wiśniewska-Roszkowska: *Problemy pomocy lekarskiej dla ludzi starych*. Warszawa 1970, s. 4.

W dobie szybkiego postępu i przemian nie tylko młodzi emeryci, ale również starsze pokolenie seniorów może się czuć coraz bardziej wyizolowane i zepchnięte na margines życia społecznego. W Polsce ciągle jest za mało programów, inicjatyw, organizacji adresowanych do ludzi starszych. Często wynika to z braku środków finansowych, ale także z braku wiedzy na temat starości, a zwłaszcza roli, jaką mogą odegrać działania aktywizujące te grupy społeczne.

Dominującą formą kształcenia dla osób starszych są Uniwersytety Trzeciego Wieku (UTW), jednak do korzystania z takiej formy aktywności mają dostęp przede wszystkim osoby z dużych miast. Optymistyczny wydaje się fakt, że wraz z tworzeniem w małych ośrodkach miejskich wyższych uczelni, zaczynają przy nich być tworzone UTW. Często ich uczestników nazywa się żartobliwie „wybrańcami bogów", zwłaszcza, jeśli ośrodki te działają prężnie i w sposób widoczny aktywizują ludzi starszych.

Najstarszy w województwie śląskim UTW działa przy Uniwersytecie Śląskim od 1982 r., skupia ponad 500 słuchaczy i z roku na rok cieszy się coraz większym zainteresowaniem. Uczestnikami są także seniorzy miast ościennych. Jak duże są potrzeby ludzi starszych w tego typu uczestnictwie świadczy powstanie grup słuchaczy w Jastrzębiu Zdroju i w Sosnowcu. Są to stosunkowo młode uniwersytety jednak działające bardzo prężnie, a liczba ich słuchaczy ciągle wzrasta.

UTW w Jastrzębiu Zdroju działa przy Uniwersytecie Śląskim od 2002 r., liczy 326 słuchaczy, w tym 279 kobiet i 47 mężczyzn. Najwięcej słuchaczy, bo 212 ma wykształcenie średnie, 32 osoby wykształcenie wyższe, 56 osób wykształcenie zawodowe i 25 osób podstawowe. Najmłodszy uczestnik ma 45 lat, a najstarszy 76 lat. W 90% słuchacze są na emeryturze lub rencie. Wśród najczęściej wykonywanych zawodów dominują:

- pracownicy administracyjno-biurowi,
- pracownicy oświaty,
- pracownicy służby zdrowia,
- górnicy.

Tematyka zajęć jest dostosowana do potrzeb i zainteresowań, stąd są to wykłady i zajęcia zarówno humanistyczne, jak i z zakresu nauk ścisłych oraz lektoraty. Uniwersytet często współpracuje z lokalnymi organizacjami, z Urzędem Miasta, a także z UTW w Krakowie i Łodzi. Praktyka wykazuje, że potrzeby funkcjonowania tego rodzaju placówki w środowisku są o wiele większe, ponieważ ze względów lokalowych musiano wprowadzić ograniczenie w postaci tzw. rejonizacji, czyli przyjmowania uczestników na zasadzie miejsca zamieszkania[14].

---

[14] www.us.edu.pl/uniwersytet/UTW/jastrzebie

Młodym UTW jest również uniwersytet w Sosnowcu, który powstał 2004 r. i działa również jako jednostka strukturalna Uniwersytetu w Katowicach. Skupia około 400 słuchaczy. Uczestnicy bardzo sobie cenią przychylność władz miasta oraz opiekę naukową Wydziału Nauk o Ziemi w Sosnowcu. Podkreślają, że dzięki temu stworzono niepowtarzalną atmosferę i klimat sprawiający, że „magiczny powrót" do lat studenckich przekłada się na powrót do własnej młodości[15].

W województwie śląskim działają również UTW jako stowarzyszenia, do których należy zaliczyć stosunkowo młode uniwersytety w Rybniku, Cieszynie, Bielsku-Białej, Gliwicach. Wybrane przykłady pokazują, że w małych ośrodkach jest ogromne zapotrzebowanie na aktywność wśród seniorów. Placówek tego typu jest wciąż za mało, a potrzeby w tym zakresie będą się zwiększać.

O wiele gorsza jest sytuacja seniorów w małych miejscowościach wiejskich, zwłaszcza na terenach, gdzie występuje wysokie bezrobocie i bieda. Tam ludzie starsi, ich problemy, potrzeby zostały zepchnięte prawie na margines społeczny. Wiele w tym względzie zależy od samorządu lokalnego, domów kultury, różnego rodzaju związków i stowarzyszeń, w tym również kościelnych, a także samych seniorów. W tych ostatnich najchętniej działają kobiety, które swoją działalnością charytatywną robią wiele dobrego dla innych w środowisku. Poprzez swoją działalność seniorzy rekompensują swoje straty związane z utratą aktywności zawodowej, zanikaniem niektórych kontaktów towarzyskich, mają poczucie spełnienia, bycia potrzebnym i uznania w środowisku. Kontakty z innymi ludźmi są dla nich płaszczyzną odniesienia, stwarzają poczucie bycia w nurcie aktualnych spraw oraz stanowią źródło informacji o bieżących wydarzeniach. Przykładem bardzo owocnej działalności na rzecz seniorów jest program „Atlas Złotego Wieku" realizowany przez Akademię Rozwoju Filantropii w Polsce we współpracy ze Stowarzyszeniem Klon/Jawor oraz przy wsparciu Wspólnoty Roboczej Związku Organizacji Socjalnych[16]. Jego realizatorzy chcieli nie tylko zbadać, ale przede wszystkim rozpowszechnić i promować najciekawsze projekty i pomysły, które są realizowane na rzecz ludzi starszych[17]. A. Więcka pisze: *Atlas Złotego Wieku to ponad trzydzieści projektów wdrożonych przez organizacje społeczne i instytucje publiczne, które mają za zadanie zwrócić światu starość. Odkurzyć dawne historie, dać klucz do skrzyni ze skarbem tradycji, tożsamości i zakorzenienia*[18]. Tematyka projektów była realizowana w zależności od potrzeb danej społeczności lokalnej, bo jak wykazuje praktyka,

---

[15] www.us.edu.pl/uniwersytet/UTW/sosnowiec
[16] *Atlas Złotego* Wieku. Op. cit. s. 7.
[17] www.atlas.ngo.pl
[18] A. Więcka: *Starość ma sens*. W: *Atlas*..., op. cit., s. 25.

nie ma jednej sprawdzonej recepty na charakter projektu. Zawsze musi on uwzględniać adresatów, ich potrzeby, zainteresowania, możliwości. Jedno się jednak sprawdziło – każda inicjatywa była podejmowana z entuzjazmem i czyniła z najbardziej pesymistycznie nastawionych do życia seniorów osoby pogodne, zaangażowane, a nawet zdrowsze. Ważne w projektach było również to, że angażowały w realizację dzieci i młodzież, często także lokalną społeczność.

Do innych znaczących projektów realizowanych przez Akademię Rozwoju Filantropii należy zaliczyć:

– „My też! Seniorzy w UE". Jego celem jest zapobieganie wykluczeniu osób starszych, propagowanie informacji na temat zachodzących przemian w kraju, aktywizacja organizacji seniorskich, tak aby mieli oni swoją reprezentację w strukturach europejskich.

– „STOP dyskryminacji osób starszych". Program współfinansowany przez Unię Europejską, mający na celu rozpoznanie mechanizmów i konkretnych przykładów dyskryminacji seniorów.

– „Łączymy pokolenia". Program realizowany przy współudziale Fundacji PZU. Jego celem jest stworzenie przedsięwzięć angażujących nie tylko seniorów, ale także dzieci i młodzież.

Pojawiły się też „pierwsze jaskółki" w Internecie. Z myślą o seniorach został stworzony pierwszy polski portal Senior.pl. Portal ten powstał z potrzeby internautów powyżej 50 roku życia. Twórcy portalu zapewniają, że misją serwisu jest zapobieganie wykluczeniu osób starszych we wszystkich dziedzinach życia i pokazanie, że nie ma barier i ograniczeń, aby realizować swoje pasje, marzenia. G. Gacki komentuje: [...] *chcemy przywrócić zanikający w naszym świecie szacunek dla osób starszych – również tych najstarszych, które z racji swojego wieku nie są już tak sprawne i „przydatne", jak kiedyś. Zamierzamy pokazywać, że seniorzy dysponują czymś wyjątkowym i unikalnym, a dla młodszych ludzi niesłychanie przydatnym – życiową mądrością i doświadczeniem. Seniorom zaś chcemy przybliżyć Internet jako doskonałe narzędzie do realizowania swoich życiowych pasji i jako sposób na aktywne spędzanie życia*[19].

Wybrane przykłady projektów, inicjatyw, działalności wśród seniorów, dla seniorów, przez seniorów, pokazują, że można i trzeba działać i podejmować zadania. Ludzie starsi często sami usuwają się na margines życia, bo tak wypada, bo takie są utarte stereotypy. Kiedy jeszcze słyszą, że dla ludzi młodych nie ma pracy, że młodym jest ciężko, że brakuje pieniędzy na wiele podstawowych usług medycznych czy też edukację, tym bardziej starają się usunąć w cień. Tymczasem wyedukowane społeczeństwo, społeczeństwo wiedzy musi

[19] www.senior.pl

wiedzieć, że nie można się w pełni rozwijać odsuwając na boczny tor ludzi starych. Brak wiedzy o starości często jest przyczyną obaw, obojętności, zanikania wrażliwości. W czasach, kiedy ludzie żyją coraz dłużej, cieszą się coraz lepszym zdrowiem powinna być coraz większa akceptacja starości, a przede wszystkim powinna nastąpić zmiana negatywnego wizerunku ludzi starych w mediach. Wszystkie podejmowanie działania wśród seniorów pokazują, że prawie wcale nie trzeba wkładać wysiłku w angażowanie ich w inicjatywy, a kolejne działania sprawiają, że rodzą się nowe pomysły.

Czy rzeczywiście chcemy być nieśmiertelni?

Świat bardzo się zmienił w postrzeganiu starości i podejściu do starości. Kiedy Bill Gates ogłosił światu, że komputery są w stanie przedłużyć ludzkie życie tak, abyśmy mogli dożyć wieku przynajmniej 120 lat, czyli takiego, w jaki wyposażyła nas matka natura, jakoś nie odnotowano powszechnego entuzjazmu. W jego zamierzeniu osoby starsze, a zwłaszcza chore należałoby wyposażyć w odpowiedni chip, który natychmiast będzie wychwytywał symptomy chorób i przekazywał je do szpitala, którego zadaniem będzie leczenie i udzielenie pomocy. Nic dziwnego, że wśród osób starszych nie odnotowano euforii. Nie o taką starość – za wszelką cenę – seniorom chodzi. Nikt tutaj nie ma na myśli bicia rekordów w dożywaniu sędziwego wieku, bo to przecież nie jest celem samym w sobie. Seniorzy z pewnością chcą żyć godnie, tak jak pełnoprawni członkowie społeczeństwa. Nie potrzebują glorii i chwały z powodu swojego wieku, ale poszanowania praw człowieka tak, aby mogli być uczestnikami życia kulturalnego, społecznego, gospodarczego. Większość z nich wcale nie myśli o nieśmiertelności. Chcą jednak mieć dostęp do usług socjalnych, medycznych, być samodzielni i jak najdłużej niezależni. Nie chcą słyszeć, „że w tym wieku" takie czy inne badania są niepotrzebne, a kiedy wzywane jest pogotowie odejmować dwadzieścia lat ze swojej metryki, bo inaczej karetka nie przyjedzie albo czas oczekiwania będzie dwa razy dłuższy.

Minie kilkanaście lat, a ci, którzy obecnie tworzą ustawodawstwo dyskryminujące starość znajdzie się w pułapce wieku. Ci ludzie zaczną korzystać z ograniczeń, które dziś tworzą, zwłaszcza, że w dobie szybkich przemian technologicznych również przemiany związane z wiekiem nabrały tempa, głównie w sferze postrzegania człowieka poprzez jego zewnętrzny wizerunek. Gdy współcześnie popatrzymy na okresy w życiu człowieka, to właściwie dostrzegamy dzieciństwo, wytężony okres nauki, poszukiwania pierwszej pracy. Wszystko biegnie, jak na przyspieszonym filmie, natomiast około trzydziestki już musimy

korygować pierwsze zmarszczki, wszczepiać sobie implanty, złote nici, w przerwie na lancz chodzić na botoks, do komory tlenowej albo do terapeuty. Powinniśmy wklepywać, masować, smarować, a wszystko po to, aby czasem nie pojawiła się zmarszczka. Jak jest czegoś za dużo, to należy odessać, a nawet odkroić czy przeszczepić. Należy się wyciągać, medytować, uprawiać jogę, łykać witaminy na ujędrnianie, porost czegoś tam, co zauważyły u nas miesięczniki, poradniki i media. Wszystko po to, aby czasem nie było widać zmarszczki, siwego włosa lub fałdki tłuszczu, często nawet wyimaginowanej. Starość dziś to przecież coś wstydliwego – nie wypada być starym...

Wydaje się, że tak naprawdę nie ma czasu, aby nacieszyć się młodością, ponieważ po trzydziestce – a najlepiej wcześniej – należy robić wszystko, aby nie pojawiły się zewnętrzne odznaki starości. Nawet kondycja, samopoczucie nie są tak ważne, jak wizerunek, to co widać, bo przecież po tym oceni nas otoczenie, a zwłaszcza pracodawca.

Pokolenie, które dzisiaj jest na świeczniku przemian i tworzy otaczającą rzeczywistość za jakiś czas będzie czytać mikroskopijne literki na opakowaniach, pokonywać za wysokie schody i dziwić się kto wymyślił taki przepis i paragraf, że w tym wieku nie wolno... nie potrzeba... nie należy...

Nikt z seniorów nie chce specjalnego traktowania i przywilejów. Seniorzy nie chcą także, aby byli w centrum zainteresowania i robiono coś dla nich kosztem innych. Oni chcą mieć miejsce w społeczeństwie takie, jak wszyscy jego członkowie. Chcą godnie żyć i godnie umierać, a przede wszystkim cieszyć się tym, że są tu i teraz dla siebie i innych.

Mariola Bartusek
Śląska Akademia Medyczna

SPOŁECZNO-EKONOMICZNE UWARUNKOWANIA ROZWOJU OPIEKI PALIATYWNEJ/HOSPICYJNEJ

Wprowadzenie

Informacje na temat opieki paliatywnej/hospicyjnej pojawiają się rzadko i n częściej w sytuacjach kryzysowych, np. gdy brak pieniędzy na leki dla chory uniemożliwia dalsze leczenie lub brak dotacji pozbawia ośrodek budynku c profesjonalnego sprzętu. Kojarzona jest więc z innym niż zakłada idea opie paliatywnej przesłaniem. Opieka paliatywna łagodzi ból i cierpienie, świadc profesjonalne usługi medyczne i umacnia chorych w przekonaniu, że do koń życia są potrzebni. Sprawowana jest w sposób ciągły, 24 godziny na dobę, n chorym w terminalnym okresie choroby. Rozwój opieki paliatywnej ma ogrom znaczenie dla całego społeczeństwa: daje możliwość alternatywnego wybc opieki choremu umierającemu, proponuje pomoc rodzinom, które nie mogą zapewnić z różnych powodów swoim bliskim i chorym oraz stanowi brakują ogniwo w łańcuchu pomocy osobom chorym i umierającym. Wskazując moż wość rozwoju kompleksowej, specjalistycznej, zapewniającej wysoką jako opieki daje się szansę wszystkim, którzy z różnych powodów nie mogą ost nich chwil swego życia spędzić wyłącznie w otoczeniu rodziny[1].

Wbrew powszechnym opiniom, które zakładają, że opieka nad chor umierającym powinna być tania, koszty te są bardzo wysokie i utrudniają fur

---

[1] J. Pyszkowska: *Opieka paliatywna w procesie transformacji społecznej. Wybrane katego jakości systemu opieki paliatywnej w województwie śląskim.* W: *Opieka zdrowotna wobec pro su transformacji społecznej.* Annales Akademiae Medicae Silesiensis, Śląska Akademia Medy na, Katowice 2002, s. 195-202.

cjonowanie powstałych już placówek. Składają się na nie bowiem koszty: organizacji placówki zdrowotnej świadczącej wysoko specjalistyczne usługi, administracyjne, kształcenia personelu, zakupu leków, materiałów opatrunkowych, specjalistycznego sprzętu medycznego, bieżącego utrzymania placówki itp.[2].

Dotychczasowe działania podjęte w kierunku rozwoju opieki paliatywnej przez Ministerstwo Zdrowia stanowią zaledwie początek długotrwałego procesu, który nie powiedzie się, jeżeli nie wesprą go skonkretyzowane działania organizacyjne oraz szeroko pojęta inicjatywa społeczna. Przygotowany przez Krajową Radę Opieki Paliatywnej i Hospicyjnej „Program rozwoju opieki paliatywnej i hospicyjnej w Polsce" oraz standardy w opiece paliatywnej/hospicyjnej wskazują drogę do osiągnięcia pełnego sukcesu w zakresie zapewnienia godnego życia umierającemu choremu. W przeciwieństwie do każdego innego pacjenta, chory w terminalnym okresie choroby nie oczekuje już powrotu do zdrowia i życia rodzinnego, zawodowego czy społecznego sprzed choroby, a jedynie życia bez uporczywego, wszechogarniającego bólu[3].

Dla spełnienia powyższych założeń potrzebne jest zaistnienie dwóch czynników: pierwszy to zwiększenie świadomości społecznej co do rodzaju należnych im świadczeń medycznych w zakresie opieki paliatywnej, drugi to przekonanie dysponentów środków finansowych o konieczności dokonania uregulowań prawnych w kwestii finansowania ośrodków opieki paliatywnej/hospicyjnej, bez których podjęte już działania nie powiodą się.

Zapotrzebowanie społeczne na świadczenia w zakresie opieki paliatywnej

W wyniku współczesnych zmian zarówno demograficznych, jak i w stanie zdrowia ludności, gdzie obserwuje się stały wzrost zachorowań na schorzenia stanowiące główną przyczynę śmierci, zwiększa się zapotrzebowanie na opiekę nad osobami starszymi, przewlekle chorymi i umierającymi. Postępujący proces starzenia się społeczeństw i wzrost chorób charakterystycznych dla starszych grup wiekowych to specyficzne cechy współczesnego i przyszłego pokolenia – wynik intensywnego rozwoju nauki i techniki. Duża liczba osób

---

[2] M. Grzebyk: *Zasady przekształcania jednostki budżetowej w samodzielny ZOZ*. „Antidotum" 1993, nr 8/9; J. Halik: *Zadania gmin w zakresie opieki zdrowotnej – informacja wstępna z badań*. „Antidotum" 1993, nr 6; J. Łuczak: *Standard produktów (świadczeń) kontraktowanych przez kasy chorych w specjalności medycyna paliatywna. Charakterystyka produktów*. „Nowa Medycyna" 1999, nr 6, s. 26, 36; M. Murkowski, A. Koronkiewicz, W. Chlipalski: *Alternatywne formy opieki stacjonarnej*. Warszawa 1993, s. 5.

[3] J. Łuczak: Op. cit.; M. Murkowski, A. Koronkiewicz, W. Chlipalski: Op. cit.

grupy wieku produkcyjnego, która w niedalekiej przyszłości zostanie zakwalifikowana do grupy wieku poprodukcyjnego w połączeniu z możliwością wystąpienia więcej niż jednego schorzenia w zaawansowanym wieku (w tym schorzenia przewlekłego) może sugerować konieczność przygotowania się na specyficzną formę pomocy – pielęgnowanie.

Zakłada się, że do 2050 r. liczba ludności w wieku 60 lat i więcej zwiększy się o ponad 70 mln. Tym samym dokonując przeliczeń na 1000 ludności liczba osób tej grupy wiekowej wzrośnie ze 186 do 326. Ponadto w wyniku wydłużenia się trwania życia przy jednoczesnym obniżeniu liczby urodzeń nastąpi zwiększenie liczby osób starszych w społeczeństwie w ogóle[4].

Dodatkowy sygnał to przemiana w strukturze występujących powszechnie chorób. W krajach wysoko rozwiniętych opanowano rozwój chorób zakaźnych, stanowiących poważne zagrożenie dla zdrowia i życia ludności, przy jednoczesnym wzroście częstości występowania chorób układu krążenia, nowotworów oraz narastania występowania innych chorób przewlekłych (takich jak np. AIDS), nieuchronnie prowadzących do śmierci. Nasilające się zjawisko rozwoju chorób układu krążenia, chorób nowotworowych oraz innych przewlekłych powinno sugerować konieczność zwrócenia uwagi na potrzeby przyszłych pacjentów. Dotychczasowe instrumentalne, zabiegowe podejście do usuwania przyczyny choroby i dyskomfortu pacjenta jest powoli wypierane przez niwelowanie bólu, pielęgnowanie i towarzyszenie przy śmierci. Dla pacjenta i jego rodziny niezwykle ważna jest wówczas pomoc profesjonalistów w dziedzinie opieki paliatywnej. Opieka ta jako specjalistyczna dziedzina medycyny sprawuje całościową i aktywną opiekę nad osobami w terminalnym okresie przewlekłej choroby wyniszczającej. Sprawowana zarówno nad pacjentem, jak i jego rodziną wzmacnia poczucie bezpieczeństwa przez dostępność i dyspozycyjność przez całą dobę. Świadczenia są realizowane przez interdyscyplinarny zespół o profesjonalnym przygotowaniu merytorycznym i praktycznym[5].

Zgodnie z założeniami „Programu rozwoju opieki paliatywnej i hospicyjnej w Polsce" oraz standardami w dziedzinie opieki paliatywnej/hospicyjnej świadczenia na rzecz chorego są realizowane w zakresie opieki ambulatoryjnej, domowej, stacjonarnej przy współpracy z zespołem wspomagającym dla osieroconych[6]. Biorąc pod uwagę społeczne aspekty opieka paliatywna rozwinęła się we wszystkich kierunkach. Dla osób wymagających intensywnej opieki i nadzoru zapewnia się pobyt w hospicjum stacjonarnym, dla pacjentów, u których

---

[4] L. Frąckiewicz: *Starzenie się ludności Polski i jego konsekwencje*. „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny" 1999, Rok LXI, zeszyt 1, s. 3.

[5] J. Pyszkowska: Op. cit.; J. Łuczak: Op. cit.

[6] J. Łuczak: Op. cit.

istnieje szansa na pobyt w domu świadczenia są przeniesione do środowiska domowego przy jednoczesnym wsparciu ze strony poradni. W ten sposób każdy pacjent może korzystać z pomocy tam, gdzie tego oczekuje. Wszędzie opiekę sprawują profesjonaliści. Biorąc jednak pod uwagę stale wzrastającą liczbę pacjentów istnieje pilna potrzeba zwiększania liczby m.in. ośrodków stacjonarnych oraz zespołów opieki domowej. Liczba ta nie jest mała. Z raportu Krajowej Rady Opieki Paliatywnej/Hospicyjnej w Polsce za 2005 r. wynika, że od 1999 r. nastąpił wyraźny wzrost liczby placówek opieki paliatywnej stacjonarnej. Raport wykonano na podstawie danych zawartych w Rejestrze Zakładów Opieki Zdrowotnej dostępnych na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia. Wskazuje on istnienie 482 stacjonarnych zakładów opieki paliatywnej, 537 placówek realizujących świadczenia tego zakresu z 2328 łóżkami. Daje to wskaźnik 6,09 łóżek na 100 tys. mieszkańców[7]. Z badań przeprowadzonych w województwie śląskim wynika, że w latach 1977-2001 powstało 36 jednostek[8].

Rozmieszczenie zarejestrowanych jednostek opieki paliatywnej nie jest równomierne. Niezadowalająca jest liczba placówek w województwach łódzkim i śląskim, przy jednoczesnym intensywnym rozwoju w województwach dolnośląskim, kujawsko-pomorskim, mazowieckim, opolskim, warmińsko-mazurskim, wielkopolskim[9]. Zróżnicowanie to ma związek z nakładami finansowymi przekazywanymi na rzecz organizacji i rozwoju opieki paliatywnej i nie do końca uregulowaną w tym zakresie kwestią prawną.

Finansowanie świadczeń opieki paliatywnej

Pierwsze publiczne dofinansowanie opieki paliatywnej nastąpiło w 1991 r. podczas realizacji założeń wstępnego programu wdrażania opieki paliatywnej i hospicyjnej do programów polityki zdrowotnej państwa[10]. Następnym ogniwem finansowym w opiece paliatywnej/hospicyjnej było przekazanie w 1993 r. kwoty 6480 tys. zł z rezerwy celowej ministra zdrowia i opieki społecznej wojewodom na jej rozwój[11]. Od 1994 r. opieka paliatywna/hospicyjna jest finansowana przez wojewodów z przyznanych dla budżetu województwa środków w ramach funduszy ogólnie przeznaczonych na ochronę zdrowia[12].

---

[7] www.opiekapaliatywna.org.pl
[8] J. Pyszkowska: Op. cit.
[9] www.opiekapaliatywna.org.pl
[10] M. Hołubicki: *Opieka paliatywna i hospicyjna w Polsce*. W: *Przed przejściem*. Red. M. Hołubicki. Warszawa 1997, s. 50.
[11] *Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 1998 roku.* GUS, Warszawa 1999, s. 34, 48.
[12] *Program rozwoju opieki paliatywnej i hospicyjnej w Polsce.* Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, Warszawa 1998, s. 22.

Koszty opieki paliatywnej znacznie przewyższają nakłady wojewodów przeznaczone na opiekę nad chorymi umierającymi, co oznacza ich korzystanie także z innych źródeł finansowych. Dzięki przejęciu przez niektóre samorządy opieki zdrowotnej jako zadania własnego wzrasta udział samorządów w finansowaniu tych placówek. W 1996 r. Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej przeznaczyło dodatkowo – w ramach Programu Rozwoju Opieki Paliatywnej – – 1450 tys. zł, a w 1997 r. – 1400 tys. zł. Środki te zostały wykorzystane głównie na pokrycie kosztów związanych z kształceniem osób zaangażowanych w niesienie pomocy umierającym[13]. Z raportu Krajowej Rady Opieki Paliatywnej/Hospicyjnej wynika, że w latach 2002 i 2003 nastąpił wyraźny wzrost nakładów finansowych na rzecz opieki paliatywnej, ale niewystarczający na jej realizację. W przeliczeniu na jednego mieszkańca w województwie kwota ta wynosiła:

- w województwie śląskim w 1999 r. 0,83 zł, w 2005 r. 2,20 zł,
- w województwie świętokrzyskim w 1999 r. 0,31 zł, w 2005 r. 1,62 zł,
- w województwie lubelskim w 1999 r. 0,97 zł, w 2005 r. 2,70 r. zł[14].

Biorąc pod uwagę specjalistyczny charakter opieki, obwarowany standardami zapewniającymi wysoką jakość świadczonych usług, kwoty są niewspółmiernie niskie. Problem ten istnieje najprawdopodobniej z dwóch powodów: zbyt niskich nakładów finansowych oraz zbyt dużej części nakładów przekazywanych na świadczenia stacjonarne w województwach lubelskim, małopolskim, opolskim i podkarpackim. Na uwagę zasługuje tu także zróżnicowanie cen jednostkowych świadczeń w poszczególnych województwach, np. porada w poradni opieki paliatywnej w województwach dolnośląskim, śląskim i zachodniopomorskim kosztuje od 18,00 do 28,50 zł, osobodzień w zakresie opieki domowej od 21,00 w województwie mazowieckim do 38,00 w wielkopolskim, a osobodzień w oddziale opieki paliatywnej od 95,00 w województwie podlaskim do 142,50 w województwie wielkopolskim. Koszt opieki w hospicjum stacjonarnym jest zbliżony i wynosi 97,50 zł w województwie zachodniopomorskim i 142,50 zł w województwie wielkopolskim. Sytuacja ta wzbudza wiele kontrowersji, zważywszy, że standardy jakości są jednakowe i obowiązują w całej Polsce, a opieka paliatywna jest dla chorych bezpłatna[15].

Od początku istnienia wiele ośrodków w Polsce odczuwa dyskomfort z powodu nieuregulowanych kwestii związanych z finansowaniem opieki. Większość oddziałów geriatrycznych czy przeznaczonych dla przewlekle chorych

---

[13] Ibid.
[14] www.opiekapaliatywna.org.pl
[15] www.opiekapaliatywna.org.pl

nie jest przygotowana na przyjęcie chorego umierającego: brak lub niedobór wysoko kwalifikowanego personelu czy też brak wysokiej jakości aparatury, nie mówiąc o możliwości wypożyczenia jej choremu, to tylko niektóre niezaspokojone potrzeby hamujące rozwój opieki paliatywnej. Opieka paliatywna otrzymywała najmniej pieniędzy z przyznawanych na ochronę zdrowia. Zbyt małe nakłady finansowe zmuszają hospicja zarówno domowe, jak i stacjonarne do wykorzystywania i prowadzenia działalności gospodarczej organów założycielskich, aby w ten sposób zasilić swój budżet. Większość funduszy przeznacza się bowiem na leczenie radykalne, które jest bardzo kosztowne, a przynosi ograniczone rezultaty[16]. Jednocześnie medyczne ujęcie stanu zdrowia sugeruje możliwość leczenia i sprawowania opieki nad chorym w terminalnym okresie choroby w oddziałach internistycznych, oddziałach leczenia chorób płuc i gruźlicy oraz onkologicznych. W szpitalach ogólnych nie sprawuje się jednak opieki paliatywnej/hospicyjnej. Opieka ta obejmuje wprawdzie szczególnie chorych na nowotwory, lecz wymaga profesjonalnego, specjalistycznego przygotowania kadry. W związku z brakiem możliwości dłuższego pobytu chorych umierających w oddziałach opieki paliatywnej istnieje prawdopodobieństwo, że właśnie w oddziale internistycznym i onkologicznym znajduje się największy odsetek pacjentów w terminalnym okresie choroby. Tu natomiast zostają pozbawieni pomocy i świadczeń, jakich potrzebują.

Interpretacja kosztów opieki nad chorym w oddziale szpitalnym, zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym oraz hospicjum stacjonarnym

Opieka paliatywna od czasu przyjęcia jej jako idei była traktowana przez dysponentów środków jak dodatek do istniejącej ochrony zdrowia, wygórowane marzenie, dlatego wykonano analizę mającą na celu porównanie kosztów opieki nad chorymi w różnych miejscach świadczenia usług. Badaniem objęto trzy placówki ochrony zdrowia w województwie śląskim, sprawujące opiekę nad chorymi, w tym nad chorymi umierającymi i w terminalnym okresie choroby. Mimo odmiennych założeń funkcjonowania, celów i misji zakładów w tych właśnie oddziałach najwięcej przebywa chorych wymagających objęcia opieką paliatywną. Jednocześnie koszty w każdej z placówek są rozdzielane według innych kryteriów i w innej procentowo ustalonej kwocie. Tym samym dokonano

[16] *Leczenie bólu w chorobach nowotworowych i opieka paliatywna.* Sprawozdanie Komisji Ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia Word Health Organization. Geneva 1990, s. 19.

interpretacji każdej z placówek oddzielnie, aby następnie porównać koszty przypadające na opiekę nad jednym chorym. Podobne badanie zostało przeprowadzone w tym samym czasie w województwie zachodniopomorskim.

Analiza kosztów opieki nad pacjentem w wybranych zakładach opieki zdrowotnej województwa śląskiego

Na podstawie uzyskanych danych dokonano analizy kosztów opieki nad chorym w poszczególnych jednostkach celem ich porównania. Oddział wewnętrzny korzystał wyłącznie z funduszy uzyskanych drogą kontraktu z ówczesną kasą chorych, oddział stacjonarny hospicjum z kontraktu oraz niewielkich darowizn instytucji i osób prywatnych, natomiast Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy z zakontraktowanej z kasą chorych kwoty oraz kwoty ustalonej zgodnie z ustawą o zakładach opieki zdrowotnej oraz rozporządzeniem ministra zdrowia i opieki społecznej w sprawie sposobu i trybu kierowania osób do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz szczegółowych zasad ustalania odpłatności za pobyt w tych zakładach[17].

Dokonując szczegółowej analizy kosztów opieki nad pacjentem ustalono, że w ramach opieki paliatywnej sprawowanej nad chorym najwyższy koszt opieki uzyskano w hospicjum stacjonarnym, najniższy w domowej opiece paliatywnej (zob. tab. 1, 2, 3).

Tabela 1

Przeciętny koszt miejsca w poszczególnych oddziałach

Nazwa zakładu	Koszty łączne oddziału w 1999 r.	Liczba miejsc w oddziale w 1999 r.	Przeciętny koszt miejsca
Oddział wewnętrzny	78 660,00	360	218,50
Oddział stacjonarny hospicjum	622 872,40	156	3 992,77
Zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy	737 952,39	300	2 459,84

Źródło: R. Dziadziuszko, K. Konopa, J. Jassen: *Analiza farmakoekonomiczna jako istotny element opieki paliatywnej*. „Psychoonkologia" 2000, nr 6, s. 3-7.

[17] Dz.U. 1998, nr 166, poz. 1265.

Biorąc pod uwagę koszty ogólne poniesione przez placówkę i liczbę miejsc w ciągu roku, koszty miejsca w hospicjum oraz zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym są zbliżone, natomiast nieporównywalnie niski jest koszt miejsca w oddziale szpitalnym.

Tabela 2

Przeciętny koszt jednego podopiecznego w wybranych placówkach

Nazwa zakładu	Koszty łączne oddziału w 1999 r.	Liczba chorych w oddziale w 1999 r.	Przeciętny koszt jednego podopiecznego
Oddział wewnętrzny	78 660,00	792	99,32
Oddział stacjonarny hospicjum	622 872,40	159	3 917,40
Zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy	737 952,39	345	2 138,99

Źródło: Ibid.

Najwyższy przeciętny koszt jednego podopiecznego w 1999 r. uzyskano w hospicjum stacjonarnym i wynosił on 3 917, 40 zł.

Tabela 3

Przeciętny koszt osobodnia w wybranych placówkach ochrony zdrowia

Nazwa zakładu	Koszty łączne oddziału w 1999 r.	Średni czas pobytu w dniach	Przeciętny koszt osobodnia
Oddział wewnętrzny	78 660,00	12	115,00
Oddział stacjonarny hospicjum	622 872,40	30	130,58
Zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy	737 952,39	119	80,74

Źródło: Ibid.

Najwyższy koszt jednego dnia pobytu był w hospicjum (130,58 zł), nieco mniejszy (115,00 zł) w oddziale wewnętrznym w szpitalu. Zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy sprawował opiekę nad chorym w ciągu jednego dnia za 80,74 zł.

W wyniku przeprowadzonej w tym samym czasie analizy kosztów opieki w województwie pomorskim ustalono koszt pobytu chorego w oddziale chorób wewnętrznych, hospicjum stacjonarnym (tab. 4).

Tabela 4

Koszt opieki w wybranych placówkach ochrony zdrowia województwa pomorskiego i śląskiego

Nazwa zakładu	Przeciętny koszt osobodnia/wizyty województwo pomorskie	Przeciętny koszt osobodnia/wizyty województwo śląskie
Oddział wewnętrzny	132,65	115, 00
Oddział stacjonarny hospicjum	141,19	130, 58
Wizyta domowa	31,30 zł/wizyta	33,40 zł/wizyta

Źródło: Ibid.

Analiza porównawcza wskazuje na zbliżone koszty poniesione na opiekę nad pacjentem oraz najwyższą kwotę przeznaczoną na opiekę w hospicjum stacjonarnym i najniższą w domu chorego.

Analiza kosztów opieki nad pacjentem, w tym nad chorymi umierającymi i w terminalnym okresie choroby, w placówkach, które sprawują tę opiekę przedstawia wysoki koszt opieki nad pacjentem w hospicjum stacjonarnym. Należy jednak zasygnalizować, że funkcjonujące placówki ochrony zdrowia różnią się pod względem: sposobu finansowania, rodzaju świadczonych usług oraz organizacji zakładu. Przykład mogą stanowić oddział wewnętrzny ukierunkowany na diagnostykę i leczenie krótkotrwałe z przeniesieniem opieki nad pacjentem do podstawowej opieki zdrowotnej oraz zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy, który oferuje chorym świadczenia pielęgniarskie i rehabilitacyjne z kontynuacją leczenia farmakologicznego.

Najtańszą formą opieki nad chorym w terminalnym okresie choroby jest paliatywna opieka domowa. Nie należy jednak oczekiwać zmniejszenia się kosztów opieki nad chorym w terminalnym okresie do minimum, gdyż groziłoby to obniżeniem jakości świadczonych usług. Bliższa analiza kosztów na realizację

świadczeń w zakresie opieki paliatywnej wskazuje, że ich aktualna wysokość nie zaspokaja wszystkich potrzeb chorych tej grupy. Wprowadzenie konkretnych zmian wymaga zwiększenia udziału lokalnych i ponadlokalnych podmiotów, organizacji pozarządowych, szczególnie wyznaniowych organizacji charytatywnych oraz intensywniejszego rozwoju niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej. Większość ośrodków opieki paliatywnej/hospicyjnej boryka się z problemami finansowymi i liczy wyłącznie na pomoc sponsorów oraz własną działalność.

Tworzenie nowych form opieki i potrzeba szerszego zabezpieczenia opieki paliatywnej/hospicyjnej i poprawy jej jakości dla rosnącej wciąż liczby zgłaszanych chorych stwarza pilną potrzebę uzyskania większych środków na dalszy rozwój tej opieki.

Podsumowanie

Zgodnie z założeniami Światowej Organizacji Zdrowia pacjent ma prawo do poszanowania godności osobistej, prywatności i światopoglądu, samostanowienia, nietykalności fizycznej i psychicznej w dążeniu do osiągnięcia najlepszego stanu zdrowia. Prawa te powinny być respektowane w myśl uregulowań prawnych i moralnych.

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej gwarantuje każdemu członkowi społeczeństwa równy dostęp do podstawowych świadczeń zdrowotnych, mających na celu utrzymanie zdrowia, zapobieganie chorobom, leczenie i rehabilitację *[...] obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych*[18]. Ponadto zobowiązuje władze publiczne do objęcia szczególną troską dzieci, kobiet w ciąży, osób niepełnosprawnych oraz osób w podeszłym wieku. Uznaje tym samym, że człowiek jest ważny na każdym etapie rozwoju i bez względu na wiek ma prawo do życia w pełnym komforcie fizycznym i psychicznym. Aktualne podstawy prawne nie do końca wzmacniają opiekę nad chorymi umierającymi[19]. Dają szansę nie oferując możliwości jej realizacji w praktyce.

[18] M. Grzebyk: Op. cit.

[19] K. Tymowska: *Zmiany w funkcjonowaniu szpitali w Polsce w latach 1989-1994, ze szczególnym uwzględnieniem gospodarki finansowej.* „Antidotum" 1994, nr 11; Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym z 6.02.1997 r. Dz.U. 1997, nr 28, poz. 154; Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej z 30.08.1991 r. Dz.U. 1991, nr 91, poz. 408, Dział I, Rozdział I, art. 33.1.

Wszyscy mają prawo do korzystania ze świadczeń zdrowotnych mających na celu zlikwidowanie dyskomfortu. Tym samym po podjęciu decyzji o zaprzestaniu dotychczasowego leczenia jako nieskutecznego, np. w chorobie nowotworowej, chory powinien zostać objęty taką opieką, która zlikwiduje jego dyskomfort zdrowotny. Opieką tą jest opieka paliatywna/hospicyjna. Pacjent, bez względu na wiek, płeć, stan zdrowia, ma prawo do korzystania z wymienionych świadczeń. Chory umierający, jako potencjalny podopieczny zespołu opieki paliatywnej/hospicyjnej, ma takie samo prawo, chociaż realia odbiegają od wzniosłych założeń. W zależności od powagi stanu zdrowia liczba oferowanych świadczeń może być proporcjonalnie większa, a leczenie pacjenta długie i kosztowne. Prawidłowe rozpoznanie stanu zdrowia chorego przez profesjonalnie przygotowany personel w zakładzie wyspecjalizowanym w danej dziedzinie medycyny pozwoli na świadczenie usług najwyższej jakości dając choremu pełną satysfakcję. Zwiększenie świadomości społecznej co do konieczności domagania się tych świadczeń oraz przekonanie dysponentów środków finansowych o pilnej potrzebie wprowadzenia zmian w sferę finansową przyczyni się do odbudowy polskiego modelu opieki paliatywnej.

Wnioski

Przedstawiona analiza społeczno-ekonomiczna potwierdza celowość kierowania chorych w terminalnym okresie choroby pod specjalistyczną opiekę paliatywną. Na podstawie uzyskanych informacji sformułowano następujące wnioski:

- opieka paliatywna, mimo wysokiej jakości świadczonych usług oraz niekwestionowanej roli, jaką odgrywa wobec społeczeństwa, natrafia na bariery o charakterze społeczno-ekonomicznym, ograniczające jej dotychczasowy rozwój,
- konieczne jest uświadomienie dysponentom środków finansowych na cele zdrowotne, że wysokie koszty opieki paliatywnej są spowodowane specjalistycznym charakterem usług świadczonych przez kwalifikowany personel, przy użyciu profesjonalnego sprzętu, a ich obniżenie jest możliwe nie poprzez zminimalizowane finansowanie, lecz przez ukierunkowanie się na rozwój opieki paliatywnej, zwłaszcza opieki domowej z jednoczesnym kontrolowanym rozwojem opieki stacjonarnej.

Dobroniega Trawkowska
Uniwersytet Śląski

PROFESJONALIZM PRACOWNIKA SOCJALNEGO

Problematyce profesjonalizacji pracy socjalnej i zawodu pracownika socjalnego poświęcono wiele uwagi w dyskusjach i debatach naukowych toczących się w minionym dziesięcioleciu[1]. Rzadziej podejmowano to zagadnienie w badaniach empirycznych. W prezentowanym szkicu podjęto problematykę profesjonalizmu, a ściślej rozumienia profesjonalizmu przez pracowników socjalnych zatrudnionych w pomocy społecznej, uwzględniając fakt, że w większości pracę socjalną uprawiają kobiety. Mamy do czynienia z obiektywnym faktem feminizacji zawodu pracownika socjalnego.

Powiązane ze sobą zagadnienia – dążenie do osiągnięcia statusu profesjonalisty i kobiecy charakter zawodu pracownika socjalnego rzadko bywały przedmiotem analiz[2]. Refleksja na ten temat jest bardzo potrzebna w sytuacji, gdy standardy pracy socjalnej są nieustająco dookreślane, pozostając wciąż niedookreślonymi dla praktyków, a w obiegowej opinii feminizacja zawodu oznacza po prostu jego słabszą pozycję w porównaniu z męskimi zawodami.

Badania nad zagadnieniem etyki zawodowej pracowników socjalnych, przeprowadzone w połowie lat 90. ubiegłego wieku przez A. Olech pozwoliły na identyfikację funkcjonujących w środowisku zawodowym wyznaczników profe-

---

[1] Między innymi w: *Praca socjalna w Polsce. Badania, kształcenie, potrzeby praktyki.* Red. A. Niesporek, K. Wódz. Katowice 1999; *Profesje społeczne w Europie. Europie problemów kształcenia i działania.* Red. E. Marynowicz-Hetka, A. Wagner, J. Piekarski. Katowice 2001; *Pracownik socjalny jako profesjonalista.* Materiały konferencji FORUM. MOPS w Katowicach, Katowice 1998.

[2] Problem ten podjęły: D. Dzienniak-Pulina, S. Pawlas-Czyż: *Płeć jako bariera komunikacyjna w pracy socjalnej.* W: *Socjologia i polityka społeczna a aktualne problemy pracy socjalnej. Dylematy teorii i praktyki społecznej.* Red. K. Wódz, K. Piątek. Toruń 2004.

sjonalizmu[3]. Późniejsze badanie, przeprowadzone na przełomie lat 1998 i 1999 wśród pracowników socjalnych dawnego województwa katowickiego, potwierdziło niektóre spostrzeżenia A. Olech oraz ujawniło istnienie statystycznych związków między niektórymi wymiarami profesjonalnego wizerunku a innymi zmiennymi (m.in. wiekiem, specjalizowaniem się w pracy z określoną kategorią klientów, zajmowanym stanowiskiem i wielkością ośrodka pomocy społecznej mierzoną liczbą zatrudnionych w nim terenowych pracowników socjalnych).

Jakie koszty ponoszą kobiety pracujące w tym zawodzie? Jak sobie radzą z trudnościami życia zawodowego? Większość kobiet zatrudnionych na etacie pracownika socjalnego godziło obowiązki wynikające z roli zawodowej z obowiązkami przynależnymi do ról rodzinnych. Jednym z poważniejszych problemów jest to, że kobiety zatrudnione w pomocy społecznej często w swoim życiu prywatnym borykają się z takimi samymi problemami, jakie są udziałem ich klientów, np. w badaniach ogólnopolskich z połowy lat 90. ubiegłego wieku stwierdzono, że prawie 40% pracowników socjalnych zetknęło się z problemem bezrobocia w swojej rodzinie, niemal 39% z chorobą alkoholową, a 36% z ubóstwem. Badanie empiryczne przeprowadzone w końcu lat 90. potwierdziło, że sytuacja materialna pracowników socjalnych uległa pogorszeniu w porównaniu z początkiem lat 90. Aż 16% badanych pracowników socjalnych z terenów wschodniej Polski uznało, że ich sytuacja materialna jest taka sama, jak ich podopiecznych, a 56% oceniło ją jako tylko nieco lepszą od sytuacji tych, którym udzielają pomocy[4].

Problemem kobiet zatrudnionych w tym zawodzie jest stresogenny i wyczerpujący charakter pracy. Jakkolwiek nie bada się stresu organizacyjnego w instytucjach pomocy społecznej w Polsce, to jednak na podstawie różnorodnych danych można sądzić, że zagrożenie stresem w zawodzie pracownika socjalnego jest wyjątkowo wysokie[5]. Wynika to przede wszystkim z niejasności standardów pracy. Zwierzchnicy pracowników socjalnych inaczej rozumieją pojęcie „skutecznej pracy socjalnej z klientem", odmiennie precyzują kryteria poprawnej diagnozy i innych etapów metodycznego działania. Niejasność standardów jest wzmacniana rozbieżnością między wymaganiami przełożonych a oczekiwaniami klientów oraz rozbieżnością między potrzebami klientów a realnymi możliwościami zaoferowania im pomocy. Stresogenny charakter

---

[3] A. Olech: *Przekonania moralne a poczucie tożsamości zawodowej pracowników socjalnych końca lat dziewięćdziesiątych w Polsce*. W: *Praca socjalna w Polsce…*, op. cit.

[4] Z. Kawczyńska-Butrym: *Koncepcje opieki i zawody opiekuńcze. Pracownicy socjalni i pielęgniarki*. Olsztyn 2001.

[5] Por. D. Dzienniak-Pulina, K. Faliszek, D. Trawkowska: *Les femmes dans la travail social en Pologne*. (*Sytuacja kobiet w pomocy społecznej w Polsce*). Referat wygłoszony w Montpellier, lipiec 2002 (maszynopis).

pracy powoduje zachwianie poczucia własnej wartości pracowników socjalnych, a ciągła krytyka, zarówno ze strony własnej instytucji, jak i innych instytucji, także środowiska klientów (zwłaszcza roszczeniowych) i opinii społecznej, nie stabilizuje tego poczucia. Sytuację zawodową komplikują powszechnie niejasne kryteria oceny stanowiska pracy, złożoność roli zawodowej pracownika socjalnego[6] i niski prestiż społeczny zawodu pracownika socjalnego[7]. Dochodzi do tego kolejny element – „graniczny" charakter roli zawodowej pracownika socjalnego. Rola graniczna wymaga od niego ciągłego wykraczania poza granice systemu, do którego przynależy (instytucji, pionu funkcjonalnego, najbliższej grupy roboczej). Osoby pełniące takie role są w szczególności narażone na stres organizacyjny[8].

Istotnym czynnikiem stresu zawodowego oraz jego negatywnych następstw są wszelkie warunki organizacyjne prowadzące do ograniczenia uczestnictwa pracowników w procesie podejmowania decyzji. Wyniki badań nad pracownikami socjalnymi w Polsce z lat 90. wskazują na niski poziom ich partycypacji w podejmowaniu decyzji. Z tych samych badań wynika, że w wielu instytucjach występują problemy w organizacji pracy i przepływie informacji, co powoduje błędy w przekazywaniu wymagań roli. Często brakuje informacji dotyczącej oceny wykonania zadań, trafności doboru metod pracy, treści zadań oraz obowiązującego systemu nagród i kar. Stwierdzono liczne przypadki zlecania zbyt dużej ilości zadań w stosunku do możliwości danego pracownika i przekazanych do jego dyspozycji środków, stawiania wymagań wskazujących na niedocenianie, czy też wręcz lekceważenie zdolności i kwalifikacji pracownika, a także wyznaczania zbyt krótkich terminów wykonania zadań. Wśród sposobów radze-

---

[6] Szczególnie interesująca jest owa złożoność roli zawodowej pracownika socjalnego, ponieważ kryją się pod tym pojęciem różnorodne treści. Wymogi roli powodują konieczność wchodzenia w relacje z licznymi partnerami roli, ulokowanymi w różnych segmentach struktury społecznej. Często te relacje nabierają charakteru konfliktowego, wiążą się ze sprzecznymi interesami i sprzecznymi oczekiwaniami kierowanymi pod adresem pracownika socjalnego. Badania empiryczne potwierdziły istnienie wielu dylematów pojawiających się w relacjach z klientami, zwierzchnikami i innymi partnerami. Por. m.in. A. Kotlarska-Michalska: *Trudności w pracy zawodowej pracowników socjalnych w świetle badań socjologicznych*. W: *Problemy kształcenia i doskonalenia zawodowego pracowników socjalnych*. Red. J. Brągiel, I. Mudrecka. Opole 1998; D. Trawkowska: *Strukturalne uwarunkowania trudności pełnienia ról zawodowych w percepcji pracowników socjalnych zatrudnionych w ośrodkach pomocy społecznej województwa katowickiego*. Katowice 2000 (niepublikowana rozprawa doktorska).

[7] J. Krzyszkowski: *Elementy organizacji i zarządzania w pomocy społecznej*. Łódź 1998, s. 73-76; A. Kotlarska-Michalska: *Trudności w pracy zawodowej...*, op. cit.; A. Kotlarska-Michalska: *Praca socjalna. Oczekiwany zakres i bariery realizacji*. W: *Diagnozowanie i projektowanie w pracy socjalnej*. Red. A. Kotlarska-Michalska. Poznań 1999.

[8] Stres roli o charakterze konfliktu roli oraz przeciążenia roli. Por. Z. Borucki: Stres organizacyjny, jego przyczyny i konsekwencje. „Humanizacja Pracy" 1986, nr 3

nia sobie z trudnymi sytuacjami w pracy zawodowej najczęściej wskazywano: czynienie z problemu sprawy publicznej, poszukiwanie wsparcia wśród kolegów z pracy poprzez wykorzystywanie więzi nieformalnych, poszerzanie zespołu ról, czyli włączanie do grona partnerów roli dodatkowych osób, np. konsultantów, pracowników innych instytucji itp.[9]. Poszukiwanie społecznego poparcia u osób o podobnych statusach, doświadczających podobnych trudności w obliczu niespójnych oczekiwań partnerów ról jest wśród pracowników socjalnych rozpowszechnione, aczkolwiek w Polsce nie wykorzystuje się jeszcze do tego formalnych procedur i instytucji[10]. Działania podejmowane przez polskich pracowników socjalnych są typowe dla kobiecych strategii radzenia sobie z trudnościami, co nie jest zaskakujące w przypadku tak sfeminizowanego zawodu[11]. W tym kontekście stopniowy spadek zadowolenia z pracy obserwowany w dłuższym okresie nie był zaskakujący. Badanym pracownikom towarzyszyły poczucie zniechęcenia, rozczarowania, negatywne emocje – złość, gniew, a także – – co wielokrotnie podkreślano w różnych publikacjach – obawa przed agresją. Jednocześnie deklarowali oni zadowolenie i satysfakcję z pracy. Ta dostrzegana ambiwalencja w ocenie satysfakcji z wykonywanej pracy wynikała prawdopodobnie z tego, że wiele niedogodności sytuacji zawodowej równoważyło posiadanie stałego zatrudnienia, nawet w sytuacji, gdy płace za pracę nie były, w odczuciu badanych, wystarczająco wysokie. Wspominając o trudnej sytuacji zawodowej (i materialnej) pracowników socjalnych trzeba podkreślić, że w połowie lat 90. bardzo rzadko decydowali się oni na dodatkowe zatrudnienie[12].

Praca w pomocy społecznej nie dawała i nadal nie daje gwarancji godziwych zarobków, zaspokajających niezbędne potrzeby pracowników i członków ich rodzin, a także większych możliwości awansu zawodowego. W połowie lat 90. stwierdzono, że chociaż w ośrodkach pomocy społecznej pracowały przede wszystkim kobiety, to jednak na stanowiskach kierowniczych ich odsetek wyraźnie się zmniejszył w porównaniu z szeregowymi stanowiskami.

Kobiety mają na ogół mniejsze szanse na znalezienie pracy niż mężczyźni, ponieważ większość ofert pracy jest skierowana do nich. Z tych samych powo-

---

[9] D. Trawkowska: *Portret współczesnego pracownika socjalnego. Studium socjologiczne*. Katowice 2006.

[10] W innych krajach odpowiedzią na powszechne problemy jednostek zajmujących określony status, jakie wynikają ze zmaganie się z władzą partnerów oraz istnienia sprzecznych żądań są organizacje zawodowe i wypracowane przez nie systemy normatywne. W polskich realiach, pomimo funkcjonowania stowarzyszeń zawodowych – Polskiego Towarzystwa Pracowników Socjalnych oraz Stowarzyszenia „Forum" oraz opracowania przez PTPS Kodeksu etycznego taki profesjonalny sposób rozwiązywania problemów zawodowych jest bardzo rzadko wykorzystywany do radzenia sobie z trudnymi sytuacjami.

[11] Z. Ratajczak: *Wsparcie społeczne w środowisku pracy a stres i jego skutki zdrowotne*. W: *Problematyka wsparcia społecznego i pomocy*. Red. Z. Ratajczak. Katowice 1994.

[12] Z. Kawczyńska-Butrym: Op. cit., s. 182; B. Kromolicka: *Społeczno-zawodowa rola pracownika socjalnego. Studium z pedagogiki społecznej*. Szczecin 2002.

dów kobiety mają mniejsze szanse na zmianę pracy. Aż 55% ankietowanych kobiet w badaniu ogólnopolskim przeprowadzonym w 1993 r. stwierdziło, że kobiety miały w tym czasie mniejsze szanse na zmianę zawodu niż w końcu lat 80., a tylko 10% respondentek potwierdziło, że ich szanse były porównywalne z szansami mężczyzn[13]. Zdecydowanie mniejsze szanse na zmianę pracy mają zwłaszcza te pracownice socjalne, które mają wykształcenie średnie zawodowe. Z badań wynika, że kobiety z tym poziomem wykształcenia stanowią zdecydowaną większość pracowników socjalnych[14]. Wśród kobiet pracujących w zawodzie pracownika socjalnego dominuje pesymistyczna ocena możliwości poprawy swojej sytuacji zawodowej, gdyż te z nich, które mają wykształcenie policealne nie mają realnych szans na zmianę pracy, natomiast te, które mają wykształcenie wyższe *[...] tym bardziej negatywnie ustosunkowują się [...] do zmian zachodzących w Polsce z perspektywy poprawy ich własnego statusu*[15].

Jak wspomniano, kobiety pracujące w zawodzie pracownika socjalnego muszą godzić role zawodowe i rodzinne. Praca w terenie znacznie im to ułatwia, gdyż są bardziej dyspozycyjne w sytuacji nieprzewidzianych wydarzeń rodzinnych, takich jak: choroba dzieci, konieczność natychmiastowego kontaktu z nauczycielem dziecka, poszukiwanie pracy dla bezrobotnych członków rodziny, od kobiet „pracujących za biurkiem". Mogą niekiedy, za „cichą zgodą" zwierzchnika, odpracować czas wykorzystany na załatwienie spraw prywatnych. Podobnie jak inne kobiety aktywne zawodowo doświadczają konfliktu ról, czyli trudnej sytuacji, która wynika z tego, że wymogi pewnych ról, np. roli matki czy żony, stają w konflikcie z wymogami roli pracownika socjalnego[16]. Różne

---

[13] H. Domański: *Zadowolony niewolnik idzie do pracy*. Warszawa 1999, s. 65.

[14] Wśród deklaracji dotyczących wyboru zawodu, w których dotychczas przeważała „chęć niesienia pomocy", zaczęły się pojawiać motywacje o charakterze instrumentalnym. W jednym z badań empirycznych sygnalizowano, że wybór zawodu pracownika socjalnego był podyktowany ucieczką przed grożącym bezrobociem (M. Feigth, Z. Seręga: *Wzór osobowy pracownika socjalnego w świetle teorii i praktyki*. W: *Wartości i normy pracowników socjalnych – wokół uwarunkowań i czynników pracy socjalnej*. Red. K. Frysztacki. Zeszyty Pracy Socjalnej (zeszyt szósty). Kraków 2002), w innym badaniu trudności na rynku pracy były czynnikiem determinującym wybór zawodu dla znacznej grupy pracowników socjalnych (dla 22,9% opolskich respondentów powodem tym był brak innych ofert pracy). A. Kurcz: *Poczucie tożsamości zawodowej pracowników socjalnych*. W: *Pracownik socjalny jako profesjonalista. Wybrane problemy zawodu w okresie transformacji społecznej*. Red. J. Brągiel i A. Kurcz. Opole 2002, s. 157.

[15] H. Domański: Op. cit., s. 66.

[16] Istnienie takiego konfliktu potwierdzają wypowiedzi pracowników socjalnych na temat negatywnego wpływu zawodu na życie rodzinne. Jedna czwarta badanych stwierdziła, iż w różny sposób przeżywa sprawy zawodowe w domu. Jedna trzecia respondentek z wykonywaniem zawodu wiązała dostrzegane u siebie negatywne konsekwencje psychiczne, brak cierpliwości dla domowników, konflikty z mężem. Wśród pracowników dominowało przekonanie o negatywnym wpływie zawodu na życie rodzinne. Por. Raport z badań w ramach projektu PHARE – 1996: *Charakterystyka kadry pomocy społecznej ze szczególnym uwzględnieniem pracowników socjalnych, z punktu widzenia ich sytuacji społecznej, zawodowej, rodzinnej i ekonomicznej*.

konflikty wynikające z pełnienia ról społecznych (konflikty ról i konflikty w zespole ról) są w rzeczywistości transformacji tym bardziej dotkliwe dla większości kobiet, gdyż wymagają od nich dostosowania się do restrykcji wymogów rynku pracy. *Lata 90. były okresem trudnej internalizacji nowych reguł zmuszających do pogodzenia się z obostrzeniami ról zawodowych, której to próbie nie wszystkie kobiety potrafiły sprostać*[17].

Specyfika zawodu wymaga od pracowników socjalnych posiadania jak najszerszych informacji o zasobach, którymi dysponują urzędy i organizacje społeczne. Informacje te mogą być dla wielu pracowników socjalnych pewną rekompensatą lub dodatkowym atutem wyczerpującej pracy. Biorąc pod uwagę poziom życia pracowników socjalnych, zgłaszane trudności materialne, sygnalizowane zjawiska patologii społecznej występujące w ich rodzinach, wiedzy o zasobach nie sposób przecenić. Nie chodzi tu o stwierdzenie, że posiadana informacja o zasobach jest przez pracowników socjalnych wykorzystywana do zaspokojenia uzasadnionych sytuacją potrzeb swoich bliskich, własnej rodziny, przyjaciół i znajomych, czy też o niezgodne z etyką zawodową czerpanie np. materialnych korzyści. Wiedza ta umożliwia pracownikom socjalnym umiejętne poruszanie się w gąszczu przepisów prawnych, buduje prestiż jednostki, zwłaszcza w jej własnym środowisku zawodowym. Pozwala na niekonwencjonalne rozwiązania i, co za tym idzie, uzyskiwanie dodatkowych gratyfikacji płynących z poczucia satysfakcji, że jednak można klientowi poradzić nawet w najtrudniejszych, a nawet beznadziejnych sytuacjach.

Podsumowanie

Praca socjalna poszukuje własnej tożsamości dążąc do uzyskania statusu profesji. W Polsce wciąż jeszcze jest bardziej zawodem niż profesją i to zawodem niezbyt znanym, niedocenianym, o niskim poważaniu społecznym, sfeminizowanym. Słabości poszukującej własnej tożsamości pracy socjalnej nie sprzyjają budowaniu tożsamości środowiska zawodowego i poczucia tożsamości jednostek zawodowo związanych z tym środowiskiem. Z nielicznych i fragmentarycznych badań empirycznych wyłania się niepokojący obraz kondycji zawodowej pracowników socjalnych: trudności we współpracy nawet w obrębie własnej instytucji, niewielkie możliwości wpływu na kluczowe decyzje dotyczące warsztatu pracy, niespójność ustaw i rozporządzeń, w wielu przypadkach wymuszająca improwizowane działania, niekiedy na granicy prawa, niewysokie zarobki, niewielkie możliwości awansu.

---

[17] H. Domański: Op. cit., s. 71.

Ciężar przemian systemu pomocy społecznej, proces profesjonalizacji pracy socjalnej jako zawodu, budowanie standardów zawodowych, również etycznych standardów w pracy socjalnej, „nowe" funkcjonowanie w starych rolach oraz tworzenie nowych ról w pracy socjalnej (np. roli badacza) – tym i innym problemom muszą sprostać kobiety w zawodzie pracownika socjalnego, kobiety kierujące pomocą społeczną. Płeć bywa czasami przeszkodą, a czasem pomocą w realizacji zadań. Może nadeszła już pora, aby formułować problemy i pytania badawcze, uwzględniając w większym stopniu ten podstawowy wymiar?

Ks. Antoni Bartoszek
Uniwersytet Śląski

STAROŚĆ JAKO WARTOŚĆ I ZADANIE MORALNE

Współczesny kontekst podchodzenia do starości

Efektem współczesnych przemian demograficznych w krajach cywilizacji zachodniej jest starzenie się społeczeństw. Jest ono związane z jednej strony z rozwojem medycyny, prowadzącym do wydłużania się ludzkiego życia, z drugiej ze spadkiem liczby urodzeń w wielu społeczeństwach[1]. Obserwując życie społeczne można zauważyć, że starość jest postrzegana w dwojaki sposób. Na pewno zmierza się do tego, aby przeżywanie starości dokonywało się w sposób jak najbardziej godny. Społeczeństwa dążą do skonstruowania jak najlepszych systemów emerytalnych, w wielu krajach tworzy się programy wsparcia socjalnego, dokłada się starań, aby osoby w podeszłym wieku mogły jak najpełniej uczestniczyć w życiu społecznym, np. poprzez tworzenie tzw. Uniwersytetów Trzeciego Wieku. Medycyna znajduje się w stałej służbie ludzi starszych. Równocześnie jednak współczesne społeczeństwo zdominowane przez mit wydajności i sprawności fizycznej patrzy na osoby starsze poprzez kryteria wydajności i użyteczności. Będąca podstawą takiego myślenia filozofia utylitaryzmu doprowadza do wniosku, że osoby starsze stają się obciążeniem dla społeczeństwa w sensie ekonomicznym i psychologicznym. Życie ludzkie naznaczone niedołężnością, niepełnosprawnością, demencją starczą jawi się, w perspektywie utylitarystycznej, jako bezsensowne i bezwartościowe. Ponie-

---

[1] *Spadek urodzeń i wydłużanie się życia ludzkiego powoduje starzenie się społeczeństw. Zjawisko to występuje zarówno w bogatych krajach rozwiniętych Europy Zachodniej i Ameryki Północnej, jak w państwach Europy Środkowej i Wschodniej, w tym również i w Polsce. Proces starzenia się społeczeństw naszego globu przybiera rozmiary nienotowane dotąd w historii ludzkości.* J. Balicki: *Demografia. Słownik społeczny*. Red. B. Szlachta. Kraków 2004, s. 112.

waż starość staje się dla części społeczeństwa niewygodna, osoby w podeszłym wieku są niejednokrotnie izolowane przez rodziny, często zmuszane do życia w instytucjach opieki społecznej. Choć w wielu placówkach doświadczają wszechstronnej opieki oraz życzliwości ze strony personelu, to jednak doświadczają osamotnienia i braku miłości ze strony najbliższych[2].

Skrajną formą podważenia wartości ludzkiego życia w okresie starości jest obecna w wielu społeczeństwach możliwość dokonania eutanazji, czyli skrócenia życia poprzez jakąś formę działania medycznego[3]. Złudne jest stwierdzenie, że nikt we współczesnych społeczeństwach nie namawia osób starszych do dokonania eutanazji. Trzeba bowiem stwierdzić, iż legalizacja eutanazji w niektórych społeczeństwach, a także jej powszechne praktykowanie zdają się wywierać pewną presję na starszych osobach, aby same prosiły o eutanazję[4]. Społeczeństwo legalizując eutanazję podsuwa niejako sposób na rozwiązanie problemu starości w obliczu przeświadczenia, że życie przeniknięte niedołężnością, upośledzeniem i przewlekłym cierpieniem nie ma znaczenia ani sensu. Utylitarystyczne myślenie o starości, a zarazem zakamuflowana presja w kierunku dokonania eutanazji stawiają pod znakiem zapytania wolność prośby o pomoc w zakończeniu życia. Równocześnie nie zauważa się, iż żądanie eutanazji jest bardzo często prośbą o pomoc, czyli wołaniem o ulgę w cierpieniu, ale także przejawem doświadczenia osamotnienia i izolacji.

Godność człowieka w podeszłym wieku

W kontekście tego typu zagrożeń należy jeszcze raz potwierdzić szczególną godność człowieka w podeszłym wieku. Przede wszystkim jest to godność zakorzeniona w byciu osobą ludzką, a osobą ludzką jest każdy człowiek starszy, niezależnie od stopnia niedołężności fizycznej czy umysłowej. Prawdę tę trzeba stale podkreślać w kontekście pewnych nurtów myślowych, które absolutyzując sferę świadomościowo-intelektualną w człowieku podważają status

---

[2] Jan Paweł II, wnikliwie analizujący rzeczywistość, niejednokrotnie wskazywał na różnego rodzaju tendencje obecne we współczesnych społeczeństwach, zagrażające osobom w podeszłym wieku, a prowadzące do usuwania ich z życia rodzinnego. Por. Jan Paweł II: Encyklika *Evangelium vitae* (25.03.1995), nr 64; Idem: Adhortacja apostolska *Familiaris concordio* (22.11.1981), nr 77.

[3] Jan Paweł II: Encyklika *Evangelium vitae* (25.03.1995), nr 15,18.

[4] Ustawa legalizująca eutanazję w Holandii jest tak skonstruowana, aby społeczeństwo miało przekonanie, iż ten kto prosi o eutanazję czyni to w sposób całkowicie wolny. Ciągle jednak rodzą się pytania czy ci, którzy wyrażają takie pragnienie są faktycznie całkowicie wolni od jakiejkolwiek presji. Por. A. Bartoszek: *Nauczanie biskupów holenderskich w kontekście procesu legalizacji eutanazji w Holandii.* W: *Vobis episcopus vobiscum christianus*. Red. W. Myszor, A. Malina. Katowice 2004, s. 304.

człowieczeństwa osób, które trwale utraciły świadomość, np. osób głęboko upośledzonych umysłowo, z głęboką demencją starczą, znajdujących się w utrzymującym się stanie wegetatywnym.

Status bycia osobą jest związany z duchowo-cielesną strukturą człowieczeństwa, przy czym podstawowymi przejawami duchowości są świadomość i wolność. Wydaje się, że w przypadku człowieka w podeszłym wieku możliwe są dwa podstawowe rodzaje zależności między świadomością a cielesnością. W pierwszym przypadku, mimo iż cielesność tutaj rozumiana jako cała sfera biologiczna w człowieku słabnie, jednak poziom świadomości pozostaje stale bardzo wysoki albo nawet nadal rozwija się. Jeśli człowiek w takiej sytuacji zachowuje pogodę ducha mówi się o „pięknej starości", nawet w obliczu zniedołężniałego ciała. W drugim przypadku wraz z osłabieniem cielesności następuje ograniczenie funkcjonowania władz duchowych: pamięci i myślenia. Taka sytuacja może mieć np. miejsce w zaawansowanej fazie choroby Alzheimera. W obliczu takich przypadków potocznie mówi się, iż „starość Panu Bogu się nie udała"; można ją tutaj nazwać „starością pozbawioną piękna"[5]. Jednak ograniczenie, a nawet trwała utrata świadomości w niczym nie zmieniają statusu człowieczeństwa. Osoba ludzka przeżywając w taki sposób swoją starość powraca niejako do fazy wczesnego dzieciństwa, a nawet niemowlęctwa, a trajektoria zależności między rozwojem cielesności i świadomości przybiera kształt symetryczny: o ile w niemowlęctwie i dzieciństwie następuje zwykle rozwój cielesności i stopnia świadomości, o tyle przy omawianym typie starości następuje ograniczenie jednej i drugiej sfery człowieczeństwa; tak jak dziecko w wieku niemowlęcym, tak też starzec, który utracił świadomość mają niezbywalną godność osoby ludzkiej.

Bez względu na sposób przeżywania podeszłego wieku starość sama w sobie budzi i powinna budzić respekt i szacunek. O takiej postawie wobec starości pisze Cyceron w najbardziej znanym, poświęconym tej tematyce traktacie. Od niego wywodzi się porównanie starości do „jesieni życia" nie tyle jako do pory roku oznaczającej schyłek życia, ale przede wszystkim jako do czasu przynoszenia owoców[6]. Z kolei A. de Saint-Exupéry patrzał na starość w na-

---

[5] W podobny sposób starość jawi się jako coś „niepięknego", w sytuacji, w której choć pozostaje pełna świadomość, jednak człowiek nie potrafi się zgodzić na własne ograniczenia, niedołężność i pozostaje pełen smutku, zgorzknienia i apatii. A. Siemianowski, przedstawiając starość w opisie fenomenologicznym, pisze o pewnej ambiwalencji starości: raz jawi się jako „ukoronowanie życia", innym razem postrzega się ją jako „rozpad czy nawet zanik samego człowieczeństwa". A. Siemianowski: *Starość w perspektywie ostatecznej*. „Ethos" 12(1999), nr 3, s. 97.

[6] *Breve enim tempus aetatis satis longum est ad bene honesteque vivendum; sin processerit longius, non magis dolendum est, quam agricolae dolent praeterita verni temporis suavitate aestatem autumnumque venisse. Ver enim tamquam adulescentiam significat ostenditque fructus futuros, reliqua autem tempora demetendis fructibus et percipiendis accommodata sunt*. M.T. Cicero: *Cato Mai or De Senectute Liber ad T. Pomponium Atticum*, XIX. 70.

stępujący sposób: *Rozmyślałem zwłaszcza na widok jednego, który był ślepy, a do tego utracił jedną nogę. Tak stary, że stał już u progu śmierci, i zdawało się, że skrzypi przy każdym poruszeniu, jak stary wiatrak; odpowiadał na moje słowa powoli, bo był posunięty w latach i tracił już jasność mowy; ale stawał się coraz bardziej świetlisty i jasny, i coraz lepiej rozumiał w co przemienia się jego życie. Drżącymi dłońmi pracował nadal nad ażurowymi cackami, które były jak coraz subtelniejszy eliksir. On zaś, odchodząc w tak cudowny sposób od swego starego wyschłego ciała, stawał się coraz szczęśliwszy, coraz bardziej niedotykalny. Coraz bardziej niezłomny. I umierał, nie wiedząc o tym, z rękoma pełnymi gwiazd*[7].

Jan Paweł II mocno podkreślał, że szczególna godność osób starszych wynika z ich zakorzenienia w przeszłości; starszych ludzi nazywał „strażnikami pamięci zbiorowej"[8], podkreślając w ten sposób fakt, iż kiedyś w przeszłości byli twórcami rzeczywistości, która stała się fundamentem współczesności. Jan Paweł II określał także ludzi w podeszłym wieku mianem „żywych bibliotek"[9]. Warto zauważyć, iż określenie to może wskazywać na dwie prawdy o ludziach starszych. Przede wszystkim pokazuje całe bogactwo doświadczenia i mądrości życiowej, z których mogą czerpać następne pokolenia[10]. Po drugie, senior, nawet głęboko zniedołężniały, ma wpisaną w swoje człowieczeństwo niepowtarzalną historię życia, historię zwycięstw, radości i sukcesów oraz porażek, smutków i niepowodzeń i w tym sensie jest „żywą biblioteką", „świętą księgą", którą trzeba odczytywać i stale uczyć się jej treści. Źle działoby się w społeczeństwie, gdyby młode pokolenia bały się wchodzić do tych „żywych bibliotek" i nie chciały czytać „ksiąg życia" historii ludzi w podeszłym wieku.

Wiele ważnych słów na temat starości zawartych jest w Piśmie świętym[11]. Biblia przede wszystkim rysuje obraz „pięknej starości" jako drogi prowadzącej

---

[7] A. de Saint-Exupéry: *Twierdza*. Warszawa 1990, s. 27.

[8] Jan Paweł II: List do ludzi w podeszłym wieku (1.10.1999), nr 9. Całościowe spojrzenie na problem starości w ujęciu nauczaniu Jana Pawła II zostało omówione w: A. Bartoszek: *Starość*. W: *Jan Paweł II. Encyklopedia nauczania moralnego*. Red. J. Nagórny, K. Jeżyna. Radom 2005, s. 506-508.

[9] Jan Paweł II: *List do ludzi w podeszłym wieku* (1.10.1999), nr 12.

[10] Wspomniany wyżej Cyceron pisał, iż to właśnie starcy mają rozum; ich należy się radzić; jeśliby nie było starców, nie istniałyby w ogóle żadne państwa. (*Mens enim et ratio et consilium in senibus est; qui si nulli fuissent, nullae omnino civitates fuissent. Sed redeo ad mortem impendentem*. Cicero: *Cato Mai*, XIX. 67), zaś w innym miejscu pisał, iż wielkie rzeczy nie rodzą się w sile, pośpiechu czy szybkości ciała, lecz z rady, poważania czy przekonania; a te właśnie wartości pomnażają się zwykle w starości. *Non viribus aut velocitate aut celeritate corporum res magnae geruntur, sed consilio, auctoritate, sententia; quibus non modo non orbari, sed etiam augeri senectus solet*. Cicero: *Cato Mai*, VI.17.

[11] Biblijne przesłanie na temat starości zostało opracowane na podstawie artykułu: M.F. Lacan: *Starość*. W: *Słownik teologii biblijnej*. Red. X. Leon-Dufour. Poznań 1990, s. 906n.

ku szczęściu wiecznemu. Długie życie jest postrzegane jako znak Bożej łaskawości (por. Rdz 11, 10-32), dlatego jest czymś, czego można pragnąć: obiecane jest temu, kto czci rodziców (por. Wj 20,12), jest koroną sprawiedliwego (por. Prz 10, 27; 16, 31), dla którego nagrodą jest oglądanie w ten sposób dzieci swoich dzieci (por. Prz 17,6). Jak Abraham nasycony dniami (Rdz 25,8), tak też sprawiedliwy, po szczęśliwej i kwitnącej starości (por. Ps 92,15), może umrzeć w pokoju, świadomy tego, iż jego życie osiągnęło pełnię (por. Rdz 15,15; Tob 14,1; Syr 44,14). Równocześnie jednak Pismo święte ukazuje obraz „starości pozbawionej piękna", bardziej jawiącej się jako droga ku śmierci. W takich sytuacjach śmierć uważana jest za uwolnienie (por. Syr 41,2); starzec czuje, że opuszczają go siły (por. Ps 71,9; Koh 12,5) i że dla niego nic już nie ma powabu (por. 2 Sm 19,36).

W Piśmie świętym starość cieszy się poważaniem i jest otoczona czcią (por. 2 Mch 6,23); siwe włosy zasługują na szacunek (por. Kpł 19,32; 1 Tm 5,1n). Z racji swej mądrości (por. Syr 25,4n) i jako świadek tradycji, starzec może mówić autorytatywnie, jednak powinien czynić to rozważnie (por. Syr 32,3; 42,8). Biblia kreśli także wzory osób starszych, które w historii zbawienia odegrały ważną rolę, m.in. Abrahama i Sary (por. Rdz 17, 15-22), Elżbiety i Zachariasza (por. Łk 1,5-25.39-79), Symeona i Anny (por. Łk 2,23-38).

Należy także podkreślić, iż starość jest w Piśmie świętym symbolem wieczności. Bóg jako Odwieczny ukazuje się Danielowi pod postacią starca (por. Dn 7,9), a w Księdze Apokalipsy dwudziestu czterech Starców symbolizuje dwór Boży, który wyśpiewuje wiecznie Jego chwałę (por. Ap 4,4; 5,14). W świetle tej biblijnej metafory należy widzieć artystyczne przedstawienia Boga ukazywanego bardzo często jako starca.

Własna starość jako zadanie moralne dla samego siebie

Starość z wpisaną w jej naturę szczególną godnością staje się tym samym wyzwaniem moralnym. Jest to zadanie moralne dla danego człowieka, który starzeje się i który jest wezwany do godnego i dojrzałego przeżywania własnej starości. Równocześnie jest to zadanie moralne dla otoczenia osoby starszej i dla całego społeczeństwa, które jest wezwane do tego, aby pomóc i towarzyszyć człowiekowi w podeszłym wieku w przeżywaniu ostatniego etapu życia.

Umiejętne i dojrzałe przeżywanie własnej starości można nazwać właściwie „sztuką"; jest to ars senescendi, czyli „sztuka przeżywania starości", albo „sztuka starzenia się", analogicznie do ars vivendi („sztuki życia") oraz ars moriendi („sztuki umierania"). Własna starość staje się zadaniem moralnym na wiele lat

przed rozpoczęciem okresu starczego, czyli jeszcze w wieku dojrzałym, a nawet w młodości[12]. Głębokie i dojrzałe przeżywanie swojego życia, w którym pierwszorzędną rolę odgrywają wartości duchowo-moralne staje się przygotowaniem i antycypacją własnej starości, czyli prawdziwa „sztuka życia" staje się wprowadzeniem w „sztukę przeżywania starości"[13]. Dojrzała, mądra postawa wobec starości *[...] nie przychodzi sama spontanicznie wraz z wiekiem, lecz jest owocem ducha, a właściwie czynem całego życia i – dosłownie – aktem tworzenia siebie w obliczu kryjącego się w starości zagrożenia egzystencjalnego*[14].

Dobrym przykładem obrazującym problem wcześniejszego przygotowania się do przeżywania starości jest zagadnienie przechodzenia na emeryturę. Ktoś kto patrzył na swoją pracę jako na cel sam w sobie, a nie traktował jej jako środka w służbie wartościom wyższym, takim jak np. rodzina, własny rozwój osobowy, czy też uświęcenie, ten może doświadczać różnych trudności w przeżywaniu własnej emerytury; może doświadczyć pustki egzystencjalnej, ponieważ zniknie z jego życia to co było jedynym celem i sensem egzystencji – praca zarobkowa. Kto natomiast widział poza pracą zarobkową inne ważne wartości w życiu, ten po przejściu na emeryturę nie utraci sensu i celu życia i nadal będzie tym wartościom służył: będzie pomagał swojej rodzinie (np. poprzez pomoc w wychowaniu wnuków), będzie nadal dążył do rozwoju własnej osobowości (np. poprzez zaangażowanie się w prace Uniwersytetu Trzeciego Wieku), będzie służył społeczeństwu i Kościołowi poprzez udział w różnych formach wolontariatu, wreszcie będzie dokładał starań, aby wzrastać w świętości życia[15].

W „sztuce dobrego przeżywania starości" można wyróżnić trzy istotne postawy: uświadomienie sobie i akceptacja własnego przemijania i nieuchronności śmierci oraz pełne ufności ofiarowanie siebie Bogu. W dzisiejszych czasach

---

[12] Cyceron stoi na stanowisku, że w młodzieńcu powinno być odrobinę starca, a w starcu powinno być coś z młodzieńca, bo kto tym się kieruje, choćby był starcem na ciele, nigdy nie będzie nim w duszy. *Ut enim adulescentem in quo est senile aliquid, sic senem in quo est aliquid adulescentis probo; quod qui sequitur, corpore senex esse poterit, animo numquam erit.* Cicero: *Cato Mai*, XI. 38.

[13] Charakterystyczne jest, iż Cyceron kaprysy, zagniewanie starców oraz to, że są nieraz trudni do zniesienia nie przypisuje samej starości, ale źródło tego typu zachowań widzi w sposobie życia i zwyczajach danych osób *At sunt morosi et anxii et iracundi et difficiles senes. Si quaerimus, etiam avari; sed haec morum vitia sunt, non senectutis.* Cicero: *Cato Mai*, XVIII. 65.

[14] A. Siemianowski: Op. cit., s. 105.

[15] O emeryturze jako wyzwaniu pisze Olga Czerniewska, wskazując na różne typy przechodzenia na emeryturę: *Ci pierwsi często wpadają w depresję, ci drudzy tworzą lub współtworzą instytucje, stowarzyszenia, malują, rzeźbią, uczą się, podróżują, pomagają dzieciom, piszą, wzbogacają życie społeczne. Ponieważ przejście na emeryturę jest trudnym przeżyciem, w wielu krajach organizuje się tak zwane staże przygotowujące do jej twórczego przeżywania.* O. Czerniewska: *Wymiar czasu a przeżywanie starości.* „Ethos" 12(1999), nr 3, s. 81.

wielu osobom z trudem przychodzi przyjmować te trzy postawy. W kontekście kultu młodości, sprawności oraz intensywnego rozwoju medycyny i farmacji, mamiących współczesnego człowieka różnymi metodami na długowieczność, niełatwo przyjąć do świadomości, a tym bardziej zaakceptować prawdę o własnym starzeniu się, przemijaniu oraz o zbliżającej się śmierci. W obliczu wypychania śmierci na margines życia społecznego trudno jest rozmyślać o własnym odejściu, a przecież *uniwersalną cechą starości jest horyzont śmierci*[16]. Pojawia się zatem postulat powrotu do hasła memento mori, przy czym nie chodzi tutaj straszenie siebie lub innych perspektywą śmierci. Hasło memento mori, tak jak kiedyś w średniowieczu, tak i dzisiaj powinno stanowić wezwanie nie tyle do stałego i uporczywego myślenia o śmierci, ile do podejmowania wysiłku moralnego w obliczu prawdy o przemijalności życia[17].

Uświadomienie sobie własnego przemijania oraz akceptacja tej prawdy może i powinna być, na płaszczyźnie religijnej, pogłębiona o wymiar ofiarowania siebie Bogu. Jan Paweł II w następujący sposób formułował tę powinność: lata starości *[...] należy przeżywać w postawie ufnego zawierzenia Bogu; ten czas trzeba twórczo spożytkować, dążąc do pogłębienia życia duchowego poprzez usilniejszą modlitwę i gorliwą służbę braciom w miłości*[18]. Przeżywanie własnej starości w łączności z Bogiem wyzwala w seniorach kolejne pokłady dobroci; zwrócił na to uwagę kardynał Józef Ratzinger: *[...] myślę zwłaszcza o ludziach starszych, którzy poprzez wiarę dojrzeli do wielkiej dobroci. Spotykając się z takimi osobami, odczuwa człowiek jakieś ciepło, jakiś blask wewnętrzny*[19].

Zarówno Jan Paweł II, jak i J. Ratzinger pokazują, iż starość jest szczególnym czasem jednoczenia się z Bogiem, a dzięki temu czasem pogłębionych relacji z bliźnimi. To właśnie w podeszłym wieku człowiek znajduje więcej czasu na modlitwę, którą może ofiarować za siebie, zawierzając w ten sposób Bogu, a także za swoich bliskich, powierzając Opatrzności Bożej szczególnie młode pokolenie. Pogłębione życie duchowe może doprowadzić do tego, iż człowiek odczytuje okres starości, nawet z wpisanymi w niego chorobami i ograniczeniami, jako czas spełnienia szczególnego powołania. W ten sposób czuje się dalej potrzebny i wie, że duchowo uczestniczy w życiu społeczeństwa i Kościoła. Równocześnie jednoczenie się z Bogiem w akcie ofiarowania przygotowuje człowieka w podeszłym wieku do definitywnego zjednoczenia się z Nim jako celem ostatecznym.

---

[16] T. Ślipko: *Sens życia – sens starości w chrześcijaństwie*. „Ethos" 12(1999), nr 3, s. 19.

[17] T. Ślipko stwierdza, iż *coraz wyrazistsza konieczność śmierci [...] oznacza nieuchronność decydujących rozstrzygnięć w stosunku człowieka do najwyższego Dobra*. Ibid., s. 25.

[18] Jan Paweł II: *List do ludzi w podeszłym wieku* (1.10.1999) nr 16.

[19] *Bóg i świat. Wiara i życie w dzisiejszych czasach*. Z kardynałem Josephem Ratzingerem rozmawia Peter Seewald. Kraków 2001, s. 49.

Wszystko to, co powiedziano powyżej na temat sztuki dojrzałego przeżywania starości znajduje ucieleśnienie w życiowej postawie Jana Pawła II, której wewnętrzną głębię można odczytać z jego duchowego testamentu; zawarte są w nim m.in. takie słowa: *[...] w dniu 13. maja 1981 r., w dniu zamachu na Papieża podczas audiencji na placu św. Piotra, Opatrzność Boża w sposób cudowny ocaliła mnie od śmierci. Ten, który jest jedynym Panem życia i śmierci, sam mi to życie przedłużył, niejako podarował na nowo. Odtąd ono jeszcze bardziej do Niego należy. [...] Proszę go, ażeby raczył mnie odwołać wówczas, kiedy sam zechce. W życiu i śmierci należymy do Pana [...] Pańscy jesteśmy* (Rz 14,80). W tych słowach jest widoczna świadomość przemijania, akceptacja, a zarazem postawa ofiarowania. Należy podkreślić, że pierwszy zapis w testamencie został dokonany 6 marca 1979 r., a zatem 26 lat przed śmiercią. Przez wiele lat przygotowywał się zatem do własnego odejścia; sztuki umierania i sztuki przeżywania starości uczył się o wiele wcześniej.

Patrząc na starość jako na wyzwanie moralne dla danej osoby trzeba jeszcze krótko wskazać na te wszystkie powinności, które są wpisane w końcowy etap ziemskiego życia. Człowiek przed śmiercią jest wezwany do tego, aby pożegnać się z rodziną, aby przeprosić i prosić o wybaczenie w przypadku zaistniałych wcześniej konfliktów czy nieporozumień. Ważne jest także, aby zarówno spisać testament, dotyczący spraw materialnych, i w ten sposób uniknąć sytuacji konfliktowych związanych z podziałem spadku, jak i przekazać duchowe przesłanie zawierające własne myśli, ewentualnie wskazówki czy sugestie dotyczące życia tych, którzy pozostali. Wreszcie na człowieku wierzącym spoczywa obowiązek pojednania się z Bogiem w sakramencie pokuty oraz przyjęcia Komunii świętej jako wiatyku. Żadnego z tych obowiązków nie należy odkładać w czasie, gdyż może się okazać, iż w danym przypadku będzie brakowało czasu lub wystarczającej świadomości, aby powyższe zadania wypełnić[20]. Stosunkowo duża ilość obowiązków spoczywających na człowieku w perspektywie zbliżającej się śmierci (i to w większości obowiązków o charakterze duchowo-moralnym) jeszcze bardziej potwierdza sugestię, iż przygotowanie do odejścia powinno się rozpoczynać na długo przed śmiercią. Właściwie pojmowane memento mori sprawia, iż zarówno ars moriendi, jak i ars senescendi przeradzają się w ars vivendi.

Odpowiedzialność za końcowy etap życia i właściwe przygotowanie na chwilę śmierci sprawia, iż obecna w tradycji chrześcijańskiej prośba modlitewna *od nagłej i niespodziewanej śmierci, zachowaj nas Panie* jest stale aktualna.

---

[20] Szeroko na temat obowiązków religijnych w obliczu zbliżającej się śmierci w: A. Bartoszek: *Człowiek w obliczu umierania i śmierci. Moralne aspekty opieki paliatywnej*. Katowice 2000, s. 239-263.

Równocześnie trzeba zauważyć, iż coraz częściej pojawia się w społeczeństwie pragnienie nagłej śmierci, to znaczy pozbawionej bólu i cierpień. Współczesny człowiek boi się cierpienia i nie dostrzega często żadnego jego sensu i dlatego pragnie umierać szybko i bezboleśnie, nie widząc konieczności szczególnego przygotowania siebie na śmierć i nie dostrzegając potrzeby przygotowania rodziny na własne odejście.

Dojrzałe przeżywanie starości oraz świadome przygotowanie siebie i otoczenia na własne odejście jest sposobem na to, aby znów „oswoić śmierć" albo „oswoić się ze śmiercią". Pogłębione spojrzenie na starość jest drogą, aby ludzkiej egzystencji przywrócić śmierć, aby wyrzuconą na margines życia społecznego rzeczywistość odchodzenia człowieka wprowadzić na powrót w przestrzeń społeczeństwa, a szczególnie we wspólnotę rodzinną. Ważne jest zatem, aby na zadania moralne związane ze starością spojrzeć w szerszej perspektywie społecznej.

Starość zadaniem moralnym dla społeczeństwa

Starość stanowi konkretne wyzwanie moralne dla otoczenia człowieka w podeszłym wieku oraz całego społeczeństwa. Aby człowiek mógł dojrzale przeżywać swoją starość potrzebuje przychylnego ku temu środowiska. W tym miejscu trzeba podkreślić, iż tak jak rodzina jest w ogólności podstawową komórką życia społecznego, tak też jest ona zasadniczą wspólnotą, w której człowiek może przeżywać własną starość[21]. Można w tym względzie przywołać już wcześniej zarysowaną symetrię: tak jak dziecko w wieku niemowlęctwa z racji swojej bezradności potrzebuje całkowitej troski ze strony rodziców, tak też osoba w podeszłym wieku, nieraz poważnie zniedołężniała, potrzebuje pomocy, wsparcia, a nieraz integralnej troski ze strony swoich najbliższych, a przede wszystkim ze strony dorosłych dzieci. Zarówno małe dziecko, jak i senior z natury przynależy do rodziny. Obowiązek troski o starszych rodziców spoczywający w pierwszej kolejności na dorosłych dzieciach wynika z odczytania natury i struktury rodziny.

Zobowiązanie do troski o ludzi starszych, spoczywające w pierwszej kolejności na dorosłych dzieciach, wypływa także z czwartego przykazania Bożego[22] oraz innych biblijnych napomnień, np. *[...] synu, wspomagaj swego ojca*

---

[21] Por. W. Bołoz: *Promocja osoby w rodzinie*. Warszawa 1998, s. 87, 90.

[22] *Czwarte przykazanie przypomina dzieciom już dorosłym o ich odpowiedzialności wobec rodziców. W miarę możności powinny one okazywać im pomoc materialną i moralną w starości, w chorobie, w samotności lub potrzebie*. Katechizm Kościoła Katolickiego, nr 2218.

w starości, nie zasmucaj go w jego życiu. A jeśliby nawet rozum stracił, miej wyrozumiałość, nie pogardzaj nim, choć jesteś w pełni sił. Miłosierdzie względem ojca nie pójdzie w zapomnienie, w miejsce grzechów zamieszka u ciebie (Syr 3,12-15). Obowiązek troski o rodziców-seniorów wynika również z tzw. ordo caritatis, czyli porządku miłości określającego zasady, którymi należy się kierować w sytuacji, gdy wiele osób znajduje się w potrzebie, a można pomóc tylko niektórym. Zgodnie z ordo caritatis człowiek jest zobowiązany do pomocy przede wszystkim względem osób związanych więzami pokrewieństwa, a także różnymi więzami moralnymi. Czymś niewłaściwym byłoby zatem angażowanie się w jakieś akcje czy działania charytatywne na rzecz ludzi obcych, przy równoczesnym zaniedbaniu wsparcia osób najbliższych[23].

Jan Paweł II pokazuje, że szacunek wobec osób starszych, okazywany zarówno w rodzinie, jak i w całym społeczeństwie, polega na spełnieniu trojakiej powinności wobec nich: *akceptować ich obecność, pomagać im i doceniać ich zalety*[24], przy czym podkreśla Papież, że *relacja między rodziną a ludźmi starszymi winna być postrzegana jako wymiana darów*[25]. W ten sposób Ojciec Święty wzywa do tego, aby stale umacniać i dostrzegać podmiotowość ludzi starszych, którzy nie są jedynie biernymi odbiorcami troski, ale wiele cennego wkładu wnoszą w życie rodziny oraz w życie całego społeczeństwa[26].

W tym miejscu nasuwa się bardzo trudne i delikatne pytanie: czy i na ile dorosłe dziecko jest zobowiązane do troski o starszego rodzica w sytuacji, gdy ten ostatni nie wypełniał w życiu podstawowych obowiązków rodzicielskich

---

[23] Szeroko na temat *ordo caritatis* pisał J. Nagórny: *Posłannictwo chrześcijan w świecie*. Lublin 1997, s. 237-245. *To, że w sytuacji tych samych potrzeb, dajemy pierwszeństwo krewnym i przyjaciołom lub innym bliższym osobom wynika z dwu zasadniczych motywacji. Najpierw wynika to z faktu, że człowiek jest szczególnie odpowiedzialny za ludzi najbliżej nas (rodzice, dzieci, małżonkowie) i tutaj powinno się rozpoznać różne stopnie odpowiedzialności. Ponadto trzeba pamiętać, że miłość Boga dana nam w Chrystusie, stanowiąc zasadniczy motyw naszej miłości nie wyklucza jednocześnie innych motywów – np. więzów krwi, sąsiedztwa, przyjaźni, narodowych itp.* Ibid., s. 243-244.

[24] Jan Paweł II: *List do ludzi w podeszłym wieku* (1.10.1999) nr 12.

[25] Jan Paweł II: Przemówienie *O szacunek dla ludzi w podeszłym wieku* do uczestników konferencji zorganizowanej przez Papieską Radę ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia (31.10.1998).

[26] Jan Paweł II tak pisał o osobach starszych: *Mogą nie tylko dawać świadectwo, że istnieją pewne aspekty życia, jak na przykład wartości humanistyczne i kulturowe, moralne i społeczne, których nie da się mierzyć kryteriami ekonomicznymi czy funkcjonalnymi; mogą także skutecznie wspomagać środowisko pracy i warstwy kierownicze. W istocie rzeczy chodzi nie tylko o to, żeby coś zrobić dla ludzi starszych, ale by zaakceptować ich jako odpowiedzialnych współpracowników, którzy w sposób rzeczywiście dla nich możliwy będą uczestniczyć w realizacji wspólnych projektów zarówno w fazie planowania, jak i dialogu i wykonania.* Jan Paweł II: List *Ludzie starsi w życiu społeczeństwa.* Do uczestników Drugiego Światowego Zgromadzenia poświęconego problemom starzenia się ludności (3.03.2002).

z racji zaniedbań moralnych. Przede wszystkim trzeba powiedzieć wyraźnie, iż dziecko nie bierze odpowiedzialności za sytuację i stan, w jakim znalazł się starszy rodzic wskutek własnych win i słabości moralnych. Dorosłe dziecko nie może także poprzez swoje wsparcie stwarzać komfortu kontynuowania przez rodzica niemoralnych zachowań, a zatem ma prawo wyrazić sprzeciw w obliczu namowy do współdziałania w złem. Jeśli chodzi o obowiązek troski ze strony dziecka o rodzica, który nie wypełnił podstawowych obowiązków rodzicielskich, to na pewno trzeba uwzględnić bardziej szczegółowe okoliczności. Ogólnie nie istnieje obowiązek troski o rodzica w przypadku, gdy więź między dzieckiem a rodzicem miała jedynie charakter biologiczno-genetyczny, to znaczy dziecko zostało oddane do domu dziecka, czy też któryś z rodziców odszedł od rodziny zrywając całkowicie więź z dzieckiem. Podjęcie przez dorosłe dziecko troski o rodzica w takim przypadku będzie miało znamiona czynu heroicznego. Inaczej jest w sytuacji, gdy jakaś więź duchowo-moralna istniała, jednak dziecko doznawało wielkiej krzywdy ze strony rodzica. W obliczu poważnej potrzeby starszego rodzica dorosłe dziecko jest zobowiązane do przyjścia ze wsparciem; wydaje się, że taka postawa nie jest heroizmem, czyli zachowaniem nadzwyczajnym, ale podstawowym obowiązkiem dorosłego dziecka. Doznane krzywdy, utrudniające realizację tej powinności, będą w konkretnych przypadkach jedynie okolicznością zmniejszającą subiektywną odpowiedzialność moralną dziecka za niepodjęcie tej troski[27].

Na pewno każde dziecko jest zobowiązane do modlitwy za swojego rodzica (nawet tego, który pozostał rodzicem jedynie biologicznym). Modlitwa spełnia tutaj przynajmniej potrójną funkcję: po pierwsze, jest wyrazem wdzięczności za dar życia przekazany przez rodzica, po drugie, jest wyrazem troski o zbawienie rodzica, troski tym bardziej potrzebnej, im większe zło moralne ciąży na jego

---

[27] A. Drożdż pisze: *Wielką trudnością jest rozwiązywanie sytuacji dzieci, które nie zaznały nigdy pełnej miłości rodzicielskiej ze względu na różnorodne najcięższe braki moralne rodziców. Sfera emocjonalnych odniesień do takich rodziców jest najczęściej zdominowana przez różne postacie bólu. Nie zwalnia to jednak dzieci od postawy dyskrecji, troski o zmianę ich nastawienia, szacunku należnego każdemu człowiekowi, wolitywnego życzenia im dobra, świadomości zdrowego oceniania daru rodzicielstwa, szlachetności w zachowaniu wobec nich. Nikt rodziców nie wybiera i rodzice zawsze pozostają tymi, którym zawdzięczamy dar życia* (A. Drożdż: *Dekalog. Część pierwsza*. Tarnów 1994, s. 165). Szczególną sytuacją, która rodzi pytania o granice troski ze strony dziecka jest alkoholizm rodzica. Wyżej sformułowana norma pozostaje obowiązującą, jednak trzeba podkreślić, iż zachowania dziecka nie mogą stwarzać uzależnionemu od alkoholu rodzicowi komfortu picia; w stosunku do rodzica-alkoholika dziecko winno przyjmować postawę „twardej miłości", bardziej precyzyjnie nazywanej podstawą „kompetentnej miłości". Szerzej na temat moralnych wymiarów relacji w rodzinie w kontekście alkoholizmu kogoś bliskiego w: A. Bartoszek: *Telefon zaufania w służbie człowiekowi i społeczeństwu*. Katowice 2003, s. 115-118.

życiu, po trzecie, zabezpiecza dziecko przed opanowaniem jego wnętrza przez nienawiść i nieżyczliwość[28].

Jest rzeczą oczywistą, że rodzina nie zawsze jest w stanie sama zapewnić całościową opiekę nad seniorem. Ograniczenia rodziny w tym względzie mogą wynikać z różnych przyczyn: z poważnego stanu zdrowia starszej osoby, wymagającej fachowej ciągłej pomocy, ze słabego stanu zdrowia tych, na których w pierwszym rzędzie spoczywa obowiązek opieki, z poważnych ograniczeń mieszkaniowych oraz z rodzaju wykonywanej pracy przez dorosłe dziecko, uniemożliwiających przyjęcie osoby starszej do własnej rodziny. Istotnym momentem ograniczającym obowiązek troski rodziny o człowieka w podeszłym wieku jest jego własna decyzja o tym, że nie życzy sobie wsparcia bliskich. Takie postanowienie ze strony seniora może wynikać z faktu, iż przyjmowanie opieki nie ze strony rodziny daje mu większe poczucie niezależności; może także wynikać z wewnętrznego pragnienia, aby nie być ciężarem dla najbliższego otoczenia[29]. W tym ostatnim przypadku potrzebna jest jednak ze strony najbliższych dogłębna analiza tego typu motywacji. Rodzi się bowiem przypuszczenie, że starsza osoba odczytując pewne, nawet niewerbalne, komunikaty ze strony najbliższego otoczenia dochodzi do wniosku, iż ono właśnie oczekuje od niej zwolnienia z odpowiedzialności za troskę. W takich sytuacjach należy odpowiedzieć na pytanie, czy czasem subtelna presja ze strony najbliższych, a przynajmniej niektórych z nich, nie sprawia, iż starszy człowiek formułuje pragnienie: *nie chcę być ciężarem dla moich dzieci*[30]. Cała umiejętność odnoszenia się do człowieka w podeszłym wieku, przeniknięta miłością i szacunkiem, polega na tym, że nie odczuwa on, że jest ciężarem dla otoczenia, albo co najwyżej widzi, że jest „ciężarem słodkim", „brzemieniem lekkim".

---

[28] Taka modlitwa będzie podstawowym wyrazem czci względem rodziców, o której mówią moraliści, że ma charakter bezwarunkowy: *Cześć dla rodziców okazuje się tu bezwarunkowym obowiązkiem, tzn. nie jest on ani umotywowany, ani uwarunkowany osobistymi przymiotami rodziców. Jego podstawą jest wyjątkowa godność rodziców, która im przysługuje na mocy ich szczególnego uczestnictwa w stwórczym dziele Boga.* S. Olejnik: *Teologia moralna życia społecznego.* Włocławek 2000, s. 338.

[29] Pragnienie niezależności obecne u niektórych seniorów może się wpisywać w „zjawisko singles", czyli w tendencję do odchodzenia od grupy pierwotnej, którą jest rodzina, ku zindywidualizowanemu stylowi życia, tym bardziej, że przynajmniej część seniorów to osoby dobrze zabezpieczone materialnie. M. Halicka: *Wiek podeszły społeczeństwa: aspekty demograficzne.* „Ethos" 12(1999), nr 3, s. 146n.

[30] Istnieje bowiem, powszechna w krajach bogatych i coraz częściej także w Polsce, tendencja do umieszczania osób bardzo starych i niepełnosprawnych w zakładach opieki; tendencja ta wskazuje na osłabienie więzów rodzinnych. Por. W. Pędich: *Ludzie starzy w perspektywie XXI wieku.* „Ethos" 12(1999), nr 3, s. 135.

W sytuacji, gdy rodzina nie może podjąć pełnej odpowiedzialności za seniora lub w przypadku, gdy tej rodziny po prostu nie ma, wówczas instytucje opieki społecznej są zobowiązane do wsparcia osób w podeszłym wieku. Zależność między tymi instytucjami a rodziną w odniesieniu do osób starszych powinna się kształtować zgodnie z zasadą pomocniczości, według której społeczności wyższego rzędu (czyli owe instytucje) nie powinny ingerować w wewnętrzne sprawy społeczności niższego rzędu (czyli w życie rodzin), pozbawiając ich kompetencji, lecz raczej powinny wspierać je w razie konieczności i pomagać w koordynacji ich działań z działaniami innych grup społecznych dla dobra wspólnego[31].

Placówki pomocy społecznej powinny rodzinie pomagać w trosce o osoby starsze, stale dążąc do uaktywniania członków rodziny w procesie opieki nad ludźmi w podeszłym wieku. Klasycznym przykładem takiego sposobu myślenia jest filozofia będąca podstawą ruchu hospicyjnego i opieki paliatywnej, podejmujących troskę o ludzi w terminalnej fazie choroby, najczęściej nowotworowej. W ramach hospicjum podkreśla się, że pierwszorzędną formą opieki nad terminalnie chorym jest opieka domowa; człowiek bowiem powinien przeżywać ostatni etap swego życia w domu, aby moment umierania i śmierci mógł dokonywać się w gronie rodzinnym. Hospicjum mając świadomość, iż choroba terminalna obciąża bardzo poważnie rodzinę chorego proponuje jego bliskim wsparcie w wymiarze duchowo-psychologicznym, aby w ten sposób uaktywniać ich przy opiece nad terminalnie chorym. Aby dać wytchnienie rodzinom hospicjum proponuje wsparcie ze strony wolontariuszy, gotowych do towarzyszenia terminalnie chorym, a także daje możliwość pobytu dziennego w sytuacji, gdy są takie potrzeby ze strony rodziny i gdy stan zdrowia chorego na to pozwala. Dopiero w przypadku, gdy stan zdrowia chorego oraz sytuacja rodzinna uniemożliwiają pobyt w domu, proponuje się opiekę stacjonarną, równocześnie angażując rodzinę w troskę nad terminalnie chorym. Filozofia hospicjum uwyraźnia, iż człowiek stary szczególnie w obliczu zbliżającej się śmierci potrzebuje wsparcia i obecności rodziny[32]. Ważne jest, aby ten sposób myślenia nigdy nie zaniknął w samym hospicjum oraz aby potrafiło ono kształtować myślenie o sposobie umierania w szerszych kręgach społecznych[33].

---

[31] *Tam gdzie rodziny nie są w stanie wypełniać swoich funkcji, inne społeczności mają obowiązek pomagać im i wspierać instytucje rodziny. Zgodnie z zasadą pomocniczości większe wspólnoty nie powinny przywłaszczać sobie jej uprawnień czy też ingerować w jej życie.* Katechizm Kościoła Katolickiego, nr 2209.

[32] M. Halicka: *Wiek podeszły społeczeństwa: aspekty demograficzne.* „Ethos" 12(1999), nr 3, s. 145.

[33] Problemem kształtowania przez hospicjum postaw społecznych w stosunku do problematyki tanatologicznej zajmuje się artykuł: A. Bartoszek: *Rola hospicjów w kształtowaniu społecznych postaw wobec umierania i śmierci (tradycja i współczesność).* W: *Wychowanie – opieka – wsparcie.* Red. M. Wójcik. Mysłowice 2002, s. 266-288.

Wiele placówek opieki społecznej funkcjonuje zgodnie z taką właśnie filozofią. Stopniowanie: opieka domowa – pobyt dzienny – opieka stacjonarna, przy równoczesnym angażowaniu członków rodziny jest praktyczną realizacją zasady pomocniczości. Jest oczywiste, że stopień uczestnictwa rodziny w trosce o seniora nie będzie zależał jedynie od funkcjonowania danej placówki. Zaangażowanie rodziny będzie głównie uzależnione od głębokości motywacji osób najbliższych seniorowi. Jeśli nie będzie pragnienia opieki i żadnej motywacji ku temu, wówczas zabieganie ze strony instytucji o udział rodziny w procesie opiekuńczym pozostanie bez odzewu.

Obecność rodziny przy człowieku w podeszłym wieku, pozostającym pod opieką stacjonarną, daje przede wszystkim stałe poczucie przynależności do wspólnoty rodzinnej. Nawet najlepsza opieka stacjonarna nie zastąpi ostatecznie ciepła rodzinnego i miłości[34]. Członkowie rodziny mogą być także w konkretnych przypadkach wyrazicielami i przekazicielami woli seniora, szczególnie w sytuacji utrudnionej komunikacji z nim. Na płaszczyźnie współpracy na linii instytucja-rodzina potrzebne jest zachowanie równowagi między spełnianiem przez rodzinę pewnej funkcji kontrolnej, w ramach której rodzina weryfikuje czy autentyczne potrzeby ich bliskiego są zaspokajane, a powstrzymywaniem się od postawy roszczeniowej, domagającej się zaspokojenia wygórowanych potrzeb oraz destabilizującej funkcjonowanie opieki stacjonarnej. Wspomniana tutaj równowaga nie jest łatwa do osiągnięcia. Z jednej strony może bowiem pojawiać się ze strony instytucji tendencja do marginalizowania roli rodziny, gdyż jej zbyt intensywna obecność może być traktowana przez personel jako zagrożenie; będzie bowiem wymagała bardziej zindywidualizowanego podejścia do pensjonariusza, gdyż jego potrzeby zostaną wyraźniej wyartykułowane przez rodzinę; opisywaną tutaj tendencję można nazwać pokusą totalitaryzmu. Z drugiej strony w szeregach rodziny mogą się pojawić takie oczekiwania, których realizacja albo jest wprost niemożliwa, albo utrudniałaby opiekę nad innymi pensjonariuszami; chodzi tutaj o pokusę indywidualizmu, zagrażającą dobru wspólnemu.

Idealnym modelem, który powinien być realizowany w placówkach pobytu stałego zarówno przez samego pensjonariusza, a także przez personel placówki oraz rodzinę jest tzw. *communio personarum*, czyli „wspólnota osób". W myśl tego paradygmatu placówka opieki społecznej powinna dążyć do tego, aby stawać się przestrzenią, w której patrzy się na każdego pensjonariusza w sposób jedyny i niepowtarzalny, dostrzegając jego osobową godność, przy

---

[34] *Gdy ludzie starsi znajdują się w sytuacji cierpienia i zależności od innych, potrzebują nie tylko leczenia i odpowiedniej opieki, ale – przede wszystkim – odnoszenia się do nich z miłością.* Papieska Rada *Iustitia et Pax.* Kompendium Nauki Społecznej Kościoła, nr 222.

równoczesnej trosce o dobro wspólne całej placówki, czyli dobro wszystkich z nią związanych osób, przede wszystkim pensjonariuszy, ich bliskich, a także dobro pracowników i wolontariuszy. Z tego względu instytucje opieki społecznej powinny się kierować *nie tylko kryteriami sprawności organizacyjnej, ale dobrocią i wrażliwością*[35]. Trzeba dokładać starań, aby w tego typu placówkach przedkładać dbałość o właściwe, pogłębione relacje między personelem a pensjonariuszami nad sprawy czysto administracyjne, prawne, urzędowe.

Podsumowując powyższe analizy należy stwierdzić, że ludzie w podeszłym wieku stanowią cenną cząstkę społeczeństwa, której nie można w żaden sposób marginalizować czy usuwać z życia społecznego. Wręcz przeciwnie, społeczeństwo, a przede wszystkim rodziny mogą wiele zaczerpnąć z mądrości i doświadczenia ludzi starszych. Apel o przywrócenie osobom starszym właściwego miejsca w życiu rodzinnym jest wezwaniem do umacniania pozycji i roli rodziny w społeczeństwie. Aby zbudować w społeczeństwie rodzinę, która będzie zdolna do troski o ludzi starszych, potrzebne jest zaangażowanie sił moralnych i pedagogicznych w kształtowanie odpowiednich postaw młodego pokolenia. Jan Paweł II skierował kiedyś apel do współczesnych ludzi: *[...] społeczeństwo powinno odkryć na nowo solidarność między pokoleniami, powinno odkryć sens i znaczenie starości"; miarą jego cywilizacji „jest ochrona, jaką otacza ono najsłabsze swoje jednostki*[36].

---

[35] Jan Paweł II: *List do ludzi w podeszłym wieku* (1.10.1999) nr 13.

[36] Jan Paweł II: Przemówienie *O szacunek dla ludzi w podeszłym wieku* do uczestników konferencji zorganizowanej przez Papieską Radę ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia (31.10.1998).

ZAMIAST ZAKOŃCZENIA

Zapewne zawartość książki nie objęła wielu istotnych problemów, które składają się na tworzenie w pełni przyjaznych warunków egzystencji starzejącej się ludności i tym samym poprawiających ich jakość życia. Jest ona zresztą zmienna w czasie i przestrzeni, uzależniona od indywidualnych i zbiorowych cech demograficznej starości. Polityka społeczna wobec osób starszych jest zdeterminowana tak wieloma czynnikami, że trudno jest o pełną syntezę działań niezbędnych do określenia zadań podmiotów realizujących ją.

Wyodrębniony katalog podstawowych praw ludzi starych, proklamowany przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w 1991 r. i rekomendowany państwom członkowskim, stawia zarówno państwu, jak i odpowiednim instytucjom oraz rodzinom szerokie zadania w tworzeniu ludziom starszym warunków niezależności, współuczestnictwa, opieki, samorealizacji i godności. Brzmią one następująco:

Katalog podstawowych praw ludzi starych

Niezależność

1. Ludzie starzy powinni mieć dostęp do odpowiedniego pożywienia, wody, schronienia, ubrania oraz opieki zdrowotnej poprzez dysponowanie odpowiednim dochodem własnym lub wsparciem ze strony rodziny i/lub społeczności oraz w ramach samopomocy.
2. Ludzie starzy powinni mieć sposobność uzyskiwania dochodu poprzez wykonywanie pracy zarobkowej lub w innej formie.
3. Ludzie starzy powinni mieć możliwość udziału w określaniu, kiedy i jak 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 to tylko możliwe.

Współuczestnictwo

7. Ludzie starzy powinni utrzymywać związki służące integracji ze społeczeństwem, aktywnie współuczestniczyć w formułowaniu i wprowadzaniu w życie tych elementów polityki społecznej, które w sposób bezpośredni wpływają na ich dobre funkcjonowanie oraz winni dzielić się swą wiedzą i umiejętnościami z młodym pokoleniem.
8. Ludzie starzy powinni mieć możliwość realizowania i wpływu na rozwój różnorodnych form usług i świadczeń na rzecz społeczności, w której żyją – – głównie jako wolontariusze, lecz zgodnie z własnymi zainteresowaniami 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

10. Ludzie starzy powinni korzystać ze wsparcia opieki zarówno ze strony rodziny, jak i społeczności, w której żyją, zgodnie z przyjętym w konkretnym społeczeństwie systemem wartości.
11. Ludzie starzy powinni 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 powstrzymywania procesów chorobowych.
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 powinni mieć możliwość korzystania z usług wyspecjalizowanych instytucji zapewniających różnorodne formy wsparcia, rehabilitacji oraz odpowiednią stymulację psychospołeczną w bezpiecznym i przyjaznym człowiekowi środowisku.
14. Ludzie starzy powinni 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 przebywają w instytucjach opiekuńczych, leczniczych i rehabilitacyjnych.

Samorealizacja

15. Ludzie starzy powinni mieć sposobność pełnego wykorzystania swego potencjału.
16. Ludzie starzy powinni mieć dostęp do duchowych, kulturowych, edukacyjnych i rekreacyjnych zasobów społeczeństwa, w którym żyją.

Godność

17. Ludzie starzy mają prawo do bezpiecznego i godnego życia, wolnego od wyzysku oraz fizycznego lub psychicznego przymusu i nadużyć.
18. Ludzie starzy powinni 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.