

PRZEGLĄD

SOCJOLOGICZNY

„Pragniemy (...) zmanifestować, że pismo nie ma wyrażać poglądów jakiegoś «kierunku» czy «szkoły», lecz reprezentować polski ruch socjologiczny w ogóle”.

(Florian Znaniecki w liście do Ludwika Krzywickiego, w związku z przygotowaniem I tomu „Przeglądu Socjologicznego”, październik, 1929 r.)

PRZEGLĄD

SOCJOLOGICZNY

tom LXII/2

2013



ŁÓDZKIE TOWARZYSTWO NAUKOWE

ŁÓDZKIE TOWARZYSTWO NAUKOWE
90-505 Łódź, ul. M. Skłodowskiej-Curie 11
tel. (42) 665-54-59; fax: (42) 665-54-64
Sprzedaż wydawnictw: (42) 66-55-448, <http://sklep.ltn.lodz.pl>
<http://www.ltn.lodz.pl> e-mail: biuro@ltn.lodz.pl

REDAKCJA NACZELNA WYDAWNICTW
ŁÓDZKIEGO TOWARZYSTWA NAUKOWEGO
Krystyna Czyżewska, **A. Sławomir Gala**, **Edward Karasiński**,
W. Małgorzata Krajewska (redaktor naczelny), **Jan Szymczak**

RADA REDAKCYJNA

David Brown, Krzysztof Gorlach, Zygmunt Gostkowski, Władysław Markiewicz,
Harri Melin, Fritz Schütze, Kazimierz M. Słomczyński, Antoni Sulek, Piotr Sztompka,
Lynda Walters, Włodzimierz Wesolowski, Włodzimierz Winclawski, Marek Ziółkowski

ZESPÓŁ REDAKCYJNY

Zbigniew Bokszański, Marek Czyżewski, Kaja Kaźmierska,
Jolanta Kulpińska – redaktor naczelny,
Krystyna Lutyńska, Paweł Starosta, Wielisława Warzywoda-Kruszyńska

REDAKTORZY TOMU: **Mieczysław Galuszka, Jerzy Krzyszkowski**
SEKRETARZ REDAKCJI: **Iwona Kociemska**
REDAKTOR JĘZYKOWY: **Witold Kowalczyk**
REDAKTOR STATYSTYCZNY: **Maria Szymczak**

RECENZENCI ZEWNĘTRZNI

Adam Czabański, Krzysztof Czekaj, Krystyna Janicka, Katarzyna Kaniowska,
Włodzimierz Piątkowski, Andrzej Piotrowski, Andrzej Sadowski, Lynda Walters,
Włodzimierz Winclawski

Wydano z pomocą finansową Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego,
Dziekana Wydziału Ekonomiczno-Socjologicznego Uniwersytetu Łódzkiego

Czasopismo jest indeksowane w bazie Copernicus i znajduje się na liście ministerialnej
czasopism punktowanych. Artykuły czasopisma w elektronicznej wersji są dostępne
w bazach CEEOL, EBSCOhost, Proquest oraz na portalu ePNP i IBUK.

Copyright by Łódzkie Towarzystwo Naukowe – Łódź 2013
ISSN 0033-2356

Wydanie I, wersja drukowana pierwotna

PROJEKT OKŁADKI: Hanna Stańska
Opracowanie komputerowe: „PERFECT” Marek Szychowski, tel. (42) 215-83-46
Druk: „Display” Sylwester Wielanek

NAKLAD: 200 egz.

SPIS TREŚCI

Od redakcji	7
-------------------	---

ARTYKUŁY

Jerzy Krzyszkowski – Pomoc społeczna wobec starzenia się społeczeństwa polskiego ...	9
Piotr Szukałski – Ludzie bardzo starzy we współczesnej Polsce	33
Piotr Czekański – Proces starzenia się społeczeństw a sytuacja rodzinna ludzi starych	55
Mieczysław Gąłuszka – System opieki zdrowotnej w Polsce wobec potrzeb seniorów: priorytety, racjonowanie i dyskryminacja ze względu na wiek	79
Magdalena Wiczorkowska – Czy starość jest chorobą? – medykalizacja starości w Polsce	109
David L. Brown – Rural population change matters, but demography is not destiny	135
Iwona Sobis – Privatizing the care for elderly: public and private home care services in the West Gothenburg Region, 2013	151

RECENZJE

„Starość non-profit. Wolontariat na Uniwersytetach Trzeciego Wieku w Polsce i na świecie”, red. Aleksandra Błachnio – rec. Jakub Ryszard Stempień	181
„Ageism and Mistreatment of Older Workers: Current Reality, Future Solutions”, eds. Patricia J. Brownell, James J. Kelly – rec. Ewa Hyży	190
„Beyond Medicine. Non-Medical Methods of Treatment in Poland”, red. Włodzimierz Piątkowski – rec. Karina Erenkfeit	196
„Od socjologii medycyny do socjologii żywienia”, red. Beata Tobiasz-Adamczyk, – rec. Karolina Szczepaniak	203

LIST OF CONTENTS

ARTICLES

Jerzy Krzyszkowski – Social services and ageing population in Poland	31
Piotr Szukałski – „The Fourth age” people in contemporary Poland	54
Piotr Czekański – The process of ageing and family situation of the old people	78
Mieczysław Gąłuszka – Health care system in Poland facing seniors’ health needs: priorities, rationing and age discrimination	108

Magdalena W i e c z o r k o w s k a – Is an old age a disease? – the medicalization of an old age in Poland	134
David L. B r o w n – Zagadnienie zmiany w populacji wiejskiej. Demografia nie jest (jedynym) przeznaczeniem	149
Iwona S o b i s – Prywatyzacja opieki nad ludźmi starszymi: publiczne i prywatne usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania w regionie Zachodni Goeteborg 2013 roku	180

OD REDAKCJI

Niniejszy numer „Przeglądu Socjologicznego” poświęcony jest problematyce starości i starzejącej się populacji. Prognozy demograficzne dotyczące wzrostu liczebności ludzi starszych wymuszają podejmowanie decyzji politycznych i administracyjnych przekładających się na projekty „zagospodarowania starości”, jako zjawiska nieuchronnego wymagającego namysłu wielu dyscyplin i wsparcia różnych instytucji. Można zauważyć, że w przeciągu ostatnich kilkudziesięciu lat przeszliśmy, w ramach socjologii starzenia się (*sociology of ageing*) i gerontologii społecznej od paradygmatu „straszenia starością” i wycofywania się osób starszych z pełnienia różnych ról społecznych do paradygmatu „waloryzowania starości” poprzez promocję aktywnego, dobrej jakości, życia uwarunkowanego stanem zdrowia. Zarówno w aspekcie poznawczym jak i praktycznym dąży się do pokazania, że starzy ludzie mają swoje miejsce w rodzinie, społeczności lokalnej, państwie. Seniorzy stanowią ważną część życia społecznego i kulturalnego, a zaspokajanie specyficznych potrzeb ludzi starszych może stanowić impuls dla rozwoju różnych dziedzin gospodarki. Warto przypomnieć, że w 2012 r. obchodziliśmy Europejski Rok Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej (*European Year for Active Ageing and Solidarity between Generations 2012*), którego celem było stworzenie lepszych możliwości do aktywnego starzenia się poprzez promowanie działań w obszarze: zatrudnienie, uczestnictwo w społeczeństwie, niezależne życie. Kluczowe dla różnych projektów badawczych oraz działań z zakresu polityki społecznej było wskazanie determinantów biologicznych, społecznych, ekonomicznych implikujących aktywność i zachowania prozdrowotne.

Artykuły przedstawione w tomie podejmują wybiórczo różne zagadnienia związane ze starością i starzejącym się społeczeństwem. Prezentują zainteresowania własne badaczy, mające źródła w socjologicznej refleksji nad starzeniem się jednostek i populacji. Przyjęta perspektywa pokazuje, że proces starzenia się biologicznego, psychicznego, społecznego i ekonomicznego jest zindywidualizowany, zależy od wielu czynników. Seniorzy stanowią grupę zróżnicowaną pod

względem wieku, samodzielności, sprawności funkcjonalnej, dlatego wymagają zróżnicowanego wsparcia instytucjonalnego i solidarności międzypokoleniowej. Zauważalna zmiana w myśleniu o starszym pokoleniu polega zwłaszcza na konieczności włączenia ich w proces aktywnego starzenia się, podtrzymania i rozwijania sprawności funkcjonalnej oraz zmianie społecznego postrzegania starości.

Wraz ze wzrostem populacji ludzi starszych dynamicznie rozwija się gerontologia traktowana jako nauka badająca procesy starzenia się i starości w różnych wymiarach, a zwłaszcza biologiczno-medycznym, demograficzno-ekonomicznym i społeczno-kulturowym. Konstytuują się także nowe obszary badawcze i subdyscypliny gerontologiczne, jak np. gerontotechnologia, psychogerontologia, bioetyka gerontologiczna. Przekłada się to na różne interdyscyplinarne projekty badawcze oraz działania praktyczne zmierzające do aktywizacji środowiska ludzi starszych oraz tworzenia spójnej polityki społecznej.

Tematyka artykułów niniejszego tomu nawiązuje do trzech istotnych problemów związanych ze starością i starzejącym się społeczeństwem:

- zabezpieczenie społeczne i aktywna polityka społeczna wobec potrzeb seniorów: dostęp do zasobów instytucjonalnych, sytuacja życiowa człowieka starszego i odpowiedzialność rodziny;
- problemy zdrowia i choroby wieku starszego: dostęp do publicznych i komercyjnych usług medycznych, medykalizacja starości, racjonowanie wiekowe usług zdrowotnych, dyskryminacja w systemie opieki medycznej;
- procesy demograficzne i ich skutki społeczno-gospodarcze: starzenie się populacji, osoby bardzo stare i ich potrzeby.

Oprócz tekstów badaczy polskich w tomie przedstawiono dwa artykuły w języku angielskim, które można potraktować jako przykłady analizy procesów demograficznych oraz dostępności do usług zdrowotnych, prowadzonych z różnych perspektyw praktycznych. Prof. David Brown przedstawia sytuację demograficzną w Polsce na tle procesów demograficznych w innych krajach, analizując konsekwencje tych procesów dla mieszkańców wsi. Studium prof. Iwony Sobis pokazuje, w monograficznym ujęciu, regionalne rozwiązywanie problemów opieki zdrowotnej w Szwecji.

W tomie zawarto również recenzje z czterech monografii powiązanych problemowo z tematem głównym.

Pozostaje mieć nadzieję, że artykuły zgromadzone w tym tomie „Przeglądu Socjologicznego” zainteresują Czytelników, skłonią do namysłu i dyskusji nad problemami starości w skali jednostkowej i zbiorowej.

JERZY KRZYSZKOWSKI
Uniwersytet Łódzki*

POMOC SPOŁECZNA WOBEC STARZENIA SIĘ SPOŁECZEŃSTWA POLSKIEGO

Streszczenie

Artykuł jest próbą prezentacji oraz analizy działań publicznej pomocy społecznej na rzecz ludzi starszych w Polsce i Europie. Kolejno omówione zostały: stan i perspektywy demograficzne w Polsce, usługi pomocy społecznej na rzecz ludzi starszych i próba oceny tych usług oraz rozwiązania w tym zakresie stosowane w innych krajach Unii Europejskiej. Całość kończą postulaty pod adresem twórców i realizatorów polityki społecznej na rzecz ludzi starszych.

Słowa kluczowe: starzenie się społeczeństwa, pomoc społeczna, usługi opiekuńcze

WSTĘP

Od 1989 r. Polska przechodzi gwałtowne przeobrażenia społeczno-gospodarcze, których tempo i skala utrudniają wszelkie próby syntezy, co skutkuje – jak to wskazała Mirosława Marody [Marody 2007] – rozproszeniem wiedzy o społeczeństwie, szybką falsyfikacją niedawno prawomocnych twierdzeń przy równoczesnym utrzymywaniu się przekonań, które utraciły moc wyjaśniającą. Dotyczy to szczególnie tematów i obszarów tradycyjnie znajdujących się na obrzeżach zainteresowań badawczych, które nie były przedmiotem nadmiernej aktywności badaczy i decydentów. Do takich zagadnień należy bez wątpienia problematyka pomocy rosnącej populacji ludzi starych w okresie przemian życia rodzinnego i osłabienia więzi społecznych, o których pisze wielu socjologów

* Instytut Ekonomik Stosowanych i Informatyki, Katedra Pracy i Polityki Społecznej; e-mail: jkrzysz@uni.lodz.pl

(m.in. U. Beck, Z. Bauman, F. Adamski, T. Szlendak i inni). Jak trafnie wskazuje Piotr Czekanowski, „badania gerontologiczne w ogóle, a [zwłaszcza] badania socjologiczne osób w podeszłym wieku wciąż należą w naszym kraju do rzadkości [Czekanowski 2012: 9]. Ten sam autor postuluje potrzebę rozwoju nowej subdyscypliny socjologicznej – socjologii starości – która powinna być płaszczyzną badań empirycznych oraz tworzenia rozwiązań na rzecz gwałtownie starzejącego się społeczeństwa polskiego. Przeobrażenia rodziny, rosnąca liczba ludzi starszych, a także zwiększająca się długość ich życia rodzą potrzeby opiekuńcze, których nie jest w stanie zaspokoić opieka rodzinna. To rodzi zainteresowanie pomocą społeczną, która jest instytucją polityki społecznej państwa umożliwiającą jednostkom i grupom przewyciężanie trudnych sytuacji życiowych za pomocą świadczeń materialnych i pracy socjalnej [Ustawa z dnia 12 marca 2004]. Tak rozumiana publiczna, zinstytucjonalizowana pomoc społeczna rozwinęła się jako trwały element porządku społeczno-ekonomicznego i kulturowego społeczeństwa industrialnego, uzupełniający lub całkowicie zastępujący dominujące w poprzednich okresach rodzinne systemy wsparcia oraz działania religijnych i świeckich organizacji charytatywnych. Prezentowany artykuł stanowi w założeniu jego autora próbę opisu i analizy roli pomocy społecznej w działaniach na rzecz zaspokojenia potrzeb ludzi starszych.

STARZENIE SIĘ SPOŁECZEŃSTWA POLSKIEGO

Jak wskazują wyniki ostatniego Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań przeprowadzonego w 2011 r., ludność Polski liczy 38 511,8 tys. osób, w tym mieszkańcy miast stanowią 60,8% ogółu, a mieszkańcy wsi – 39,2% [*Narodowy Spis Powszechny...* 2012]. Zgodnie z prognozami GUS w ciągu najbliższych 15 lat liczba osób w wieku 65 plus powiększy się o 2,7 mln i osiągnie w 2025 r. 7,8 mln, czyli 21% populacji. Wzrastać będzie także współczynnik obciążenia demograficznego, co oznacza wzrost kosztów dla Funduszu Ubezpieczeń Społecznych [Surdej, Brzozowski 2012:37–47].

Autorzy raportu Polska 2030 [*Polska 2030...* 2009:46 i nast.] podkreślają, że w fazie transformacji społeczno-ekonomicznej dokonały się poważne zmiany demograficzne, co znajduje wyraz w niekorzystnej przebudowie struktury wiekowej. Prognozy ludnościowe potwierdzają jednoznacznie, że w dającej się przewidzieć przyszłości procesy depopulacji i starzenia się ludności będą przybierać na sile. Wśród przyczyn tego procesu wskazywana jest zmniejszająca się liczba zawieranych małżeństw, zmiany w strukturze populacji kobiet w wieku

rozrodczym oraz obniżenie płodności kobiet poprzez unowocześnianie sposobów kontroli urodzeń. Przedłuża się edukacja oraz kariera zawodowa kobiet, a także wzrasta akceptacja społeczna dla bezdzietności, czego wskaźnikiem wydaje się wzrost liczby kobiet bezdzietnych do końca ich wieku rozrodczego. Wyraźny jest proces starzenia się społeczeństwa, na co wskazuje wzrastająca liczba ludności w wieku poprodukcyjnym. Wydłużeniu ulega także przeciętna trwania życia, ciągle utrzymuje się różnica pod względem długości trwania życia kobiet i mężczyzn (mężczyźni – 71 lat, a kobiety – 79,7 lat), co przekłada się na problemy wynikające z konieczności opieki nad samotnymi starszymi, przedwcześnie owdowiałymi kobietami. Na zmiany demograficzne i ich wpływ na przebudowę rynku wskazują także ekonomiści, podkreślając, że starsi ludzie potrzebują nowych usług i produktów. O wschodzącym charakterze rynku dla seniorów świadczy rosnąca oferta pensjonatów opiekuńczych, geriatryczne preparaty farmaceutyczne, przyrządy rehabilitacyjne oraz usługi turystyczne, pielęgnacyjne i bytowe.

Wzrasta popyt na usługi opiekuńcze, co – obok starzenia się społeczeństwa – wynika z dużej liczby osób niepełnosprawnych w wieku poprodukcyjnym, którzy stanowią blisko połowę populacji osób w wieku powyżej 75. roku życia oraz co trzecią osobę w wieku 60–74 lata. Potencjalnym odbiorcą usług opiekuńczych jest przede wszystkim 1,5 mln ludzi starych, mieszkających w gospodarstwach jednoosobowych. Dwie trzecie osób najstarszych mieszkających w rodzinie jednopokoleniowej albo samotnie jest zagrożonych brakiem codziennego wsparcia ze strony rodziny.

W tradycji polskiej rodzina zawsze spełniała funkcje opiekuńcze wobec starszych, niepełnosprawnych czy chorych członków. Badania Anny Kotlarskiej–Michalskiej [Kotlarska-Michalska 1990] w latach 80. potwierdziły tę opiekuńczą rolę rodziny, a najważniejszymi formami pomocy były opieka i pielęgnacja w chorobie, co było zgodne z oczekiwaniami osób starszych. Chociaż po roku 1989, w okresie transformacji nastąpiły istotne zmiany we wzorach życia rodzinnego, to analizy empiryczne przeprowadzone w roku 2006 przez Irenę Kotowską i Irenę Wóycicką wśród starszych osób w wieku produkcyjnym dowiodły, że usługi opiekuńcze były świadczone głównie przez najbliższą rodzinę i krewnych, a wykorzystywanie innych dostawców opieki było rzadkością [Kotowska-Wóycicka 2008]. Równocześnie badania Zofii Kawczyńskiej-Butrym [Kawczyńska-Butrym 1999], przeprowadzone wśród pracowników socjalnych we wschodnich regionach Polski, sygnalizują problem zaniedbań opiekuńczych występujących w rodzinach klientów pomocy społecznej, w których żyją osoby starsze. Większość badanych

pracowników socjalnych stwierdziła, że w środowiskach ich podopiecznych doświadcza się braku zainteresowania losem własnych rodziców.

Według prognoz demograficznych w ciągu najbliższych lat zmniejszy się liczba gospodarstw domowych z dziećmi, a wzrośnie liczba gospodarstw domowych osób w wieku powyżej 60 lat. Wydłużenie się przeciętnego trwania życia przy równoczesnym zmniejszaniu się dzietności rodzin powoduje, że coraz częściej w rodzinie wielopokoleniowej jest więcej osób starych niż dzieci. Aktywizacja zawodowa kobiet oraz migracje zarobkowe dorosłych dzieci zmniejszają możliwości opiekuńcze naturalnych systemów rodzinnych, które muszą być wspierane przez zewnętrznych dostawców.

USŁUGI POMOCY SPOŁECZNEJ NA RZECZ LUDZI STARSZYCH

W Polsce głównym pozarodzinnym organizatorem usług opiekuńczych dla ludzi starszych jest publiczna pomoc społeczna. Usługi opiekuńcze są wykonywane w miejscu zamieszkania, w dziennych domach pomocy społecznej, a także – wobec mieszkańców domów pomocy społecznej – poprzez zabezpieczenie całodobowej opieki oraz zaspokojenie niezbędnych potrzeb bytowych i zdrowotnych. Zgodnie z Ustawą o pomocy społecznej z 12 marca 2004 r. usługi opiekuńcze wykonywane w miejscu zamieszkania są zadaniem własnym gminy. Przysługują one osobom samotnym, które z powodu wieku, choroby lub innej przyczyny wymagają pomocy innych, a są jej pozbawione. Usługi świadczone są w mieszkaniu osoby, która potrzebuje pomocy, i obejmują: pomoc w codziennych zajęciach takich jak zakupy, sprząatanie, gotowanie, mycie, ubieranie, podawanie lekarstw, sianie łóżka, karmienie, zapobieganie odleżynom i odparzeniom. Specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi są dostosowane do rodzaju schorzenia czy niepełnosprawności (terapia, rehabilitacja fizyczna itp.).

Wysokość opłat za usługi opiekuńcze świadczone przez samorządową pomoc społeczną bądź na jej zlecenie zależy od miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy, ponieważ zasady odpłatności są uzależnione od władz gminy, a także dochodu netto usługobiorcy. Wydatki na usługi opiekuńcze podlegają zwrotowi w części lub całości, jeżeli dochód na osobę w rodzinie osoby zobowiązanej do zwrotu wydatków nie przekracza kwoty kryterium dochodowego. Gdy kryterium dochodowe jest przekroczone, usługobiorca płaci określony procent ceny usługi. Ponoszone koszty mogą być powodem częściowego lub całkowitego zwolnienia z opłat za usługi opiekuńcze. Gminy mogą zlecać realizację usług opiekuńczych organizacjom pozarządowym (także wyznaniowym), o ile ich cele statutowe

obejmują prowadzenie działalności w zakresie pomocy społecznej lub działalności pożytku publicznego.

Zestawienie danych¹ Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej za lata 2003 (ostatni rok przed wejściem Polski do Unii Europejskiej) i 2009 wskazują, że w jednostkach organizacyjnych środowiskowej pomocy społecznej utrzymywała się duża liczba zatrudnionych na stanowiskach związanych z opieką. Zwiększyła się także liczba usługobiorców: w 2003 r. z usług opiekuńczych skorzystało 81 700 osób zaś w roku 2009 już 91 311, co zwiększyło także kwotę wydanych na ten cel środków. W ciągu analizowanego okresu wzrosła także liczba specjalistycznych usług opiekuńczych i wydatki na te cele. Ogólnopolskie badania społeczne „Standardy usług w pomocy społecznej” zrealizowane w 2010 r. przez firmy badawcze Pentor i Laboratorium Badań Społecznych wskazują jednak, że oferta jednostek organizacyjnych pomocy społecznej skierowana do osób starszych jest często ograniczona wyłącznie do usług opiekuńczych. Kluby seniora funkcjonują jedynie w co szóstej badanej instytucji, przede wszystkim w miastach. Jeszcze rzadszym zjawiskiem są dzienne domy pomocy społecznej, które prowadzi jedynie co dwudziesta jednostka – głównie w miastach. Warto zwrócić uwagę, iż usługi opiekuńcze oferowane są przez praktycznie wszystkie miejskie lub miejsko-gminne ośrodki pomocy społecznej, natomiast w swojej ofercie nie ma ich co piąty gminny, czyli wiejski, ośrodek pomocy społecznej. Wśród trzech najczęściej realizowanych usług dla osób starszych wymieniane są przede wszystkim usługi opiekuńcze (72%) oraz pomoc finansowa (52%). Na pracę socjalną wskazuje tylko co czwarty z badanych, a kluby seniora i poradnictwo specjalistyczne występują tylko w co dziesiątej z badanych jednostek.

W tym miejscu podkreślić należy różnice między miastem a wsią. Odsetek wskazujących na pomoc finansową i usługi opiekuńcze spada wraz z wielkością gminy. W to miejsce rośnie zaś odsetek wskazań na domy pomocy społecznej. Kluby seniora najczęściej wskazywano w miejskich ośrodkach pomocy społecznej oraz gminach i liczbie ludności od 10 do 20 tys. mieszkańców. Osoby starsze najrzadziej – na tle innych grup – objęte są kompleksowymi programami/projektami pomocy. Ogółem projekty skierowane do tej grupy realizowało w ciągu ostatnich trzech lat jedynie 11% jednostek organizacyjnych pomocy społecznej. Warto zwrócić uwagę, iż projekty skierowane do tej grupy beneficjentów realizują przede wszystkim duże miejskie ośrodki samorządowe – gminy zamieszkałe przez 50 tys. i więcej mieszkańców (22%) i miasta na prawach powiatu (41%).

¹ Wszystkie podane dane pochodzą ze strony internetowej Pomocy Społecznej Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej.

Odsetek realizujących projekty dla tej grupy rośnie również wraz z dochodem gminy i wynosi odpowiednio 6% dla gmin najbiedniejszych oraz 14% dla gmin najbogatszych. Występuje wyraźne przestrzenne zróżnicowanie oferty dla osób starszych: najbardziej rozbudowaną ofertę dla osób starszych mają województwa: podkarpackie, lubuskie, śląskie, świętokrzyskie i kujawsko-pomorskie. Województwa posiadające najmniej rozbudowaną ofertę dla starszych to: łódzkie, małopolskie i podlaskie, natomiast najczęściej projekty dla osób starszych są realizowane w lubelskim, mazowieckim i wielkopolskim.

Seniorzy na wsi, jak świadczą wyniki badań diagnostycznych [Krzyszowski, Marks 2006], oczekują głównie pomocy finansowej oraz usług pielęgnacyjnych, a skala pomocy urzędowej świadczonej przez gminne instytucje pomocy społecznej jest niewystarczająca, bowiem zaledwie 16,6% badanych seniorów otrzymywało regularną pomoc w zakresie pielęgnacji. Dostęp do usług opiekuńczych na wsi jest mały ze względu zarówno na dochody seniorów, jak i politykę władz gminnych organizujących publiczną opiekę środowiskową. Dodatkową barierą jest brak koordynacji działań systemu opieki zdrowotnej i społecznej. W sytuacji rozdzielonych kompetencji służby zdrowia i pomocy społecznej usługi opiekuńcze nie są skoordynowane, m.in. w zakresie informacji o chorych opuszczających oddziały opieki krótkoterminowej i trafiających do placówek opieki podstawowej i ośrodków pomocy społecznej.

Przedstawione dane, jakkolwiek pozwalają na uchwycenie ogólnych tendencji, nie przedstawiają pełnego obrazu sytuacji w tej dziedzinie, nie uwzględniają bowiem niepublicznych podmiotów świadczących usługi na rzecz ludzi starszych. W sektorze rynkowym rozwijają się prywatne domy pomocy społecznej powstające przede wszystkim w wielkich miastach i na ich obrzeżach. Prywatne domy opieki zaczęły być zakładane i prowadzone od początku lat 90. Dopiero z czasem wprowadzono regulacje umożliwiające publiczny nadzór służb kontrolnych nad funkcjonowaniem prywatnych domów pomocy społecznej. Świadczone tam usługi są dostępne jedynie dla osób lub rodzin o wysokim poziomie dochodów, bowiem najniższe opłaty za miesiąc pobytu wielokrotnie przekraczają wysokość przeciętnej emerytury pracowniczej. Prywatne domy opieki świadczą głównie usługi nastawione na zaspokojenie podstawowych potrzeb – tj. zakwaterowanie, wyżywienie i opiekę pielęgniarstwa – ze względu na wysokie koszty usług specjalistycznych. Brakuje danych dotyczących prywatnych usług opiekuńczych świadczonych odpłatnie w miejscu zamieszkania przez działające na rynku opiekuńczym niezarejestrowane osoby.

PRÓBA OCENY USŁUG POMOCY SPOŁECZNEJ NA RZECZ STARSZYCH

Ogólnie niezadowolający stan usług pomocy społecznej na rzecz ludzi starszych można przynajmniej częściowo wytłumaczyć analizą legislacji socjalnej [Szatur–Jaworska 2008], a więc głównego regulatora systemu publicznej pomocy społecznej. W ustawie o pomocy społecznej z roku 2004 nie ma zapisu o gwarantowaniu pomocy społecznej w sytuacji starości, samotności i bezradności. Brak gwarancji ustawowych dla starszych łączy się z brakiem ustawowego określenia specyfiki pracy socjalnej na rzecz starszych i zdefiniowania obowiązków pomocy społecznej wobec tej kategorii klientów (np. diagnozowania i monitoringu deficytów i potrzeb starszych). Również ustawowo określony próg dochodowy nie uwzględnia wieku i specyfiki konsumpcji (leki), co w efekcie ogranicza prawo starszych do zasiłków – są zbyt zamożni. Brak wyraźnie określonych zadań i obowiązków pracownika socjalnego (obecnego w terenie i znającego potrzeby mieszkańców) powoduje, że wielu starszych nie otrzymuje pomocy, bo się po nią nie zgłasza. Podobny problem mają Niemcy, gdzie – jak wskazuje Piotr Sałustowicz [Sałustowicz 2009: 113 i n.] – 25% uprawnionych nie korzysta ze świadczeń.

Innym problemem, który determinuje uwzględnianie specyficznych potrzeb osób starszych w pracy socjalnej, jest podaż pracy w usługach opiekuńczych. Na rynku pracy brakuje osób przygotowanych do zatrudnienia w zawodach opiekuńczych – opiekunów osób starszych, pielęgniarek środowiskowych itp., co jest spowodowane niskimi płacami, trudnymi warunkami pracy i niskim prestiżem społecznym. Alternatywą dla opieki środowiskowej nie jest pomoc stacjonarna, bowiem wprowadzone w 2004 r. nowe zasady finansowania pobytu osób starszych spowodowały, że zmniejszyła się liczba skierowań do domów pomocy społecznej i pogorszył się stan zdrowia przyjmowanych. Pomoc stacjonarna niesie z sobą także ryzyko spowodowane brakiem skutecznego nadzoru i kontroli – szczególnie prywatnych – domów pomocy społecznej. Skutkuje to przypadkami zaniedbań i nadużyć wobec starszych mieszkańców.

Zaspokojenie potrzeb osób starszych jest zagrożone finansowo, ponieważ kwoty planowane na pomoc społeczną i ochronę zdrowia są przeznaczane na rozwiązywanie kwestii zakwalifikowanych w samorządach jako ważniejsze, priorytetowe. Istnieją także zagrożenia organizacyjne związane z opieką środowiskową nad starszymi w gminach. Zbyt duża jest często liczba klientów przypadająca na jednego pracownika socjalnego czy podopiecznych przypadających na jedną opiekunkę środowiskową. Ograniczenie pomocy środowiskowej do zadań własnych gminy spowodowało, że najbiedniejsze i najstarsze demograficznie gminy nie

są w stanie zaspokoić potrzeb opiekuńczych swoich najstarszych mieszkańców. W tej sytuacji instytucje środowiskowej pomocy społecznej ograniczają działania wobec starszych w miejscu zamieszkania do podstawowych usług opiekuńczych – brakuje pracy socjalnej oraz poradnictwa, co skutkuje izolacją starszych i ich zaniedbaniem.

W ogólnopolskich badaniach społecznych „Standardy usług w pomocy społecznej” jako najczęściej stosowaną metodę pracy socjalnej z osobami starszymi zadeklarowano metodę pracy z przypadkiem (*casework*), a jako trzy najczęściej stosowane techniki podawano: poinformowanie klienta o jego uprawnieniach, zasobach i możliwościach, poinformowanie o działalności różnych instytucji oraz wspieranie osób starszych w pozyskiwaniu pomocy ze strony właściwych organów instytucji publicznych i niepublicznych. Jako najczęściej stosowane narzędzia pracy socjalnej wymieniano z kolei wywiad środowiskowy, rozmowę umożliwiającą analizę braków, zasobów, oczekiwań oraz gromadzenie i analizę dokumentów. W tych samych badaniach stwierdzono, że poziom standaryzacji pracy socjalnej z osobami starszymi jest bardzo niski, a lokalnie wypracowane (choć zwykle niespisane) reguły w tym zakresie deklarowało jedynie 12% jednostek organizacyjnych pomocy społecznej. Największy poziom standaryzacji w pracy socjalnej z osobami starszymi występował w miejskich ośrodkach pomocy społecznej oraz miejskich ośrodkach pomocy rodzinie. Standardy w usługach na rzecz ludzi starych dotyczą dwóch typów usług: świadczonych w dziennych domach pomocy społecznej oraz w miejscu zamieszkania.

W dziennych domach pomocy społecznej dominującą formą standaryzacji świadczenia usługi są regulaminy organizacyjne lub wewnętrzne, a także sprawozdania z działalności domów dziennego pobytu oraz standardy dla zewnętrznych podmiotów, którym zlecono prowadzenie tej usługi. Zasady określone w tych dokumentach są zwykle ogólne i nie regulują całości funkcjonowania instytucji, ale jedynie wybrane elementy usługi, takie jak: cel, grupa docelowa, zakres usługi i sposób jej realizacji. Cel usługi jest określony, jako „zapewnienie dziennego pobytu, podstawowych świadczeń opiekuńczo- i rekreacyjno-kulturalnych osobom, które ze względu na wiek, stan zdrowia, sytuację życiową, warunki rodzinne, mieszkaniowe, materialne i bezradność w sprawach prowadzenia gospodarstwa domowego, nie są w stanie same normalnie funkcjonować w społeczeństwie”. Jako grupa docelowa określone są osoby starsze (emeryci, renciści) oraz osoby niepełnosprawne. Pierwszeństwo przyznawane jest osobom samotnym, spełniającym kryterium dochodowe, a także potrzebującym opieki ze względu na zły stan zdrowia. Zwykle ogólnie jest określony zakres usługi, czyli to, co zapewnia

się uczestnikom – posiłki, różne zajęcia terapeutyczne, kulturalne, rehabilitację, czynności pielęgnacyjne, spotkania i imprezy integracyjne oraz wycieczki.

Dzienne domy pomocy społecznej to samodzielne jednostki organizacyjne, których struktura organizacyjna oraz wymagane zasoby kadrowe nie są precyzyjnie określone. Nie zostały także określone ani rezultat usługi, czas jej świadczenia, ani warunki techniczne wykonania usługi, chyba że jest ona świadczona przez zewnętrzny podmiot. Wówczas wyspecyfikowane są warunki techniczne – dostęp do ciepłej wody, pralki, środków do higieny osobistej, a także dostęp do świetlicy, sprzętu rehabilitacyjnego, pokoju wypoczynkowego itp. W większości wypadków nie ma także wyznaczonych standardów ewaluacji i kontroli świadczenia usługi. Bardzo ogólnie określona jest dokumentacja: jakie dokumenty potrzebne są do przyznania usługi (dokumenty poświadczające stan zdrowia, sytuację rodzinną, wywiad środowiskowy itp.) i jakie dokumenty powinien gromadzić dom dziennego pobytu, związane ze świadczeniem usług i sprawozdawczością.

Ciekawych danych dostarcza analiza usług opiekuńczych. Dane zebrane w cytowanych badaniach wskazują, że cele usług opiekuńczych, jakie deklarują przedstawiciele badanych jednostek organizacyjnych pomocy społecznej, są skoncentrowane na zaspokojeniu podstawowych bytowych i zdrowotnych potrzeb ludzi starych. Usługi opiekuńcze świadczone są w badanych jednostkach przez średnio 10,2 opiekunów – wskaźnik ten najwyższy jest w miejskich ośrodkach pomocy społecznej (26 osób), najniższy zaś na wsi, w gminnych ośrodkach pomocy społecznej (7,2 osoby). Zdecydowanie większe zatrudnienie występuje w miejskich jednostkach, gdzie średnia liczba osób świadczących usługi opiekuńcze wynosi 65. Zespół świadczących usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania tworzą przede wszystkim osoby przeszkolone w zawodzie opiekuna środowiskowego. Takie osoby zatrudnia co drugi miejski oraz co trzeci wiejski ośrodek pomocy społecznej. Zawód ten wykonują jednak także osoby bez żadnych dyplomów i szkoleń, które pracują w 39% (głównie wiejskich) ośrodków pomocy społecznej. Pielęgniarki świadczą usługi opiekuńcze tylko w 17% (najczęściej miejskich) ośrodków. Żadnych szkoleń w obszarze związanym ze świadczeniem usług opiekuńczych nie odbyła kadra prawie co trzeciego ośrodka pomocy społecznej.

W wypadku gminnych, czyli wiejskich, ośrodków pomocy społecznej usługi opiekuńcze są w większości (63%) realizowane we własnym zakresie, przez samych pracowników instytucji. Z kolei w miejskich ośrodkach najczęściej ta usługa jest zlecana organizacjom pozarządowym (58%) lub prywatnej firmie (38%). Jednostki organizacyjne pomocy społecznej, które zlecają usługi opiekuńcze, w przeważającej liczbie przypadków czynią to w trybie ustawy o zamówieniach

publicznych. Dwa podstawowe kryteria wyboru wykonawców to doświadczenie i cena. Trudno mówić o jakości usług, gdy oferowany zakres i sposób świadczenia usługi bierze pod uwagę tylko co drugi miejski ośrodek pomocy społecznej i jedynie co czwarty wiejski ośrodek pomocy społecznej.

W tym miejscu po raz kolejny podkreślić trzeba zasadniczą różnicę w zakresie dostępu do usług dla ludzi starszych w mieście i na wsi. Średnia maksymalna roczna liczba godzin oferowanych klientom to 926 w wiejskich i 1539 godzin w miejskich ośrodkach pomocy społecznej. Potwierdza tę konstatację analiza dostępności usług opiekuńczych w dni wolne od pracy: usługi świadczy wówczas większość miejskich (68%) i jedynie co ósmy (13%) wiejski ośrodek. Praktycznie w ogóle nie jest natomiast praktykowane świadczenie usług opiekuńczych w godzinach nocnych.

Zakres czynności składających się na usługi opiekuńcze obejmuje: odnoszenie rzeczy do pralni (70%), organizację czasu wolnego (65%), przynoszenie posiłków (61%), prowadzenie zeszytu rozliczeń z wydatkowanych środków finansowych (46%), załatwianie spraw urzędowych przez opiekunkę (33%). Praktyka realizacji usług opiekuńczych jest słabo nadzorowana: tylko w 40% ośrodków pomocy społecznej, częściej na wsi niż w mieście, prowadzone są comiesięczne kontrole sposobu realizacji usług opiekuńczych. Ponad połowa jednostek organizacyjnych pomocy społecznej nie ma żadnych procedur w zakresie sposobu świadczenia usług opiekuńczych. W większości wypadków nie jest wskazane, kto świadczy usługę. Dokumenty nie mówią, na jaki okres może być przyznana usługa – przyznawana jest ona w zależności od potrzeb. W żadnym z dokumentów nie opisano natomiast rezultatu usługi, a jedyne wymienione sposoby kontroli dotyczą sprawdzania kart pracy opiekunek lub też zestawienia zrealizowanych godzin przez podmioty zewnętrzne, potrzebne głównie do comiesięcznych rozliczeń finansowych. Tylko w wypadku usług świadczonych przez zewnętrzny podmiot przewiduje się sprawdzenie kwalifikacji opiekunek, monitorowanie ich pracy głównie przez nadzór dokumentów, czasu pracy, innych elementów pracy, spotkania z koordynatorem środowiskowym, obserwację pracy opiekunek, okresowe wywiady ze świadczeniobiorcami, bieżącą wymianę informacji. Jeśli chodzi o usługi świadczone przez pracowników ośrodków pomocy społecznej, zwykle nie wymieniono mechanizmów kontroli ich jakości.

Analiza zasobów ludzkich zaangażowanych w realizację usług opiekuńczych wskazuje, że w co trzeciej (37%) jednostce organizacyjnej pomocy społecznej prowadzącej takie działania usługi świadczą osoby formalnie do tego nieprzygotowane. W co trzeciej jednostce organizacyjnej nie prowadzi się żadnych szkoleń w obszarze związanym ze świadczeniem usług opiekuńczych. Najgorsza sytuacja

– jeśli chodzi o przygotowanie kadry do usług opiekuńczych – występuje w gminnych ośrodkach pomocy społecznej działających na terenach wiejskich, gdzie także najczęściej usługi opiekuńcze realizowane są w formie robót publicznych. Z kolei miejskie ośrodki pomocy społecznej lub miejskie ośrodki pomocy rodzinie zlecają usługi opiekuńcze organizacjom pozarządowym w trybie zamówień publicznych (73%), gdzie decydującymi kryteriami wyboru wykonawców są cena i doświadczenie wykonawcy. Zakres i sposób świadczenia usługi są brane pod uwagę tylko w co trzecim ośrodku pomocy społecznej. Przedstawione dane wyraźnie wskazują na małą dostępność i niską jakość usług publicznej pomocy społecznej na rzecz ludzi starszych w Polsce. W tej sytuacji warto porównać polskie rozwiązania z tymi, które są stosowane w innych krajach UE.

ROZWIĄZANIA STOSOWANE W KRAJACH UNII EUROPEJSKIEJ²

W krajach Unii Europejskiej systemy wsparcia i organizacja usług na rzecz starszych są zgodne z różnymi tradycjami opiekuńczymi oraz uwarunkowaniami ekonomicznymi. W państwach liberalnych (Wielka Brytania, Irlandia) występuje tendencja do prywatyzacji usług. Spada liczba prowadzonych przez władze lokalne domów pomocy społecznej dla osób starszych, a rośnie liczba placówek prywatnych. Promowane są usługi, które wspierają niezależność ludzi starszych, aby chronić ich przed niepotrzebnym pobytem w szpitalach. Rozwijają się usługi rehabilitacyjne i pomoc domowa po wyjściu ze szpitala.

Do czasu II wojny światowej organizacje społeczne pozostały głównym realizatorem opieki medycznej i pomocy społecznej, korzystając z dotacji państwowych. Po II wojnie światowej ustanowiono państwo podstawowym gwarantem zabezpieczenia społecznego i zredukowano funkcje organizacji dobroczynnych do minimum. W 1948 r. ustawa o powszechnym ubezpieczeniu wyeliminowała organizacje prowadzące szpitale oraz towarzystwa pomocy wzajemnej. Organizacje społeczne pozostały organizatorem usług opiekuńczych na rzecz dzieci i osób starych. W latach 60. i 70. rozwinęły się doradztwo społeczne, grupy samopomocy i grupy nacisku. W latach 80. wprowadzono mechanizmy rynkowe, co w efekcie spowodowało powstanie modelu państwa, które pokrywa większość nakładów na pomoc środowiskową, opiekę medyczną i oświatę, ale realizację usług przekazuje instytucjom zewnętrznym – organizacjom społecznym i sektorowi prywatnemu.

² W 2005 r. autor uczestniczył w międzynarodowych badaniach „Labour Supply in Care Services” prowadzonych w 13 krajach UE przez The European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Dane zawarte w tym rozdziale pochodzą z raportu z tych badań.

Odmienne mechanizmy, zgodne z zasadą pomocniczości, stosowane są w krajach kontynentalnej Europy (Niemcy, Austria, Holandia, Francja, Belgia). Głównymi dostawcami usług na rzecz starszych są tam organizacje pozarządowe finansowane przez państwo, a trzeci sektor stał się równoprawnym aktorem wraz z państwem i rynkiem. W Niemczech sektor publiczny i organizacje non-profit współpracują z sobą dla lepszej koordynacji i zaspokojenia różnych potrzeb. Państwo chroni i wspiera prywatnych oraz pozarządowych dostawców pomocy społecznej. Sektor publiczny formułuje cele, warunki, finansuje, wprowadza i egzekwuje standardy usług, a ich dostawa należy do organizacji non profit oraz podmiotów komercyjnych. Usługi socjalne finansowane są na poziomie komunalnym. Na przykład pomoc dzieciom i młodzieży w większości finansują lokalne ośrodki pomocy społecznej, w 34% landy (i tylko w 1% rząd federalny). Liczba pracowników socjalnych wzrosła w ostatnich latach, a służby społeczne stały się głównym aktorem na lokalnym rynku pracy. Szacuje się, że około 320 tys. pracowników sektora publicznego pracuje w pomocy społecznej, w tym ponad trzy czwarte (79%) na poziomie komunalnym, 20% zatrudnionych jest na poziomie landów, a tylko 1% – przez rząd federalny. Usługi dla ludzi starszych oraz niepełnosprawnych są świadczone głównie przez podmioty prywatne. Dwie trzecie (66%) pracowników socjalnych pracuje dla organizacji non profit, a tylko co czwarty (28%) w instytucjach publicznych [Krzyszowski 2008].

W krajach skandynawskich, realizujących koncepcje socjaldemokratyczne, dominuje system publicznych, uniwersalnych usług opiekuńczych dostarczanych bezpośrednio przez władze lokalne przy małym udziale organizacji pozarządowych i sektora prywatnego. Świadczenia socjalne leżą w gestii władz lokalnych, a do ich obowiązków należy opieka nad ludźmi starszymi oraz indywidualna pomoc dla rodzin patologicznych. Sposób organizowania pomocy, a także zasady jej przyznawania i lokalizacja oraz charakter pomocy są zależne od kryteriów przyjętych przez władze lokalne, a lokalni politycy mogą wywierać znaczący wpływ na pomoc społeczną. Główny cel to zapewnienie ludziom starszym względnej samowystarczalności, niezależnego życia poprzez wsparcie ze strony pomocy domowej oraz tworzenia centrów pomocy ludziom starszym. Presja finansowa w latach 90. spowodowała, że wiele prywatnych instytucji stworzyło ofertę pomocy ludziom starszym, co pociągnęło za sobą pytania na temat jakości opieki.

Całkowicie odmienny system usług opiekuńczych – oparty na dominującej odpowiedzialności rodziny za opiekę nad swoimi członkami, wsparciu organizacji kościelnych i bardzo ograniczonym udziale państwa – jest rozpowszechniony w krajach śródziemnomorskich (Włochy, Hiszpania, Portugalia, Grecja, Cypr). Kraje te mają słabo rozwiniętą pomoc społeczną. Obejmuje ona zabezpieczenie

socjalne dla: rodzin i dzieci, ludzi starszych, niepełnosprawnych oraz grup o dużym ryzyku wykluczenia, czyli imigrantów, uchodźców i mniejszości etnicznych. Pomoc społeczna oparta jest na mieszanej ekonomii opieki (mixed economy of care) i obejmuje sektory: publiczny, prywatny oraz wolontariuszy. Opieka domowa jest oferowana w ograniczonym stopniu i opiera się na wolontariuszach, głównie w dużych miastach. Ten rodzaj opieki finansowany jest przez organizacje non profit oraz ze składek osób korzystających z tych usług. Personel opiekuńczy jest niewystarczający, bowiem pomoc społeczna stanowi jedną z najmniejszych części polityki społecznej państwa, a publiczne wydatki na nią to jedynie ułamek tego, co wydawane jest na inne obszary, takie jak ubezpieczenia społeczne czy opieka zdrowotna. Rola prywatnego sektora w pomocy społecznej jest mała, nie jest on włączony w planowanie polityki społecznej.

Deficyt pracy w sektorze opieki jest przyczyną stosowania różnorodnych sposobów zwiększenia podaży. Przeszkody w rozwoju sektora opieki mają charakter gospodarczy, kulturowy i polityczny. Należy do nich niska atrakcyjność zawodów opiekuńczych spowodowana złymi warunkami pracy (zatrudnienie w niepełnym wymiarze lub na krótkie okresy), brakiem perspektyw kariery zawodowej, szkoleń oraz pauperyzacją płacową opiekunek. Zły obraz zawodu w świadomości społecznej ogranicza napływ młodych do opieki oraz wywołuje rosnącą liczbę opiekunów odchodzących z zawodu. W tej sytuacji podejmowane są liczne inicjatywy mające na celu podniesienie podaży pracy w sektorze opieki. Jedną z nich jest zatrudnianie imigrantów, uchodźców oraz osób z grup ryzyka. We Włoszech uruchomiono rekrutację zagranicznych opiekunów socjalnych poprzez ich szkolenie w rodzimych krajach. Po ukończeniu szkolenia i selekcji imigranci są zapraszani do zamieszkania i pracy we Włoszech. Organizacja rekrutacji, selekcji i szkoleń w krajach pochodzenia opiekunów ułatwia późniejszą adaptację zawodową i kulturową. Podobne działania na rzecz uchodźców z państw byłej Jugosławii prowadzone są w Słowenii.

W Niemczech i Wielkiej Brytanii rozwija się programy na rzecz zatrudniania w sektorze opieki długotrwale bezrobotnych, niepełnosprawnych, samotne matki oraz przedstawicieli mniejszości etnicznych, czyli osób mających trudności na rynku pracy. Programy szkoleniowe finansowane przez władze centralne bądź lokalne oraz gwarancje zatrudnienia poprzez subsydiowanie miejsc pracy w sektorze opieki mają podnieść podaż pracy w usługach opiekuńczych oraz ograniczyć bezrobocie wśród długotrwale bezrobotnych. W Grecji oraz Wielkiej Brytanii władze publiczne podejmują inicjatywy mające na celu profesjonalizację usług opiekuńczych dla pozyskania nowych oraz stabilizacji zawodowej już zatrudnionych opiekunów. Temu służy rozwój kształcenia w zakresie pracy socjalnej

oraz innych profesji społecznych na poziomie uniwersyteckim oraz organizacja szkoleń dla podniesienia kwalifikacji już zatrudnionych. Dla zwiększenia podaży i poprawy jakości usług opiekuńczych podejmowane są także inicjatywy mające na celu uznanie i legalizację pracy nieformalnych opiekunów oraz wzmocnienie pozycji odbiorców usług opiekuńczych. Zwiększeniu atrakcyjności zawodów opiekuńczych służą inicjatywy promocyjne, do których zaliczyć można walijski program „Oblicza opieki”, mający na celu poprawę informacji i przełamanie stereotypów na temat zawodów opiekuńczych.

Starzenie się społeczeństw w Europie powoduje odrzucenie panującego stygmatu pomocy dla biednych i chorych, ponieważ opieka nad ludźmi starymi jest potrzebna nawet wśród najbogatszych. Prognozy wskazują, że każde gospodarstwo domowe będzie korzystało w mniejszym lub większym zakresie z publicznych usług opiekuńczych, powodując rozwój dziedziny, która już teraz staje się ważnym sektorem gospodarczym. Udział sektora pomocy społecznej ocenia się już na 10% ogółu zatrudnionych w Danii, 9% w Szwecji, 8% w Holandii i Wielkiej Brytanii. Rozwiązania wymaga problem opieki w kręgu rodzinnym lub wśród znajomych, przyjaciół w kontekście uzyskania dochodu za świadczenie opieki, jej opodatkowania, co poprawiłoby zaangażowanie i profesjonalizm świadczonych usług. Ważną sprawą jest mobilność opiekunów, pracowników, szczególnie nieformalnych – rozwiązanie kwestii emigracji zarobkowej z biedniejszych krajów członkowskich i spoza UE. Zasięg i liczba migrujących opiekunów jest coraz większa, co może w przyszłości spowodować napięcia i konflikty. Istotne jest ustalenie, czy warto tę kwestię regulować i zabronić takich praktyk, likwidując tym samym szarą strefę w poszczególnych państwach, czy zalegalizować ich działalność. Problem stanowi różnica między rodzajem umiejętności potrzebnych do zapewnienia dobrej jakości i empatycznej opieki a formalnymi kwalifikacjami wymaganymi do wykonywania takiej pracy. Pracujący opiekunowie wymagają szkolenia, aby nadażyć za zmianami kulturowymi i społecznymi, np. dotyczącymi praw odbiorców takiej opieki. Oddzielnym tematem są finanse i legislacja, bowiem prawo wymagające, by opiekun był dobrze wyszkolony oraz posiadał wysokie kwalifikacje, przekłada się na większe obciążenia finansowe dla całego społeczeństwa. Ważną inicjatywą jest pozyskiwanie i kształcenie nowych pracowników do sektora usług opiekuńczych.

Wedle zaleceń Komisji Europejskiej podstawowym zadaniem jest pozyskanie jak największej liczby osób do pracy w sektorze pomocy społecznej, a polityka zatrudnienia powinna sprzyjać rozwojowi zawodu opiekuna socjalnego i jego promocji, zwłaszcza wśród wykształconych grup społecznych, bezrobotnych, kobiet, ludzi powracających na rynek pracy czy imigrantów. Dobrych wzorów

dostarczają w tym względzie Wielka Brytania i Grecja, które podniosły poziom edukacji pracowników społecznych. W Wielkiej Brytanii został rozwinięty nowy, trzyletni program pomocy społecznej i pracy socjalnej dzięki partnerstwu między uczelniami a pracodawcami. W Grecji szkolenie zostało podniesione do poziomu uniwersyteckiego, zapewniając pracownikom możliwość uzyskania dyplomu. W Finlandii wprowadzono program, który ma na celu poprawę warunków pracy w sektorze usług opiekuńczych dla podniesienia atrakcyjności zawodu wśród młodego pokolenia i osób bezrobotnych oraz polepszenia wizerunku sektora opieki. W Wielkiej Brytanii uruchomiony został program dostępności opieki społecznej fundowany przez Departament Pracy i Emerytur, który ma na celu zachęcenie do pracy w roli opiekunów bezrobotnych bez kwalifikacji. Uczestnikom programu w czasie jego trwania płaci się 2/3 obowiązującej stawki. Pracodawcy otrzymują fundusze rządowe dla sfinansowania kandydata przez pół roku. Program ten jest promowany lokalnie i otwarty dla wszystkich, szczególnie dla osób samotnych, niepełnosprawnych, samotnie wychowujących dzieci i dla członków mniejszości etnicznych. Podobna inicjatywa szkoleniowa w Niemczech ma na celu polepszenie kwalifikacji pracowników i przyciągnięcie nowych opiekunów w tym sektorze. Czynnikiemami motywującymi bezrobotnych są kursy językowe dla opiekunów z innych krajów oraz częściowe pokrycie kosztów opieki nad dzieckiem i transportu. Pracodawcy mogą uzyskać dofinansowania (do 50%) od urzędów pracy na dalsze szkolenia pracowników. W Bułgarii program Służby społeczne i nowe zatrudnienie zapewnia dostęp do opieki społecznej osobom somatycznie chorym, dzieciom upośledzonym, chorym po terapii odwykowej. Program jest koordynowany przez Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej przy współpracy z UNDP.

Ważnym problemem na rynku pracy w pomocy społecznej jest trudność nie tylko w pozyskaniu, lecz także w utrzymaniu już zatrudnionych pracowników. Ciężka, nieatrakcyjna praca doprowadza do zjawiska odpływu kadry. W Niemczech 80% zatrudnionych pracowników odchodzi z zawodu, nie przepracowując w nim więcej niż 5 lat. Obserwatorzy i badacze polityki społecznej sugerują, że najważniejszym negatywnym aspektem pracy opiekunów społecznych są nieregularne godziny pracy, niski status zawodowy oraz niskie wynagrodzenie. W uzyskiwaniu satysfakcji zawodowej istotne są relacje między opiekunem a podopiecznym i jego rodziną, poczucie bezpieczeństwa i niezależności w organizowaniu, wpływ na aranżowanie świadczonych usług. Satysfakcji sprzyja możliwość dalszej edukacji, szkolenia oraz dobra zawodowa superwizja opiekunów. W Niemczech liczba szkoleń dla osób pracujących w sektorze opiekuńczym wzrosła znacząco w latach 90. Połowie zatrudnionych zapewniono początkowe

i zaawansowane programy szkoleniowe. Tylko od roku 2000 do roku 2003 około 37 tys. ludzi przeszło szkolenia jako opiekunowie osób starszych dzięki programowi ufundowanemu przez Rządową Agencją Zatrudnienia (Bundesagentur für Arbeit).

Zapewnienie profesjonalnego rozwoju usług i wsparcia dla pracowników społecznych ma decydujący wpływ na zaopatrzenie rynku pracy. Szkolenie, indywidualna i grupowa superwizja oraz interwizja (proces grupowy dzielenia się zawodowym doświadczeniem i przekazu informacji zwrotnej między członkami grupy przy pomocy doświadczonego moderatora) pomagają redukować stres związany z pracą. Zapewnienie osobom pracującym w zawodzie wsparcia redukuje odpływ kadry z zawodu ze względu na wypalenie zawodowe i inne trudności w sytuacji zawodowej. Wprowadzenie nowej metody pracy socjalnej i nowych usług opiekuńczych spowodowało znaczny stres zawodowy pracowników socjalnych. Przejście ze zinstytucjonalizowanego systemu opieki do opieki opartej na społeczności lokalnej wymaga rozwoju struktur wsparcia zawodowego; pośród pracowników społecznych istnieje narastający wymóg zawodowego rozwoju i współpracy. Ważne jest także zwiększenie zawodowej mobilności opiekunów. Mobilność opiekunów jest zagadnieniem złożonym, którego nie można utożsamiać z zatrudnianiem niewykwalifikowanych imigrantów. Jest to często wykwalifikowany personel (pracownicy socjalni, pedagodzy, pielęgniarki czy lekarze), a nie ludzie bez wykształcenia, którym kilkumiesięczny kurs językowy i przysposobienie do zawodu wystarczy do pełnienia podstawowych obowiązków pielęgnacyjnych. Muszą być oni traktowani na równi z rodzimymi pracownikami, również w kwestii zarobków, co prowadzi jednak do wielu nieporozumień czy niechęci państw przyjmujących, bowiem choć podaż rodzimych pracowników jest bardzo mała, pojawia się zarzut o odbieranie szansy zatrudnienia miejscowym. Teoria ekonomii dowodzi, że nierównowaga podaży i popytu na rynku pracy może być pokonana przez migrację z terenów o wysokiej podaży i niskim popycie na tereny o niskiej podaży i wysokim popycie, przy czym głównym katalizatorem takich ruchów byłaby wysokość wynagrodzenia. Rząd Wielkiej Brytanii, gdzie problem podaży siły roboczej jest bardzo duży, w ciągu ostatnich kilku lat stara się wprowadzić system importowania wykształconych pracowników socjalnych i opieki zdrowotnej z innych państw członkowskich lub też transferu pacjentów do innych krajów UE.

Inna inicjatywa została podjęta we Włoszech, gdzie prywatna agencja zatrudnienia działająca na licencji Ministerstwa Pracy werbuje wykształconych pracowników przy udziale zainteresowanych rodzin do pracy w potrzebujących jej domach. Potencjalni pracownicy zostają przedstawiani i zapoznawani

z przyszłymi pracodawcami przy udziale mediującej agencji i dopiero gdy obie strony będą zainteresowane podjęciem współpracy, do niej dochodzi. W Grecji zaproponowano bezpłatne kursy językowe dla przyszłych pracowników, ponieważ bariera językowa często nie pozwala na profesjonalną pracę. Rząd wyszedł więc naprzeciw oczekiwaniom migrantów, którzy licznie przybywają do kraju i zapelniają szarą strefę. Skończywszy kurs językowy, mogą ukończyć kurs podstawowego przysposobienia do zawodu i podjąć pracę, której nie chce wykonywać wielu rodzimych obywateli.

W Unii Europejskiej rodziny i przyjaciele rodzin są głównym źródłem zasobów ludzkich w usługach opiekuńczych. Według szacunków 66% opieki nad potrzebującymi sprawują rodziny i krąg najbliższych, 13% pochodzi z opieki publicznej, 11% z prywatnej, a 3% od wolontariuszy. Należy także podkreślić, że w związku z tym przyczyną częściowej absencji kobiet na rynku pracy są właśnie ich obowiązki względem rodziny. Jest to praca niezalegalizowana, z której materialnych korzyści nie mają ani państwo (brak obowiązku fiskalnego), ani kobiety (brak wynagrodzenia). Jak wskazuje Komisja Europejska, w wielu państwach UE rodzina pełni funkcję jedynych opiekunów do momentu, kiedy z pewnych obiektywnych powodów nie jest w stanie dalej sprawować opieki. Oprócz projektów, których zadaniem miałyby być wprowadzenie pensji dla rodzin, przyjęto już realne formy pomocy. W Czechach, aby odciążyć rodziców dzieci niepełnosprawnych, wsparto ich 20 tygodniami wolnego w roku, w czasie gdy opiekę przejmują wykwalifikowani pracownicy. Oferta skierowana jest dla różnego rodzaju klientów: niepełnosprawnych ruchowo i umysłowo. We Francji prywatne gospodarstwa domowe zachęcono do bezpośredniego deklaratywnego zatrudnienia opiekunów społecznych, umożliwiając tym samym gospodarstwu pobieranie korzyści z rozlicznych ulg podatkowych. W zamian musieli stosować się do zasad i grupowych uzgodnień odnośnie do pracowników domowych oraz płacić swoim pracownikom najniższą pensję krajową plus 10% na płatne wakacje. Dokonano formalizacji nieformalnych dotychczas opiekunów i asystentów opieki. W Finlandii powstało Stowarzyszenie Przyjaciół Rodzin i Opiekunów, którego działalność miała na celu polepszenie i wzmocnienie społecznej pozycji opiekunów rodzinnych. Przedsięwzięcie to odniosło sukces legislacyjny dla opiekunów i zostało dostrzeżone. Inicjatywa obejmowała badania i projekty rozwojowe, pogodzenie płatnego zatrudnienia i rodzinnej opieki, wsparcie dla praktyk opiekunów pracujących także poza domem. Obecnie 23 tys. opiekunów rodzin otrzymuje dotacje z samorządów lokalnych, które mogą mieć postać pieniężną, dotyczyć usług lub stanowić połączenie tych dwóch opcji. Minimalna stawka stanowi 250 euro na miesiąc i uzależniona jest – co oczywiste – od czasu

i stopnia udzielanej pomocy. W roku 2002 wprowadzono ustawę obligującą samorządy miejskie do zapewnienia pracy opiekunom rodzinnym. Ich liczba musi także uwzględniać przynajmniej dwa dni wolne dla stałego opiekuna na miesiąc i zastępstwo w tym czasie, za co jednak może pobierać dodatkowo opłaty. Szeroko akceptowany jest fakt, że dla każdej rodziny potrzebne jest indywidualne dopasowanie systemu wsparcia, aby zachować zrównoważone życie codzienne.

Wszystkie państwa członkowskie ustaliły jako priorytet polityki społecznej zachęcanie ludzi starych do jak najdłuższego pozostawania w domach, które są naturalnym miejscem ich życia, dlatego potrzebna jest nauka niezależności i samodzielności ludzi starszych. Polityka ta jest spowodowana starzeniem się Europy, a co za tym idzie – coraz większymi kosztami w związku z zapewnieniem godnych lat życia seniorów i utrzymaniem placówek, bowiem niższy jest koszt zapewnienia kilkugodzinnej opieki w domu pacjenta niż utrzymanie go w całodobowej placówce. Pomoc jest realizowana na wielu poziomach od wolontariatu, który np. w Finlandii skierowany jest do samotnych starych kobiet, którym bezrobotni mężczyźni zobowiązani są rąbać drewno na opał. Starych ludzi zachęca się też do zamieszkiwania z sobą, by wzajemnie sobie pomagać. Wówczas opieka społeczna, zamiast obsługiwać kilka gospodarstw domowych, zajmuje się jednym. Sposób taki propagowany jest z powodzeniem szczególnie w Niemczech. We Francji 1 stycznia 2002 r. zastąpiony został poprzedni fundusz zależności, istniejący od roku 1997. Oba obejmują starych ludzi od 60 roku życia i tych, o których wiadomo, że wymagają opieki. Zasilek, który jest specjalnie przyznany, może być wypłacany do domu rodzinnego lub do placówki. Populacja się starzeje, więc rząd we Francji podjął próbę rozwoju polityki publicznej, która zredukuje ogólny koszt i pozwoli na większy wybór w służbach dla tej grupy wiekowej. W wielu państwach UE wolontariusze i pracownicy uczą korzystania z Internetu, który pozwala ich podopiecznym na opłacenie rachunków czy kontakt z bliskimi.

Badacze usług opiekuńczych w krajach Unii Europejskiej wskazują na ich mocne strony, do których zaliczają m.in. wielość dostawców i innowacje w sferze jakości i rodzajów oferowanych usług, a także rozwój systemów monitorowania jakości i regulacje prawne w sektorze opieki. Analizy w sektorze opieki wskazują na imigrantów jako grupę, która równoważy lukę na rynku pracy. Zaspokojenie popytu w sektorze usług opiekuńczych umożliwi przekształcenie niezarejestrowanej pracy opiekuńczej w regularne zatrudnienie oraz poprawę warunków pracy. Poprawie podaży pracy w sektorze opieki służy rozwój edukacji i szkoleń dla opiekunów oraz działania promujące udział organizacji pozarządowych w świadczeniu usług. Słabościami usług opiekuńczych w UE są negatywny wize-

runek sektora oraz brak perspektyw zawodowych, wysoki udział pracy nieformalnej, a także brak regularnego wsparcia finansowego dla nowych usług oraz inicjatyw oraz nierówności w dostępie do usług między wsią a miastem. Brak jest także porównywalnych danych statystycznych i ewaluacji usług opiekuńczych. Analitycy wskazują również, że napływ wykwalifikowanych pracowników może zagrozić usługom opiekuńczym w kraju pochodzenia emigrantów, społeczny dumping – zredukować jakość usług opiekuńczych, a brak dostatecznego wsparcia finansowego – zablokować nowe inicjatywy. W świetle wcześniejszej analizy działań podejmowanych w innych krajach UE zasadne wydaje się rozwijanie opieki pielęgnacyjnej i budowy środowiskowego systemu integracji ludzi wymagających pomocy. Rozważenia wymaga ubezpieczeniowy system finansowania usług opiekuńczych, a także rozwiązania pozwalające na godzenie aktywności zawodowej z opieką nad członkiem rodziny. Doświadczenia zachodnioeuropejskie wskazują na potrzebę promocji środowiskowych form opiekuńczych, jak również rozwiązań okresowo wyręczających opiekunów rodzinnych. Rozbudowy wymagają usługi transportowe, gastronomiczne. Rozszerzenie dostępu do informacji i opieki zdrowotnej nad osobami starymi umożliwi przeżycie większej liczby lat w pełnym zdrowiu. Poprawę jakości opieki środowiskowej można uzyskać przez opracowanie standardów i nadzór nad ich realizacją, a także szkolenie profesjonalnych kadr zajmujących się opieką środowiskową. Aktywizacja i integracja lokalna osób w wieku poprodukcyjnym w celu wykorzystania ich potencjału w środowisku lokalnym powinna być realizowana przez promowanie i wspieranie rozwiązań służących pełniejszej integracji społecznej osób w wieku poprodukcyjnym. Chodzi o wspieranie i wzmacnianie lokalnych społeczności sąsiedzkich osób starych, działających w ramach samopomocy, wspieranie różnych form samoorganizacji, samodzielności i uczestnictwa w życiu społecznym, promowanie wartości uczestnictwa osób starszych w życiu społecznym. Ważne są także działania wspierające więzi międzypokoleniowe i poczucie odpowiedzialności młodszych pokoleń za opiekę nad osobami starymi z otoczenia rodzinnego i sąsiedzkiego.

Wielu badaczy [Szukalski 2008a] uważa, że należy przygotowywać do starości, rozwijając orientację na przyszłość wśród dorosłych Polaków i propagując zwiększoną odpowiedzialność za siebie na starość. Przygotowanie do starości powinno obejmować edukację zdrowotną i emerytalną oraz aktywizację zawodową w wieku poprodukcyjnym. Anna Michalska³ wskazuje na potrzebę rozwoju organizacji pozarządowych, które powinny systematycznie i kompetentnie rozpoznawać i zaspokajać potrzeby osób w starszym wieku, dostosowując do

³ Ekspertyza nieopublikowana.

nich zakres proponowanych usług. Z kolei pracodawcy powinni być zachęceni do rozwijania nietypowych form zatrudnienia, dających większą możliwość aktywizacji zawodowej emerytów. Stosowanie elastycznych form zatrudnienia i ruchomego czasu pracy dla emerytów pozwoli połączyć dwie ważne idee: aktywności społecznej i aktywności zawodowej. Chodzi o uruchamianie adresowanych dla osób w starszym wieku aktywizujących programów lokalnych, w których można wykorzystać atuty starości: wiedzę, doświadczenie, kwalifikacje społeczne i cierpliwość. Należy zachęcać emerytów do aktywności w zakresie wolontariatu, np. do uczestnictwa w programie integracji pokoleń czy do działań pomocowych na rzecz dzieci z rodzin patologicznych. Potrzebna jest nowelizacja legislacji socjalnej, uwzględniająca potrzeby ludzi starszych jako klientów pomocy społecznej. Chodzi o ustawowe określenie zadań i obowiązków pracownika socjalnego wobec starszych (starszy człowiek rzadko sam zgłasza się po pomoc, co nie oznacza, że jej nie potrzebuje) oraz specyfikację mechanizmu progu dochodowego uwzględniającą specyfikę konsumpcji związanej z wiekiem. Ważne jest także wypracowanie standardów usług opiekuńczych dla ludzi starszych oraz szczegółowe określenie standardów w dziennych domach pomocy społecznej. Pilne jest także kształcenie przyszłych i dokształcanie obecnych pracowników pomocy społecznej do pracy socjalnej z ludźmi starszymi. Potrzebą chwili jest edukacja władz lokalnych w zakresie problemów społecznych, polityki społecznej i pomocy społecznej wobec osób starszych. Chodzi o uwzględnienie tej grupy w planowaniu strategicznym. Działania władz lokalnych powinny wspierać systemy naturalne i pozarządowe, szczególnie w obszarze usług opiekuńczych. W zakresie infrastruktury społecznej niezbędne są działania na rzecz reorganizacji niewydolnego systemu współpracy opieki zdrowotnej i społecznej nad człowiekiem starym, bowiem w sytuacji rozdzielonych kompetencji służby zdrowia i pomocy społecznej działania na rzecz ludzi starszych nie są skoordynowane. Celem powinno być tworzenie zintegrowanego systemu pomocy społecznej dla osób starszych – od pomocy domowej, poprzez system mieszkań wspólnotowych oraz wspólnotowych chronionych, do opieki ustawicznej w domu pomocy społecznej [Wódz, Czekał, Niesporek 2004].

ZAKOŃCZENIE

Prezentowany artykuł stanowił w założeniu jego autora próbę opisu i analizy roli pomocy społecznej w działaniach na rzecz zaspokojenia potrzeb ludzi starszych. Pomoc społeczna jest instytucją polityki społecznej państwa, umożli-

liwiającej jednostkom i grupom przewycięzanie trudnych sytuacji życiowych za pomocą świadczeń materialnych i pracy socjalnej [Ustawa z dnia 12 marca 2004 r.]. Pomimo licznych reform dokonanych w systemie po 1989 r. wskazuje się na wady strukturalno-systemowe i ograniczenia funkcjonalne jednostek organizacyjnych pomocy społecznej. Do tych pierwszych trzeba zaliczyć brak diagnozowania problemów społecznych, biurokrację socjalną, fragmentaryzację lokalnej pomocy oraz złe prawo socjalne. Wadami funkcjonalnymi systemu są nierówny dostęp do usług socjalnych, rutynizacja działań, brak lokalnej polityki społecznej oraz planowanie budżetowe zamiast zadaniowego.

Wymienione wady dotyczą także pomocy dla ludzi starych. W ustawie o pomocy społecznej z 2004 r. nie ma zapisu o gwarantowaniu pomocy w sytuacji starości, samotności i bezradności. Brak także ustawowego określenia specyfiki pracy socjalnej na rzecz starszych i zdefiniowania obowiązków pomocy społecznej wobec tej grupy klientów (np. diagnozowania i monitoringu deficytów i potrzeb starszych). Ustawowo określony próg dochodowy nie uwzględnia wieku i specyfiki konsumpcji (leki), co w efekcie ogranicza prawo starszych do zasiłków – są zbyt zamożni. Brak wyraźnie określonych zadań i obowiązków pracownika socjalnego (obecnego w terenie i znającego potrzeby mieszkańców) powoduje, że wielu starszych nie otrzymuje pomocy, bo się po nią nie zgłasza. W tej sytuacji osobami niepełnosprawnymi lub starszymi pozostającymi na utrzymaniu zajmują się głównie nieformalni opiekunowie – rodzina i sąsiedzi, łącząc obowiązki opiekuńcze z pracą zawodową. Rodziny osób starych i niepełnosprawnych pozostawione są często same ze swoimi problemami finansowymi, organizacyjnymi, emocjonalnymi, bowiem brak poradnictwa, grup wsparcia dla opiekunów, ośrodków krótkiego pobytu, telefonów zaufania itp. Na rynku pracy brakuje osób przygotowanych do zawodów opiekuńczych – opiekunów osób starszych, pielęgniarek środowiskowych itp., co jest spowodowane niskimi płacami, trudnymi warunkami pracy i niskim prestiżem społecznym. Problemem organizacji opieki jest zbyt duża liczba klientów przypadająca na jednego pracownika socjalnego oraz zbyt duża liczba podopiecznych przypadająca na opiekunki środowiskowe. Ograniczenie pomocy środowiskowej do zadań własnych gminy spowodowało, że najbardziej i najstarsze demograficznie gminy nie są w stanie zaspokoić potrzeb opiekuńczych swoich starych mieszkańców. Środowiskowa pomoc społeczna ogranicza działania wobec starszych w miejscu ich zamieszkania do podstawowych usług opiekuńczych – brakuje ośrodków wsparcia dziennego, pracy socjalnej, poradnictwa, co skutkuje izolacją i zaniedbaniem, a w efekcie kłopotami w wieku późniejszym. Brak skutecznego nadzoru i kontroli domów pomocy społecznej i zakładów opiekuńczo-leczniczych przekłada się na przypadki

zaniezań i nadużyć wobec starszych mieszkańców (skandale w pensjonatach dla ludzi starych). W tej sytuacji pilnie potrzebna jest zmiana legislacji socjalnej na rzecz ludzi starszych jako klientów pomocy społecznej, edukacja do pracy socjalnej z ludźmi starymi oraz na rzecz zmiany stosunku władz lokalnych do problemów ludzi starych, wspieranie systemów naturalnych i wolontariatu oraz rozbudowa sektora usług opiekuńczych. Potrzebne jest także podniesienie jakości zarządzania strategicznego w obszarze opieki nad starszymi (strategie polityki społecznej na rzecz ludzi starych). Chodzi także o koordynację działań systemu opieki zdrowotnej i społecznej nad starszymi poprzez określenie kompetencji służby zdrowia i pomocy społecznej na rzecz starszych, a także utworzenie zintegrowanego systemu opieki. Budowa współpracy, koalicji, tworzenia i realizacji nowych lokalnych i regionalnych strategii polityki społecznej i pomocy społecznej na rzecz starszych jest potrzebą chwili: od 2010 do 2030 roku liczba osób w wieku 65–79 lat w UE wzrośnie o ponad 35%.

Obok wymienionych wcześniej działań praktycznych niezbędny wydaje się rozwój postulowanej przez Piotra Czekanowskiego socjologii starości jako nauki zajmującej się socjologicznymi aspektami procesu starzenia się, w tym analizami opieki nad ludźmi starszymi.

BIBLIOGRAFIA

- Czekanowski P. [2012], *Spoleczne aspekty starzenia się ludności w Polsce. Perspektywa socjologii starości*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
- Krzyszkowski J. [2011], *Osoby starsze*, [w:] *Pomoc i integracja społeczna wobec wybranych grup – diagnoza standaryzacji usług i modeli instytucji*, Krajowy Raport Badawczy, (red.) R. Szarfenberg, WRZOS.
- Krzyszkowski J. [2008], *Organizacja i zarządzanie usługami opiekuńczymi w Europie*, [w:] *Przeciw wykluczeniu społecznemu osób niepełnosprawnych*, red. L. Frąckiewicz, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, Warszawa.
- Krzyszkowski J., Marks M. [2006], *Niezaspokojone potrzeby opiekuńcze i niewykorzystane zasoby pracy mieszkańców wsi – badania w województwie łódzkim*, [w:] J. Krzyszkowski, K. Piątek (red.), *Rozwiązywanie problemów i kwestii społecznych w teorii i praktyce. Z doświadczeń krajowych i europejskich*, Centrum AV, Częstochowa.
- Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2011*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa, 2012.
- Polska 2030. Wyzwania rozwojowe* [2009], red. nauk. Michał Boni, Kancelaria Prezesa Rady Ministrów.
- Sałustowicz P. [2009], *Pomoc społeczna w wybranych krajach Unii Europejskiej*, Instytut Rozwoju Służb Społecznych, Warszawa.
- Surdej A., Brzozowski J. [2012], *Dylematy rozwoju usług opiekuńczych dla osób starszych*, Dialog nr 4.

- Szatur-Jaworska B. (red.) [2008], *Stan przestrzegania praw osób starszych w Polsce. Analiza i rekomendacje działań*, Biuletyn Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa.
- Szukalski P. [2008a], *Polscy seniorzy w przyszłości*, [w:] *Polska w obliczu starzenia się społeczeństwa*, PAN, Warszawa.
- Szukalski P. [2008b], *Podsumowanie badania: wnioski i rekomendacje* [w:] P. Szukalski (red.), *To idzie starość. Postawy osób w wieku przedemerytalnym. Raport z badań*, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa.
- Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, tekst jedn., Dz.U. z 2009 r. nr 175, poz. 1362 z późn. zm.

Jerzy Krzyszkowski

SOCIAL SERVICES AND AGEING POPULATION IN POLAND

A b s t r a c t

The main theme and object of the paper is the analysis of social services for growing population of old people in Poland. It starts with showing the state and perspectives of demographic situation in Poland. Social services for the elderly and their evaluation are presented in the next parts of the article. Social services for the old people in other countries of the European Union are presented in next part of the paper. In conclusion author tries to present recommendations for social services for the old people in Poland.

Key words: old people, social services

PIOTR SZUKALSKI
Uniwersytet Łódzki*

Ludzie Bardzo Starzy We Współczesnej Polsce

Streszczenie

Proces starzenia się ludności to zjawisko o dualnym charakterze, w którego ramach szczególnie szybko wzrasta liczba osób bardzo starych, tj. w wieku 80 plus. Celem niniejszego tekstu jest przedstawienie przyczyn i przebiegu wzrostu liczby osób w czwartym wieku w Polsce w trakcie ostatniego stulecia oraz długookresowych konsekwencji tych zmian. Szczególna rola przypisana została prezentacji społeczno-demograficznych charakterystyk tej podzbiorowości, z uwzględnieniem subpopulacji stulatków, z uwagi na specyfikę potrzeb osób bardzo starych.

Słowa kluczowe: ludzie bardzo starzy, długowieczność, starzenie się ludności, Poland, XX–XXI wiek

WPROWADZENIE

Osoby starsze jako grupa nie są kategorią homogeniczną. Spośród wielu cech różnicujących powyższą zbiorowość wymienić należy charakterystykę podstawową, acz często uznawaną za drugorzędną, wiek. Zróżnicowanie seniorów według wieku jest o tyle istotne, że coraz częściej w literaturze przedmiotu spotkać można klasyfikację rozróżniającą tzw. trzeci i czwarty wiek¹. W wypadku tego ostatniego nie jest jednoznacznie ustalona granica pozwalająca na dokonanie wyraźnego rozróżnienia pomiędzy nim a wiekiem trzecim. Używane

* Instytut Socjologii; e-mail: pies@uni.lodz.pl

¹ Najczęściej jako autorka tych terminów podawana jest Simone de Beauvoir („La vieillesse” z 1970 r.), czasami jednak zauważa się, iż de Beauvoir upowszechniła jedynie (głównie dzięki wpływom angielskiemu tłumaczeniu tej pracy, która ukazała się w 1972 r. pod tytułem „The coming of age”) pojęcia stosowane we Francji w latach 1960. [Silver 2003].

są bowiem aż trzy różne cezury – 75, 80, 85 lat. Jako główny powód wyodrębnienia tej fazy życia wskazywany jest fakt, iż stosowany wcześniej podział na trzy etapy – dzieciństwo, dorosłość (wiek aktywności zawodowej) i starość – nie bierze pod uwagę zróżnicowania jednostek znajdujących się w tej ostatniej fazie życia, a mianowicie tego, że – o ile osoby w mocno zaawansowanym wieku to z reguły osoby wymagające stałej opieki, mające trudności z samodzielnym wykonywaniem niektórych przynajmniej istotnych dla właściwego funkcjonowania, czynności – o tyle typowe osoby, które dopiero co przekroczyły cezurę starości, przez kilka lub kilkanaście początkowych lat są w pełni sprawne i samodzielne. Tym samym głównym kryterium wydzielenia starości sędziwej jest powszechne występowanie funkcjonalnych ograniczeń zmuszających do odwoływania się do wsparcia ze strony innych osób².

W poniższym tekście za osoby w czwartym wieku uznawać będą osoby mające co najmniej 80 lat. Nazywać będą je zamiennie osobami sędziwymi, bardzo starymi, starcami. Choć na początku lat 70. na konferencji w Bukareszcie wprowadzono podział starości, w którym cezurą rozdzielającą był wiek 75 lat, znaczne ograniczenie umieralności w okresie wczesnej i późnej starości oraz postępująca poprawa zdrowia w ostatnich dekadach przemawiają za podwyższeniem przyjętej wówczas granicy wieku. Obecnie wielu demografów – choćby badacze skupieni w ośrodku badań nad zaawansowaną starością przy Szkole Medycyny duńskiego Uniwersytetu w Odense [Kannisto 1996] – uznaje, iż cezura ta równa jest wiekowi 80 lat. Wniosek taki płynie również z polskiego interdyscyplinarnego programu badawczego, skupiającego się na osobach starszych PolSenior, gdzie widoczna jest wyraźna różnica pomiędzy zapotrzebowaniem na pomoc ze strony osób przed 80. rokiem życia, a tych po osiemdziesiątce (np. w wieku 75–79 lat odsetek osób wyrażających potrzebę bycia wspieranym wynosił 31,5%, zaś wśród osób po 80. roku życia – przekraczał połowę) [Błędowski 2012: 454]. Jednocześnie niektóre prace autorstwa gerontologów i geriatrów wskazują, iż być może granica zaawansowanej starości jest jeszcze wyższa, albowiem dopiero przekroczenie

² Już samo postawienie problemu w ten sposób oznacza w rzeczywistości ruchomą, ściśle powiązaną z przemianami stanu zdrowia osób starszych granicę pomiędzy „młodymi starymi” a „starymi starymi”. To z kolei nazewnictwo odwołuje się do popularnego w amerykańskiej gerontologii podziału na 3 grupy wieku starszego – „młodych starych” (*young old*), tj. osób w wieku 65–74 lat, „starych starych” (*old old*), oznaczającego osoby w wieku 75–84 lata, i „najstarszych starych” (*oldest old*), używanego jako nazwa grupy skupiającej osoby mające przynajmniej 85 lat. Pojęcia te wprowadzono wraz ze wzrostem świadomości zróżnicowania osób starszych, na początku lat 70. Dwa pierwsze wprowadziła psycholog B. Neugarten, ostatni zaś termin, autorstwa M.W. Riley i R. Suzmana, wprowadzony został dopiero w roku 1984 [Suzman i wsp. 1992:3].

85. roku życia oznacza powszechną konieczność korzystania z pomocy innych [Baltes, Mayer 1999]. Prawdopodobnie jednak ta wyższa granica – powszechnie stosowana w badaniach prowadzonych w Europie Zachodniej i USA [Siegel 2012] – odzwierciedla wyższy standard życia ludności tych państw, co przekłada się również na lepszy stan zdrowia i wolniejszy przebieg starzenia się organizmu.

Osoby bardzo stare z reguły umykają zainteresowaniu badaczy, decydentów, opinii publicznej z uwagi na zakładaną rzadkość, a przede wszystkim fakt, iż kłopoty zdrowotne, bariery samodzielnego funkcjonowania ograniczają ich społecznie widoczną aktywność, tj. te wszystkie czynności, które podejmowane są poza własnym domem.

Celem niniejszego opracowania jest analiza przyczyn i przebiegu występującego w ostatnich kilku dekadach i przewidywanego na następne wzrostu liczby osób sędziwych w Polsce oraz identyfikacja najważniejszych wyzwań społecznych związanych z rozrostem tej subpopulacji.

Źródłem danych będą przede wszystkim dane NSP'2002 wobec braku pełnej publikacji danych z NSP'2011³ oraz bieżąca ewidencja ludności. W niektórych przypadkach korzystać będę z wyników badania PolSenior, najpełniejszego przeprowadzonego w ostatnich latach w Polsce badania specyfiki sytuacji życiowej osób starszych, umożliwiającego – dzięki zastosowanej metodologii – analizę sytuacji osób bardzo starych.

PRZYCZYNY WZROSTU LICZBY OSÓB BARDZO STARYCH

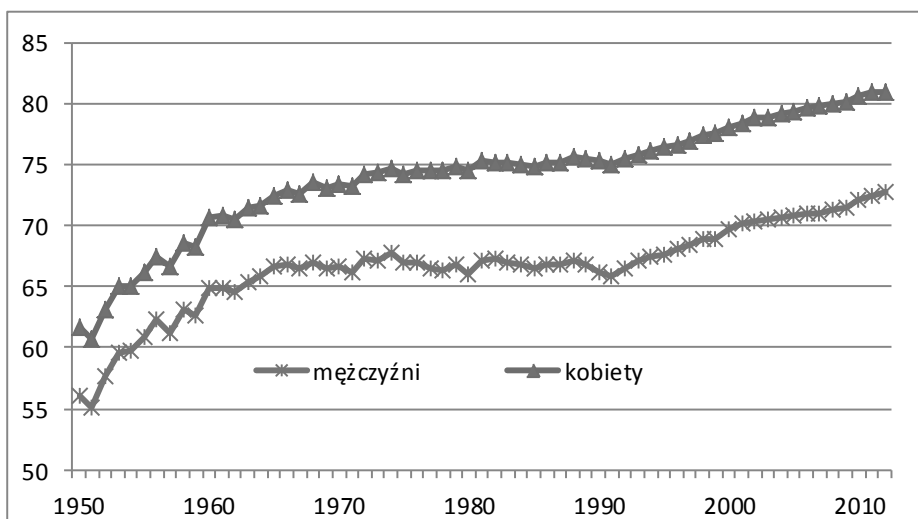
W ramach długookresowego procesu starzenia się ludności zaobserwować można początkowo powolny, później szybki wzrost odsetka seniorów jako konsekwencja starzenia się „od dołu piramidy wieku” (zmniejszenie się liczby przychodzących na świat dzieci), a dopiero na późniejszym etapie, pod koniec przejścia demograficznego i później, szybki wzrost odsetka wynikający ze starzenia się „od góry” (zwiększanie się liczby osób bardzo starych, wynikające z obniżki prawdopodobieństw zgonów). Wraz z pojawieniem się redukcji umieralności wśród starszych grup rozpoczyna się niezwykle ważny etap – tzw. podwójne starzenie się ludności, tj. wzrost w populacji seniorów udziału siedemdziesięciolatek,

³ W przypadku wielu publikowane dane z NSP'2011 posługują się zagregowanymi grupami wieku, rozpoczynającymi się zbyt wcześnie, aby móc je wykorzystać w niniejszym opracowaniu (np. w wypadku wykształcenia publikowane dane operują grupą powyżej 65 lat – GUS, 2012, tab.10, tab. 13). Brak jest wciąż dostępu do elektronicznej bazy danych spisowych, co umożliwiłoby wygenerowanie potrzebnych zestawień.

a następnie osób osiemdziesięcioletnich i starszych. W przyszłości spodziewany jest szybki wzrost liczby osób najstarszych, z najbardziej dynamiczną zmianą liczby stulatków (niektórzy mówią nawet o „eksplozji stulatków”).

Jak wspominałem, ów dualny charakter procesu starzenia się ludności wynika przede wszystkim z redukcji umieralności. W wypadku Polski zachodzące zmiany są znakomicie widoczne, gdy za miernik opisujący obniżkę natężenia zgonów przyjmiemy się wydłużanie trwania życia – proces ten występuje zarówno w wypadku noworodków (rysunek 1), jak i seniorów (rysunek 2).

RYСУNEK 1. Dalsze trwanie życia noworodka w Polsce w latach 1950–2012 według płci

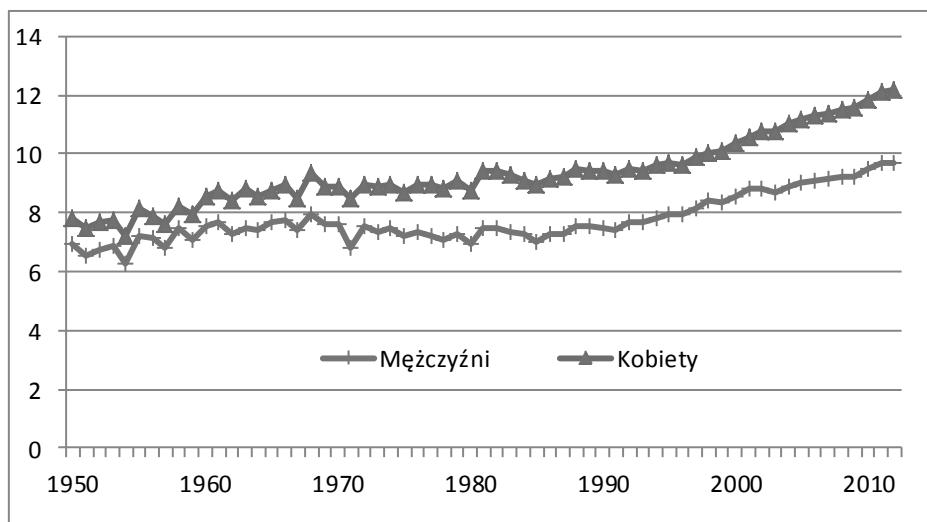


Źródło: dane GUS, <<http://demografia.stat.gov.pl/bazademografia/TrwanieZycia.aspx>>.

Wydłużanie się życia jest ważne dla wzrostu liczby osób bardzo starych, gdyż w społeczeństwach o niskim poziomie umieralności ów wzrost zdeterminowany jest przede wszystkim redukcją intensywności zgonów wśród osób starszych i tych bardzo starych (rysunek 3). Dzieje się tak przede wszystkim dlatego, iż w społeczeństwach o wysokim trwaniu życia – z uwagi na niewielki potencjał przyrostu trwania życia dzięki zmniejszaniu umieralności wśród ludzi młodych i w średnim wieku – wszelkie przyrosty tego parametru oznaczają przede wszystkim wydłużanie się okresu późnej starości, co z kolei prowadzi do wzrostu liczby osób bardzo starych [Szukalski 2008]. W coraz większym stopniu sytuacja taka widoczna jest i w Polsce, gdzie w ostatnich latach połowa przyrostu trwania życia

kobiet dokonuje się dzięki redukcji umieralności kobiet w wieku 80 lat i więcej, a generalnie obniżka umieralności kobiet po 60. roku życia odpowiada za 85% wzrostu trwania życia noworodka. Jeśli chodzi o mężczyzn, wielkości te równe są odpowiednio 30% i 75% [Szukalski 2010].

RYSUNEK 2. Dalsze trwanie życia osób w wieku 75 lat w Polsce w latach 1950–2012 wg płci

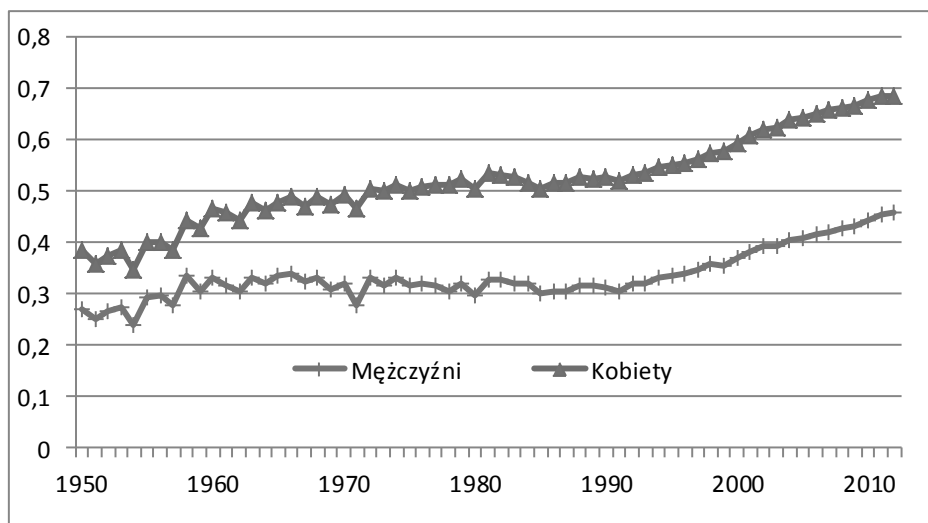


Źródło: dane GUS, <<http://demografia.stat.gov.pl/bazademografia/TrwanieZycia.aspx>>.

Wspomniane przemiany umieralności osób starszych mają pierwszorzędne znaczenie dla wzrostu populacji ludzi bardzo starych, znacząco zwiększając prawdopodobieństwo, iż osoba starsza dożyje do bardzo zaawansowanego wieku. Jeśli – tytułem ilustracji – przeanalizować zmiany prawdopodobieństwa dożycia przez osoby mające 60 lat swych 80 urodzin, to w powojennej Polsce widoczna jest spektakularna poprawa (rysunek 3).

Żyjący obecnie sześćdziesięciolatek odznacza się prawie dwukrotnie wyższym prawdopodobieństwem dożycia swych 80. urodzin w porównaniu ze swym równolatkiem żyjącym na początku lat 50. W efekcie, o ile według tablic trwania życia z lat 1931–1932 na 1000 nowo narodzonych do wieku 80 lat dożywało 159 kobiet i 111 mężczyzn, o tyle w latach 1976–1981 – już 469 kobiet i 243 mężczyzn, zaś w roku 2012 – odpowiednio 632 i 373.

RYSUNEK 3. Prawdopodobieństwo dożycia przez osobę 60-letnią wieku 80 lat, Polska, 1950–2012



Źródło: dane GUS, <<http://demografia.stat.gov.pl/bazademografia/TrwanieZycia.aspx>>.

Po drugie, obecnie w wieku sędziwym znajdują się generacje urodzone w pierwszych trzech dekadach wieku XX, a zatem w okresie, kiedy dzietność polskich kobiet była bardzo wysoka. Przypomnę, iż według badań kobiety urodzone około roku 1900 wydawały na świat przeciętnie 3,5–4,0 potomka. Generalnie wysoka liczba urodzeń w okresie przedwojennym wzmaga rozrost populacji osób bardzo starych.

Trzecim wartym wzmianki czynnikiem jest redukcja umieralności wśród osób bardzo starych, prowadząca do szybkiego wzrostu zarówno prawdopodobieństwa dożycia przez noworodka zaawansowanego wieku, jak i dalszego trwania życia w okresie późnej starości (tabela 1).

Wzrasta bowiem – szczególnie szybko w trakcie ostatnich dwóch dekad – liczba osób, które dożywają do wieku 80, 90, a nawet 100 lat⁴. Jednocześnie wydłuża się dalsze trwanie życia (tradycyjnie oznaczane dla wieku x lat sym-

⁴ Wielkości te powinny być definiowane w kategoriach probabilistycznych. Tablice trwania życia są bowiem przykładem tablic wygasania konstruowanych na podstawie podejścia przekrojowego, opisujących proces ubywania ludności początkowo równej 100 tys. osób pod wpływem wymierania. A zatem liczba dożywających do danego wieku – po uprzednim podzieleniu przez 100 tys. – mówi o bezwarunkowym prawdopodobieństwie dożycia zaawansowanego wieku przez noworodka.

bolem e_x), odzwierciedlające poziom umieralności w pozostałym okresie życia. Zwróćmy uwagę, iż typowy osiemdziesięciolatek ma przed sobą jeszcze średnio 7,4 lat do przeżycia, zaś jego rówieśniczka – 9 lat. Również osoba dożywająca 90. urodzin ma średnio przed sobą ponad 4 lata życia. Wielkości te są znacząco wyższe od tych obserwowanych kilka dekad temu, wydłużając okres sędziwej starości, a pośrednio zwiększając zastępy osób bardzo starych.

TABELA 1. Liczba dożywających do wieku 80, 90 i 100 lat i dalsze trwanie życia w tym wieku w Polsce w latach 1931–2012

Okres	Mężczyźni						Kobiety					
	l_{80}	e_{80}	l_{90}	e_{90}	l_{100}	e_{100}	l_{80}	e_{80}	l_{90}	e_{90}	l_{100}	e_{100}
1931–32	11 100	4,6	990	2,3	0	-	15 920	5,0	1 800	2,5	10	0,5
1952–53	17 529	5,4	2 505	3,2	69	2,0	28 131	6,1	5 514	3,7	272	2,4
1960–61	23 583	5,7	3 972	3,4	132	2,0	37 089	6,4	7 877	3,6	323	2,1
1965–66	25 402	5,87	4 540	3,49	177	2,11	40 796	6,73	9 670	3,84	515	2,27
1970–72	22 808	5,64	3 766	3,47	153	2,17	41 661	6,57	9 459	3,53	337	1,84
1975–76	24 595	5,55	3 810	3,28	120	2,09	45 755	6,97	11 617	4,03	750	2,50
1980–81	23 506	5,63	3 791	3,37	133	2,16	46 768	7,20	12 613	4,04	803	2,43
1985–86	22 932	5,13	2 789	2,78	38	1,69	46 403	6,69	10 695	3,51	391	2,03
1990–91	22 730	6,26	4 682	3,93	294	2,59	47 642	8,08	15 737	4,84	1 777	3,00
1995–96	24 929	5,99	4 656	3,29	121	1,71	49 298	7,02	12 734	3,44	338	1,61
2000	28 572	6,61	6 623	3,75	307	2,06	53 658	7,58	16 238	3,76	633	1,78
2005	32 044	6,87	8 054	3,80	374	1,99	58 763	8,16	20 386	4,06	1 067	1,91
2010	35 573	7,23	9 805	3,96	534	2,12	62 324	8,71	23 986	4,40	1 744	2,17
2012	37 283	7,39	10 730	4,06	637	2,17	63 217	9,02	25 710	4,59	2 165	2,27

Źródło: tablice trwania życia z odpowiednich lat.

Ostatnim ważnym czynnikiem odpowiedzialnym za dualny charakter procesu starzenia się jest czynnik kohortowy, a zatem długookresowe konsekwencje tzw. kryzysów społecznych (tj. nadzwyczajnych zdarzeń o charakterze politycznym lub ekonomicznych), zwiększających poczucie niepewności i niestabilności. W okresach takowych kryzysów społecznych ludzie mniej chętnie podejmują trwałe zobowiązania, a zatem mniej chętnie zawierają związki małżeńskie i płodzą potomstwo. Z kolei po ustaniu sytuacji nadzwyczajnej następuje zwykle kompensacja prowadząca do dużej liczby małżeństw i urodzeń. Obie wojny światowe odcisnęły i odcisnąć będą swe piętno na przebiegu procesu starzenia się ludności Polski, w tym także na tempie wzrostu liczby osób bardzo starych. Jest ono najsilniejsze wówczas, gdy roczniki należące do wyżów demograficznych, rezultaty fazy powojennej kompensacji, osiągają zaawansowany wiek. W polskich realiach

I wojna światowa odpowiadała za relatywnie szybki przyrost osób bardzo starych w pierwszych latach XX w. (gdy roczniki powojennej kompensacji z początku lat 20. dochodziły do 80. urodzin), zaś II wojna światowa będzie odpowiedzialna za wzrost występujący po roku 2025.

ZMIANY LICZEBNOŚCI OSÓB BARDZO STARYCH W POWOJENNEJ POLSCE

Postępujący proces podwójnego starzenia się ludności Polski odciska coraz wyraźniej swe piętno na strukturze wieku Polaków. Ogółem odsetek osób bardzo starych zmieniał się następująco: 1921 – 0,6%, 1931 – 0,5%, 1950 – 0,7%, 1960 – 0,8%, 1970 – 1,0%, 1978 – 1,5%, 1988 – 2,0%, 2011 – 3,6%, 2012 – 3,7%. Na tle przemian, jakim podlegały inne, bardziej zaawansowane pod względem rozwoju demograficznego kraje europejskie, udział „sędziwych starców” był i pozostaje niski, natomiast tempo zmian jest podobne. Przedstawione wyżej wielkości – zdawałoby się niewielkie – w rzeczywistości przekładają się na rzesze setek tysięcy osób (tabela 2).

TABELA 2. Liczba osób w wieku 80+ lub w wieku 80 lat i więcej w Polsce w latach 1921–2012 (w tys.)

Rok	Wiek					
	80+	80–84	85–89	90–94	95–99	100+
1921	168,4	107,5	35,6	17,3	5,4	2,6
1931	169,2	108,6	39,5	13,7	4,8	2,6
1950	180,3	117,1	45,7	12,5	4,7	0,3
1960	213,0	141,7	54,6	13,3	3,0	0,4
1970	334,7	228,0	82,7	20,2	3,6	0,3
1978	479,6	323,1	115,2	33,8	7,0	0,4
1988	739,9	484,8	196,5	47,0	10,1	1,6
2002	827,7	489,8	228,9	91,7	15,8	1,5
2011	1347,7	815,9	405,0	100,7	23,0	3,1
2012	1443,3	855,9	434,1	128,4	21,1	3,8

Źródło: dane Narodowych Spisów Powszechnych oraz dla roku 2012 <www.stat.gov.pl>.

Przedstawione powyżej dane można przedstawić w nieco zmodyfikowany sposób, próbując uchwycić zmiany struktury tej subpopulacji według wieku – tabela 3.

TABELA 3. Struktura osób sędziwych według wieku w latach 1921–2012 (jako % ogółu osób sędziwych w danym roku)

Rok	80–84	85–89	90–94	95–99	100+
1921	63,8	21,1	10,3	3,2	1,5
1931	64,2	23,3	8,1	2,8	1,5
1950	64,9	25,3	6,9	2,6	0,2
1960	66,5	25,6	6,2	1,4	0,2
1970	68,1	24,7	6,0	1,1	0,1
1978	67,4	24,0	7,0	1,5	0,1
1988	65,5	26,6	6,3	1,4	0,2
2002	59,2	27,7	11,1	1,9	0,2
2011	60,5	30,1	7,5	1,7	0,2
2012	59,3	30,1	8,9	1,5	0,3

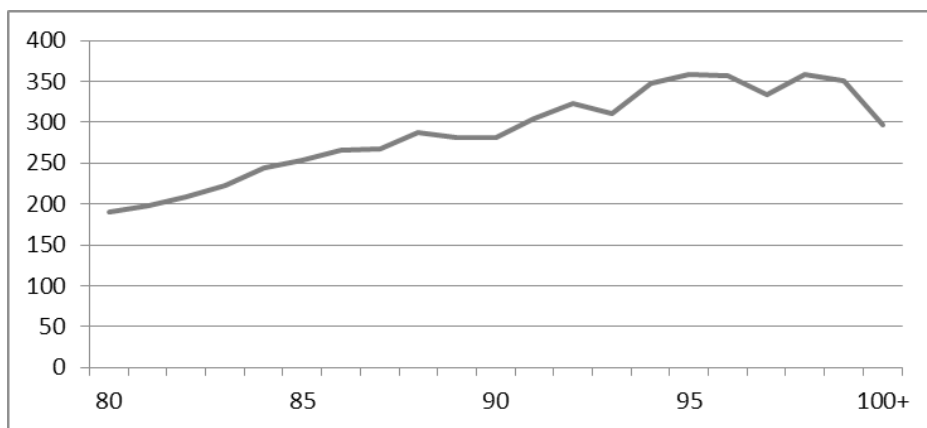
Źródło: dane Narodowych Spisów Powszechnych oraz dla roku 2012 <www.stat.gov.pl>.

Generalnie ostatnich kilka dekad było okresem wzrostu ważności bardziej zaawansowanych grup najstarszych seniorów. Jednak należy zdawać sobie sprawę z tego, że obraz wyłaniający się z powyższej tabeli jest nieco rozmyty wspomnianym wcześniej czynnikiem kohortowym – przykładowo: odnotowane bardzo wyraźne zwiększenie się wagi osób w wieku 90–94 w roku 2012 w porównaniu z rokiem 2011 wynikało z osiągnięcia owego wieku przez pokolenie fazy kompensacyjnej urodzonej w pierwszych latach po „wielkiej wojnie”. Jeszcze bardziej wyraźny wzrost znaczenia tychże osób obserwowany w roku 2002 w porównaniu z rokiem 1988 związany był również z czynnikiem kohortowym, a mianowicie notowanym w pierwszych kilkunastu pokojowych latach XX w. zwiększaniem się liczby dzieci przychodzących na świat w rezultacie zmian związanych z przejściem demograficznym.

SPECYFIKA SPOŁECZNO-DEMOGRAFICZNA OSÓB BARDZO STARYCH

Sędziwi starcy to zbiorowość bardzo specyficzna. Najważniejszą jej cechą jest wysoki poziom feminizacji, narastająca wraz z wiekiem nadwyżka liczby kobiet nad rówieśnikami płci męskiej, wyrażona liczbą kobiet w przeliczeniu na 100 mężczyzn (rysunek 4).

RYSUNEK 4. Współczynnik feminizacji w zbiorowości osób w wieku 80+ lub w wieku 80 lat i więcej w 2011 r. (liczba kobiet w przeliczeniu na 100 mężczyzn)



Źródło: obliczenia własne na podstawie danych GUS.

Tak wysoki poziom feminizacji populacji osób bardzo starych wynika przede wszystkim ze skumulowanej nadumieralności mężczyzn. Wyższe w każdym wieku prawdopodobieństwo zgonu mężczyzny w porównaniu z jego rówieśniczką prowadzi z biegiem lat do coraz bardziej widocznej nadreprezentacji kobiet wśród seniorów i nestorów.

Z feminizacją powiązany jest szczególnie status rodzinny osób bardzo starych – ponad 4/5 kobiet doświadczyła już zgonu swego małżonka, podczas gdy dotyczy to jedynie nieco ponad 1/3 mężczyzn w interesującym nas wieku (tabela 4). A zatem sytuacja rodzinna mężczyzn jest zdecydowanie korzystniejsza. Jednocześnie podkreślić należy wysoki zasięg życia samotnego, bez dotychczasowego życiowego partnera.

Zaznaczyć należy jednak powolną poprawę statusu matrymonialnego sędziwych starców, widoczną zwłaszcza w wypadku mężczyzn. Niższa umieralność zwiększa bowiem frakcję osób żyjących we wdowieństwie. Zmiany te są jeszcze bardziej widoczne, jeśli porównywać bardziej jednorodne, pięcioletnie grupy wieku.

Osoby bardzo stare odznaczają się również zdecydowanie niższym poziomem wykształcenia w porównaniu z generacjami w sile wieku (dane z NSP'2002 – tabela 5). Bieżących danych na ten temat, przedstawionych w postaci informacji o liczbie lat edukacji szkolnej, dostarcza nam badanie PolSenior (rysunek 5). Poziom wykształcenia jest wyznacznikiem umiejętności korzystania z szeregu

udogodnień, jakie oferuje współczesna technika – osoby bardzo stare w zdecydowanej większości z nich nie korzystają.

TABELA 4. Struktura stanu cywilnego faktycznego najstarszych Polaków w latach 1988–2011 (w promilach)

Wiek	Kawaler, panna	W związku małżeńskim	W związku partnerskim	Wdowcy, wdowy	Rozwiedzeni, rozwidzione	Separowani, separowane	Nieustalony
NSP'1988							
Mężczyźni	39	565	-	386	10	-	0
Kobiety	91	100	-	802	7	-	0
NSP'2002							
Mężczyźni	23	577	3	381	10	6	0
Kobiety	61	96	1	828	11	2	0
NSP'2011							
Mężczyźni	21	604	12	333	13	4	13
Kobiety	40	125	2	789	18	1	24

Źródło: obliczenia własne na podstawie [GUS 1989; GUS 2003:142–143; GUS 2012, tab. 8].

Zaznaczyć należy jednak powolną poprawę statusu matrymonialnego sędziwych starców, widoczną zwłaszcza w wypadku mężczyzn. Niższa umieralność zwiększa bowiem frakcję osób żyjących we wdowieństwie. Zmiany te są jeszcze bardziej widoczne, jeśli porównywać bardziej jednorodne, pięcioletnie grupy wieku.

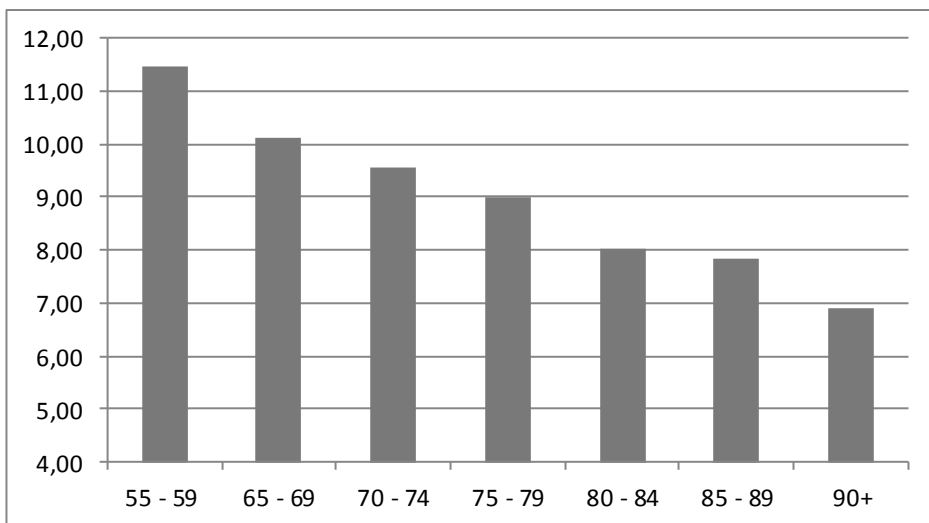
Osoby bardzo stare odznaczają się również zdecydowanie niższym poziomem wykształcenia w porównaniu z generacjami w sile wieku (dane z NSP'2002 – tabela 5). Bieżących danych na ten temat, przedstawionych w postaci informacji o liczbie lat edukacji szkolnej, dostarcza nam badanie PolSenior (rysunek 5). Poziom wykształcenia jest wyznacznikiem umiejętności korzystania z szeregu udogodnień, jakie oferuje współczesna technika – osoby bardzo stare w zdecydowanej większości z nich nie korzystają.

TABELA 5. Wykształcenie osób bardzo starych wg NSP 2002 (udział osób o danym poziomie wykształcenia na 1000 osób w danym wieku i o danej płci)

Wiek	Wyższe	Policealne	Średnie zawodowe	Średnie ogólnokształcące	Zasadnicze zawodowe	Podstawowe ukończone	Podstawowe nieukończone i bez wykształcenia szkolnego	Nieustalone
Mężczyźni								
80–84	69	6	101	49	102	505	150	14
85–89	59	8	83	43	98	491	195	19
90–94	66	6	73	41	93	446	240	31
95 lat i więcej	64	6	65	35	72	403	277	74
Kobiety								
80–84	17	8	50	67	38	601	197	17
85–89	17	9	44	59	31	555	256	24
90–94	19	9	38	58	23	502	312	35
95 lat i więcej	16	10	32	59	18	447	355	60

Źródło: obliczenia własne na podstawie [GUS 2003:162–165].

RYSUNEK 5. Średni okres pobierania nauki (w latach) według grupy wieku (dane z 2010 r.)



Źródło: obliczenia własne na podstawie bazy danych PolSenior.

Poziom wykształcenia kształtuje się pod wpływem czynnika kohortowego. Okres, w którym przyszło się na świat, określa dostępną ścieżkę edukacyjną. Pamiętać bowiem należy, iż dopiero w międzywojniu upowszechniło się na ziemiach polskich wykształcenie podstawowe, lata 50. przyniosły rozwój szkolnictwa zawodowego, lata 60. – szkolnictwa średniego, zaś dopiero w latach 90. nastąpił wzrost dostępności szkół wyższych. Tym samym okres, w którym przyszło się na świat, określał realne możliwości skorzystania z dostępnej przestrzeni i finansowo edukacji.

Ludzie bardzo starzy to osoby o dużych problemach zdrowotnych – NSP’2002 wykazał, iż 48,4% mężczyzn w tym wieku i 48,8% kobiet określało się jako osoby niepełnosprawne, niepotrafiące wykonywać samodzielnie podstawowych czynności dnia codziennego. Z kolei według NSP’2011 niepełnosprawność deklarowało jedynie 44,1% [GUS 2013:187]. 25% niepełnosprawnych sędziwych starców w Polsce to osoby odczuwające całkowitą niepełnosprawność. Nieco wyższy poziom tej kategorii znajdujemy w zbiorowości kobiet – co związane jest z wyższym odsetkiem jednostek mających przynajmniej 85 lat. Generalnie widoczny jest wyraźny związek z wiekiem – im starsze jednostki, tym wyższa frakcja osób deklarujących całkowitą niepełnosprawność kosztem zmniejszającej się części nieodczuwającej ograniczeń sprawności.

Z niepełnosprawnością współwystępuje inne zjawisko typowe dla osób bardzo starych – wielochorobowość, czyli współwystępowanie kilku przewlekłych chorób [Wieczorkowska-Tobis 2011]. Jest to zazwyczaj rezultat tzw. efektu domina, oznaczającego, iż uszkodzenie/choroba jednego narządu u osób bardzo starych, odznaczających się brakiem rezerw fizjologicznych, często pociąga za sobą lawinowe narastanie uszkodzeń/chorób innych narządów. Wielochorobowość nie tylko wyraźnie ogranicza jakość życia i samodzielność sędziwych starców, lecz dodatkowo jest skomplikowana w leczeniu zarówno z uwagi na synergizm problemów zdrowotnych, jak i trudność ustalenia rezultatów interakcji pomiędzy sposobami leczenia, zwłaszcza między lekami. Wielolekowość (czyli jednoczesne pobieranie przynajmniej 5 leków) dotyczy 75% osób w wieku 80 lat i więcej w Polsce [Rajska-Neumann i wsp. 2012:387] i wraz z wielochorobowością tworzy „spirale chorób i terapii”, czyli sytuację, gdy każda kolejna choroba wymaga wizyty u lekarza specjalisty, zaś stosowanie kolejnych leków zwiększa prawdopodobieństwo efektów ubocznych prowadzących do nowych problemów zdrowotnych.

Przedstawione powyżej dane jednoznacznie wskazują na splot niekorzystnych czynników, przekładających się na potencjalne występowanie problemów takich jak samotność i osamotnienie, zamieszkiwanie w jednoosobowych gospo-

darstwach domowych, problemy zdrowotne, niemożność pełnego uczestnictwa w życiu społecznym z uwagi na uwarunkowany niskim wykształceniem dostęp do nowoczesnych technologii komunikacji i łączności.

OSOBY BARDZO STARE W PRZYSZŁOŚCI

W nadchodzących latach spodziewany jest dalszy, bardzo szybki wzrost liczby osób bardzo starych w Polsce (tabela 6). Dziać się tak będzie zarówno pod wpływem dalszego ograniczania umieralności, jak i – po roku 2025 – pod wpływem dochodzenia do wieku 80 lat licznych generacji urodzonych w pierwszych powojennych kilkunastu latach, czyli tzw. powojennego baby boomu.

TABELA 6. Liczba i udział ludzi bardzo starych w Polsce w latach 2010–2035 według prognozy GUS z 2008 r.

Rok	2010	2015	2020	2025	2030	2035
Liczba (w tys.)	1327	1488	1566	1537	2005	2574
Odsetek ludności ogółem	3,5	3,9	4,1	4,1	5,5	7,2

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych GUS, <<http://demografia.stat.gov.pl/baza-demografia/Prognoza.aspx>>.

Jednocześnie wzrastać będzie względna waga populacji osób bardzo starych – choć ich liczba wzrośnie mniej niż dwukrotnie wskutek przewidywanego spadku liczebności populacji Polski, udział w ogóle ludności wzrośnie ponad dwukrotnie z 3,5% w 2010 r. do 7,2% w roku 2035. Przedstawione powyżej wielkości bezwzględne i względne zapewne w rzeczywistości będą wyższe. Ostatnie lata przynosiły bowiem ograniczenie umieralności zdecydowanie wyższe niż to przyjęte w założeniach projekcji GUS z 2008 r.⁵, które przede wszystkim oddziałuje na liczbę osób dożywających zaawansowanego wieku.

Zmianie ulegać będzie również struktura wieku badanej subpopulacji (tab. 7).

Generalnie zmniejszać ma się rola najmłodszej – pięcioletniej – grupy wieku, rosnąć zaś ma znaczenie podgrup najstarszych, aczkolwiek czasami będą występować zmiany w odwrotnym kierunku, zgodnie z prezentowaną wcześniej logiką długookresowego oddziaływania zdarzeń nadzwyczajnych. W tym przypadku widoczny po roku 2025 wzrost odsetka najmłodszych sędziwych starców

⁵ Przykładowo, odnotowane w roku 2012 trwanie życia noworodka jest wyższe w przypadku mężczyzn od tego założonego dla roku 2015, zaś w przypadku kobiet od wielkości przyjętej dla roku 2020.

będzie jedynie pochodną II wojny światowej. W rzeczywistości oczekiwać należy jeszcze szybszego zwiększania się frakcji osób najstarszych. Wspomniana wyżej, szybsza niż wynikałoby to z założeń projekcji ludnościowej, redukcja umieralności owocuje tym większym wpływem na wzrost dożywających, im odnosi się do wyższego wieku.

TABELA 7. Struktura zbiorowości osób bardzo starych w latach 2010–2035 (jako % ogółu osób w wieku 80+)

Rok	Wiek				
	80–84	85–89	90–94	95–99	100+
2010	60,5	29,9	7,6	1,8	0,2
2015	55,1	31,5	11,4	1,8	0,2
2020	52,0	31,3	13,2	3,1	0,3
2025	48,4	32,5	14,5	4,0	0,5
2030	61,0	23,3	11,7	3,5	0,6
2035	57,1	30,5	8,8	3,0	0,6

Źródło: Prognoza GUS na lata 2008–2035, <<http://demografia.stat.gov.pl/bazademografia/Prognoza.aspx>>.

Utrzymywać się będą przy tym znaczące przestrzenne różnice w poziomie zaawansowanej starości – w roku 2010 województwami o najwyższym udziale osób bardzo starych były podlaskie i świętokrzyskie (po 4,1%), podczas gdy „najmłodsze” były pomorskie i wielkopolskie (po 3%). Czwierć wieku później, w roku 2035 maksimum osiągnięte zostanie w województwie świętokrzyskim (8,2%), a minimum w wielkopolskim i małopolskim (6,5%).

Generalnie, w skali całego kraju, nastąpi znaczące zwiększenie się liczby osób bardzo starych, zaś w wypadku mniejszych jednostek administracyjnych znaleźć będzie można przykłady gmin, w których odsetek osób w wieku 80+ lub w wieku 80 lat i więcej osiągnie poziom kilkunastu procent. Obszary te zlokalizowane będą przede wszystkim na terenach odznaczających się w ostatnich kilku dekadach dużym odpływem młodej ludności, przede wszystkim na tzw. ścianie wschodniej.

STULATKOWIE

Chwilę dłużej chciałbym się zatrzymać przy specyficznej podzbiorowości osób bardzo starych, jaką są stulatkowie. W całej historii ludzkości widoczne było zainteresowanie, czy wręcz urzeczenie, jednostkami osiągającymi bardzo zaawansowany wiek. Łatwość posługiwania się „krągłymi” liczbami oraz ich

swoista magia sprawiły, iż szczególna rola przypadła jednostkom przekraczającym próg stu lat. W niniejszym tekście chciałbym skupić się na tej subpopulacji, stanowi ona bowiem z jednej strony znakomity przykład przebiegu podwójnego starzenia się ludności, z drugiej strony zaś badacze przyszłości mówią o spodziewanej w perspektywie najbliższych dekad „eksplozji stulatków”, niezwykle dynamicznym wzroście liczby tych ekstremalnie starych jednostek.

Dla Polski porównywalne dane – odnoszące się do długiego okresu – przedstawione są w tabeli 8. Analizując je, pamiętać musimy o zawyżaniu w przeszłości liczby osób sędziwych. Nieprawidłowości odnośnie do deklarowanego wieku występowały wśród osób mających 80 i więcej lat jeszcze w spisie z 1960 r., zatem w zasadzie jedynie wielkości począwszy od roku 1970 uznać możemy za wiarygodne⁶. Podejrzewać należy, iż skala nieprawdziwych deklaracji rosła wraz z wiekiem, stąd też w najwyższym stopniu dotykała osoby stuletnie.

TABELA 8. Polscy stulatkowie w latach 1921–2012

Rok	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Współczynnik feminizacji (na 100 mężczyzn)	Na 1 mln mieszkańców	Współczynnik urbanizacji
1921	2560	1111	1449	130	94,2	13,0
1931	2617	1160	1457	126	82,0	21,7
1950	320	94	226	240	12,7	24,6
1960	432	74	358	484	14,5	30,0
1970	330	68	262	385	10,1	43,6
1978	424	85	339	399	12,1	50,4
1988	1564	363	1201	331	41,3	56,3
2002	1541	326	1215	373	40,3	64,8
2011*	3100	700	2500	357	80,5	67,7
2012**	3786	720	3066	426	98,3	67,9

Źródło: Dane spisowe, *publikowane wyniki NSP 2011 posługiwały się jedynie wielkościami zaokrąglonymi do pełnych setek osób; **dla roku 2012 dane z ewidencji bieżącej na 31.12.2012.

W porównaniu z latami 20. i 30. odnotowana w okresie powojennym liczba stulatków wydaje się – poza wielkością dla ostatnich lat – skromna. Pamiętać jednak musimy o dużym obciążeniu błędem zawyżania wieku występującym przed wojną⁷. Począwszy od spisu z roku 1970, mamy do czynienia ze stałym

⁶ Jeszcze na początku XXI w., w trakcie badania polskich stulatków PolStu2001 znaczący odsetek odwiedzanych rzekomo stuletnich mężczyzn okazywał się po weryfikacji danych – przede wszystkim próbie rekonstrukcji ścieżki życia i biografii jednostki – zawyżać swój wiek [Mossakowska, Jaszczak 2006].

⁷ O jej skali najlepiej świadczy fakt, iż według E. Vielrose’a [1963] liczba osób w wieku 100 i więcej lat w roku 1950 była zawyżona dwukrotnie. Zwróćmy również uwagę, iż występu-

rozrostem interesującej nas populacji, której wielkość obecna (tj. w roku 2012) szacowana jest na prawie cztery tysiące osób. Niestety, dostępne dane nie pozwalają na dokładniejsze przeanalizowanie wieku osób w interesującej nas populacji.

Wraz z upływem czasu zwiększa się odsetek polskich stulatków zamieszkujących w miastach, aczkolwiek aż do początku XXI w. był on niższy od współczynników urbanizacji odnotowywanych w danym okresie. W pewnym stopniu ów wzrost jest spowodowany zmianą miejsca zamieszkiwania na tzw. stare lata – przenoszeniem się do dzieci, które wyemigrowały do miasta. Podejrzewać bowiem należałoby, iż – przy relatywnie niewielkich różnicach poziomu umieralności osób w zaawansowanym wieku między miastami a wsią – ze względu na nikłą mobilność przestrzenną osób po 50. roku życia współczynnik ten powinien w większym stopniu odzwierciedlać proporcję osób zamieszkujących obszary miejskie i wiejskie kilkadziesiąt lat wcześniej.

Polscy stulatkowie jedynie w roku 1960 charakteryzowali się współczynnikiem feminizacji porównywalnym do tego odnoszącego się do krajów europejskich o wiarygodnych statystykach ludności. W pozostałych latach spisowych poziom feminizacji tej grupy wieku był znacznie niższy. Może to wynikać bądź z wyższej częstości zawiązania wieku przez mężczyzn, bądź z niższej nadumieralności polskich sędziwych mężczyzn⁸.

W najbliższych dekadach spodziewany jest dalszy wzrost liczby stulatków. To z jednej strony rezultat wzrostu prawdopodobieństwa przeżycia w okresie wczesnej, a zwłaszcza zaawansowanej starości, z drugiej strony zaś czynnika kohortowego – dochodzenia do tak zaawansowanego wieku przez coraz liczniejsze generacje urodzone zwłaszcza w pierwszej połowie lat 20. W rezultacie najnowsza prognoza demograficzna GUS, opracowana w roku 2008, mówi o liczbie 3330 stulatków w roku 2015, 8227 w roku 2025 i 14666 w roku 2035. W rzeczywistości – z uwagi na fakt, iż redukcja umieralności przebiega w ostatnich latach w Polsce szybciej, niż mówiły o tym założenia przywołanej prognozy, a w jeszcze większym stopniu obniżała się umieralność wśród osób najstarszych – oczekiwać należy jeszcze wyższych liczb. Zwróćmy bowiem uwagę, iż odnotowana na koniec roku 2012 populacja stulatków (3786 osób) była wyższa nie tylko od

jąca w okresie międzywojennym liczba stulatków w przeliczeniu na 1 milion mieszkańców jest znacznie wyższa od odpowiednich wielkości osiąganych jeszcze na początku lat 90. w państwach europejskich o najwyższym poziomie rozwoju i najniższej umieralności.

⁸ Za tym wyjaśnieniem przemawia fakt, iż na przełomie XX i XXI w. polskie tablice trwania życia wskazywały na występowanie wśród dziewięćdziesięciokilkulatków tzw. *mortality crossover*, tj. punktu przecięcia się intensywności zgonów kobiet i mężczyzn [Szukalski 2006]. Jednakże, począwszy od roku 2005, sytuacja taka już nie występuje.

tej przewidywanej w prognozie (3015), lecz także od wielkości przewidywanej dla roku 2019 (3686).

SPECYFICZNE POTRZEBY OSÓB BARDZO STARYCH

Problematyka poruszana w niniejszym tekście samoistnie wskazuje, iż wzrost zbiorowości osób w czwartym wieku ma duże znaczenie dla sprawnego funkcjonowania społeczeństwa, przede wszystkim z uwagi na konieczność zaspokojenia potrzeb tej subpopulacji. Osoby bardzo stare mają bardzo specyficzne potrzeby zdrowotne, opiekuńcze i pielęgnacyjne, co wynika przede wszystkim z dużej intensywności owych potrzeb i ich trwałości. Według najnowszego badania PolSenior aż 48,6% osób w wieku 80–84 potrzebuje pomocy ze strony innych, dzieje się tak również w wypadku 62,5% jednostek w wieku 85–89 oraz 80,4% osób w wieku 90 lat i więcej [Błędowski 2012:454].

Zatem subpopulacja ta charakteryzuje się dużymi deficytami zdrowotnymi i sprawnościowymi, które mają charakter trwałe. Co więcej, niski poziom wykształcenia i braki odpowiednich zasobów materialnych, kompetencji kognitywnych i technicznych sprawiają, iż ludzie bardzo starzy są w słabym stopniu skłonni korzystać z osiągalnych „protez cywilizacyjnych”. Terminem tym określa się wszelkie dostępne udogodnienia techniczne i organizacyjne, służące kompensacji trwale utraconych zdolności do samodzielnego funkcjonowania. Przykładem „protezy cywilizacyjnej” są zatem nie tylko typowe udogodnienia rekompensujące utratę zdolności widzenia (okulary) czy słyszenia (aparat słuchowy), lecz także windy, centralne ogrzewanie, kuchenki mikrofalowe, Internet, itp. W każdym przypadku skorzystanie z dostępnego udogodnienia wymaga jako warunku wstępnego wiedzy na temat takiej możliwości, co w zbiorowości osób bardzo starych – zwłaszcza gdy chodzi o nowinki techniczne – wymaga bycia poinformowanym i przekonanym do zastosowania przez pomocną osobę.

Inną ważną kwestią związaną ze specyfiką potrzeb osób starszych jest ich „spetryfikowana” w dwojaki sposób struktura. Po pierwsze, nasilenie potrzeb konsumpcyjnych – w tym i konsumpcji usług społecznych – jest relatywnie niskie, odzwierciedla niski poziom życia osiąganego przez dużą jego część przebiegającą w warunkach wojny, powojennej odbudowy kraju i pierwszych siermiężnych dekad PRL. Widać to świetnie w np. niewielkich oczekiwaniach wobec usług społecznych, co przejawia się wśród osób w czwartym wieku najwyższym poziomem satysfakcji z publicznej opieki medycznej [Tobiasz-Adamczyk i wsp. 2012]. W wypadku usług społecznych czynnikiem zniechęcającym do korzystania

z nich jest wpojone na wcześniejszych etapach życia przekonanie, iż zaspokajanie codziennych potrzeb osób starszych to zadanie rodziny, nie zaś instytucji publicznych, a także wstyd przed upublicznieniem niemożności polegania na swej rodzinie jako źródle wsparcia. Drugi sposób „petryfikacji” przejawia się tym, że potrzeby te odzwierciedlają preferencje konsumpcyjne typowe dla ludności sprzed kilku dekad, zdecydowanie słabiej akcentując zapotrzebowanie na produkty i usługi, które pojawiły się na rynku w trakcie ostatnich 2–3 dekad.

Dodatkowo specyfika potrzeb osób starszych przejawia się w konieczności uwzględniania w kontaktach z sędziwymi starcami często występujących problemów z komunikowaniem. Tym samym pojawia się potrzeba przygotowania lekarzy, pielęgniarek, pracowników usług społecznych na kontakt z posiadającymi owe specyficzne potrzeby sędziwymi klientami w sytuacji, gdy szybki wzrost liczby sędziwych starców w przyszłości jest pewny. Owo przygotowanie musi mieć charakter multidyscyplinarny, zgodnie z duchem gerontologii społecznej, która – będąc nauką przede wszystkim stosowaną – czerpie przykłady dobrych praktyk z innych dyscyplin, psychologii, medycyny społecznej, geriatrii, socjologii, polityki społecznej, pedagogiki.

Zaznaczyć należy, iż choć enumeracja czekających nas w przyszłości problemów społecznych i ekonomicznych związanych z zaspokajaniem potrzeb rosnącej populacji sędziwych starców jest generalnie łatwa do przeprowadzenia, to skala konkretnych, szczegółowych problemów związanych z rozrostem tej populacji, a zwłaszcza z masowym dożywaniem do wieku ekstremalnie wysokiego (90 czy 100 lat) – wobec braku wcześniejszych doświadczeń jakiegokolwiek kraju z konsekwencjami takiego procesu – trudna jest do precyzyjnego określenia. Dopiero bowiem relatywnie niedawno zaczęto prowadzić wnikliwe badania tej populacji (np. znakomite berlińskie BASE [Baltes, Mayer 1999] czy polski PolSenior) pod kątem wykorzystania otrzymanej wiedzy w projektowaniu metod zaspokajania potrzeb tej rozrastającej się populacji.

PODSUMOWANIE

Osoby bardzo stare przez lata znajdowały się na marginesie zainteresowania zarówno decydentów, jak i badaczy zjawisk społecznych. Względna rzadkość występowania, a przede wszystkim ich „niewidoczność”, związana ze słabym uczestnictwem w życiu społecznym, dobrowolnym lub wymuszonym zamykaniem się w czterech ścianach własnego mieszkania, w warunkach „wrzucania do jednego worka” wszystkich seniorów były głównymi przyczynami takiego stanu

rzeczy. Dziś jesteśmy coraz bardziej świadomi następujących i przyszłych zmian demograficznych, a jednocześnie gromadzimy coraz więcej wiedzy o specyfice „czwartego wieku”. Wiedza ta jednak w słabym stopniu przekształca się w działania. Tymczasem już dziś potrzebna jest refleksja na planem przyszłej polityki wobec „czwartego wieku” – planem, którego zarysy znaleźć można w polskojęzycznej literaturze [zob. szerzej Szatur-Jaworska 2000:180–182].

Najważniejszym elementem takiego planu działania jest kwestia zapewnienia odpowiedniego wsparcia publicznego. Podział kompetencji pomiędzy instytucjami publicznymi sprawia, iż za usługi opiekuńcze odpowiadają głównie samorządy lokalne. Taki podział kompetencji w warunkach, gdy niektóre obszary kraju o niskiej atrakcyjności gospodarczej w sytuacji niskiej płodności charakteryzować się będą w przyszłości stałym odpływem ludności młodej, doprowadzi zapewne do sytuacji, gdy niektóre powiaty, a zwłaszcza niektóre gminy, nie będą w stanie unieść na swych barkach ustawowych zobowiązań. Stąd też niezbędne jest opracowanie środków zaradczych takiej sytuacji prowadzącej do pogłębiających się terytorialnych nierówności w dostępie do opieki – na obszarach, gdzie występuje relatywnie dużo ludzi młodych (a zatem starcy tam zamieszkujący mają wyższą szansę kontaktu z zamieszkującymi blisko krewnymi, a stąd też większe grono potencjalnych opiekunów nieformalnych) – jednostki publiczne będą w stanie lepiej realizować swe zadania opiekuńcze.

Bezpośrednio związane z tym problemem są: kwestia przyszłości rodziny, jakości więzów w jej ramach i jej zdolności do dbałości o swych nesterów. Pomiedzy jakością relacji rodzinnych a zadaniami sektora publicznego istnieje bowiem ścisły związek – niższa jakość więzi wewnątrzrodzinnej oznacza bowiem większy zakres obowiązków podmiotów publicznych. Tymczasem duże zaangażowanie członków rodziny – w sytuacji dużej skali problemów związanych ze zdrowiem i samodzielnością – staje się kluczowym zagadnieniem dla zapewnienia osobom w „czwartym wieku” możliwości godnego życia.

BIBLIOGRAFIA

- Baltes P.B., Mayer K.U. (eds.) [1999], *The Berlin aging study. Aging from 70 to 100*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Błądowski P. [2012], *Potrzeby opiekuńcze osób starszych*, [w:] M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błądowski (red.), *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, Termedia, Warszawa, s. 449–466.
- GUS (2003), *NSP'2002. Ludność. Stan i struktura demograficzno-społeczna*, ZWS GUS, Warszawa.

- GUS [2012], *Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2011. Raport z wyników*, ZWS GUS, Warszawa.
- GUS [2013], *Rocznik Demograficzny 2013*, ZWS GUS, Warszawa.
- Kannisto V. [1996], *The advancing frontier of surviving*, „Odense Monographs on Population Aging”, 3, Odense University Press, Odense.
- Mossakowska M., Jaszczak B. [2006], *Ile lat ma polski stulatek*, [w:] J.T. Kowaleski., P. Szukalski (red.), *Starość i starzenie się jako doświadczenie jednostek i zbiorowości ludzkich*, ZD UŁ, Łódź, s. 351–354.
- Rajaska-Neumann A., Wieczorkowska-Tobis K., Mossakowska M., Skalska A., Ślusarczyk P., Świech M., Grodzicki T. [2012], *Farmakoterapia u osób starszych w Polsce*, [w:] M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski (red.), *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, Termedia, Warszawa, s. 379–390.
- Siegel J.S. [2012], *The demography and epidemiology of human health and aging*, Springer, Dordrecht.
- Silver C.B. [2003], *Gendered identities in old age: Toward (de)gendering?*, „Journal of Aging Studies”, t. 17, s. 379–397.
- Suzman R.M., Manton K.G., Willis D.P. [1992], *Introducing the oldest old*, [w:] R.M. Suzman, D.P. Willis, K.G. Manton (eds.), *The oldest old*, Oxford University Press, Oxford–New York, s. 3–14.
- Szatur-Jaworska B. [2000], *Ludzie starzy i starość w polityce społecznej*, OW ASPRA-JR, Warszawa.
- Szatur-Jaworska B. [2012], *Sytuacja rodzinna i więzi rodzinne ludzi starych i osób na przedpolu starości*, [w:] M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski (red.), *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, Termedia, Warszawa, s. 419–448.
- Szukalski P. [2004], *Osoby bardzo stare w Polsce i w krajach Unii Europejskiej – przeszłość, teraźniejszość, przyszłość*, „Prace Instytutu Ekonometrii i Statystyki UŁ”, nr 142.
- Szukalski P. [2006], *Populacja osób bardzo starych w społeczeństwie polskim – stan obecny i perspektywy*, [w:] J.T. Kowaleski (red.), *Ludzie starzy w polskim społeczeństwie w pierwszych dekadach XXI wieku*, Wyd. UŁ, Łódź, s. 115–150.
- Szukalski P. [2006a], *Status rodzinny najstarszych łodzian a ich gotowość do korzystania z oferty domów pomocy społecznej*, [w:] J. Krzyszkowski, K. Piątek (red.), *Rozwiązywanie problemów i kwestii społecznych w teorii i praktyce. Z doświadczeń krajowych i europejskich*, OKSPiS, Częstochowa, s. 105–116.
- Szukalski P. [2008], *Proces starzenia się ludności – wpływ długookresowych przemian umieralności*, „Wiadomości Statystyczne”, nr 2, s. 50–60 oraz s. IV okładki.
- Szukalski P. [2008a], *Rodzinne sieci wsparcia seniorów w starzejących się społeczeństwach – kilka refleksji*, [w:] J. Grotowska-Leder (red.), *Sieci wsparcia społecznego jako przejaw integracji i dezintegracji społecznej*, Wyd. UŁ, Łódź, s. 28–43.
- Szukalski P. [2010], *Składowe zmiany trwania życia według grup wieku w Polsce w latach 1950–2008*, „Przegląd Epidemiologiczny”, t. 64, nr 3, s. 425–430.
- Tobiasz-Adamczyk B., Gałaś A., Brzyski P., Błędowski P., Grodzicki T. [2012], *Dostępność i poziom satysfakcji z opieki medycznej*, [w:] M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski (red.), *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, Termedia, Warszawa, s. 467–494.

- Vielrose E. [1963], *Osoby stuletnie w spisie ludności 1950 r.*, „Studia Demograficzne”, nr 2, s. 87–92.
- Wieczorowska-Tobis K. [2011], *Specyfika pacjenta starszego*, [w:] K. Wieczorowska-Tobis, T. Kostka, A.M. Borowicz (red.), *Fizjoterapia w geriatrici*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, s. 18–27.

Piotr Szukalski

„THE FOURTH AGE” PEOPLE IN CONTEMPORARY POLAND

Abstract

Population ageing is a demographic phenomenon described as one with dual character – increase in number and percentage of older people is accompanied by very rapid increase in numbers of people aged 80 and more. The article is to present reasons, progress, and long-term consequences of the increase in numbers of the oldest old in Poland. Special attention will be paid to presentation basic socio-demographic characteristics of the subpopulation – with focus on centenarians – due to specificity of needs of the population under study.

Key words: the oldest old, longevity, population ageing, Poland, 20th–21st century

PIOTR CZEKANOWSKI
Uniwersytet Gdański*

PROCES STARZENIA SIĘ SPOŁECZEŃSTW A SYTUACJA RODZINNA LUDZI STARYCH

Streszczenie

Artykuł poświęcony jest problematyce postępującego starzenia się współczesnych społeczeństw oraz wpływowi tego procesu na życie rodzinne ludzi starych. W części pierwszej zostały pokrótce omówione przyczyny i cechy charakterystyczne procesu starzenia się ludności w wymiarze demograficznym w odniesieniu do Europy i – szczególnie – Polski, takie jak: przeciętna długość życia, współczynnik feminizacji, odsetek osób starych (65 plus) w strukturze ogółu ludności. W tej części tekstu zaprezentowano również dynamikę omawianych zmian, z uwzględnieniem dwóch prognoz ludności: do roku 2035 i do roku 2060. Na tle przemian demograficznych w części drugiej zobrazowane zostały – m.in. na podstawie wyników trzech badań ogólnopolskich – zmiany w życiu rodzinnym ludzi starych zachodzące na przestrzeni ostatnich kilkadziesiąt lat. Odnoszą się do: wielkości, modelu i struktury rodziny, relacji międzypokoleniowych, „intymności na dystans”, osamotnienia, pomocy w rodzinie, podejścia do osób chorych i umierających, ról odgrywanych przez osoby stare w rodzinie, znaczenia rówieśników). Ponieważ wiedza na temat funkcjonowania ludzi starych w społeczeństwie obecnie szybko się dezaktualizuje, w zakończeniu artykułu zwrócono uwagę na niedostatek – zwłaszcza socjologicznych – badań poświęconych osobom starszym oraz na potrzebę rozwoju w naszym kraju socjologii starości.

Słowa kluczowe: starzenie ludności, starzenie społeczeństw, ludzie starzy, zmiany w życiu rodzinnym, relacje międzypokoleniowe, pomoc w rodzinie, badania gerontologiczne, socjologia starości

* Zakład Socjologii Stosowanej, e-mail: socps@iniv.gda.pl

DYNAMIKA ZMIAN LUDNOŚCIOWYCH I SPOŁECZNYCH

We współczesnym świecie obserwujemy dynamicznie postępujące zmiany demograficzne wyrażające się zarówno ogólnym przyrostem ludności całego globu, jak i postępującym starzeniem się światowej populacji. Ze względu na tematykę tego artykułu przyjrzymy się jedynie drugiemu z zasygnalizowanych procesów, czyli postępującemu demograficznemu starzeniu się ludności. Proces starzenia się ludności, niezależnie od sposobu jego opisywania czy pomiaru, wyraża się wzrostem proporcji ludzi starych w społeczeństwie [Rosset 1959: 3], stąd też część przedstawicieli nauk społecznych wspomina o „siwiejącej” populacji [Giddens 2005: 185] czy „siwiejących pokoleniach” [Stuart-Hamilton 2006: 14]. Jak podkreśla ostatni z cytowanych autorów, starzenie się ludności nie jest zjawiskiem nowym, ale dopiero w XX w. stało się powszechne [Stuart-Hamilton 2006: 13]. Na nasilenie procesu starzenia się populacji w Europie, jaki dał się zauważyć zwłaszcza w drugiej połowie XX w., a który ma postępować jeszcze szybciej w najbliższych dekadach XXI w., złożyło się wiele czynników. Wśród tych najistotniejszych zazwyczaj wymienia się trzy, a mianowicie: spadek liczby urodzeń, spadek liczby zgonów (wzrost średniej długości życia) oraz liczbę i strukturę demograficzną migrantów, czyli wędrowni ludności [Rosset 1959: 592–593; Turnowiecki 2006: 14–15; Sobczak 2006: 21–23]. O tym, że także w nadchodzących dekadach społeczeństwa europejskie będą się starzeć w szybkim tempie, przekonują nas dane z prognozy liczby ludności prezentowane w publikacjach Eurostatu¹, według której do roku 2060 ludność 27 krajów unijnych mająca 65 i więcej lat stanowić będzie blisko 30% całej populacji UE, a odsetek ludności najstarszej (80 plus) osiągnie w tymże roku poziom 12%.

Podobne tendencje demograficzne do zasygnalizowanych powyżej zauważymy również w Polsce, gdyż na przyspieszone starzenie się polskiej populacji wpływają te same czynniki, które wymieniono wcześniej, czyli spadek liczby urodzeń, przedłużanie się średniej długości życia oraz saldo migracji. Pierwszy z tych czynników, czyli zmniejszenie liczby urodzeń, w decydującym stopniu wpływa na strukturę ludności według wieku. Spadek ten w dużej mierze spowodowany jest zmianami w modelu rodziny. Znajdują one swój wyraz na przykład w odejściu od modelu rodzin wielodzietnych czy w tym, że kobiety decydują się rodzić dzieci w bardziej zaawansowanym wieku, co powoduje, że w społeczeństwie relatywnie zwiększa się liczba ludzi starszych. Za przykładową ilustrację tych tendencji mogą posłużyć zmiany w kształcie tzw. piramidy

¹ Zob. np. Population projections, s. 4.

wieku². Współczesne skutki wymienionych tendencji demograficznych w Polsce czytelnie obrazuje piramida z 2012 r.³, która ma bardzo nieregularne kształty. Zwróćmy uwagę na to, że – uogólniając – w Polsce dominują obecnie roczniki osób w wieku produkcyjnym, z wyraźnie już jednak zarysowaną zbiorowością ludzi najstarszych (95 plus, oraz przy coraz mniej licznych rocznikach ludzi młodych (kilkunastoletnich), w tym i rocznika najmłodszego.

Chociaż obecnie jesteśmy jednym z najmłodszych demograficznie społeczeństw w Europie, to jednak – jak wynika z zacytowanej już prognozy Eurostatu⁴ – odsetek osób mających 65 lat i więcej ma osiągnąć w strukturze ludności naszego kraju w roku 2060 poziom blisko 35% (a więc będzie wyższy od średniej dla 27 państw UE o 5 p.p.), zaś odsetek osób w wieku 80 plus ma przekroczyć próg 12%. Gdyby te przewidywania się sprawdziły, to w szóstej dekadzie XXI w., odsetek starych Polaków (65 plus) – obok odsetka równie zaawansowanych wiekiem Łotyszów – byłby najwyższy, biorąc pod uwagę strukturę ludności wszystkich krajów w całej Europie.

Żeby uchwycić wzrastającą już od pewnego czasu, a szczególnie zapowiadaną w nieodległej przyszłości, dynamikę procesu starzenia się ludności w Polsce, nie trzeba odwoływać się wcale do aż tak odległej perspektywy czasowej, jaką jest druga połowa XXI w. Wystarczy, że weźmiemy pod uwagę horyzont czasowy przyjęty w polskiej prognozie ludnościowej z 2008 r., czyli rok 2035⁵. Według zawartych w tej prognozie wyliczeń w ciągu najbliższych dwudziestu paru lat odsetek ludzi starych (65 plus) w naszym kraju z obecnego poziomu sięgającego blisko 14%⁶ w odniesieniu do ogółu ludności wzrośnie do poziomu ponad 23% (a osób 80-letnich i starszych – z niespełna 4% do ponad 7%). Gdy spojrzymy na wartości bezwzględne obrazujące zwiększanie się liczby zaawansowanych wiekiem Polaków w najbliższych dekadach, to wartości kryjące się za niekiedy niezbyt dużymi odsetkami, nabierają innego, bardziej konkretnego wymiaru. Dopiero wówczas uświadomimy sobie, że liczba osób starych w Polsce przyrastać

² Współcześnie, głównie ze względu na spadek poziomu dzietności rodzin i dłuższą przeciętną długość życia, określenie piramida wieku zaczyna być czysto umowne ze względu na zmianę w kształcie jej graficznego odwzorowania. Zasygnalizowane w artykule tendencje demograficzne mogą w przyszłości doprowadzić do tego, że piramida wieku, odzwierciedlająca strukturę ludności, zatraci całkowicie swój pierwotny kształt, gdyż będzie ją trzeba odwrócić i postawić na jej własnym wierzchołku.

³ Zob. wykres „Ludność według płci i wieku w 2012 r. Stan w dniu 30 VI” [Mały Rocznik Statystyczny Polski 2013: 118].

⁴ Population projections..., s. 4.

⁵ Prognoza ludności na lata 2008–2035... 2009: 219.

⁶ Jeszcze w drugiej połowie lat 60. XX w. odsetek ten wynosił 7% [Piotrowski 1973: 31].

będzie w najbliższych latach w milionach, chociaż nie należy tego wzrostu – korzystając z analizy dokonanej przez P. Szukalskiego [2006: 6–10] – traktować w kategoriach apokalipsy.

Zwróćmy obecnie uwagę na drugi z podstawowych czynników warunkujących proces starzenia się ludności, a mianowicie spadek ogólnej liczby zgonów. Starzenie się ludności nie wynika jedynie z samego faktu spadku tej liczby zgonów [Rosset 1959: 592; Sobczak 2006: 22], ale jest również efektem przesunięcia wieku zgonów na okres późnej starości [Pędich 2000: 61–62]. Biorąc pod uwagę ten czynnik, wystarczy wspomnieć, że w okresie blisko 60 lat, czyli od początku lat 50. ubiegłego stulecia do końca pierwszej dekady XXI w. przeciętne dalsze trwanie życia⁷ mężczyzn w Polsce wzrosło o ponad 15 lat (z 56,1 do 71,3 lat), a kobiet o ponad 18 lat (z 61,7 do 80,0 lat)⁸. Tendencja ta ma utrzymać się również w przyszłości, gdyż w ostatnim roku uwzględnionym w aktualnej prognozie ludności dla naszego kraju, czyli w roku 2035, wskaźnik długości życia ma osiągnąć dla mężczyzn wartość 77 lat, a dla kobiet blisko 83 lat⁹. Postępujące wydłużenie się życia, przyrastające w szybszym tempie, zwłaszcza w ostatnich dwóch dekadach, wynika ze zmniejszonego natężenia zgonów. Spadek ten można potraktować jako efekt nie tylko rozwoju medycyny (nowe technologie, nowoczesna diagnostyka), lecz także polepszenia kondycji zdrowotnej Polaków. Ta kondycja uległa poprawie w wyniku szeroko propagowanego od początku lat 90. XX w. prozdrowotnego stylu życia, polegającego na zmianie sposobu odżywiania, ograniczaniu palenia itp.¹⁰. Mimo tych korzystnych zmian w wydłużaniu przeciętnego trwania życia Polska pod koniec pierwszej dekady XXI w. nadal wypada niekorzystnie na tle najbardziej rozwiniętych krajów europejskich. Zauważmy, że wiek dożywania polskich mężczyzn jest krótszy o około 8 lat, a polskich kobiet o 4–5 lat w porównaniu z długością życia przedstawicieli obu płci w takich krajach¹¹.

Znana powszechnie tendencja wskazująca na występowanie w populacji poszczególnych krajów zdecydowanie większego odsetka zaawansowanych wiekiem kobiet niż mężczyzn, a będąca efektem dłuższej średniej życia kobiet, znajduje swój czytelny wymiar w tzw. współczynniku feminizacji, który określa liczbę kobiet przypadającą na 100 mężczyzn. Nie zawsze zdajemy sobie sprawę

⁷ Warto zauważyć, że użytecznym rozszerzeniem koncepcji przeciętnego dalszego trwania życia ludzi są przewidywania odnośnie do ich przyszłego stanu zdrowia. Więcej zob. np. Czekański 2012: 25–26.

⁸ Trwanie życia... 2009: 14.

⁹ Prognoza ludności Polski na lata 2008–2035: 9.

¹⁰ Trwanie życia... 2009: 1 oraz Sytuacja demograficzna w Polsce: 8.

¹¹ Trwanie życia... 2009: 27.

na przykład z tego, że chociaż w całej polskiej populacji przypada średnio około 107 kobiet na 100 mężczyzn, to w zbiorowości osób zawansowanych wiekiem wartości współczynnika feminizacji są zdecydowanie odmienne od tych średnich wartości. I tak wśród osób mających 65 lat i więcej na 100 mężczyzn przypada już ponad 165 kobiet, a wśród osób 80-letnich i starszych – ponad 235 kobiet na 100 mężczyzn¹². Dysproporcje te mają z kolei wpływ na wiele wymiarów życia rodzinnego i społecznego, znajdując swoje odzwierciedlenie chociażby w ramach kontaktów międzypokoleniowych czy w odniesieniu do kwestii opiekuńczych lub związanych z zabezpieczeniem finansowym.

Odnieśmy się obecnie do trzeciego z wyróżnionych czynników odpowiedzialnych za nasilenie procesu starzenia się ludności, czyli migracji. W dzisiejszych czasach zjawisko to nie odgrywa już tak istotnej roli, jak w wiekach wcześniejszych, kiedy wędrowni ludności miały charakter masowy, ale nadal może mieć znaczący wymiar, na przykład z uwagi na otwieranie się nowych rynków pracy, jak miało to miejsce po przystąpieniu Polski do struktur Unii Europejskiej. Warto jednocześnie zaznaczyć, że nie każdy rodzaj ruchów migracyjnych automatycznie przyczynia się do postarzenia demograficznego konkretnych społeczeństw czy społeczności – istotne jest w tym saldo migracji.

Opisując w ramach nauk społecznych proces postępującego starzenia się ludności, warto zwrócić uwagę na to, że jest to proces wieloaspektowy, wykraczający daleko poza wymiar demograficzny. W związku z tym proces ten wywiera istotny wpływ na różne sfery życia całego społeczeństwa, a zatem i na samych ludzi starych. Warto zwrócić uwagę na to, że w odróżnieniu od tzw. krajów zachodnich na ekonomiczną i społeczną pozycję ludzi starych w Europie Środkowej i Wschodniej niewątpliwie wpływ wywarły istotne przemiany społeczno-polityczne, które zachodziły po II wojnie światowej, a których nie doświadczyła Europa Zachodnia [Czekanowski 2011: 209–210]. Mam tu na myśli nie tylko konsekwencje będące pochodną okresu socjalizmu, ale i skutki procesu transformacji. Jak zauważa bowiem Synak [2002: 16], dodatkowych trudności związanych z integracją społeczną czy aktywnym włączeniem się w życie społeczeństwa postkomunistycznego doświadczyli przede wszystkim ludzie starzy¹³, szczególnie ze względu na zanegowanie niemalże całego ich dorobku z tej epoki, w której spędzili większość swojego życia. Włączenie w 2004 r. do

¹² Wyliczenia własne na podstawie tabl. 4 (120) „Ludność według płci i wieku” [Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2012: 190].

¹³ Więcej na ten temat – zob. np. Synak 2000 czy Tobiasz-Adamczyk, Knururowski, Brzyski 2002.

Unii Europejskiej m.in. Polski miało zapewne zmniejszyć różnice wynikające ze wspomnianego podziału Europy, jednakże konsekwencje tego podziału możemy zaobserwować w życiu najstarszego pokolenia również i dzisiaj.

ZMIANY W ŻYCIU RODZINNYM OSÓB STARYCH

Po krótkim scharakteryzowaniu procesów demograficznych i społecznych zachodzących w Europie i Polsce przyjrzyjmy się opisywanym w literaturze przedmiotu wybranym konsekwencjom, które są z nimi związane i znajdują odzwierciedlenie w życiu rodzinnym ludzi starych. Poniższe spostrzeżenia zostaną zilustrowane – tam, gdzie będzie to możliwe – wynikami z ogólnopolskich, reprezentatywnych badań osób zaawansowanych wiekiem (65 plus), które zostały przeprowadzone na przestrzeni ponad 40 ostatnich lat¹⁴. Były to badania zrealizowane w latach 1966–1967 (okres socjalizmu) przez zespół J. Piotrowskiego¹⁵, badania z roku 2000 (okres transformacji), przygotowane przez członków Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego pod kierunkiem B. Synaka (tak zwane badania PTG)¹⁶, oraz najnowsze badania wykonane w ramach projektu *PolSenior* w 2009 r.¹⁷, czyli po włączeniu Polski do struktur UE. Tym ostatnim projektem kierował P. Błędowski i, co warto podkreślić, już w jego założeniach uwzględniono dokonywanie porównań m.in. z badaniami PTG [Mossakowska, Szybalska, Błędowski 2012: 31].

Moje rozważania rozpoczynam od przybliżenia zmian w wielkości, strukturze i modelach rodziny współtworzonych przez osoby stare. Jak wskazuje F. Adamski [1984: 279–280], jeszcze w nie tak odległej przeszłości w Polsce rodzina rozszerzona stanowiła rodzinę bardzo dużą, gdyż łączyła kilka pokoleń, istotną rolę przypisywała pokrewieństwu, a także charakteryzowała się wielodzietnością. Zdaniem tego autora, które ja podzielam, współcześnie obserwujemy jednak zmiany powodujące ograniczenie rozmiarów rodziny i cechujące się tym, że:

– ulega zmniejszeniu tak zwana rodzina mała, czyli dwupokoleniowa, ze względu na mniejszą liczbę dzieci,

¹⁴ Ze względu na objętość tego artykułu przywoływane wyniki z tych badań będą odnosiły się przede wszystkim do wartości ogólnych, chociaż niewątpliwie bardzo ważne są zróżnicowania sytuacji rodzinnej ludzi starszych w zależności chociażby od ich płci, wieku czy miejsca zamieszkania.

¹⁵ Piotrowski 1973.

¹⁶ Synak 2002.

¹⁷ Mossakowska, Więcek, Błędowski 2012.

- zmniejsza się wielkość gospodarstw domowych, czyli obecnie mniej osób wspólnie zamieszkuje i zarazem wspólnie gospodaruje,
- rzadziej występują rodziny szersze, trzypokoleniowe, które wspólnie zamieszkują i gospodarują.

Za kolejny wyznacznik zmian widocznych we współczesnych rodzinach można uznać to, że w dzisiejszych czasach łączna liczba osób starych w rodzinie, wraz z osobami dorosłymi, niejednokrotnie przewyższa liczbę dzieci i młodzieży, które ją współtworzą. Jak podkreśla B. Synak [1987: 31]¹⁸, po raz pierwszy w historii ludzkości spotykamy się z sytuacją, w której dorośli ludzie mają – ogólnie rzecz biorąc – więcej rodziców (włączając w to teściów) niż własnych dzieci. Podobne spostrzeżenia czyni Z. Woźniak [2001: 401], zauważając, że obecnie rodzina może składać się z większej liczby dziadków i pradiadków niż wnuków. Według tego autora lista zmian modyfikujących tradycyjny kształt struktury rodziny, a wynikających z postępującego starzenia się społeczeństwa, jest dłuższa. Do najistotniejszych z nich zaliczył on również tego typu zmiany, które wskazują na to, że coraz większa liczba osób zaawansowanych wiekiem ma coraz starsze dzieci, coraz więcej relacji rodzinnych zachodzi jedynie pomiędzy osobami starymi.

Analizując wyniki zasygnalizowanych wyżej badań, zauważymy, że zarówno kiedyś, jak i dzisiaj w zbiorowości osób zaawansowanych wiekiem zdecydowanie dominują te osoby stare, które mają żyjące dzieci. Odsetek takich osób jest obecnie nieco większy niż w okresie prowadzenia wcześniejszych badań, albowiem wzrósł z 87% w drugiej połowie lat 60. XX w. [Piotrowski 1973: 165] do blisko 91 proc. na początku XXI w. [Czekanowski 2002a: 142, 2011: 212, 2012: 219–220], a obecnie osiągnął poziom 93% [Szaturo-Jaworska 2012: 422]. Mniejsza przed laty liczba żyjących dzieci posiadanych przez osoby stare była zapewne spowodowana skutkami II wojny światowej, gorszymi ówczesnie warunkami życia, słabszą kondycją służb medycznych czy – biorąc pod uwagę zwłaszcza najstarsze potomstwo – krótszą wówczas przeciętną średnią długością życia Polaków¹⁹. Analizując z kolei liczbę posiadanego potomstwa, dojdziemy do wniosku, że wraz z upływem 33 lat dzielących badania J. Piotrowskiego i badania PTG niemal o jedną piątą wzrosła liczba ludzi starszych, posiadających jedno lub dwoje dzieci (z 40% do 49%), natomiast ponad dwukrotnie zmniejszyły

¹⁸ Zob. też B. Synak, i P. Czekanowski (2000), *Sytuacja społeczna ludzi starych w warunkach współczesnych zmian kulturowych i ustrojowych*, s. 42.

¹⁹ Gdy się porówna przeciętne dalsze trwanie życia w latach, w których były prowadzone dwa pierwsze badania, czyli pomiędzy rokiem 1967 a 2000, to okaże się, że wśród mężczyzn wydłużyło się ono o ponad 3 lata (z 66,4 do 69,7 lat), a wśród kobiet o ponad 5 lat (z 72,6 do 78,0 lat). Zob. Tab. 1: „Przeciętne dalsze trwanie życia w Polsce w latach 1950–2008”.

się odsetek osób posiadających co najmniej sześcioro potomstwa – z 9% do 4% [Czekanowski 2002a: 142; 2011: 212; 2012: 219–220]. Widzimy więc, że różnice występujące w wynikach cytowanych badań potwierdzają zaistniałe zmiany zachodzące w prokreacyjnej funkcji rodziny, polegające na zmniejszaniu się liczebności posiadanego potomstwa. Uzasadnione staje się zatem wyciągnięcie uogólnionej konkluzji, że model rodziny wielodzietnej jest dzisiaj zdecydowanie rzadziej spotykany niż jeszcze kilkadziesiąt lat temu.

Zarówno struktura rodzin, jak i często związana z nią wielkość oraz skład gospodarstw domowych²⁰ rzutują w dużym stopniu i na jakość relacji występujących pomiędzy poszczególnymi członkami rodziny, i – co podkreśla P. Błędowski [2002: 115] – na możliwość utrzymania przez ludzi starych samodzielności. W dzisiejszych czasach nastąpiło zdecydowane zmniejszenie liczby gospodarstw domowych, które osoby stare prowadzą wspólnie z dziećmi, skoro na przełomie lat 1966 i 1967 gospodarstwa te stanowiły 54% ogólnej liczby gospodarstw domowych ludzi starych, a w 2000 r. jedynie 37%. Jak wyjaśnia P. Błędowski [2002: 116], spadek ten wynika nie tylko z ograniczonej liczby dzieci we współczesnym modelu rodziny, lecz także ze zwiększenia się mobilności przestrzennej i zawodowej ludności.

Za istotny czynnik wpływający na liczbę ludzi starych współzamieszkujących z dziećmi należy również uznać możliwość realizowania przez nich postulatu tzw. „intymności na dystans”. Za tym przenośnym określeniem kryje się sposobność zamieszkiwania przez osoby zaawansowane wiekiem już nie z własnymi dziećmi, ale w oddzielnych lokalach czy domach, jednakże umiejscowionych stosunkowo blisko mieszkań dzieci, aby móc je widywać przy zachowaniu wzajemnej niezależności. Za jedną z najistotniejszych przyczyn umożliwiających rozdział wspólnego zamieszkiwania dorosłych członków rodziny L. Dyczewski [1994: 53–59] wymienia niezależność materialną poszczególnych pokoleń, która zaistniała dzięki rozwojowi usług i zabezpieczeń społecznych. Jak autor ten zaznacza dalej, skłonność do zamieszkiwania osobno, ale w pobliżu siebie występuje

²⁰ W Polsce niejednokrotnie, chociaż nie zawsze konsekwentnie, odróżniamy wspólne gospodarowanie (prowadzenie wspólnego gospodarstwa domowego) i wspólne zamieszkiwanie. Zgodnie z definicją Głównego Urzędu Statystycznego przez gospodarstwo domowe rozumie się zespół osób spokrewnionych i niespokrewnionych zamieszkujących razem i wspólnie się utrzymujących, stąd wyniki badań mogą się różnić w zależności od tego, czy mówimy o gospodarstwie domowym, czy jedynie o wspólnym zamieszkiwaniu. Jak już wiele lat temu zauważył J. Piotrowski [1967: 174], różnice pomiędzy tymi pojęciami w znacznie mniejszym stopniu występowały w krajach zachodnich, gdzie w sprawozdaniach z badań oba określenia (*common household* i *living together*) były używane zamiennie.

zarówno wśród ludzi młodych, jak i ich rodziców. Istotne jest to, że za tego typu rozwiązaniem opowiadają się nie tylko te osoby, które nie posiadają głębszych nastawień rodzinnych, co mogłoby się wydawać bardziej zrozumiałe, ale i te, które są nastawione prorodzinnie. Motywację do dokonywania wspomnianych wyborów stanowi przekonanie, że wspólne zamieszkiwanie kilku pokoleń wywołuje rozmaitego rodzaju napięcia czy wręcz konflikty. Także M. Susułowska [1989: 199], pisząc o „intymności na dystans”, zwraca uwagę na zagadnienie osobistej niezależności starych wiekiem rodziców. Autorka podkreśla, że chęć zachowania takiej niezależności, dzięki osobnemu zamieszkiwaniu pokoleń, nie oznacza wcale zaniku więzi uczuciowych²¹, lecz stanowi po prostu znacznie lepszą formę współżycia starszych rodziców z dziećmi i wnukami niż wspólne zamieszkiwanie z nimi. Zwróćmy jednak uwagę na to, że postulat „intymności z dystansem” można uznać za spełniony dopiero wtedy, gdy zapewnimy ludziom starym możliwość wyboru zamieszkiwania bądź z rodziną, bądź w pojedynkę [Piotrowski 1986: 184]. Wyniki porównywanych badań wskazują na to, że oddzielne zamieszkiwanie pokoleń i u nas staje się coraz powszechniejsze. Okazuje się, że gdy w drugiej połowie lata 60. XX w. 67% zaawansowanych wiekiem Polaków mających dzieci zamieszkiwało razem z nimi [Piotrowski 1973: 185], to po upływie ponad 30 lat od poprzednich badań, czyli na początku XXI w., odsetek osób starych mieszkających z dziećmi spadł w Polsce do poziomu 41% [Czekanowski 2002a: 146; 2011: 213].

Rozważając kolejne kwestie związane ze strukturą rodzin i składem gospodarstw domowych ludzi starych, warto zauważyć, że w okresie ostatnich kilkunastu lat zdecydowanie zwiększyła się liczba najmniejszych (czyli jedno- i dwuosobowych gospodarstw domowych). Jak podkreśla P. Błędowski (2002: 118), podczas gdy jeszcze w połowie lat 60. XX w. gospodarstwa jednoosobowe stanowiły jedynie 16% wszystkich gospodarstw domowych wiekowych respondentów, to na początku XXI w. odsetek takich gospodarstw osiągnął wartość niemalże dwukrotnie wyższą, bo sięgającą 30%. Czy tak znaczący przyrost liczby osób starych gospodarujących samotnie spowodował to, że w całej zbiorowości osób zaawansowanych wiekiem znacząco wzrosła też liczba tych osób, które często odczuwają osamotnienie²² kojarzone przecież stereotypowo z takim wła-

²¹ Jak zaznacza L. Dyczewski [1976: 156–157], kiedyś rezygnacja ze wspólnego zamieszkiwania członków rodziny była uważana za coś nienaturalnego i na dodatek wskazującego na rozpad rodziny wielopokoleniowej.

²² Definiuję je jako subiektywne i przykre, psychiczne odczucia człowieka, związane z utratą bądź brakiem istotnej osoby lub/i rzeczy, sytuacji czy wartości, które uzależnione są ponadto od

śnie wiekiem? Okazuje się, że nie, bo gdy w badaniach J. Piotrowskiego [1973: 226] odsetek ludzi starszych, którym często doskwierało osamotnienie, wynosił 20% (przy zdecydowanie przeważającej zbiorowości tych osób starych, którym nigdy nie towarzyszyło to odczucie – 48%), to w badaniach PTG [Czekanowski 2002a: 152–153; 2012: 230–231] stopień osamotnienia odczuwanego „często” charakteryzował mniejsze grono respondentów, bo 17% spośród nich. Z badań PTG wiemy ponadto, że tak jak w połowie lat 60. XX w. również wśród ludzi starych badanych współcześnie bardzo wyraźnie dominowali ci z nich, którzy nigdy lub prawie nigdy nie doświadczali osamotnienia (55%). Zauważmy, że podobne spostrzeżenia odnośnie do stopnia odczuwanego osamotnienia przez osoby stare odnajdziemy także w analizie wyników z badania PolSenior [Szatur–Jaworska 2011: 15–16; 2012: 444–445]. Również dane pozyskane z innych polskich badań pozwalają jednoznacznie stwierdzić, że nie powinno się niejako automatycznie utożsamiać niemal każdego człowieka zaawansowanego wiekiem z człowiekiem osamotnionym, gdyż osamotnienie odczuwane często nie doskwiera ani większości osób starych, ani nawet ich połowie, ale mniej więcej co piątą starszej jednostce²³. Rozpatrując stopień osamotnienia występującego wśród ludzi starych, nie zapominajmy jednak, że chociaż odsetek osób często odczuwających osamotnienie w całej zbiorowości tych ludzi jest relatywnie niezbyt duży, to w rzeczywistości przekłada się on na uciążliwą sytuację psychospołeczną ponad miliona starych Polaków²⁴.

Jednym z najważniejszych elementów wpływających na sposób funkcjonowania rodziny jest jakość relacji występujących pomiędzy jej członkami. Analizę związków występujących pomiędzy ludźmi starymi a innymi członkami ich rodzin rozpoczynam od omówienia odpowiedzi na pytanie o to, jak oceniają oni swoje stosunki ze wspólnie zamieszkującymi dziećmi. W badaniach J. Piotrowskiego [1973: 208] około 80% respondentów oceniło te stosunki jako dobre lub bardzo dobre, z kolei w badaniach PTG odsetek starych rodziców oceniających swoje

stopnia indywidualnych oczekiwań w stosunku do tych osób, rzeczy, sytuacji i wartości [Czekanowski 2012: 131]. Więcej na ten temat: Czekanowski 2012, r. 3.3: oraz r. 5.6.

²³ Również w wielu badaniach zagranicznych, i to obejmujących rozmaite okresy oraz różne społeczeństwa i kultury, odsetki osób starszych, które często borykają się z osamotnieniem, rzadko kiedy przekraczają znacząco poziom 20%.

²⁴ Poważnym wyzwaniem, które staje przed rodzinami, sąsiadami, grupami nieformalnymi, organizacjami społecznymi czy – wreszcie – profesjonalistami, jest poszukiwanie sposobów na to, jak wspomagać ludzi starszych w tych trudnych chwilach. Zapewne część z nich odczuwa osamotnienie codziennie, niejednokrotnie nie radząc sobie z nim i nie znajdując na nie żadnego lekarstwa.

relacje ze wspólnie mieszkającymi dziećmi jako bardzo dobre lub dobre osiągnął poziom 88% i przewyższył o 8 punktów procentowych analogiczny wskaźnik z drugiej połowy lat 60. XX w. [Czekanowski 2002a: 145; 2012: 222–223].

Jako swego rodzaju potwierdzenie występowania korzystnej obecnie sytuacji rodzinnej ludzi starszych można potraktować odpowiedzi na pytanie o to, jak respondenci ogólnie oceniają stosunki ze swoimi dziećmi [Czekanowski 2002a: 147; 2012: 223]. Pytanie to zostało tym razem skierowane do wszystkich badanych osób posiadających dzieci, niezależnie od tego, czy mieszkają razem z nimi, czy też nie. W odpowiedzi na tak zadane pytanie opinie starych rodziców o relacjach z dziećmi wypadły jeszcze bardziej pozytywnie, gdyż łącznie 94% badanych określiło swoje relacje z dziećmi jako bardzo dobre (52%) oraz dobre (42%), przewyższając tym samym o 6 punktów procentowych analogiczny wskaźnik takich pozytywnych ocen wystawionych wspólnie zamieszkującym dzieciom. Warto podkreślić, że jedynie znikomy odsetek respondentów (1,1%) określił swoje stosunki z potomstwem jako złe²⁵. Przybliżając te kwestie, chciałbym wspomnieć o jeszcze jednym argumentie mogącym przemawiać za postępującą współcześnie poprawą relacji rodzinnych pomiędzy ludźmi starymi a młodszymi pokoleniami. Chociaż i ja przyjmuję założenie, że nie wszyscy ludzie starzy ujawniają przed ankieterami „ciemniejsze strony” odnoszące się do ich własnych kontaktów rodzinnych, to przypuszczam, że te zahamowania były silniejsze w przeszłości niż obecnie. Jeszcze kilkadziesiąt lat temu tak zwany etos rodzinny odgrywał większe znaczenie, a i obyczaje miały charakter bardziej tradycyjny, co powodowało, że tak zwane trudne sprawy rodzinne były skrywane wewnątrz kręgu rodzinnego. Dzisiaj sytuacja jest częstokroć odmienna i wiele bolączek związanych z rodziną jest ujawnianych na zewnątrz. Jeżeli moje założenie jest trafne, to stopień pozytywnej oceny stosunków starych rodziców z dziećmi może obecnie w większym stopniu oddawać prawdziwe relacje występujące w życiu rodzinnym niż chociażby te istniejące jeszcze w poprzednim pokoleniu. Taka sytuacja stanowiłaby jedynie dodatkowe potwierdzenie rzeczywistości istniejących w dzisiejszych czasach dobrych i pewnie bardziej partnerskich interakcji występujących pomiędzy zaawansowanymi wiekiem rodzicami a ich dziećmi²⁶.

²⁵ Można przypuszczać, że do osób negatywnie oceniających stosunki ze swoimi dziećmi należą te, które doświadczają przemocy z ich strony. Problematyce tej poświęcono w polskiej literaturze ostatnio wiele uwagi – zob. np.: Halicka, Halicki, Sidorczuk 2009; Tobiasz-Adamczyk 2009; Halicka, Halicki 2010; Halicka, Halicki, Ślusarczyk 2012.

²⁶ Analizując relacje międzypokoleniowe, warto jednak pamiętać o zastrzeżeniach J. Piotrowskiego [1973: 208–209] odnośnie do szczerości odpowiedzi i faktu, że wyniki tego typu badań

Jednym z podstawowych zadań wypełnianych w rodzinie jest to, które polega na pomaganiu tym członkom rodziny, którzy tego potrzebują. Niejednokrotnie za osoby wymagające wsparcia w największym stopniu uważamy – obok małych dzieci – osoby stare. W tym ostatnim przypadku dzieje się tak niezależnie od rzeczywistej sytuacji życiowej najstarszego pokolenia, bo zgodnie ze stereotypowym postrzeganiem starości to właśnie ta faza życia człowieka bywa nierzadko utożsamiana niemal wyłącznie z chorobami i niepełnosprawnością. Wydawałoby się zatem, że pomoc w rodzinie jest przekazywana głównie jednokierunkowo, czyli płynie ze strony dorosłych dzieci do starych rodziców. Jak jednak pokazują wyniki badań, w wielu wypadkach pomoc w rodzinie jest świadczona właśnie przez osoby stare na rzecz młodszej generacji. Co więcej, w odniesieniu do niektórych form pomocy, na przykład finansowej, jest ona częściej kierowana przez zaawansowanych wiekiem rodziców na rzecz własnego potomstwa niż odwrotnie, mimo niejednokrotnie trudnej własnej sytuacji materialnej [Czekanowski 2002a: 166; 2011: 217; 2012: 252]²⁷. Ponadto należy zwrócić uwagę, że zmiany w modelu rodziny, będące skutkiem wynikającym z procesu starzenia się ludności, nie wskazują na to, aby zakres pomocy przekazywanej pomiędzy poszczególnymi generacjami w rodzinie na przestrzeni ostatnich kilkudziesięciu lat ulegał istotniejszym modyfikacjom. Można też zauważyć, że gdyby osoby stare znalazły się w jakiejś potrzebie, to w badaniach PTG zadeklarowały, że zwróciłyby się o pomoc przede wszystkim do najbliższych członków rodziny, czyli do swoich dzieci lub małżonków [Czekanowski 2002a: 167–168; 2012: 261–262]. W kontekście rzeczywistego, ale i potencjalnego zapotrzebowania ludzi starych na pomoc warto podkreślić jest również to, że członkowie rodziny na to zapotrzebowanie wciąż odpowiadają. Powyższe spostrzeżenia jednoznacznie wskazują, że najbliższa rodzina osoby starszej nadal stanowi fundament nieformalnych sieci wsparcia, których funkcjonowanie omawia Z.B. Wojszel [2009: 77–81].

Przybliżając zagadnienia związane z pomocą w rodzinie i przemianami obyczajów, warto zauważyć, że część osób zajmujących się tą problematyką zwraca uwagę na potencjalny problem wynikający ze zmiany stosunku członków rodziny do osób chorujących i umierających w domu rodzinnym, a więc na kwestię zazwyczaj odnoszącą się do osób najstarszych w rodzinie. Kiedyś do etosu środowiska rodzinnego należała opieka nad takimi zaawansowanymi wiekiem

odzwierciedlają wyłącznie wypowiedzi jednej strony, czyli ludzi starszych, a ich opinie nie muszą być podzielane przez dzieci czy wnuki.

²⁷ Powyższe spostrzeżenie pokrywa się z wynikami z innych badań, zarówno polskich [porównaj na przykład . np. Synak (1990); Hrynkiewicz, Starega-Piasek, i Supińska (1991); Szatur-Jaworska (2000)], jak i badań europejskich [zob. np. Attias-Donfut (2003); Kohli i in. (2000)].

osobami. Jak zatem kwestia wspomaganie osób umierających prezentuje się we współczesnych wspólnotach rodzinnych? Od dziesiątek lat daje się zaobserwować coraz wyraźniejsze, zwłaszcza w tak zwanej kulturze zachodniej, ograniczanie roli członków rodziny w tym względzie. W wielu dzisiejszych rodzinach problematyka umierania i śmierci staje się po prostu niepożądana, co w efekcie doprowadza do izolowania jednostek ciężko chorujących, niepełnosprawnych czy umierających. Sytuacja ta występuje zwłaszcza wtedy, gdy dom rodzinny zaczyna niejako automatycznie zastępować rozmaitego rodzaju instytucje, takie jak szpital, dom pomocy czy hospicjum stacjonarne, chociaż moich spostrzeżeń nie chciałbym zbytnio uogólniać. Warto pamiętać, że sytuacje życiowe wpływające na dokonywane takich, a nie innych wyborów bywają bardzo złożone i wielowymiarowe, a często są też niejednoznaczne. Jak zauważa A. Giddens [2002: 221], szpital w dzisiejszym kształcie jest efektem profesjonalizacji medycyny, gdyż „stwarza możliwość skupienia w jednym miejscu technik medycznych i sprzyja ekspertyzie medycznej. Ale, podobnie jak więzienia i azyle dla obłąkanych, jest także miejscem izolacji jednostek, które nie są w stanie prawidłowo uczestniczyć w życiu społecznym, i podobnie jak tamte instytucje ukrywa przed ogółem społeczeństwa pewne kluczowe doświadczenia życiowe – chorobę i śmierć”. Obecnie, kiedy śmierć – jak wspomniałem – stała się tematem tabu i można mówić już wręcz o instytucjonalizacji śmierci²⁸, coraz większe przyzwolenie zaczyna znajdować – chociaż nie zawsze dobrowolna – eutanazja. Z drugiej strony jednak następuje dynamiczny rozwój opieki hospicyjno-paliatywnej, sprawowanej czy to w domu chorego, czy w hospicjum dziennym lub stacjonarnym, gdy osoba chora domu czy rodziny na przykład nie posiada. Analizując wyniki szeroko zakrojonych badań EUROFAMCARE²⁹ poświęconych opiekunom rodzinnym, możemy dojść do wniosku, że w Polsce preferowana jest jednak opieka domowa, a nie instytucjonalna. W odpowiedzi na pytanie o to, czy opiekun byłby gotowy rozważyć umieszczenie osoby starszej w domu opieki [Czekanowski 2006: 105–106; 2012: 288–289; Czekanowski i in. 2008: 138], zdecydowana większość

²⁸ Zob. A. Ostrowska 1991: 140–185.

²⁹ Badania terenowe EUROFAMCARE przeprowadzono w 2004 r. w 6 krajach, tj. w Niemczech, w Grecji, we Włoszech, w Polsce, w Szwecji i w Wielkiej Brytanii, na próbie 6 tys. opiekunów rodzinnych zapewniających członkom rodziny mającym 65 lat i więcej co najmniej 4 godziny opieki tygodniowo. Przeprowadzone wywiady stanowiły część projektu badawczego zatytułowanego „Usługi wspierające opiekunów rodzinnych osób starych w Europie: charakterystyka, zasięg i korzystanie – EUROFAMCARE” (QLK6-CT-2002-02647), zrealizowanego pod kierownictwem H. Döhner w 5. Programie Ramowym Unii Europejskiej. Zob. np. [Bień 2006; Lamura, Döhner, Kofahl 2008.

opiekunów, bo obejmująca blisko 87% z nich, zadeklarowała, że nie jest do tego skłonna. Pozostali opiekunowie udzielający odpowiedzi na to pytanie rozważaliby umieszczenie osoby starej w domu opieki, ale jedynie w wypadku, gdyby sytuacja osoby starszej uległa pogorszeniu (12%) albo – ale już w minimalnym odsetku – rozważaliby ewentualność umieszczenia osoby starszej w tego typu domu, nawet gdyby sytuacja się nie pogorszyła (2%). Taki rozkład wyborów dokonanych przez opiekunów jest w dużym stopniu zrozumiały, gdyż zapewne ma ścisły związek z rozpoznaniem w badaniach EUROFAMCARE chęciami opiekunów do kontynuowania opieki. Trzy czwarte respondentów zadeklarowało, że byłoby chętni kontynuować opiekę, zakładając nawet możliwość zwiększenia jej wymiaru, a jedynie niespełna 1% badanych opiekunów nie zdecydowałaby się na kontynuowanie opieki i to niezależnie od tego, jakie dodatkowe wsparcie by otrzymał [Czekanowski 2006: 104–105, 2012: 287–288; Czekanowski i in. 2008: 138].

Wspomniana niechęć do umieszczania starego członka rodziny w domu opieki jest niejako odpowiedzią na to, czego oczekują w tej sprawie same osoby stare. Jak się okazuje [Czekanowski 2002b: 112–113, 2006: 106, 2012: 260–261], blisko 70% ludzi starych nigdy nie chciałoby zamieszkać w domu pomocy społecznej dla ludzi starszych, a dalsze 22% zaawansowanych wiekiem badanych brałoby pod uwagę taką możliwość, ale skorzystałoby z niej tylko w ostateczności. Można zatem wyrazić zadowolenie, że podejście do procesu opieki obu stron uczestniczących w tym procesie, czyli zarówno opiekunów rodzinnych, jak i ich podopiecznych w zdecydowanej większości przypadków – przynajmniej w deklaracjach – się uzupełnia.

Na funkcjonowanie rodziny niewątpliwie wywierają wpływ szeroko rozumiane przemiany obyczajowe. Na przykład jeszcze przed kilkudziesięciami latami role odgrywane w rodzinie były dość precyzyjnie określone, co znajdowało swój formalny wyraz chociażby w miejscu zajmowanym przy stole podczas posiłków czy w trakcie uroczystości rodzinnych. W opisywanych sytuacjach osoby najstarsze miały wyznaczone uprzywilejowane miejsce. Często także podejmowanie najważniejszych decyzji rodzinnych leżało w gestii osób najbardziej zaawansowanych wiekiem (a więc zazwyczaj posiadających największe doświadczenie życiowe) i stosunkowo rzadko takie wybory były kwestionowane. Bez wątpienia zatem – jak zauważył F. Adamski [1984: 266–267] – rodzina stanowiła dla jej członków grupę odniesienia, która określała standardy zachowań moralnych dla osób do niej należących. Zdaniem Z. Tyszki [2001: 17], tradycyjną i charakterystyczną cechą Polaków jest poszanowanie dla rodziców (i w ogóle ludzi starszych, chociaż – jak zaznacza ten autor – ostatnio malejące). Obecnie jednak te

wcześniej istniejące duże możliwości wpływu rodziny, a zwłaszcza najstarszych jej członków na niemal całe życie człowieka uległy osłabieniu. Możemy to zaobserwować na przykładzie istotnej modyfikacji zadań rodzinnych spoczywających na barkach babć i dziadków, które kiedyś były przecież dość jednoznacznie określone [Synak 1987: 32]. Przed laty osoby te zajmowały się bowiem między innymi przekazywaniem tradycji rodzinnych i norm obyczajowych, a dzisiaj traktowane bywają jako te, które utrudniają proces wychowawczy ze względu na nienadążanie za postępującymi w świecie przemianami. W takich sytuacjach sygnalizowany spadek znaczenia ról odgrywanych przez osoby starsze w rodzinie może się odbić na ich statusie społecznym, jednakże zdaniem H. Worach-Kardas [1983: 75] pogląd o niskiej pozycji tych ludzi w społeczeństwie należy poddać weryfikacji. Autorka – za M. Weberem – argumentuje, że status społeczny jest zjawiskiem wielowymiarowym, gdyż posiada trzy cechy, a mianowicie „1) dostęp do wartościowych zasobów materialnych, 2) szacunek, prestiż oraz 3) możność kontrolowania innych, tj. władza i siła”. Gdy się zatem weźmie pod uwagę każdy z poszczególnych wymiarów z osobna, może się okazać, że pozycja społeczna starszej jednostki czy grupy będzie zróżnicowana w zależności od tego, który z tych wymiarów weźmiemy pod uwagę.

Za jeden z najistotniejszych wyznaczników określających pozycję człowieka w układzie rodzinnym można potraktować to, kto pełni w nim funkcję głowy gospodarstwa domowego. Pozycja ta jest jednak uwarunkowana wieloma zmiennymi, takimi jak chociażby posiadanie mieszkania czy wysokość dochodów. Biorąc pod uwagę ten wskaźnik, trudno w miarę jednoznacznie ocenić, czy na przestrzeni ostatnich kilkudziesięciu lat pozycja człowieka starego w Polsce uległa obniżeniu. Wyniki badań zespołu J. Piotrowskiego pokazują [Błędowski 2002: 120–122], że w drugiej połowie lat 60. XX w. 47% badanych mających 65 lat i więcej wymieniało siebie, a 19% – współmałżonka jako głowę gospodarstwa domowego. Z kolei w badaniach PTG zrealizowanych 33 lata później odsetki te wyglądały następująco: 36% respondentów uznało siebie za głowę gospodarstwa domowego (spadek o 11 punktów procentowych), 23% widziało w tej roli współmałżonka (wzrost o 4 p. p.), a 14% – zarówno siebie, jak i współmałżonka (dodajmy, że takiej kategorii nie uwzględnił w prezentowanych wynikach J. Piotrowski). Pomijając tu bardziej szczegółowe analizy dokonane przez P. Błędowskiego, które odnoszą się do zróżnicowań występujących w przypadku deklarowania przez respondentów tego, że odgrywają rolę głowy gospodarstwa domowego w zależności od ich płci i wieku, warto jedynie podkreślić, że podobne uwarunkowania w tym względzie stwierdzono również w badaniach PolSenior [Szatur-Jaworska 2011: 14].

Czytelnym sygnałem wskazującym na zmiany zachodzące we współczesnych relacjach rodzinnych jest swoiste osłabienie więzi występujących pomiędzy poszczególnymi członkami rodziny, a zwłaszcza małżonkami. Z. Ziemiński [1994: 110] zaznacza, że chociaż więzi społeczne trudno ująć w sposób zobiektywizowany, to jako sformalizowany przejaw rozluźnienia więzi rodzinnych można potraktować rozwody, a chyba również i większe przyzwolenie na ponowne zawieranie małżeństw. Podobnie te kwestie widział F. Adamski [1984: 269–279], wyjaśniając, że zwiększona liczba rozwodów, mimo posiadania ślubu kościelnego, który w Kościele rzymsko-katolickim wiąże ludzi na całe życie, jest skutkiem upowszechnienia się poglądów o raczej świeckim, a nie sakramentalnym charakterze instytucji małżeństwa. Autor ten [2002: 188] zwraca również uwagę na fakt, że rozwody z socjologicznego punktu widzenia wskazują na dezintegrację grupy społecznej. Moim zdaniem za jedną z przyczyn rozwodów należałoby uznać zatracanie z upływem lat ważnego wymiaru funkcji socjalizującej rodziny, o jakim wspomina Z. Tyszka [1979: 64], czyli tego, który związany jest ze wzajemnym dopasowaniem do siebie osobowości małżonków. Niewątpliwie większa liczba rozwodów spowodowana została również ułatwieniami w przeprowadzaniu procedur z nimi związanych, a być może – dodatkowo – ponownego przyznania [por. Adamski 2002: 188] statusu prawnego osobom w separacji, które mogą potraktować separację jako krok wstępny do rozwodu. Zwiększoną obecnie liczbę rozwodów można też powiązać z mniejszym wpływem kontroli społecznej na zachowania członków społeczności lokalnych, co z kolei wynika z szerszych przemian obyczajowych, wskazujących na wzrost tolerancji dla odmiennych niż tradycyjne form życia małżeńsko-rodzinnego, takich jak kohabitacja czy LAT³⁰.

Rozpad związku małżeńskiego nierzadko doprowadza do „pogmatwania” relacji rodzinnych, czego konsekwencją może być pogorszenie jakości kontaktów interpersonalnych [Jerrome 1986 za Synak 1987: 31]. Problem ten potencjalnie zaistnieje, gdy na przykład druga żona ojca, czyli „nowa” matka jego dziecka, nie zostanie zaakceptowana przez to dziecko, a na dodatek okaże się młodsza od wspomnianego dziecka. Zauważmy, że w wypadku rozkładu związku małżeńskiego może też dojść do innej sytuacji, kiedy dziecko z rodziny, w której rodzice rozwodzili się na przykład dwukrotnie, będzie posiadać sześcioro „rodziców” i dwanaścioro „dziadków”. Zdaniem B. Synaka [1987: 32] w opisywanych sytuacjach niejednokrotnie natrafimy nie tylko na problemy kompetencyjne, wystę-

³⁰ Skrót ten wywodzi się od angielskiego określenia *Living Apart Together*, czyli w swobodnym tłumaczeniu: „życie razem, ale jednocześnie osobno”. Zob. np. [Szatur-Jaworska, Błędowski, Dziegielewska 2006: 109–110].

pujące pomiędzy pomieszzanymi generacjami, ale również na rozmaite dylematy związane z zapewnieniem opieki osobom starszym przez dzieci czy wnuki.

Powyższe spostrzeżenia znajdują niejako odzwierciedlenie w wynikach cytowanych w artykule badań. W okresie ostatnich kilku dekad nastąpił relatywnie duży przyrost liczby osób starszych, które rozwiódły się lub żyją w separacji [Czekanowski 2012: 216–217]. Odsetek takich osób zwiększył się ogółem z 1% w drugiej połowie lat 60. XX w. [Piotrowski 1973: 34] do 3,5% na początku wieku XXI (wśród mężczyzn z 1% do 2,2%, a wśród kobiet z 1% do 4,2%). Można zatem przypuszczać, że odchodzenie od tradycyjnej formy pożycia małżeńsko-rodzinnego w coraz większym stopniu będzie stawać się udziałem ludzi starych, a to z kolei zapewne wpłynie na modyfikację ich relacji rodzinnych³¹.

Jako ostatnie z wybranych przeobrażeń odnoszących się do współczesnego życia rodzinnego chciałbym omówić to, które niejako wykracza już poza rodzinę, gdyż znajduje odzwierciedlenie w wyraźnym zwiększeniu roli odgrywanej przez kontakty rówieśnicze osób starszych. Ta stosunkowo nowa sytuacja jest efektem wynikającym między innymi z osłabienia – jak ją określił F. Adamski [1984, s. 253] – „zintegrowanej jedności rodzinnej”. Jako przyczynę osłabienia tej integracji rodziny, E. V. Burgess [1956: 272 za Adamski 1984: 252–253] wskazywał specyfikę sposobu życia w miejskiej cywilizacji przemysłowej. Specyfika ta wyrażała się w tym, że członkowie rodziny, którzy z uwagi na nowe funkcje zawodowe i społeczne wkraczali w zupełnie odmienne środowiska pracownicze czy towarzyskie, ograniczali w efekcie czas spędzany wspólnie z członkami własnej rodziny, a więc (a może szczególnie) z osobami w niej najstarszymi. W takiej sytuacji najbardziej zaawansowani wiekiem członkowie rodzin zaczęli poszukiwać jakiegoś środka rekompensującego poczucie utraty integracji rodzinnej. Wkrótce okazało się, że sygnalizowany problem w największym stopniu pomagają rozwiązać posiadane przyjaźnie. Zauważmy bowiem, że przy zawężeniu kontaktów rodzinnych istniejące związki przyjacielskie zyskują na swoim znaczeniu [Boyd i Bee 2008: 577], mimo że, począwszy od 65. roku życia, liczba utrzymywanych przez osoby stare przyjaźni stopniowo maleje [Levit, Weber, Guacci 1993 za Boyd i Bee 2008: 577]. Wśród podstawowych przyczyn zmniejszających liczbę istniejących na stare lata przyjaźni należy wymienić śmierć sprawdzonych, ale zaawansowanych już wiekiem przyjaciół czy ograniczanie – po śmierci własne-

³¹ W badaniach służących rozpoznawaniu więzi w rodzinach i struktury rodzin należałoby bardziej szczegółowo niż dotąd zacząć rozpoznawać treści kryjące się chociażby za określeniem „stan cywilny”, biorąc pod uwagę jego formalne (instytucjonalne) i nieformalne (realne) znamiona. Tego typu sytuacje życiowe powinno się badać bardzo umiejętnie, pamiętając, że odnoszą się one do spraw niekiedy bardzo osobistych dla respondentów.

go męża czy żony – kontaktów z tymi przyjaciółmi, którzy nadal funkcjonują w swoich związkach partnerskich [Bee 2004: 592]. Warto podkreślić, że relacje z przyjaciółmi mają istotny wpływ na ogólne poczucie zadowolenia z życia, jak również na samoocenę czy stopień odczuwanego osamotnienia [Adams i Blieszner (1989); Antonucci (1990); Jerrome (1990); Lee i Ishii-Kunz (1987); Lee i Shehan (1989) za Bee 2004: 592]. Zdaniem D. Boyd i H. Bee [2008: 577] przyjaciele często zaspokajają osobie starszej innego typu potrzeby niż czynią to członkowie rodziny. Skoro przyjaźń funkcjonuje na zasadach wzajemności i równouprawnienia, to takie relacje mniej stresują i są cenione w większym stopniu. To właśnie przyjaciele dotrzymują nam towarzystwa, bawią czy otwierają możliwości wspólnego działania. Już klasycy gerontologii podkreślali korzystny wpływ, jaki na proces indywidualnego starzenia wywiera zaangażowanie osób starych w subiektywnie istotne relacje społeczne [Niezabitowski 2008: 145]. Jak dodaje H. Bee [2004: 592], zachowanie przyjaciół może być ponadto przejawem „solidarności pokoleniowej”, ponieważ zazwyczaj wszystkie zaprzyjaźnione osoby pochodzą z tej samej grupy wiekowej³².

T. Szlendak [2010: 474], zwraca z kolei uwagę na istotną rolę układów sieciowych seniorów, zwanych inaczej wspólnotami osobistymi osób starszych lub sieciami seniorów. Autor ten definiuje te sieci jako rozbudowane struktury społeczne złożone z przyjaciół, sąsiadów, krewnych i powinowatych oraz z członków stowarzyszeń (np. typu UTW), których zadaniem jest zagospodarowywanie czasu wolnego. Dodajmy, że oddziaływań sieci społecznych i sieci wsparcia na funkcjonowanie ludzi starszych nie zawężamy jedynie do spraw związanych ze spędzaniem czasu wolnego. Sieci te mają wpływ na przykład na stan zdrowia czy jakość życia osób zaawansowanych wiekiem [Wojszel 2013: 369]. Ponadto, zagadnienia związane z osadzeniem ludzi starych w sieciach społecznych bywają rozpatrywane z wielu perspektyw, chociażby ze względu na wielkość sieci, przestrzenną lokalizację sieci, stopień integracji członków z siecią, stopień jej homogeniczności, częstotliwość kontaktu pomiędzy poszczególnymi członkami sieci, siłę istniejących w niej więzi, zaangażowanie w życie społeczne czy „umocowanie” w sieci [Tobiasz–Adamczyk 2004: 95–96].

³² Czytelny przykład potwierdzający istnienie różnic występujących pomiędzy poszczególnymi grupami pokoleniowymi (kohortami) odnajdziemy w przemyśleniach W. Kornbluma [1997: 462–463] oraz w opracowaniach autorów cytowanych przez M. Niezabitowskiego [2008: 146–147], takich jak N. Krause [2006].

ZAKOŃCZENIE

Nie ulega wątpliwości, że polskie społeczeństwo starzeje się obecnie w szybkim tempie, a przywołane prognozy ludności jednoznacznie wskazują, że proces ten ulegnie jeszcze większemu przyśpieszeniu w najbliższych dekadach XXI w. Aby móc zrozumieć charakter i skutki wynikające z sygnalizowanych powyżej zmian demograficznych i – w szczególności – mających swoją wyraźną specyfikę dynamicznych zmian społecznych, które znajdują swoje odzwierciedlenie w szeroko rozumianym funkcjonowaniu ludzi starych w Polsce, powinniśmy dysponować odpowiednio szeroką i możliwie często aktualizowaną wiedzą. Jest to o tyle ważne, że dynamika większości zachodzących obecnie zmian – i to zarówno w wymiarze demograficznym, obyczajowym czy technologicznym – jest tak duża, że nasza wiedza związana z nimi wraz z upływem czasu staje się stosunkowo szybko niewystarczająca. W celu zdobywania tej wiedzy powinno się zatem prowadzić zdecydowanie więcej profesjonalnych badań gerontologicznych, które pozwalałyby zarazem weryfikować stereotypowe poglądy odnoszące się do tej fazy życia, jaką jest starość. Moim zdaniem jednak liczba tych badań i ich zakres – zwłaszcza tych realizowanych z udziałem socjologów – jest wciąż zbyt mała. Przyczyn takiego stanu rzeczy jest zapewne wiele, ale za jedną z głównych uważam stosunkowo niewielkie zainteresowania socjologii kwestiami odnoszącymi się do starości. Nie tylko w mojej ocenie³³ starzenie się – generalnie rzecz biorąc – było i jest postrzegane w ramach tej dyscypliny naukowej jako raczej poboczny temat studiów niż poważny dział badań związany z kluczowymi trendami społecznymi, z którymi będziemy się przecież stykać w perspektywie najbliższych kilkudziesięciu lat. W związku z taką sytuacją uważam, że w celu rzetelnego rozpoznawania problematyki związanej z ludźmi starymi nie wystarczy się dzisiaj oprzeć – przynajmniej w stopniu wystarczającym – na dokonaniach socjologii ogólnej i niektórych subdyscyplin socjologii, takich jak socjologia rodziny czy socjologia medycyny. Z tego względu należałoby również i w Polsce – wzorem tzw. krajów zachodnich – wykreować odrębny dział socjologii, który będzie ukierunkowany na tę fazę życia, jaką jest starość, czyli socjologię starości³⁴. Dzięki temu, w ramach tej socjologii szczegółowej, obraz starości będzie mógł być analizowany przez badaczy w sposób możliwie całościowy. Liczę też

³³ Zob. np. Morgan, Kunkel 1998: 19.

³⁴ W ostatnich latach daje się zauważyć jeszcze powolny, aczkolwiek już wyraźny przyrost liczby publikacji wydanych w Polsce, które już w tytule nawiązują do socjologii starości: [Mucha, Krzyżowski 2011; Perek-Białas, Hoff 2012; Czekanowski 2012].

na to, że wkrótce nastąpi przyrost liczby profesjonalnych badań odnoszących się do ludzi starych, który będzie efektem wzrastającego jednak zapotrzebowania na wiedzę z zakresu nauk społecznych odnoszącą się do starzejącego się społeczeństwa. Moim zdaniem już w najbliższych latach udział dokonań socjologii starości w procesie współtworzenia dorobku polskiej gerontologii społecznej oraz socjologii ogólnej wraz z jej subdyscyplinami będzie się stawać coraz większy. Być może inicjatywa do prowadzenia badań nad ludźmi starymi, zwłaszcza w skali lokalnej, zacznie wychodzić od coraz aktywniej działających w naszym kraju rad seniorów³⁵. W efekcie pojawi się dodatkowa szansa na zmianę w podejściu do stosunkowo dużych możliwości, jakie tkwią w wykorzystywaniu wyników badań gerontologicznych i socjologicznych w praktyce życia społecznego.

BIBLIOGRAFIA

- A d a m s k i F. [1984], *Socjologia małżeństwa i rodziny. Wprowadzenie*, PWN, Warszawa.
- A d a m s k i F. [2002], *Rodzina. Wymiar społeczno-kulturowy*, Wydawnictwo UJ, Kraków.
- A t t i a s - D o n f u t C. [2003], *Family transfers and cultural transmissions between three generations in France*, [w:] V.L. Bengtson and A. Lowenstein (eds.), *Global Ageing and Challenges to Families*, De Gruyter, New York: 214–252.
- B e e H. [2004], *Psychologia rozwoju człowieka*, przekł. A. Wojciechowski, Zysk i S-ka Wydawnictwo, Poznań.
- B i e ń B. (ed.) [2006], *Family Care giving for the Elderly in Poland*, Wydawnictwo Uniwersyteckie Trans Humana, Białystok.
- B ł ę d o w s k i P. [2002], *Gospodarstwa domowe i sytuacja mieszkaniowa ludzi starych*, [w:] B. Synak (red.), *Polska starość*, Wydawnictwo UG, Gdańsk: 115–139.
- B o y d D. i B e e H. [2008], *Psychologia rozwoju człowieka*, przekł. J. Gilewicz i A. Wojciechowski, Zysk i S-ka Wyd., Poznań.
- C z e k a n o w s k i P. [2002a], *Rodzina w życiu osób starszych i osoby starsze w rodzinie*, [w:] B. Synak (red.), *Polska starość*, Wydawnictwo UG, Gdańsk: 140–172.
- C z e k a n o w s k i P. [2002b], *Sytuacja materialna*, [w:] B. Synak (red.), *Polska starość*, Wydawnictwo UG, Gdańsk: 101–114.
- C z e k a n o w s k i P. [2006], *Family carers of elderly people*, [w:] *Family Caregiving for the Elderly in Poland*, B. Bień (ed.), Wydawnictwo Uniwersyteckie Trans Humana, Białystok: 85–111.
- C z e k a n o w s k i P. [2011], *Implications of population ageing for family relations and family care*, [w:] A. Hoff (ed.), *Population Ageing in Central and Eastern Europe. Societal and Policy Implications*, seria: „New Perspectives on Ageing and Later Life”, Ashgate, Farnham: 187–208.

³⁵ Za przykład może tu posłużyć projekt badawczy z 2012 roku poświęcony zobrazowaniu sytuacji psychospołecznej, zdrowotnej, materialnej i rodzinnej starych mieszkańców Gdańska [Czekanowski, Załęcki, Brosz 2013]

- Czekanowski P. [2012], *Społeczne aspekty starzenia się ludności w Polsce. Perspektywa socjologii starości*, Wydawnictwo UG, Gdańsk.
- Czekanowski P., Mnich E., McKee K., Öberg B., Prouskas C. i Quattrini S. [2008], *Main Characteristics of the Sample: Older Care-Recipients and their Main Family Carers*, [w:] G. Lamura, H. Döhner i C. Kofahl (eds.), *Family Carers of Older People in Europe - A Six-Country Comparative Study*, LIT VERLAG, Berlin: 117–143.
- Czekanowski P., Załęcki J. i Brosz M. [2013], *Gdańska starość. Portret socjologiczny mieszkańców Gdańska w wieku 65+*, Fundacja Terytoria Książki, Gdańsk.
- Dyczeński L. [1976], *Więź pokoleń w rodzinie*, ODiSS, Warszawa.
- Dyczeński L. [1994], *Ludzie starzy i starość w społeczeństwie i kulturze*, RW KUL, Lublin.
- Giddens A. [2002], *Nowoczesność i tożsamość. „Ja” i społeczeństwo w epoce późnej nowoczesności*, tłum. A. Szulżycka, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Giddens A. [2005], *Socjologia*, tłum. A. Szulżycka, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Halicka M., Halicki J. i Ślusarczyk P. [2012], *Przemoc w stosunku do osób starszych*, [w:] M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski (red.), *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, Termedia Wydawnictwo Medyczne, Poznań: 495–509.
- Halicka M. i Halicki J. (red.) [2010], *Przemoc wobec ludzi starych – na przykładzie badań środowiskowych w województwie podlaskim*, Temida 2 Wyd. Stowarzyszenia Absolwentów Wydziału Prawa UW, Białystok.
- Halicka M., Halicki J. i Sidorczuk A. (red.) [2009], *Człowiek dorosły i starszy w sytuacjach przemocy*, Wydawnictwo UW, Białystok.
- Hryniewicz J., Staręga-Piasek J. i Supińska J. [1991], *Ludzie starzy a polityka społeczna w Polsce*, [w:] B. Rysz-Kowalczyk (wyb. i oprac.), *Studia o kwestiach społecznych*, IPS UW, Warszawa: 131–150.
- Kohli M., Künemund H., Motel A., Szydlik M. [2000], *Generationenbeziehungen*, [w:] M. Kohli i H. Künemund (eds.), *Die zweite Lebenshälfte*, Leske and Budrich, Opladen: 176–211.
- Kornblum W. (with collaboration with Smith C. D.) [1997], *Sociology in a changing world* (fourth edition), Harcourt Brace College Publishers. Fort Worth, Philadelphia, San Diego, New York, Orlando, Austin, San Antonio, Toronto, Montreal, London, Sydney, Tokyo.
- Lamura G., Döhner H., Kofahl C. (eds.) [2008], *Family Carers of Older People in Europe – A Six-Country Comparative Study*, LIT VERLAG, Berlin.
- Ludzie starzy w warunkach transformacji ustrojowej*, [2000], B. Synak (red.), Wydawnictwo UG, Gdańsk.
- Mały Rocznik Statystyczny Polski 2013*, GUS, Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa.
- Morgan L., Kunkel S. [1998], *Aging. The Social Context*, Pine Forge Press, Thousand Oaks, California, London, New Delhi.
- Mossakowska M., Więcek A., Błędowski P. [2012], *Geneza, cele i zakres badania*, [w:] M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski (red.) [2012], *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce* [2012], Termedia Wydawnictwo Medyczne, Poznań: 27–44.
- Mossakowska M., Więcek A., Błędowski P. (red.) [2012], *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce* [2012], Termedia Wydawnictwo Medyczne, Poznań.

- Mucha J., Krzyżowski Ł. (red.) [2011], *Ku socjologii starości. Starzenie się w biegu życia jednostki*, Wyd. AGH, Kraków.
- Niezbabitoński M. [2008], *Sieci wsparcia i więzi społeczne ludzi starszych. Stan teorii i badań socjologicznych a potrzeby praktyki*, [w:] J. Grotowska-Leder (red.), *Sieci wsparcia społeczne jako przejaw integracji i dezintegracji społecznej*, Wydawnictwo UŁ, Łódź: 144–170.
- Ostrowska A. [1991], *Śmierć w doświadczeniu jednostki i społeczeństwa*, PAN, IFiS, Warszawa.
- Perek-Białaś J., Hoff A. (eds.) [2012], *Developing the „Sociology of Ageing” to tackle the challenge of ageing societies in Central and Eastern Europe*, Jagiellonian University Press, Kraków.
- Piotrowski J. [1973], *Miejsce człowieka starego w rodzinie i społeczeństwie*, PWN, Warszawa.
- Piotrowski J. [1986], *Stosunki rodzinne osób starszych*, [w:] *Encyklopedia seniora*, WP, Warszawa: 170–186.
- Population projections 2010-2060. EU27 population is expected to peak by around 2040. One person in eight aged 80 or more in 2060*, Eurostat Newsrelease 80/2011 – 8 June 2011.
- Prognoza ludności na lata 2008–2035* [2009], GUS, Departament Badań Demograficznych, Warszawa.
- Prognoza ludności Polski na lata 2008–2035*, Notatka informacyjna. Wyniki badań GUS (materiał na konferencję prasową w dniu 25 lipca 2008 r.), GUS, Departament Badań Demograficznych.
- Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2012*, GUS, Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa.
- Rosset E. [1959], *Proces starzenia się ludności. Studium demograficzne*, PWG, Warszawa.
- Sobczak I. [2006], *Proces starzenia się ludności w województwie pomorskim i jego skutki społeczne. Stan aktualny i prognozy*, [w:] *Zmiany na regionalnym rynku pracy związane z przemianami demograficznymi. Raport końcowy*, Towarzystwo Edukacyjne „Wiedza Powszechna”, Gdańsk: 21–45.
- Stuart-Hamilton I. [2006], *Psychologia starzenia się*, przekł. A. Błachnio, Wyd. Zys i S-ka, Poznań.
- Susłowska M. [1989], *Psychologia starzenia się i starości*, PWN, Warszawa.
- Synak B. [1987], *Człowiek stary w rodzinie i społeczeństwie – niektóre aspekty przemian współczesnych*, „Zdrowie Psychiczne”, nr 4 (Rok XXVIII), s. 30–40.
- Synak B. [1990], *The Polish family: stability, change and conflict*, „Journal of Ageing Studies”, Vol. 3, No. 4.
- Synak B. [2002], *Problematyka badawcza i charakterystyka badań*, [w:] B. Synak (red.), *Polska starość*, Wydawnictwo UG, Gdańsk: s. 11–34.
- Synak B. (red.) [2002], *Polska starość*, Wydawnictwo UG, Gdańsk.
- Sytuacja demograficzna w Polsce*, Notatka informacyjna (materiał na konferencję prasową w dniu 23 października 2007 r.), GUS, Departament Badań Demograficznych.
- Szatur-Jaworska B. [2000], *Ludzie starzy i starość w polityce społecznej*, IPS UW, ASPRA-JR, Warszawa.
- Szatur-Jaworska B. [2011], *Formy życia rodzinnego ludzi starych*, „Polityka Społeczna”, Numer specjalny: *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, PolSenior, s. 12–17.

- Szatur-Jaworska B. [2012], *Sytuacja rodzinna i więzi rodzinne ludzi starych i osób na przedpolu starości*, [w:] M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski (red.), *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, Termedia Wydawnictwo Medyczne, Poznań, s. 449–448.
- Szatur-Jaworska B., Błędowski P., Dziegielewska M. [2006], *Podstawy gerontologii społecznej*, ASPRA-JR, Warszawa.
- Szlendak T. [2010], *Socjologia rodziny. Ewolucja, historia, zróżnicowanie*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Szukalski P. [2006], *Zagrożenie czy wyzwanie – proces starzenia się ludności*, „Polityka Społeczna”, nr 9, s. 6–10.
- Tobiasz-Adamczyk B. [2004], *Interakcje społeczne a jakość życia w wieku podeszłym*, [w:] W. Piątkowski (red.), *Zdrowie, choroba, społeczeństwo. Studia z socjologii medycyny*, Wydawnictwo UMCS, Lublin, s. 95–103.
- Tobiasz-Adamczyk B., Knurowski T. i Brzycki P. [2002], *Czy jeszcze ktoś pamięta o starości? Starość a proces transformacji*, [w:] W. Piątkowski i A. Titkow (red.), *W stronę socjologii zdrowia*, Wydawnictwo UMCS, Lublin, s. 77–91.
- Tobiasz-Adamczyk B. (red.) [2009], *Przemoc wobec osób starszych*, Wydawnictwo UJ, Kraków.
- Trwanie życia w Polsce w 2008 roku*, Notatka informacyjna (materiał na konferencję prasową w dniu 23 lipca 2009 r.), GUS, Departament Badań Demograficznych.
- Trwanie życia w 2008 r.* [2009], Informacje i opracowania statystyczne, GUS, Warszawa.
- Turnowiecki W. [2006], *Problemy ludzi starych: modele rozwiązań w Unii Europejskiej*, [w:] *Zmiany na regionalnym rynku pracy związane z przemianami demograficznymi. Raport końcowy*, Towarzystwo Edukacyjne „Wiedza Powszechna”, Gdańsk, s. 13–20.
- Tyszką Z. [1979], *Socjologia rodziny*, PWN, Warszawa.
- Tyszką Z. [2001], *Stan i przeobrażenia rodzin polskich na przełomie wieków XX i XXI. Niedawna przeszłość i teraźniejszość*, [w:] Z. Tyszką (red.), *Współczesne rodziny polskie – ich stan i kierunek przemian*, Seria Socjologia nr 30, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań, s. 5–23.
- Wojszel Z.B. [2009], *Geriatryczne zespoły niesprawności i usługi opiekuńcze w późnej starości. Analiza wielowymiarowa na przykładzie wybranych środowisk województwa podlaskiego*, Wydawnictwo Uniwersyteckie Trans Humana, Białystok.
- Wojszel Z.B. [2013], *Nieformalna sieć wsparcia osób starszych w środowisku na przykładzie wyników badań wybranych środowisk województwa podlaskiego*, [w:] D. Rancew-Sikora, C. Obracht-Prondzyński, M. Kaczmarczyk i Piotr Czekanowski (red.), *O społecznym znaczeniu tożsamości, miejsca i czasu życia. Szkice socjologiczne i gerontologiczne. Księga dedykowana prof. Brunonowi Synakowi*, Zrzeszenie Kaszubsko-Pomorskie, Gdańsk, s. 369–380.
- Worach-Kardaś H. [1983], *Wiek a pełnienie ról społecznych*, PWN, Warszawa.
- Woźniak Z. [2001], *Globalizacja problemów zdrowotnych i starzenia się a rodzina*, [w:] Z. Tyszką (red.), *Współczesne rodziny polskie – ich stan i kierunek przemian*, Seria Socjologia nr 30, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań, s. 381–408.
- Ziembiński Z. [1994], *Elementy socjologii*, Ars boni et aequi, Poznań.

Piotr Czekanowski

THE PROCESS OF AGEING AND FAMILY SITUATION OF THE OLD PEOPLE

Abstract

This article is devoted to implications of population ageing for family life of the elderly. In part one, a reader finds basic reasons and characteristic features of population ageing in Europe and – especially – Poland [average longevity, number of females per 100 males, percentage of elderly persons (65+) in a whole population]. Author shows a dynamic of the process based on population projections towards 2035 and 2060 years too. The second part of the article - partly based on three national gerontological researches - shows changes connected with the family life of elderly persons that have taken place during the last few decades. These changes relates to: size, model and structure of a family, intergenerational relationships, “intimacy on distance”, loneliness, mutual family help, attitude towards ill and dying people, roles played by an older person in a family, peer contacts. In the conclusion author underlines a need for more gerontological research projects, especially done by (or with) sociologists and a need to develop a sociology of old age in Poland.

Key words: population ageing, ageing of societies, elderly people, old person, changes in family life, intergenerational relationships, family help, gerontological researches, sociology of old age.

MIECZYŚLAW GALUSZKA
Uniwersytet Medyczny w Łodzi*

SYSTEM OPIEKI ZDROWOTNEJ W POLSCE WOBEC POTRZEB SENIORÓW: PRIORYTETY, RACJONOWANIE I DYSKRYMINACJA ZE WZGLĘDU NA WIEK

Streszczenie

Artykuł omawia problemy związane z realizacją świadczeń zdrowotnych dla osób w starszym wieku, ze szczególnym uwzględnieniem różnych form racjonowania wiekowego. Przytoczone dane pokazują, że stan zdrowia polskich seniorów nie jest dobry. Jedną z przyczyn jest niezadowolająca opieka zdrowotna wynikająca głównie z braku środków finansowych. Dlatego priorytetem polityki zdrowotnej jest stworzenie programów profilaktycznych nastawionych na popularyzację zdrowego starzenia się. Aktywne starzenie rozumie się wieloaspektowo jako: starzenie się w dobrym zdrowiu, aktywny udział w życiu społecznym, spełnienie w życiu zawodowym i więcej niezależności w życiu codziennym. Wśród pacjentów racjonowanie ograniczonych środków medycznych traktowane jest jako dyskryminacja wiekowa. Podczas leczenia pacjentów w podeszłym wieku wprowadza się różnego typu ograniczenia w dostępie do należnych procedur medycznych, stosuje się oszczędności oraz ignoruje potrzeby seniorów. Systemowe i instytucjonalne działania winny być skierowane na rozwój geriatry, poprawę jakości udzielania świadczeń zdrowotnych, profilaktykę zdrowotną i promocję zdrowego stylu życia.

Słowa kluczowe: system opieki zdrowotnej, starość, racjonowanie świadczeń zdrowotnych, dyskryminacja ze względu na wiek

* e-mail: mieczyslaw.galuszka@umed.lodz.pl

WPROWADZENIE

Przedmiotem niniejszego artykułu są problemy zdrowotne ludzi starszych analizowane w kontekście determinantów socjoekonomicznych zdrowia, zadań polityki zdrowotnej i obowiązków systemu opieki zdrowotnej. Dylematy instytucji medycznych udzielających pomocy medycznej seniorom mają charakter globalny, dotyczą każdego systemu opieki zdrowotnej, choć ich rozwiązania powiązane są ze zróżnicowanym kulturowo podejściem do starzenia się i starości. Zidentyfikowane i trafnie opisane przez lekarzy i gerontologów społecznych potrzeby zdrowotne seniorów są zróżnicowane ze względu na wiek pacjenta, ale też inaczej artykułowane w różnych kulturach i społecznościach. Państwowe i regionalne rozwiązania instytucjonalne dotyczące takich zagadnień jak np. system emerytalny, świadczenia medyczne, ubezpieczenia zdrowotne i opiekuńcze, pomoc społeczna mogą sprzyjać rozwiązywaniu problemów bądź prowadzić do populacyjnego wykluczenia i dyskryminacji ludzi starszych. Wymagają też współpracy i organizacyjnego wysiłku różnych podmiotów zobowiązanych instytucjonalnie bądź moralnie do opieki nad seniorem. Zasadniczy podział na świadczenia zdrowotne będące domeną systemu ochrony zdrowia i usługi opiekuńcze związane z udzielaniem wsparcia w wykonywaniu codziennych aktywności stanowi obszar przenikania się formalnych i nieformalnych zobowiązań wobec starzejącej się populacji. Zakłady opieki zdrowotnej i ośrodki pomocy społecznej konstruują swoje zadania zgodnie z przepisami państwowymi, kierują się racjonalnością biurokratyczną, dokonują alokowania ograniczonych środków medycznych. Znany jest pogląd, że medycyna, zarówno jako przedsięwzięcie indywidualne, jak i społeczne, zmuszona jest do racjonowania świadczeń medycznych [Łuków 2004]. Media masowe nagłaśniają traumatyczne przypadki odmowy przez instytucje opieki zdrowotnej udzielania pomocy lekarskiej czy odmowy przepisania leku ratującego lub podtrzymującego życie pacjentów. W społecznym odbiorze odmowa udzielania pomocy medycznej traktowana jest jako dyskryminowanie i marginalizowanie potrzeb zdrowotnych seniorów. Przykładem konfliktów instytucjonalnych związanych z organizacją, koordynacją i kontrolą pomocy udzielanej osobom starszym, niepełnosprawnym bądź przewlekle chorym jest opieka długoterminowa przypisana różnym specjalistycznym placówkom, jak np. domy pomocy społecznej, zakłady opiekuńczo-lecznicze, hospicja, oddziały geriatryczne. Zauważalną tendencją w literaturze gerontologii społecznej jest umiejscowienie problemów starości nie tyle w przestrzeni medycznej, ile przestrzeni kulturowo-społeczno-ekonomicznej. Budowanie kultury wsparcia społecznego, solidarności międzypokoleniowej, tworzenie sieci

wsparcia rodzinnego i środowiskowego traktowane jest jako warunek konieczny rozwiązywania złożonych problemów wieku starczego. Wobec widocznych procesów demograficznych starzenia się społeczeństw cywilizacji zachodniej postulaty „zdrowego i aktywnego starzenia się” muszą być traktowane jako *in statu nascendi* nowej filozofii przetrwania cywilizacji. Badania pokazują, że wyższy status socjoekonomiczny jednostki i społeczeństwa wpływa na średnią długość życia oraz na jego wyższą jakość. Zależność taka dotyczy wszystkich grup wiekowych seniorów. Duże zasługi w przedłużaniu życia ludzkiego ma postęp medycyny, jednocześnie każdy dodatkowy okres życia niesamodzielnych osób starszych zwiększa zapotrzebowanie na usługi medyczne, które „ktoś” musi finansować. Zamożni emeryci bogatych społeczeństw mogą być niezależni od pomocy państwa, a nawet rodziny. Co zrobić z rzeszą emerytów w społeczeństwach o słabym rozwoju gospodarczym i niskich dochodach, których nie stać na sfinansowanie sobie usług opiekuńczych i pielęgnacyjnych w systemie komercyjnym? Działania na rzecz równości w zdrowiu i solidarności w zdrowiu podejmowane są przez instytucje UE¹, aby zmniejszyć dysproporcje w dostępie do zdrowia pomiędzy różnymi regionami.

Socjologia starzenia się jako subdyscyplina socjologii zdrowia, choroby i medycyny, skupiając się na badaniach dotyczących wpływu stanu zdrowia na aktywność życiową w wymiarze indywidualnym i generacyjnym, podkreśla znaczenie determinantów ekonomicznych i społecznych zdrowia. Istotne staje się pokazanie związków pomiędzy medycznymi aspektami starzenia się jednostek i społeczeństwa a zabezpieczeniem opieki medycznej i pielęgnacyjnej osobom starszym oraz przeorientowanie polityki społecznej na potrzeby seniorów. Społeczne czynniki warunkujące zdrowie są analizowane na poziomie globalnych i lokalnych procesów prowadzących do takich zjawisk jak np. społeczne włączanie i walka z ubóstwem, zwalczanie nierówności w zdrowiu, równość i sprawiedliwość w dostępie do zdrowia. Realizowane przez różne instytucje projekty zdrowego starzenia się muszą zwracać uwagę także na pozamedyczne aspekty starzenia się. Eufemizmem będzie stwierdzenie, że medycyna i opieka zdrowotna same nie rozwiążą tego problemu. Wymagane jest zaangażowanie w projekty edukacyjne, promocyjne i naukowe zdrowego starzenia się specjalistów innych dziedzin, którzy pokażą problemy zdrowotne seniorów w szerszym kontekście „siwiejącej” populacji. Przykładem takich działań może być Centrum Badań Nad Zdrowym Starzeniem Się Uniwersytetu Medycznego w Łodzi integrujące

¹ Zob. Solidarity in Health: Reducing Health Inequities in the EU, <http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/com2009_background_en.pdf>.

i koordynujące badania naukowe, skutki medyczne, organizacyjne i społeczne starzejącego się społeczeństwa oraz realizujące program Akademii Zdrowego Starzenia [www.harc.umed.pl].

Przedmiotem artykułu uczyniłem problemy związane z realizacją różnych potrzeb zdrowotnych seniorów zwiększających ich społeczną aktywność i podnoszących jakość życia. Punktem wyjścia jest koncepcja zdrowego starzenia zawarta w wielu dokumentach, której pozytywny zamiar realizacyjny zderza się z istniejącymi w systemie medycznym ograniczeniami ekonomicznymi. Wyrazem zaniedbań jest niska ocena usług medycznych skierowanych do seniorów oraz przejawy dyskryminacji wiekowej. W bioetycznej i ekonomicznej literaturze rozważa się problem racjonowania opieki zdrowotnej ze względu na wiek oraz poszukuje aksjologicznych podstaw takich decyzji [Hołówka 2005; Szewczyk 2009]. Do rozwikłania tych dylematów przyczynić się mogą badania socjologiczne dotyczące zmniejszenia nierówności w zdrowiu, uwzględniające także społeczne opinie i postawy względem racjonowania wiekowego.

PRIORYTETY POLITYKI ZDROWOTNEJ WOBEK STAROŚCI

Unia Europejska od wielu lat zajmowała się osobami w starszym wieku przy okazji realizacji różnych projektów dotyczących polityki społecznej. W potocznym rozumieniu nowe pomysły polityki społecznej nie zawsze odbierane były jako poprawa losu osób starszych. Przykładem może być budowanie strategii i partnerstwa w reformowaniu polityki społeczno-gospodarczej według tzw. Strategii Lizbońskiej. Jednym z punktów tej strategii jest ograniczanie państwa socjalnego, co przekłada się na urynkowanie mechanizmów świadczenia usług socjalnych. Prorynkowa polityka socjalna nie odpowiada zwłaszcza tej części społeczeństw tzw. „twardego jądra Europy”, które utraciłyby część przywilejów socjalnych (wysokie emerytury, tania opieką socjalną, znaczne zasiłki, krótki okres pracy) [Szomburg 2004]. Z perspektywy ponad dekady od wprowadzenia Strategii Lizbońskiej wyraźnie widać, że kryzys gospodarczy przekłada się na intensywniejsze „zaciskania pasa” w przywilejach socjalnych dotyczących również ludzi starszych. Aktywny model polityki socjalnej (*active social policy*), wprowadzany w wielu państwach, w tym również w Polsce, ma na celu zwiększanie partycypacji w życiu społecznym i ekonomicznym ludzi starszych. Państwo nie chce już obdarowywać swoich „roszczeniowych obywateli”, lecz oczekuje ich aktywności sprawczej, proponując alternatywne formy wsparcia, również w za-

kresie ochrony zdrowia. Tworzenie sieci systemów pomocy skierowanych na potrzeby seniorów ma sprzyjać rozwojowi podmiotowości wspólnot lokalnych, wzrostowi znaczenia sektora obywatelskiego, tworzeniu się więzi społecznych i budowaniu kapitału społecznego. Wszystko po to, aby zwiększyć odpowiedzialność jednostki i społeczności za zabezpieczenie finansowe na potrzeby życiowe i zdrowotne starości. Idea państwa opiekuńczego, która szczególnie w krajach europejskich przez długi czas kształtowała politykę ochrony zdrowia, traci na znaczeniu w sytuacji ogólnego kryzysu gospodarczego. Postuluje się, aby państwa zabezpieczały sprawiedliwy dostęp do podstawowych usług medycznych traktowanych jako koszyk świadczeń gwarantowanych. Także różne programy promocji zdrowia powinny w większym stopniu obejmować ludzi starszych i współtworzyć środowiska wspierające zdrowie. Obywatele zaś zobowiązani są do większej dbałości o zdrowie, bowiem od systemu medycznego mogą otrzymać usługi, za które sami zapłacą w systemie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego lub ubezpieczeń komercyjnych, za które zapłacą ich pracodawcy lub kupić usługę w systemie komercyjnym. Do tego między innymi prowadzą polskie propozycje komercjalizacji i prywatyzacji usług zdrowotnych. Polityka zdrowotna w większości państw musi odpowiedzieć sobie na dwa podstawowe pytania: „Czy usługi zdrowotne są darem czy towarem?” oraz „Czy obywatele mają wносить opłaty na opiekę zdrowotną w zależności od dochodu, a korzystać w zależności od potrzeb zdrowotnych?”. W Polsce i we wszystkich państwach G7 (oprócz USA) polityka zdrowotna oparta jest na koncepcji zdrowia jako dobra wspólnego i współodpowiedzialności obywateli za zdrowie [Włodarczyk 2010]. Zasada solidarności społecznej głosi, że wszyscy płacimy składki na powszechne ubezpieczenie zdrowotne, ale wypadki losowe i ryzyko zachorowania decydują o tym, w jakim stopniu korzystamy ze zgromadzonych wspólnie środków. Ponieważ nie wystarczy dla wszystkich potrzebujących środków medycznych, zwłaszcza opartych na nowoczesnych technologiach medycznych, stosuje się różnego rodzaju ograniczenia w ich dostępności. Kryteria ekonomiczne efektywności systemu zdrowotnego nieuchronnie prowadzą do redefinicji celów opieki zdrowotnej, która w większym stopniu musi się liczyć z realiami gospodarczymi, powinna jednocześnie uzyskać społeczną akceptację, zwłaszcza co do zasad sprawiedliwego alokowania zasobów. Nierówności społeczne są wpisane w system opieki zdrowotnej; chodzi o to, aby nie prowadziły do dramatycznych sytuacji odmowy udzielenia pomocy medycznej ratującej życie indywidualnym pacjentom, a także na stałe marginalizowały jakieś grupy społeczne, np. ludzi w starszym wieku. Subiektywne poczucie deprivacji w związku z pogorszającym się zdrowiem jest na tyle mocne, że indywidualna rezygnacja z kosztownych

nowoczesnych technologii medycznych na rzecz dobra wspólnego nie znajduje powszechnego poparcia. Pozostaje zawsze moralny dylemat, komu w pierwszej kolejności udostępnić ograniczone środki medyczne. Postulat dbania o „własne interesy” dotyczy również osób starszych, jest mocno osadzony w programach integracyjnych i przeciwdziałania wykluczaniu społecznemu. W 1998 r. została przyjęta „Światowa deklaracja zdrowia Zdrowie 21 – Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku”, w której cel piąty dotyczył zdrowia ludzi starszych: „Do roku 2000 ludzie w wieku ponad 65 lat powinni mieć możliwość satysfakcji ze swojego pełnego potencjału zdrowotnego i odgrywania aktywnej roli społecznej” [WHO 2001: 21]. Proponowane strategie obejmowały: zdrowe starzenie się, aktywność społeczności lokalnych ułatwiających seniorom funkcjonowanie w życiu codziennym, ukierunkowanie polityki społecznej na zdrowie i wsparcie społeczne, świadczenia zdrowotne poprawiające jakość życia poprzez umożliwienie stosowania tanich urządzeń i dostępność świadczeń zdrowotnych [WHO 2001: 74–78]. W dokumencie zwrócono uwagę na to, że podstawowa opieka zdrowotna powinna wspierać ludzi starszych również ze względu na rosnącą społeczną izolację i ubóstwo osób starszych, które cierpią na choroby przewlekłe i niepełnosprawność. Oczywiście, dokument miał stworzyć strategiczne cele i zbudować ramy dla pojedynczych działań i wydarzeń, w których ważne są zarówno medyczne, jak i społeczno-ekonomiczne uwarunkowania zdrowia. Kolejne odsłony programów zdrowotnej polityki społecznej skierowanej na potrzeby ludzi starszych podkreślały konieczność włączenia środowisk wspierających seniorów w działaniach podtrzymujące zdrowie i pozwalające na utrzymanie bądź poprawę ich sprawności funkcjonalnej.

W 2002 r. w Hiszpanii odbyło się Drugie Światowe Zgromadzenie Na Temat Starzenia Się Społeczeństw, podczas którego postulowano „produktywne starzenie się”, polegające na aktywnej partycypacji w życiu społeczeństwa i samodzielnym utrzymaniu się seniorów, w czym powinny pomagać rządy poprzez formułowanie korzystnych rozwiązań politycznych. W paragrafach 81–90 końcowego dokumentu omówione zostały problemy dostępu do opieki zdrowotnej i usunięcie nierówności wśród osób starszych. Zwraca się m.in. uwagę na to, że poprawa usług medycznych oraz promocji zdrowia jest także korzystną inwestycją ekonomiczną, ponieważ sprzyja zapobieganiu chorobom przewlekłym oraz wzmacnia prozdrowotne zachowania seniorów. Dobrym przykładem takich działań był projekt realizowany w 2012 r. pod nazwą Europejski Rok Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej, który skierowany był na budowanie działań sprzyjających aktywności osób starszych oraz tworzenie zainteresowania opinii publicznej problemami ludzi starszych. W podstawowym dokumencie aktywne

starzenie rozumie się wieloaspektowo jako: „starzenie się w dobrym zdrowiu, aktywny udział w życiu społecznym, spełnienie w życiu zawodowym i więcej niezależności w życiu codziennym” [UE, 2012]². Starzenie się biologiczne jest procesem nieuniknionym, coraz częściej zwraca się uwagę na to, że nie musi ono wiązać się ze starzeniem ekonomicznym, społecznym czy kulturowym. Mamy przecież przykłady osób w starszym wieku oddających się pracy intelektualnej bądź artystycznej, osiągających sukcesy w biznesie czy polityce. Zmiany biologiczne postępujące wraz z wiekiem niebędące symptomem procesu chorobowego zainspirowały do stworzenia programów profilaktycznych nastawionych na popularyzację zdrowego starzenia się (*healthy aging*). Miarodajna w tym względzie jest charakterystyka zdrowego starzenia się wynikająca z raportu „Zdrowe starzenie się – wyzwanie dla Europy” [2007], w którym podkreśla się procesualny charakter zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego jednostki, której jako osobie starszej powinno się stworzyć optymalne warunki uczestnictwa w życiu społecznym bez przejawów dyskryminacji, pozwalając na czerpanie satysfakcji z niezależności i dobrej jakości życia. Dokumenty różnych międzynarodowych organizacji podkreślają, że w wypadku seniorów przede wszystkim chodzi o utrzymanie dobrej jakości życia i kondycji zdrowotnej poprzez aktywność w życiu codziennym. Punktem wyjścia wszelkiej aktywności seniorów jest sprawność fizyczna i umysłowa, dlatego promocja zdrowego starzenia się nastawiona jest przede wszystkim na podtrzymanie samodzielności fizycznej i intelektualnej. Akcent położony jest nie tyle na przedłużanie życia, ile na jego trwanie w dobrym zdrowiu tak długo, jak to jest możliwe. Jest to istotne zwłaszcza w związku z poprawą wskaźników przeciętnego trwania życia, które w Polsce w ostatnich dwóch dekadach wydłużyło się o około 5 lat. Problem w tym, aby tempo poprawy wskaźników przeciętnego trwania życia było synchroniczne z przeciętną liczbą lat życia spędzonych w dobrym stanie zdrowia. Wskaźniki opisujące to zjawisko: WHO – *Disability Adjusted Life Years / Expectancy* [DALY/DALE] oraz wskaźnik stosowany przez Komisję Europejską i Eurostat – *Healthy Life Years* [HLY] pokazują różnice między przeciętnym trwaniem życia a długością życia w dobrym stanie zdrowia³.

² *The EU Contribution to Active Ageing and Solidarity between Generations*, Publications Office of the European Union, Luxembourg 2012, <<http://ec.europa.eu/social/publications>> 05.03.2012.

³ W krajach UE jednym ze wskaźników monitorujących stan zdrowia publicznego była oczekiwana długość trwania życia bez niepełnosprawności (DALE). Po ujednoczeniu metodologii miara długości życia bez niepełnosprawności została zastąpiona nazwą „oczekiwane lata życia

Programy gerontologiczne przygotowywane są z uwzględnieniem zarówno zróżnicowanego tempa zmian biologicznych starzejącego się organizmu oraz społeczno-ekonomicznych determinant zdrowia. Starość pod względem stanu zdrowia, samodzielności intelektualnej, sprawności fizycznej oraz komponentów psychicznych ma niejednorodny charakter. Poziom sprawności funkcjonalnej wśród seniorów jest zróżnicowany, a zmiany fizjologiczne i patofizjologiczne pogarszające możliwość samodzielności i niezależności wzrastają wraz z wiekiem. Inna pomoc medyczna jest potrzebna seniorowi z dolegliwościami chorób przewlekłych, a inna w wypadku osoby z demencją starczą bądź wymagającą stacjonarnej opieki paliatywnej. Periodyzacja lat życia przeprowadzana jest głównie według kryteriów starzenia się biologicznego człowieka z uwzględnieniem procesów psychicznych i społecznych. Według ONZ próg starości wyznacza 65. rok życia, zaś według WHO umowna starość rozpoczyna się po osiągnięciu 60. roku życia. Dla określenia fazy życia po 60. roku używa się określenia III wiek, którego istotę najlepiej oddaje oksymoron „młodzi starzy”, kolejny – IV etap życia – to „stara starość” – po 75. roku życia. Warto zauważyć, że w Polsce po podwyższeniu wieku emerytalnego do 67 lat przez część swojego seniorskiego życia będziemy wykonywać, zgodnie z ustawą, pracę zawodową. Niezależnie od przyjętych różnych periodyzacji starości, których jest wiele [Stuart-Hamilton 2000; Szatur-Jaworska 2000; Szarota 2010], z punktu widzenia opieki zdrowotnej najistotniejsze są zmiany biologiczne i psychiczne prowadzące do stopniowego pogorszenia się struktury i funkcji narządów, zwiększające prawdopodobieństwo niesamodzielności i konieczność objęcia osoby stałą opieką medyczną. Dlatego też eksperci zalecają stosowanie różnych strategii profilaktyczno-prewencyjnych w stosunku do zróżnicowanych wiekowo osób oraz skierowanych do odmiennych płci. Rekomendacje polityki zdrowotnej zmierzają do uznania, że pierwotna profilaktyka starzenia się powinna być skierowana do osób w wieku średnim i skupić się na „zapobieganiu przedwczesnej i patologicznej starości”, zaś profilaktyka wtórna – adresowana do osób starszych – winna zapobiegać niedołęstwu starczemu związanemu z utratą samodzielności życiowej bądź chorobami stymulującymi procesy starzenia się [Woźniak 2003: 22]. Wskazane powyżej inicjatywy i projekty skierowane na potrzeby seniorów pokazują, że w polityce społecznej i zdrowotnej odchodzi się od biomedycyzacji starości, traktującej starzenie się w kategoriach choroby, na rzecz starzenia się ujmowanego holistycznie, z uwzględnieniem czynników społecznych i behawioralnych [Nowakowski,

w zdrowiu” – *Healthy Life Years* (HLY) i wprowadzona do strukturalnych wskaźników krajów UE. Zob. OECD Health Data 2007, Paris.

Nowakowska 2010]. Dyskurs biomedyczny, który starość traktuje jako problem medyczny, skupia się głównie na rozpoznaniu etiologii i leczeniu chorób wieku starszego, co prowadzi do konstatacji, że starość jest stanem patologicznym i niepożądanym, a śmierć pacjenta – porażką medycyny. Różne koncepcje biomedycyzacji odwołują się do profesjonalnej wiedzy medycznej, podkreślają wysoką pozycję lekarzy oraz tworzą ramy poznawcze determinujące postrzeganie starości w kategoriach medycznych [Estes, Binney 1989]. Alternatywą dla biomedycyzacji starości jest aktywne starzenie się i spowolnienie procesów starzenia, poprzez utrzymanie sprawności fizycznej, psychicznej i społecznej, do którego zachęcają dokumenty i programy polityki społecznej Unii Europejskiej. Zdrowy styl życia i wczesna profilaktyka obejmująca okres „przedpola starości” sprzyjają podniesieniu jakości życia i budowaniu nowych sensów istnienia.

DYSTRYBUCJA OPIEKI ZDROWOTNEJ WOBEC LUDZI STARSZYCH

Dystrybucję opieki zdrowotnej należy rozpatrywać w kontekście polityki zdrowotnej, ekonomiki zdrowia i społecznych wykluczeń. Zgodnie z analizami ekonomicznymi można stwierdzić, że większość usług z zakresu ochrony zdrowia nie stanowi dóbr publicznych, ponieważ „istnieje zarówno możliwość wykluczenia kogoś z ich użytkowania, jak i konkurencja w konsumpcji” [Morris, Devlin, Parkin 2011:163]. W Polsce, wbrew ustaleniom ekonomistów, w ramach publicznej ochrony zdrowia istnieje tendencja do traktowania usług medycznych jako „dobra wspólnego”, z którego pacjent może bez ograniczeń korzystać. To, że w ten sposób wchodzi w różnego rodzaju konflikty społeczne i dysfunkcje instytucjonalne, nie jest na ogół postrzegane. Zasoby finansowe NFZ są ograniczone wpływającymi środkami z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego; jeśli jedna osoba lub grupa osób wymaga znacznych nakładów finansowych w leczeniu, musi się to odbyć kosztem zmniejszonego finansowania potrzeb zdrowotnych innych osób. Ponadto w wypadku ubezpieczonych starszych pacjentów występuje zjawisko „pokusy nadużycia”, która polega na nadmiernym korzystaniu z usług w stosunku do potrzeb zdrowotnych i zaleceń lekarzy. Ubezpieczenie zdrowotne stanowi podstawę roszczeniową pacjenta do wymuszania na lekarzach badań, które „mogą się przydać”. Medialne doniesienia o kolejkach emerytów czekających na zapisy na specjalistyczne badania i procedury medyczne powtarzają się w cyklu rocznym. Jak zauważono, starsi pacjenci korzystają z możliwości wielokrotnego zapisu do specjalisty, tworząc tym samym sztuczny popyt na

świadczenia zdrowotne. Powstaje problem, jak dzielić, reglamentować, alokować ograniczone zasoby medyczne, aby spełnić społeczne oczekiwania i realizować zapisy konstytucji o równym dostępie do opieki zdrowotnej. Seniorzy, a zwłaszcza ludzie w wieku sędziwym, mają zwiększone potrzeby zdrowotne, równocześnie nie stanowią silnej politycznie ani ekonomicznie grupy społecznej. Dlatego też w systemie opieki zdrowotnej ich potrzeby nie są stawiane na pierwszym miejscu, a zarazem najłatwiej je marginalizować, ponieważ istnieje kulturowe przyzwolenie na ograniczanie dostępu do zasobów medycznych w związku z wiekiem. Problem ograniczania dostępu do usług medycznych osób starszych dotyczy różnych szczebli realizacji polityki zdrowotnej i funkcjonowania systemu zdrowotnego. Ograniczone środki finansowe i zasoby medyczne są alokowane co najmniej na czterech poziomach: 1) makroalokacja dotyczy decyzji NFZ lub Ministerstwa Zdrowia o wielkości środków finansowych przeznaczonych na obsługę zdrowotną ludzi starszych, np. zmniejsza się stawki za pobyt pacjentów w hospicjach, ogranicza możliwość uzyskania specjalizacji z geriatry, wyklucza się seniorów z badań przesiewowych; 2) mezoalokacja dotyczy przerzucania odpowiedzialności za leczenie osób starszych na niższy szczebel decyzyjny, np. reglamentacja usług zdrowotnych przez jednostki administracji wojewódzkiej, przerzucenie kosztów promocji zdrowia na samorządy oraz społeczności lokalne, ograniczanie dostępu do domów opieki społecznej, 3) mikroalokacja obejmuje działania ograniczające dostęp seniorów do środków medycznych na poziomie zakładów opieki zdrowotnej, np. wypisywanie niedoleczonych pacjentów, ograniczanie łóżek dla opieki długoterminowej, 4) „dzika” mikroalokacja istniejąca w ramach instytucji medycznych, ale wynikająca z subiektywnych przekonań personelu medycznego co do możliwości wykluczenia osoby starszej z danej usługi, np. uzależnienie udzielenia świadczenia od łapówki, nepotyzm, leczenie znajomych, lekceważenie potrzeb zdrowotnych.

Dramatycznym przykładem alokacji jest zjawisko wypisywania chorych z jednego oddziału i przyjmowania ich za kilka lub kilkanaście dni na inny oddział. Wypisywanie pacjenta ze szpitala oraz jego rehospitalizacja jest wymuszona poprzez zasadę płacenia przez płatnika (NFZ) za leczenie jednej choroby. Lekarze zmuszani są do leczenia tylko jednej jednostki chorobowej, za którą płaci płatnik, co w wypadku chorych w zaawansowanym wieku jest szczególnie błędnym podejściem. Osoby starsze powinny trafić na oddziały geriatryczne, których brakuje w całym systemie zdrowotnym. Innym przykładem alokacji są tzw. priorytetowe programy zdrowotne, będące często wynikiem działania różnych grup interesu, wśród których przeważa lobbing określonej specjalności zawodowej lekarzy. Powołując się na dobro pacjenta, przywołując argumenty

z zakresu medycyny opartej na faktach oraz opinie ekspertów, grupa lobbująca wykorzystuje „siłę nacisku”, uzyskując finansowanie programu zdrowotnego bądź określonej technologii medycznej, a także wyższą wycenę usługi i kontraktu. Przykładem mogą być wysokie wyceny procedur kardiologicznych oraz znaczące programy profilaktyczne wobec braku programów gerontologicznych i niskiej wyceny opieki medycznej pacjentów wiekowych. Ujednolicenie zasad kontraktowania świadczeń i gromadzenia informacji o ubezpieczonych wprowadzane przez NFZ ma poprawić jakość udzielania pomocy medycznej. Przez środowisko medyczne i farmaceutyczne działania administracyjno-kontrolne traktowane są jako przejaw rozbudowanej biurokratyzacji systemu medycznego. Wprowadzenie mechanizmów rynkowych w opiece zdrowotnej, które jest obecnie w Polsce dopuszczone ustawowo (restrukturyzacja, komercjalizacja, prywatyzacja), nieuchronnie prowadzi do racjonalności biurokratycznej i wprowadzania zasad macdonaldyzacyjnych. Udzielanie pomocy medycznej przestaje być przedsięwzięciem moralnym, a staje się działalnością usługową, która podlega presji rozliczeń ekonomicznych. Stosowanie kryteriów efektywnościowych szczególnie bliskie jest sektorowi prywatnemu, który trudniejszych i bardziej kosztownych pacjentów odsyła do publicznej opieki zdrowotnej. Apele do lekarzy, aby byli w kontaktach z pacjentami bardziej empatyczni i działali zgodnie z zasadami etyki troski, traktowane są jako retoryka polityczna decydentów nieradzących sobie z konfliktami i dysfunkcjonalnością systemu medycznego. W sondażu zrealizowanym wśród lekarzy łódzkich znaczenie empatii jako atrybutu profesji lekarskiej zostało wskazane na pierwszym miejscu przez 2,3% lekarzy, a średnia ranga nadawania empatii wynosiła 7,67% (miejsce 8.). Badania zrealizowane z wykorzystaniem skali empatii Jeffersona potwierdziły światową tendencję do pomniejszania znaczenia empatii w relacjach lekarz–pacjent [Studzińska-Pasieka 2009: 229]. W wypadku leczenia osób starszych, zwłaszcza przewlekle chorych, wymagających opieki długoterminowej, zmniejszenie poziomu empatii wpisane jest w problem wypalenia zawodowego lekarzy i pielęgniarek. System medyczny i płatnik, ograniczając finansowanie procedur skierowanych na potrzeby wiekowych pacjentów, inicjuje procesy wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji i instrumentalizacji kontaktu z pacjentami. Obronne dystansowanie się wobec potrzeb chorych i pacjentów wpisane w procesy wypalenia zawodowego dotyczy 30% polskich pracowników ochrony zdrowia [Anczewska 2005].

Przykładem niewłaściwej dystrybucji opieki zdrowotnej jest nieadekwatna do potrzeb społecznych organizacja leczenia geriatrycznego, priorytety polityki zdrowotnej pomijające tę grupę pacjentów oraz nieprzekładalność celów systemu zdrowotnego na praktykę ich realizacji. Można wyrazić przekonanie, że polski

system zdrowotny nie zauważa realiów demograficznych, które powinny być brane pod uwagę w rozwoju medycyny geriatrycznej i opieki długoterminowej. Prognozy dotyczące tempa starzenia się pokazują, że w 2010 r. odsetek osób w wieku 60 plus wynosił 17,5% (6,7 mln osób), a 65 plus – 13,3% (5,1 mln osób). Według prognoz GUS w 2030 r. osoby w wieku 65 plus stanowiąc będą 23,8% (8,5 mln) osób. Ponadto przybędzie osób najstarszych (75 plus), których liczba w 2030 r. będzie wynosiła 4 mln osób. Zmiany demograficzne w Polsce wymuszają przeorientowanie systemu opieki zdrowotnej, który w większym stopniu będzie się musiał zająć pacjentami o zróżnicowanym poziomie zaawansowania procesów starzenia. Z powodu starzenia się populacji wzrośnie odsetek ludzi z chorobami przewlekłymi i niepełnosprawnością. Występowanie niepełnosprawności rośnie wraz z wiekiem: powyżej 50. roku życia co piąta osoba jest niepełnosprawna, a wśród osób powyżej 70. roku życia – prawie co druga. Wzrasta odsetek osób cierpiących na: chorobę wieńcową, nowotwory, nadciśnienie tętnicze, cukrzycę, astmę, zapalenie stawów, choroby kobiecego i męskiego układu rozrodczego, chorobę Alzheimera, demencję i inne dolegliwości psychiczne [Sygit 2010]. Zmodyfikowanie kierunków polityki zdrowotnej i społecznej kraju oraz dostosowanie ich do starzejącego się społeczeństwa jest koniecznością, z którą trzeba zmierzyć się w trybie najpilniejszym. Wiedza o tym, że kompleksowa opieka geriatryczna jest tańsza, skuteczniejsza i przyjazna seniorom, nie została przyswojona przez decydentów ustalających politykę zdrowotną. Starsi pacjenci wymagają holistycznego leczenia, pielęgnacji i opieki długoterminowej, która pomijana jest w systemie zdrowotnym. Stosowane dotychczas przez państwo strategie rozproszonego leczenia pacjentów w różnych oddziałach oraz przerzucanie odpowiedzialności za opiekę nad schorowanymi seniorami na ich rodziny i wolontariuszy się nie sprawdza. Oddziałów geriatrycznych w stosunku do potrzeb ludzi starszych jest niewiele, faktycznie istnieje dostęp do mniej więcej 600 łóżek na 6 mln osób powyżej 65. roku życia. Według standardów unijnych powinno być w Polsce 7,6 tys. łóżek geriatrycznych. Nie mamy również lekarzy geriatrów, których jest 120, a więc jeden specjalista obsługuje 50 tys. pacjentów. Wprawdzie w polityce zdrowotnej zauważa się potrzebę rozwoju medycyny wieku starszego, jednakże poza konstatacją problemu nie zostały wdrożone zasadnicze zmiany organizacyjne polepszające obsługę zdrowotną osób w wieku starszym⁴. Przygotowywane są analizy i raporty pokazujące jednoznacznie, co należy zmienić i jakie działania podjąć, aby sprostać potrzebom i standardom

⁴ Geriatria uznana została za priorytetową dziedzinę medycyny w Polsce w 2003 roku. Zob. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 22.12.2003 r.

innych krajów UE. W pierwszym akapicie raportu dotyczącego opieki geriatrycznej, przygotowanego na potrzeby Ministerstwa Zdrowia, można przeczytać, że geriatryka i gerontologia są niewidoczne w polskim systemie ochrony zdrowia, są także niedoceniane przez polityków i organizatorów opieki zdrowotnej. W raporcie stawiana jest teza, że system opieki zdrowotnej i społecznej nie „spełnia standardów podejścia geriatrycznego – powszechności, jakości, dostępności i kompleksowości zaspokajania złożonych potrzeb” [Grodzicki 2012]⁵. Raport przygotowywany głównie przez lekarzy geriatrów bądź badaczy zajmujących się gerontologią nie wychodził poza konstatację faktów i rekomendacje pilnych działań. Decyzje dotyczące rozwoju medycyny geriatrycznej zapadają w strukturach władzy i administracji państwowej. Jednym z rozważanych rozwiązań jest propozycja podniesienia kwalifikacji w zakresie medycyny gerontologicznej lekarzy rodzinnych, którzy poprzez znajomość środowiska pacjentów mogliby w większym stopniu zaspokajać złożone potrzeby starszych podopiecznych. Pielęgnacja i opieka nad osobami w podeszłym wieku wymaga zintegrowanych działań różnych podmiotów. Włączenie w działania opiekuńcze różnych partnerów, takich jak społeczności lokalne, grupy samopomocowe, organizacje społeczne i agendy prywatne, przynosi korzystne efekty i poprawę jakości życia seniorów. Sieci społeczne – bliskie więzi z rodziną, przyjaciółmi oraz różne formy wsparcia społecznego dają pozytywne efekty w podtrzymywaniu zdrowia i dobrego samopoczucia [Putnam 2008; Szlendak 2010].

W ostatnich latach zainteresowanie publiczne seniorami jest duże, nie wychodzimy jednak poza pierwszy etap poznawczy; prowadzone są różne programy badań naukowych i próby rozwijania, a także popularyzacji informacji, wspomagające profilaktykę zdrowotną seniorów. Trudniej jest z etapem legislacyjnym i wdrażaniem praktycznym programów, które często nie trafiają do najbardziej potrzebujących. W tym względzie zawodzi alfabetyzacja zdrowotna, która powinna być przygotowana na potrzeby osób starszych, z uwzględnieniem zróżnicowanych możliwości percepcyjnych związanych z wiekiem.

Danych o kondycji zdrowotnej seniorów dostarczają wyniki kompleksowego badania PolSenior dotyczącego różnych aspektów zdrowia i uwarunkowań jakości życia, które zostały udostępnione publicznie w 2011 r. Wynika z niego negatywny obraz kondycji zdrowotnej ludzi starszych: 75% seniorów ma nad-

⁵ T. Grodzicki, *Strategia rozwoju system opieki geriatrycznej i rozwiązań poprawiających jakość opieki nad osobami starszymi w systemie ochrony zdrowia*, Projekt przygotowany przez Zespół ds. Geriatrii, powołany Zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 5 lipca 2007 r., <www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/...?51_geriatria_13072011.pl> 20.10.2012.

ciśnienie tętnicze; 30% starszych osób cierpi na niezdiagnozowaną i nieleczoną depresję; około 35% ma zaćmę, 25% osób w wieku 65–80 lat choruje na cukrzycę, w tym w połowie przypadków powikłaną; u ponad 28% występuje lekkie lub umiarkowane otępienie⁶. Głównymi wyzwaniami medycznymi są problemy związane z chorobami przewlekłymi, chorobami układu krążenia, chorobami nowotworowymi, niepełnosprawność sensoryczna (m.in. problemy ze wzrokiem, głuchota) oraz demencja starcza. Przyczyną postępującej wraz z wiekiem niesprawności funkcjonalnej są przede wszystkim choroby przewlekłe, wśród których występuje około 200 jednostek chorobowych [Golinowska, Sowa 2012]. Do najbardziej uciążliwych zalicza się przewlekłe nieurazowe choroby układu ruchu (choroba zwyrodnieniowa, reumatoidalne zapalenie stawów, osteoporoza, zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa), które mają wpływ na jakość życia ludzi. Na reumatoidalne zapalenie stawów lub inne schorzenia stawów choruje w Polsce około 5 mln ludzi, z tego grupa osób niepełnosprawnych z orzeczoną grupą inwalidztwa stanowi około 33%. W większości są to osoby starsze, wymagające stałej opieki medycznej i pielęgniarstwa. Kluczowym problemem dla osób starszych jest ich sprawność funkcjonalna przekładająca się na jakość życia. Przeprowadzono wiele badań dotyczących jakości życia z zastosowaniem różnych założeń teoretycznych i metodologii badań [Tobiasz-Adamczyk 2006; Gałuszka 2006]. Samoocena stanu zdrowia może się różnić od obiektywnych wyznaczników stanu zdrowia związanych z tzw. „modelem medycznym”; zależy od statusu społeczno-ekonomicznego, płci oraz czynników socjokulturowych takich jak np.: zadowolenie z otrzymywanego wsparcia, wejście w rolę chorego, etykietyzacja, stygmatyzacja [Tobiasz-Adamczyk 2012]. Badania instytucji skierowanych na realizację potrzeb seniorów pokazują w miarę pozytywny obraz ich funkcjonowania. W raporcie „Instytucje wobec potrzeb osób starszych” [Szatur-Jaworska, Błędowski 2010: 75–78] przyjęto perspektywę samooceny administracji samorządowej i pracowników opieki społecznej, którzy deklarowali różne instytucjonalne wsparcie skierowane do seniorów i oceny realizowanych usług na ich terenie. Usługi opiekuńczo-pielęgnacyjne, finansowane z ośrodków pomocy społecznej, wykonywane są w 77% badanych gmin. Wśród usług skierowanych

⁶ W badaniu przeprowadzonym na zlecenie Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego wzięło udział 5695 osób należących do dwóch grup wiekowych: 65 lat i więcej (4979 respondentów) oraz 55–59 grupa porównawcza (716 respondentów). E. Piechór, A. Mańkowski, M. Mossakowska, T. Zdrojewski, *Podstawowe wskaźniki realizacji badania PolSenior*, [w:] M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski (red.), *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2012. Zob też <www.termedia.pl> *PolSenior: polska starość może być lepsza*, 21.11.2012.

do osób starszych w zakresie zdrowia i sprawności fizycznej najczęściej wskazań dotyczy badania EKG oraz badania poziomu cukru. Jednak nawet w wypadku tych badań istnieje duże zróżnicowanie ich dostępności w różnych regionach kraju.

Z różnych badań wynika skomplikowany obraz sytuacji zdrowotnej seniorów. Można zauważyć, że istnieją różnice pomiędzy: a) autorefleksją własnych problemów zdrowotnych w ocenach seniorów i ich opiekunów; b) obiektywnymi wskaźnikami zdrowia seniorów rejestrowanymi w dokumentach instytucjonalnych (karty pacjenta); c) instytucjonalną oceną usług i działań skierowanych do osób starszych przez ośrodki pomocy społecznej, instytucje prowadzące działalność leczniczą, rehabilitacyjną i opiekę długoterminową; d) oceną przedstawicieli zawodów medycznych usług medycznych i opiekuńczych skierowanych do osób starszych. Różnice w postrzeganiu zdrowia seniorów i jego ochrony wynikają głównie z przyjęcia określonej indywidualno-lokalnej bądź makrospołecznej perspektywy widzenia problemów zdrowotnych seniorów. Wydaje się, że stratedzy polityki zdrowotnej, pracownicy systemu medycznego, przedstawiciele lokalnych ośrodków pomocy społecznej, badacze akademicy i partnerzy społeczni wprawdzie zajmują się seniorami, jednak robią to z innych perspektyw, prowadząc dyskurs oparty na odmiennych doświadczeniach praktycznych.

RACJONOWANIE WIEKOWE DEFICYTOWYCH ŚRODKÓW MEDYCZNYCH

Racjonowanie w usługach medycznych i opiece zdrowotnej ze względu na wiek jest faktem, z którym pacjenci spotykają się w kontaktach z instytucjami medycznymi. Unika się jednak publicznej debaty na ten temat, zwłaszcza politycy niechętnie wypowiadają się w sprawach, które nie przyniosą im sukcesu elektorskiego. Zjawisko racjonowania usług zdrowotnych dotyczy większości krajów i zostało opisane w literaturze oraz poparte danymi empirycznymi z krajów prezentujących odmienne systemy opieki medycznej, sposoby finansowania usług zdrowotnych i różnice w reglamentacji procedur medycznych [Butler 1999; Matthias, Blanke 2004]. Różne są też teoretyczne i morale uzasadnienia racjonowania usług zdrowotnych. W pracach z zakresu ekonomiki zdrowia podkreśla się, że popyt na bezpłatne usługi zdrowotne we wszystkich systemach zdrowotnych szybko rośnie do poziomu, którego nie jest w stanie sfinansować żaden kraj i system zdrowotny, niezależnie od stanu rozwoju gospodarczego. Dlatego też usługi zdrowotnej nie traktuje się jako „czystego” dobra publicznego, wskazując komercyjny i rynkowy jej sens [Morris, Devlin, Parkin 2011; Nojszewska 2011].

Reformy zdrowotne powinny zakładać, że jakaś forma racjonowania opieki zdrowotnej jest konieczna i zarazem nieunikniona. Wydaje się, że pytanie, w jaki sposób to zrobić, aby nie naruszyć konsensusu społecznego, w polskich próbach reformy systemu zdrowotnego nie jest uwzględniane.

Granica pomiędzy racjonowaniem traktowanym jako obiektywnie istniejące mechanizmy regulujące dostęp do środków medycznych a subiektywnym odczuciem dyskryminacji szczególnie widoczna jest, gdy analizy dotyczą osób w wieku starszym. Podejmowanie stronniczych wiekowo decyzji medycznych, w których wyniku seniorzy dyskryminowani są w dostępie do gwarantowanych prawnie usług w publicznej opiece zdrowotnej, traktowane są jako rażące praktyki „ageistowskie”. Jednakże próby wytyczenia granic pomiędzy racjonowaniem a dyskryminacją są zazwyczaj niezwykle trudne, bowiem traktowanie usługi zdrowotnej jako „dobra publicznego” skłania do roszczeniowych postaw niezależnie od medycznej zasadności zastosowania danego leczenia. W subiektywnej percepcji pacjentów i ich rodzin konsumowanie publicznego dobra przez seniora nie jest traktowane jako ograniczenie możliwości uzyskania usługi medycznej przez inne jednostki. Skoro art. 168 Konstytucji RP „zobowiązuje do objęcia ochroną zdrowia wszystkich obywateli”, nie mogą z niej być wykluczeni pacjenci ze względu na wiek. Pozostaje więc odwołanie się do koncepcji solidarności międzypokoleniowej i ograniczanie roszczeń wobec instytucji ochrony zdrowia. Długie oczekiwania na specjalistyczne wizyty lekarskie oraz kosztochłonne zabiegi szpitalne dotyczą wszystkich pacjentów niezależnie od wieku. Podejmowanie stronniczych wiekowo decyzji medycznych uwzględniających kryteria ekonomiczne jest publicznie potępiane, niezależnie od ich jednostkowej użyteczności. Przykładem może być wykorzystanie racjonowania dóbr medycznych do celów politycznych poprzez dyskredytację osoby, która ośmiela się podnieść problem nieuzasadnionych kosztów medycznych poniesionych przy leczeniu seniorów. Burzliwą dyskusję wywołała wypowiedź posłanki PO Joanny Muchy, posiadającej doktorat z zakresu ekonomii ochrony zdrowia, która zakwestionowała sens dokonywania operacji wymiany stawu biodrowego u 85-latków, którzy i tak nie uzyskują sprawności chodzenia. Posłowie PiS (M. Błaszczak i B. Piecha) potraktowali tę wypowiedź jako „nawoływanie do usankcjonowania eutanazji”. Badania ekonomistów zdrowia pokazały, że wydatki na opiekę medyczną są najwyższe w ostatnim roku życia człowieka. Próby przedłużenia życia, interpretowane jako ucieczka przed śmiercią, stanowią wysokie tzw. koszty umierania, które ponoszą firmy ubezpieczeniowe, system opieki zdrowotnej bądź rodziny. W USA wprowadzono formułę *The Duty to Die*, wedle której rezygnacja z kosztownych procedur medycznych podtrzymujących życie osoby umierającej jest nagradzana poprzez

zwrot zgromadzonych środków finansowych rodzinie [Smith 2000, 150–154]. Według filozofa J. Hardwiga [1990, 2009] wspomniana formuła prowadzi do dekonstrukcji tradycji etyki Hipokratesowej, a rodzinie stwarza możliwość nacisku moralnego na zrezygnowanie z kosztownych procedur podtrzymujących życie umierającego. Jednocześnie postuluje się zastąpienie etyki zorientowanej na pacjenta etyką zorientowaną na rodzinę, której interesy nie były dotychczas brane pod uwagę. Istnieją również przypadki, które można nazwać antynomią systemów medycznych: racjonowanie w zakresie procedur diagnostycznych i leczniczych w związku z wiekiem wobec kwalifikowania chorych do procedur wysoko specjalistycznych bez pełnej geriatrycznej analizy przeciwwskazań i analiz ryzyka. Częstotliwość udzielania świadczenia osobie starszej wynika bardziej z oddziaływania podażowego, czyli z możliwościami świadczeniodawcy wynikającymi z podpisanego kontraktu oraz oczekiwanej refundacji ubezpieczeniowej, a nie z rzeczywistymi potrzebami pacjenta. Zdarzają się też nieuzasadnione medycznie ograniczenia dostępu starszych wiekiem pacjentów do zasobów nowoczesnych technologii medycznych w związku z nierównomiernym regionalnym rozkładem nowoczesnych technologii i środków ekonomicznych. Pacjenci z bogatszych województw mają większe szanse na otrzymanie świadczenia medycznego, ponieważ szpitale uzyskały wyższe kontrakty w NFZ i dysponują zwiększoną podażą danej usługi.

W bioetyce amerykańskiej podejmowany jest problem rozdziału świadczeń medycznych w sytuacji ograniczonych środków finansowych. Wiek jest traktowany jako kryterium racjonowania środków medycznych oraz innych zasobów społecznych. Problem wyrasta z potrzeb praktycznych starzejącego się społeczeństwa i konieczności pokrywania kosztów pobytu w domach seniora, szpitalach i oddziałach opieki długoterminowej. Pragmatyczne społeczeństwo amerykańskie podchodzi do problemu racjonowania środków medycznych w kontekście problemów ekonomicznych i społecznych oraz podstaw etycznych owego rozdzielnictwa. Szczególnie znane jest stanowisko Daniela Callahana [1987], który swoją monografią „Setting Limits. Medical Goals in an Aging Society” zintensyfikował publiczny dyskurs na ten temat. Bioetyk wystąpił z propozycją dotyczącą ograniczenia finansowania wydatków z obowiązkowych ubezpieczeń na świadczenia przedłużające życie po osiągnięciu wieku wyznaczonego przez tzw. naturalną długość życia (*natural life span*). Granica długości życia wyznaczona na 80 lat, po której należy się skoncentrować głównie na opiece paliatywnej oraz zabiegach łagodzących ból, została niezbyt dobrze przyjęta. Callahan [1987: 184] w swoich rozważaniach nie był do końca konsekwentny, bowiem wskazywał również odstępstwa w wypadku osób starszych o znacznej

żywołności (*physically vigorous elderly person*). Koncepcja bioetyka, dotycząca limitowania świadczeń medycznych wobec osób starszych, odwołuje się między innymi do założeń sprawiedliwości dystrybtywnej inspirowanej utylitarystyczną etyką jakości życia oraz medycyną opartą na dowodach naukowych. Kluczowe stają się badania porównawcze skuteczności danego leczenia korygowane przez lata życia w dobrej jakości. Podobne intuicje leżą u podstaw koncepcji Normana Danielsa, określanej nazwą rozsądnej długości życia (*prudential life span account*). Odwołując się do rozważań „zasłony niewiedzy” J. Rowlsa, postuluje on rozważenie logiki racjonowania w sytuacjach dylematu decyzyjnego, jaki posiada jednostka: życie zgodne z naturalną długością lub przedłużenie życia za wszelką cenę. Według filozofa racjonalna jednostka, nie dysponując wiedzą na temat długości własnego życia, a mając do dyspozycji inną wiedzę (postęp w medycynie, zasoby finansowe, jakość życia), wybierze naturalną długość życia zamiast przedłużania go za wszelką cenę kosztem cierpienia i wzmożonego finansowania [Daniels 1985]. Według R. Kleina [1993] w systemach medycznych stosowane są różne sposoby racjonowania ograniczonych środków medycznych. Zalicza się do nich: a) zniechęcenie (*deterrence*) – wprowadzenie różnych wymogów administracyjnych utrudniających dostęp do doświadczenia; b) opóźnienie (*delay*) – tworzenie listy osób oczekujących na świadczenie i przesuwanie w czasie uzyskania pomocy medycznej; c) zmniejszenie dostępności (*dilution*) – świadczenie uzyskuje się rzadziej niż istnieje potrzeba; d) przedwczesne zakończenie leczenia (*interruption, termination of treatment*), polegające na skracaniu czasu pobytu w szpitalu.

Powyższe wyliczenie nie wyczerpuje wszystkich sposobów racjonowania świadczeń zdrowotnych. Stosowanych jest wiele kryteriów, w których wyniku pacjentowi odmawia się należnego leczenia, wprowadza selekcję bądź przekierowuje się pacjenta do innego zakładu opieki zdrowotnej. K. Szewczyk [2009] dokonał przeglądu różnych form racjonowania, wśród których wyróżnił cztery najczęściej stosowane w układzie dychotomicznym: jawne wobec niejawnych oraz ekonomiczne wobec nieekonomicznych. Racjonowanie jawne to w zasadzie określenie priorytetów, wedle których dany system medyczny ustala hierarchię ważności zadań, jakie wobec pacjentów i zdrowia publicznego ma realizować. Jak wskazywano, seniorzy nie są grupą pacjentów szczególnie wyróżnioną ze względu na potrzeby zdrowotne starzejącego się organizmu, a geriatryka nie jest priorytetową dziedziną medycyny zarówno gdy bierzemy pod uwagę liczbę łóżek szpitalnych, uzyskanie specjalności przez lekarzy, jak i wykonywanie procedur medycznych. NFZ finansuje różne programy profilaktyczne, do których zakwalifikowanie uzależnione jest od wieku pacjenta: im starszy pacjent,

tym mniejsze możliwości udziału w programie profilaktycznym. Bezpłatne badania cytologiczne dotyczące wczesnego wykrywania nowotworów szyjki macicy adresowane są do kobiet w wieku od 25 do 59 lat, zaś profilaktyka wykrywania raka sutka skierowana jest do kobiet w wieku 50–59 lat. Kolonoskopia stosowana w celu wykrycia raka jelita grubego dostępna jest bezpłatnie dla pacjentów w wieku 50–65 lat. Te i inne przykłady racjonowania wiekowego świadczeń medycznych przez pacjentów odbierane są jako przejawy dyskryminacji, natomiast NFZ traktuje takie ograniczenia jako uzasadnione medycznie i ekonomicznie. W wypadku racjonowania niejawnego limitowanie świadczeń medycznych wobec indywidualnych pacjentów dokonywane jest przez lekarzy, którzy decydują o dostępności danej procedury, uwzględniając wiek chorego. W takich przypadkach uzyskanie usługi medycznej zależy w większym stopniu od subiektywnych ocen personelu medycznego oraz niepewności efektów leczenia. Istnieje przekonanie, że w pierwszej kolejności należy leczyć młodszych pacjentów, którzy mają lepsze wskaźniki przeżywalności w dobrej jakości życia. Przykładem racjonowania ekonomicznego jest rynek farmaceutyczny, na którym ceny leków stanowią często barierę trudną dla pokonania szczególnie przez seniorów. Ograniczenia wynikają z niskiego poziomu dopłat do leków ze strony państwa. WHO uznaje, że z ograniczeniami mamy do czynienia, jeżeli pacjent dopłaca do leków kupowanych na receptę ponad 50%. W Polsce współpłacenie określa się na poziomie ponad 60%. Według sondażu zrealizowanego w 2008 r. trudności z powodów finansowych z nabyciem leków miały zwłaszcza osoby o najniższym statusie materialnym, reprezentujące najstarszą grupę wiekową, renciści i emeryci. Ponad 45% rencistów oraz 34% osób w wieku 65 lat i więcej miała trudności finansowe z realizacją recepty co najmniej kilkakrotnie w ciągu roku [Pączkowska 2012].

DYSKRYMINACJA ZE WZGLĘDU NA WIEK W OPIECE ZDROWOTNEJ

Praktyki dyskryminacji w opiece zdrowotnej ze względu na wiek dotyczą większości różnych krajowych systemów zdrowotnych. Stanowią jeden z wielu przejawów dyskryminacji starszych osób w różnych sferach działania, np. domy opieki, miejsca pracy, instytucje publiczne, media masowe i marketing. Na określenie sytuacji dyskryminacji z powodu wieku używa się pojęcie *ageism*, które wprowadził R.N. Butler w 1969 r., określając w ten sposób stereotypizację, dyskryminację i uprzedzenia ze względu na wiek. Różne formy szykanowania

ze względu na zaawansowany wiek w niektórych polskich opracowaniach nazywa się *wiekizmem*, jednak powszechniejsze jest użycie terminu angielskiego *ageism* (Alichniewicz, Szczęsna 2001). Na określenie stanu nieuzasadnionego lęku i nienawiści oraz negatywnych lub pejoratywnych postaw, wyobrażeń i zachowań wobec starszych ludzi używany jest również termin gerontofobia. Dyskryminowanie ze względu na wiek może przybierać postać ageizmu obiektywno-instytucjonalnego oraz indywidualno-subiektywnego. W pierwszym zwraca się uwagę na instytucjonalne mechanizmy dyskryminacji, które dotyczą różnych aspektów utrudniających osobom starszym dostęp do zasobów, instytucji, usług społecznych, wynikający z polityki społecznej i zdrowotnej państwa oraz organizacji usług zdrowotnych. W takim rozumieniu dyskryminacja wpisana jest w funkcjonowanie instytucji opieki zdrowotnej i opieki socjalnej, a przejawia się np. w przepisach prawnych, sformalizowanych urzędniczo procedurach i regulach, utrudnianiu dostępu do lekarstw i zabiegów, barierach architektonicznych, odmowie udzielania porady psychiatrycznej. W indywidualnym podejściu ageizmu chodzi o subiektywnie odczuwaną dyskryminację oraz indywidualne akty dyskryminacji przejawiające się w zachowaniach, postawach nietolerancji wobec osób starszych powstające w trakcie kontaktów społecznych i komunikacji interpersonalnej. W raporcie „Diagnoza społeczna 2011” za dyskryminację społeczną uznaje się sytuację, gdy „jakimś kategoriom obywateli odmawia się równych praw i utrudnia dostęp do ważnych aspektów życia społecznego ze względu na ich szczególne cechy, które same w sobie ani też ich konsekwencje nie podlegają formalnie penalizacji” [Czapiński 2011a: 340]. Warto zwrócić uwagę na to, że we wspomnianym raporcie wiek nie jest traktowany jako oddzielny problem badawczy, ale służy – obok wykształcenia – jako zmienna kontrolna. Wrażliwość, przy kontroli wieku, na odczuwanie dyskryminacji jest zróżnicowana i zależy od badanego problemu. Wskaźnik subiektywnie odczuwanej dyskryminacji rośnie wraz z wiekiem w wypadku osób niepełnosprawnych, korzystających z porad psychiatry lub psychologa. Istnieje silny związek pomiędzy depresją psychiczną a wykluczeniem fizycznym, wynikający z wysokiej korelacji wskaźnika depresji z wiekiem życia [Czapiński 2011b: 349]. Według P. Szukalskiego [2009: 5–6] „wiek kalendarzowy używany jest do wyodrębnienia grup, których dostęp do różnorodnych zasobów społecznych podlega systematycznej kontroli. Ów proces kontroli nazywamy dyskryminowaniem (negatywnym lub pozytywnym)”. Sam w sobie proces kontroli dystrybucji zasobów społecznych, w tym dostępu do zasobów zdrowia i środków medycznych, nie stanowi, według mojej oceny, procesu dyskryminacyjnego. Pokazuje raczej, na ile społeczeństwo zaakceptowało instytucjonalne propozycje racjonowania dóbr

publicznych, oraz na ile stanowią one racjonalny wybór społeczny. Zaspokojenie wszystkich potrzeb zdrowotnych obywateli, zwłaszcza potrzeb ludzi starszych, jest niezwykle trudne ze względów medycznych i ekonomicznych. T. Getzen [2000: 3003] zwraca uwagę na to, że zadania publiczne wobec ludzi starszych dotyczą zaspokajania ich potrzeb medycznych oraz ludzkich. Trudność polega na tym, że rozwiązania prawne nie do końca dzielą obowiązki pomiędzy finansowanie z programów opieki społecznej a świadczenia, które powinny być realizowane przez system zdrowotny. Wprawdzie powyższa diagnoza dotyczy USA, jednak w Polsce mamy podobne problemy. Dużą część kosztów szpitale ponoszą na pacjentów tzw. socjalnych, których przetrzymują na oddziałach nie z przyczyn medycznych, ale społecznych. Część pacjentów przewlekłe chorych i niepełnosprawnych w większym stopniu potrzebuje różnego rodzaju pomocy i wsparcia, które z powodzeniem może być realizowane przez pomoc społeczną, domy opieki, a przede wszystkim rodziny i przyjaciół. Odmowa przez zakłady opieki medycznej świadczenia opieki długoterminowej traktowana jest przez ludzi jako dyskryminacja ze względu na wiek. Rodzina, chcąc się pozbyć kłopotu ze starszą osobą, a także osoby samotne, pozbawione środków finansowych na życie, chętnie korzystają z instytucji medycznych, obarczając je dodatkowymi pozamedycznymi obowiązkami, a zarazem zwiększając koszty ich funkcjonowania. Szczególnie silnie zjawisko to występuje w modelu ubezpieczeniowym opartym na powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, ponieważ ludzie są przekonani o tym, że – płacąc składki – mają prawo żądać wszelkiej pomocy we wszystkich okolicznościach. Media masowe, nagłaśniając sporadyczne sytuacje odmowy przyjazdu karetki pogotowia, kończące się tragicznie dla chorych, uogólniają negatywne oceny systemu zdrowotnego i tworzą atmosferę strachu, motywującą do roszczeniowych alokacji. Więzi społeczne w placówkach medycznych i domach opieki społecznej oparte na tradycji zaufania i moralnych zobowiązaniach zostały współcześnie zerwane na rzecz dominacji problemów ekonomicznej oceny usług zdrowotnych. Negatywne doświadczenia w kontaktach z placówkami opieki zdrowotnej oraz nagonka medialna na szpitale i system ratownictwa medycznego tworzą niespotykane dotychczas w systemie medycznym reakcje rodzin, które nagrywają rozmowy z lekarzami, rejestrują filmowo pobyt w szpitalu, przyjazdy karettek, a nawet proste czynności, jak np. zdjęcie opatrunku [Watoła 2013]. Zachowania takie należy traktować jako przejaw pogłębiającego się braku zaufania do personelu i instytucji medycznych obsługujących również osoby starsze. Przypomnijmy, że praca lekarza, ratownika medycznego, pielęgniarki w dużej części oparta jest na zaufaniu pacjentów i ich rodzin. Zawód lekarza zawsze traktowany był jako „powierniczy”, czyli przed-

kładający interes pacjenta nad interes własny. O kryzysie zaufania do systemów eksperckich i elit zawodowych piszą socjologowie w diagnozach społeczeństwa ryzyka [Sztompka 2007]. Podczas leczenia pacjentów w podeszłym wprowadza się różnego typu ograniczenia w dostępie do należnych procedur medycznych, stosuje oszczędności oraz ignoruje potrzeby seniorów. Zauważalne są również zakłócenia w komunikowaniu lekarza i innego personelu medycznego z pacjentami wynikające z uprzedzeń wobec wieku. Nękanie, zastraszanie i upokarzanie pacjentów jest standardem w wielu placówkach medycznych. W USA powstało wiele raportów opisujących przejawy dyskryminacji osób starszych w domach opieki, ratownictwie medycznym, podstawowej opiece medycznej oraz specjalistycznych usługach medycznych. W większości dokumentów stwierdza się, że *ageism* wynika z uprzedzeń społeczno-kulturowych mających swe źródło ekonomiczne i polityczne. Konieczność ponoszenia kosztów egzystencji osób starszych oraz rosnące koszty medyczne i opieki pielęgniarstwa pacjentów starszych sprzyjają powstawaniu negatywnych stereotypów, niesprawiedliwego traktowania i marginalizacji społecznej. Szczególnie drażliwe są problemy związane z pacjentami przewlekle chorymi oraz w wieku sędziwym, wymagającymi drogich procedur podtrzymujących życie. Celem działalności prywatnych firm ubezpieczeniowych jest osiągnięcie zysku i nie są one zainteresowane pacjentami „zbyt długo umierającymi”⁷. Jako obiektywne przykłady dyskryminacji *Health-care* podaje się następujące dane: pacjenci powyżej 65. roku życia mają ograniczony dostęp do agresywnych metod leczenia; 35% lekarzy błędnie interpretuje wzrost ciśnienia krwi jako normalny proces związany z wiekiem, nie diagnozując stanu chorobowego; 60% osób powyżej 65. roku życia nie otrzymuje zlecenia badań przesiewowych w najczęściej występujących nowotworach; 90% nie otrzymuje odpowiedniej opieki w schorzeniach prostaty oraz jaskry⁸.

Tłumaczenie zjawisk dyskryminacyjnych w usługach medycznych ma uzasadnienie w tzw. koncepcji niskiej jakości życia. P. Dolan i J.A. Olsen [2002: 155–156] przytaczają trzy koncepcje dyskryminacji ze względu na wiek:

a) „Dyskryminacja z powodu maksymalizacji zdrowia” (*health-maximalization ageism* – HMA) polega na przyjęciu założenia, że każda jednostka zdrowia (QALY) ma taką samą wartość, dlatego należy preferować osoby młode, a nie starsze, ponieważ młodzi będą dłużej odczuwać korzyści zdrowotne.

b) „Dyskryminacja z przyczyn produktywności” (*productivity ageism* – PA) polega na preferowaniu ludzi młodych w stosunku do starszych, ponieważ są

⁷ <<http://social.un.org/ageing-working-group/documents/HelpAge%20bri>> 11.12.2012.

⁸ <www.NewTechMedia.com;editor@Senior.Journal.com> 11.12.2012.

bardziej wydajne w życiu osobistym i społecznym. Przechodzenie wraz z wiekiem od niskiej do wysokiej produktywności w średnim wieku, aż po niską produktywność w wieku seniora związane jest z biologicznymi parametrami istnienia.

c) „Dyskryminacja ze względu na zasadę równych szans długiego życia” (*fair innings ageism* – FIA) dotyczy oszacowania zdrowia ludzi w całym okresie życia. Młodzi w stosunku do starszych mają „mniejszą liczbę QALY z oczekiwanej w całym życiu” [Dolan, Olsen 2008:156].

W Polsce istnieje różnica w postrzeganiu społecznym dyskryminacji osób starszych w zakładach udzielających świadczeń medycznych a interpretacją tych zjawisk przez instytucje medyczne i organa kontrolne. W społecznych ocenach racjonowanie traktowane jest zazwyczaj jako dyskryminacja w dostępie do należnych usług medycznych. Taki sposób rozumowania jest głęboko zakorzeniony w europejskiej kulturze medycznej, w której opieka zdrowotna skoncentrowana jest na indywidualnym pacjencie, jego dobro jest preferowane wobec dobra innych pacjentów korzystających z opieki zdrowotnej [Łuków 2004]. Moralny indywidualizm medycyny kręgu kultury europejskiej wyraża się w przekonaniu, „że ostatecznym punktem powinności dla opieki zdrowotnej nie jest zdrowie publiczne jako abstrakcyjna całość, lecz konkretny człowiek w swojej złożonej egzystencjalnie sytuacji potrzeby zdrowotnej” [Gałuszka 2010: 112]. Dlatego też przypadki indywidualnych strat zdrowotnych wynikających z błędów lekarskich i ze złej organizacji usług zdrowotnych (błędy jatrogenne) są mocno eksponowane przez media masowe i stają się przedmiotem publicznego dyskursu. W instytucjonalnej ocenie NFZ, Ministerstwa Zdrowia i urzędników tych instytucji na różnych szczeblach ich organizacyjnej działalności zazwyczaj zawodzi człowiek, a nie system udzielania świadczeń medycznych. Jako przykład unieważniania problemu może posłużyć odpowiedź na zapytanie poselskie „w sprawie dyskryminacji i poniżania osób starszych w publicznej służbie zdrowia”⁹. W odpowiedzi przytoczone są: a) akty prawne regulujące warunki i zakres udzielania świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych, b) prawa pacjentów do świadczeń zdrowotnych oraz prawo do informacji, jakie świadczenia się należą zgodnie z ustawą, c) obowiązki lekarzy i placówek medycznych wobec pacjentów, d) procedury odwoławcze i zasady wnoszenia sprzeciwu, w sytuacjach gdy pacjent ma wątpliwości co do właściwego postępowania placówki medycznej i lekarzy,

⁹ C. Rzemek, *Odpowiedź podsekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia – z upoważnienia ministra – na zapytanie nr 5575 (VI Kadencja Sejmu) w sprawie dyskryminacji i poniżania osób starszych w publicznej służbie zdrowia*, Warszawa, dnia 1 lutego 2010 r. <<http://orka2.sejm.gov.pl/IZ6.nsf/main/24450665>> 17.11.2013.

e) zadania interwencyjne rzecznika praw pacjenta w sytuacjach naruszenia zbiorowych praw pacjenta. Konkluzja odpowiedzi jest jednoznaczna: system opieki zdrowotnej jest przyjazny pacjentowi seniorowi, chronione są jego prawa, a jeżeli występują jakieś niedogodności, to wynikają one z zaniedbań ludzi pracujących w opiece zdrowotnej. Nie wskazuje się na przyczyny organizacyjne, ekonomiczne i społeczne zaistniałej sytuacji i dyskryminacji pacjentów starszych. Wiadomo, że większość placówek medyczno-opiekuńczych boryka się z trudnościami zapewnienia starszym pensjonariuszom i pacjentom warunków godnej egzystencji. Takie formalno-administracyjne wyjaśnienia są przykładem unieważniania problemu i przenoszenia go na niedoskonałości związane z ludzkim działaniem. Zgodnie z teorią sepizacji (SEP – *somebody else's problem*) sprawa dyskryminacji w opiece zdrowotnej nie stanowi problemu dla Ministerstwa Zdrowia ani NFZ [Czyżewski, Dunin, Piotrowski 1991]. Przywołane przepisy i możliwość odwołania się pacjenta od decyzji instytucji bądź lekarza nieudzielających świadczenia zdrowotnego dowodzą unikania problemu i przenoszenia go na relacje interpersonalne w systemie medycznym. Odmiennie zdanie mają sami seniorzy, którzy wskazują opiekę zdrowotną jako obszar największych dyskryminacji wiekowych. W badaniach kierowanych przez B. Tobiasz-Adamczyk zrealizowanych w Krakowie na pytanie dotyczące złego traktowania seniorów aż 67,2% ankietowanych wskazało na słabą jakość opieki medycznej, a 51,8% na niewystarczającą opiekę pielęgniarską [Tobiasz-Adamczyk 2010; Tobiasz-Adamczyk, Brzyska 2012]. We wnioskach z badań prowadzonych w Poznaniu w 2009 r. wśród osób korzystających z klubów seniora (próba 400 respondentów) zwraca się uwagę na utrudnienia w dostępie do pomocy medycznej, niską jakość komunikacji lekarza z podstawowej opieki zdrowotnej z pacjentem seniorem, ograniczenia w dostępie do badań profilaktycznych oraz na trudności z uzyskaniem skierowania do lekarza specjalisty i na inne badania. Znacznie lepiej oceniane jest leczenie szpitalne, z którego pacjenci seniorzy są zadowoleni. Trudno się jednak do szpitala dostać, ponieważ „podważane są skierowania lekarza rodzinnego do leczenia szpitalnego, bez wyjaśnienia przyczyny medycznej” [Sańko 2010: 44]. Generalnym wnioskiem z badań jest konieczność poprawy standardów usług medycznych i kontrola jakości rozwiązań oraz procedur skierowanych do najstarszych pacjentów oraz poprawa komunikacji pomiędzy lekarzem i pacjentem.

We wnioskach z badań podkreśla się, że w publicznej opiece zdrowotnej seniorzy spotykają się z: utrudnieniami w dostępie do pomocy medycznej, niską jakością komunikacji lekarza podstawowej opieki zdrowotnej z pacjentami, ograniczeniami w dostępie do badań, w tym również do badań profilaktycznych. Warto

podkreślić, że seniorzy nie odczuwali zaniedbań i dyskryminacji ze względu na wiek w leczeniu szpitalnym oraz nie zgłaszali przypadków nadużyć.

W opiece zdrowotnej negatywny i dyskryminujący stosunek do ludzi starych wynika z przyczyn kulturowych, społecznych i ekonomicznych. U podstaw tych opinii tkwią stereotypy starości, które są wzmacniane poprzez osobisty kontakt z pacjentami w wieku starszym. Seniorzy mają różne dolegliwości zdrowotne, które interpretowane są przez personel medyczny jako utrudniające kontakt i zakłócające porozumienie. Lekarze mają limitowany czas na jednego pacjenta, toteż pojawienie się kilku osób w starszym wieku nastawionych na terapeutyczny sens wizyty powoduje konflikty i zakłócenia w komunikacji. Czas przez ludzi starszych jest traktowany inaczej niż przez aktywnych zawodowo lekarzy, toteż restrykcje czasowe stosowane przez lekarzy odbierane są negatywnie przez seniorów: „nie jestem zadowolony z tego lekarza, nigdy nie ma dla mnie czasu” – to sformułowanie oddaje istotę problemu.

ZAKOŃCZENIE

Prognozy demograficzne muszą być brane pod uwagę przez decydentów w zmianach polityki zdrowotnej i strategiach systemu zdrowotnego, które powinny ewoluować zgodnie z potrzebami starzejącego się społeczeństwa i wzrostem odsetka osób starszych potrzebujących podstawowej, specjalistycznej i długoterminowej opieki medycznej. Większość badaczy starości zgadza się z tym, że należy rozwijać medycynę geriatryczną wraz z promowaniem specjalistów w tej dziedzinie oraz zwiększeniem liczby oddziałów i łóżek przeznaczonych na opiekę starszych pacjentów. Systemowe i instytucjonalne działania muszą być skierowane na promocję i profilaktykę zdrowotną seniorów. Gerontolodzy powinni opracować koncepcję alfabetyzacji zdrowotnej ludzi starszych, skierowaną na podtrzymanie umiejętności i kompetencji poznawczych koniecznych do „czytania” systemu zdrowotnego i stosowania profilaktyki zdrowotnej. Problemy racjonowania wiekowego usług medycznych wymagają analizy etycznej i ekonomicznej oraz szerokiej dyskusji społecznej. Ludzie muszą mieć świadomość tego, że prawo do opieki medycznej z wykorzystaniem najnowszych technologii medycznych przedłużających życie wiąże się z coraz większymi obciążeniami finansowymi dla rodziny, podatnika i społeczeństwa. Zgłaszane przez bioetyków dylematy moralne związane z tym, że starzy ludzie mają zarówno prawo do życia, jak i obowiązek śmierci będą w perspektywie starzejącego się społeczeństwa kluczowe do rozstrzygnięcia. Być może wpłyną na zmianę mentalną całego spo-

łeczeństwa, które w postawach i działaniach respektować będzie prawa ciężko chorych seniorów i do życia, i do spokojnej śmierci. Eliminowanie uprzedzeń i negatywnych stereotypów wobec starszych współobywateli, oparte na koncepcji waloryzacji aksjologicznej starości, obejmuje różne aspekty funkcjonowania człowieka w świecie społecznym, kulturowym, gospodarczym i politycznym [Gałuszka 2007]. Zobowiązania wobec starszych powinny być rozłożone na co najmniej cztery zasady związane z sieciami wsparcia: a) zasadę subsydialności rozumianą jako pomoc udzielana seniorom po to, aby sami mogli sobie pomóc; b) zasadę wsparcia instytucjonalnego wynikającego ze zobowiązań prawno-organizacyjnych państwa (zakłady opieki zdrowotnej, domy pomocy społecznej, hospicja, itp.); c) zasadę solidarności międzypokoleniowej opartej na sieciach rodzinnych, społeczności lokalnej oraz różnych instytucjach charytatywnych i organizacjach społeczeństwa obywatelskiego; d) zasadę wsparcia psychicznego i religijnego jako odwołania do kodów kulturowych i moralnych. Większość powyżej sformułowanych zasad ma zakotwiczenie w dokumentach i programach pomocowych Unii Europejskiej. Starość uwidaczniana jest w procesach demograficznych tak wyraźnie, że niezauważanie ich konsekwencji dla procesów społecznych i systemu opieki zdrowotnej jest brakiem myślenia perspektywnego oraz nieumiejętnością tworzenia planów strategicznych. Instytucjonalna i środowiskowa współpraca nakierowana na podnoszenie jakości życia seniorów i przewyższająca procesy marginalizacji społecznej zapewne wpłynie na sposób postrzegania sytuacji życiowej seniora. Wiele problemów dotyczących starzejącego się społeczeństwa jest tematem badawczym rozwijającej się subdyscypliny – socjologii starzenia się – która na obecnym etapie rozwoju promuje włączanie się seniorów w aktywne życie społeczne [Angel 2011; Tobiasz-Adamczyk 2012]. Należy mieć nadzieję, że wnioski z badań i refleksji socjologicznej oraz gerontologii społecznej pozwolą na wypracowanie spójnej koncepcji polityki zdrowotnej, która będzie sprzyjać wszechstronnej aktywności seniorów.

BIBLIOGRAFIA

- Alichniewicz A., Szczęsna A. (red.) [2001], *Dylematy bioetyki*, Zakład Etyki i Filozofii Medycyny AM w Łodzi, Łódź.
- Anczewska M. [2005], *Wypalenie zawodowe*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii”, vol. 14, nr 2.
- Angel J.L. (red.) [2011], *Handbook of Sociology of Aging*, Springer, New York.
- Butler J. [1999], *The Ethics of Health Care Rationing. Principles and Practices*, Cassell, London.

- Callahan D. [1987], *Setting Limits. Medical Goals in an Aging Society*, Simon and Shuster, New York.
- Centrum Badań nad Zdrowym Starzeniem, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, <www.harc.umed.pl>.
- Estes C.L., Binney E.A. [1989], *The Biomedicalization of Aging – Dangers and Dilemmas*, „The Gerontologist”, vol. 29, no. 5.
- Daniels N. [1985], *Just Health Care. Studies in Philosophy and Health Policy*, Cambridge University Press, Cambridge, New York, Melbourne.
- Gałuszką M. [2006], *Jakość życia seniora. Przegląd wybranych koncepcji i metod badania*, [w:] *Starość i starzenie się jako doświadczenie jednostek i zbiorowości ludzkich*, J.T. Kowalewski, P. Szukalski (red.), Zakład Demografii UŁ, Łódź.
- Gałuszką M. [2007], „Siwiejąca populacja” – etyczna, społeczna i ekonomiczna waloryzacja starości, „Annales” Etyka w Życiu Gospodarczym, tom 10, nr 2.
- Gałuszką M. [2010], *Dylematy moralne i konflikty powinności w polskim systemie opieki zdrowotnej a problem ryzyka zdrowotnego*, [w:] Walczak-Duraj D. (red.), *Aksjonormatywny kontekst współczesnej pracy i wybranych zawodów*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Golinowska S., Sowa A. [2012], *Zdrowie i sprawność. Przemiany w Polsce*, „Polityka społeczna”, nr 2.
- Grodzicki T. [2007], *Strategia rozwoju systemu opieki geriatrycznej i rozwiązań poprawiających jakość opieki nad osobami starszymi w systemie ochrony zdrowia*, <www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/.../51_geriatria_13072011> 20.11.2012.
- Hardwig J. [1990], *What about the Family?*, „Hastings Center Report”, vol. 20 (2).
- Hardwig J. [2009], *Czy mamy obowiązek umrzeć?*, [w:] Galewicz W. (red.), *Wokół śmierci i umierania*, Kraków.
- Hołówa J. [2005], *Racjonowanie świadczeń medycznych czy profilowanie oferty?*, „Diamenty” nr 5.
- Czapiński J. [2011], *Dyskryminacja społeczna*, [w:] *Diagnoza społeczna 2011. Warunki i jakość życia Polaków*, (red.) J. Czapiński, T. Panek, Polskie Towarzystwo Statystyczne, Warszawa.
- Czyżewski M., Dunin K., Piotrowski A. [1991], *Cudze problemy, czyli wstęp do sepologii*, [w:] *Cudze problemy. O ważności tego, co nieważne. Analiza dyskursu publicznego w Polsce*, Ośrodek Badań Społecznych, Warszawa.
- Dubiel M., Klich-Rączka A. [2011], *Specyficzne potrzeby lecznicze osób starszych a kształcenie geriatrów. Dlaczego geriatria jest specjalizacją ważną i dlaczego ciągle brakuje geriatrów?*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie”, tom IX, nr 1.
- Klein R. [1993], *Dimension of rationing: who should do what?*, „British Medical Journal”, July 31, vol. 307.
- Kostka T., Kostka J. [2009], *Sprawność funkcjonalna seniorów jako wyzwanie dla zdrowia publicznego*, [w:] *Jakość życia i opieka zdrowotna weteranów służby w wojsku polskim*. Gałuszką M., Kostka T. (red.), Biuro Promocji i Wydawnictw Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Łódź.
- Łuków P. [2004], *Racjonowanie świadczeń a troska o dobro pacjenta*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie”, tom II, nr 1.
- Matthias-Schulenburg J., Blanke M. (2004), *Rationing of Medical Services in Europe: An Empirical Study A European Survey*, IOS Press.

- Nojszewska E. [2011], *System ochrony zdrowia w Polsce*, Wolters Kluwer Polska, Warszawa.
- Nowakowski M., Nowakowska L. [2010], *Medyalizacja starości: dylematy i zagrożenia*, [w:] *Jakość życia seniorów w XXI wieku. Ku aktywności*, Kałuża D., Szukalski P. (red.), Wydawnictwo Biblioteka, Łódź.
- Pączkowska M. [2012], *Korzystanie z leków i ich dostępność. Raport z badań*, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, <www.csioz.gov.pl/file.php> 20.11.2012.
- Piechór E., Mańkowski A., Mossakowska M., Zdrojewski T. [2012], *Podstawowe wskaźniki realizacji badania PolSenior*, [w:] *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, Mossakowska M., Więcek A., Błędowski P. (red.), Termedia, Wydawnictwo Medyczne, Poznań.
- PolSenior: polska starość może być lepsza*, <www.termedia.pl> 21.11.2012.
- Putnam R.D. [2008], *Samotna gra w kręgle. Upadek i odrodzenie wspólnot lokalnych w Stanach Zjednoczonych*, Wydawnictwo Akademickie i Profesjonalne, Warszawa.
- Rzemek C. [2010], *Odpowiedzialność podsekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia – z upoważnienia ministra – na zapytanie nr 5575 (VI Kadencja Sejmu) w sprawie dyskryminacji i poniżania osób starszych w publicznej służbie zdrowia*, Warszawa, <<http://orka2.sejm.gov.pl/IZ6.nsf/main/24450665>> 17.11.2013.
- Sańko W. [2010], *Senior – Opieka Zdrowotna w świadomości osób korzystających z poznańskich klubów seniora. Raport zbiorczy*, Poznań.
- Smith J. [2000], *Culture of Death. The Assault on Medical Ethics in America*, Encounter Books, San Francisco, California.
- Solidarity in health: Reducing Health Inequities in the EU*. <http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/com2009_background_en.pdf>.
- Sowada Ch. [2011], *Starzenie się człowieka i starzenie się populacji. Podział odpowiedzialności za skutki finansowe w systemie opieki zdrowotnej*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie”, tom IX, nr 1.
- Studzińska-Pasieka K. [2009], *Paradygmat profesji w doświadczeniach zawodowych lekarzy i opiniach studentów medycyny. Analiza na przykładzie łódzkiego środowiska medycznego*. Rozprawa doktorska. Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Łódź.
- Sygit M. [2010], *Zdrowie publiczne*, Oficyna a Wolters Kluwer Business, Warszawa.
- Szarota Z. [2010], *Starzenie się i starość w wymiarze instytucjonalnego wsparcia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Pedagogicznego, Kraków.
- Szatur-Jaworska B. [2000], *Ludzie starzy, starość w polityce społecznej*, Oficyna Wydawnicza Aspra-Jr, Warszawa.
- Szatur-Jaworska B., Błędowski P. [2010], *Instytucje wobec potrzeb osób starszych*, Raport opracował Zespół Instytutu Rozwoju Służb Społecznych, Warszawa.
- Szlendak T. [2010], *Socjologia rodziny. Ewolucja, historia, zróżnicowanie*, Wydawnictwo naukowe PWN, Warszawa.
- Szomburg J. [2010], *W kierunku Europy obywatelskiej i przedsiębiorczej. Siedem przykazań dla Europy*, [w:] *Biała Księga 2004. Polskie Forum Strategii Lizbońskiej*, Gdańsk–Warszawa.
- Szymborski J., Marciniak G. [2012], *Przyszłość demograficzna a zdrowie*, Referat wygłoszony na konferencji *Wpływ zmian demograficznych na systemy ochrony zdrowia w Polsce, Europie i na świecie. Starzenie się społeczeństw jako problem globalny*, Europejski Kongres Gospodarczy, Katowice 14–16.05.2012, Rynek Zdrowia.

- Szewczyk K. [2005], *Zgoda i sprzeciw*, „Diametros” nr 5.
- Szewczyk K. [2009], *Bioetyka. Pacjent w systemie opieki zdrowotnej*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Szukalski P. [2004], *Uprzedzenia i dyskryminacja ze względu na wiek (ageizm) – przyczyny, przejawy, konsekwencje*, „Polityka Społeczna” nr 2.
- Szukalski P. [2009], *Ageizm – przejawy indywidualne i instytucjonalne*, [w:] Halicka M., Halicki J., Sidorczuk A. (red.), *Człowiek dorosły i starszy w sytuacji przemocy*, Białystok.
- The EU Contribution to Active Ageing and Solidarity between Generations*, Publications Office of the European Union, Luxembourg 2012; <<http://ec.europa.eu/cocial/publications>> 05.03.2012.
- Tobiasz-Adamczyk B. [2006], *Geneza zdrowia, koncepcje i ewolucja pojęcia jakości życia*, [w:] Kawecka-Jaszcz K., Klocek M., Tobiasz-Adamczyk B. (red.), *Jakość życia w chorobach układu sercowo-naczyniowego*, Termedia Wydawnictwo Medyczne, Poznań.
- Tobiasz-Adamczyk B. [2000], *Jakość życia w starości – definicja, pojęcia*, [w:] Panek A., Szarota Z. (red.), *Zrozumieć starość*, Oficyna Wydawnicza TEXT, Kraków.
- Tobiasz-Adamczyk B. [2010], *Przemoc w rodzinie wobec osób starszych*, [w:] Jaszczak-Kuźmińska D., Michalska K. (red.), *Przemoc w rodzinie wobec osób starszych i niepełnosprawnych*, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, Warszawa.
- Tobiasz-Adamczyk B. [2012], *Deficyt indywidualnych zasobów psychospołecznych w wieku starszym a subiektywna ocena stanu zdrowia i jakości życia z perspektywy socjologii starzenia*, [w:] Gałuszka M., Wieczorkowska M. (red.), *Społeczne, kulturowe i polityczne uwarunkowania ryzyka zdrowotnego*, Biuro Promocji i Wydawnictw Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Łódź.
- Tobiasz-Adamczyk B., Brzyski P., Brzyska M. [2012], *Different types of maltreatment and health-related quality of in older age*, [w:] Perek-Białas J., Hoff A., *Developing the „Sociology of Ageing”*, Jagiellonian University Press, Kraków.
- Twardowska-Rajewska J. [2005], *Dyskryminacja ze względu na wiek w obszarze ochrony zdrowia*, [w:] *Co wiemy o dyskryminacji ze względu na wiek?*, ARFWP, Warszawa; *Strategia wprowadzenia roku 2007 – Europejski Rok Równych Szans Dla Wszystkich* <<http://ec.europa.eu/>> 10.11.2010.
- Wałocha J. [2013], *Nie ufam, to kręcę lekarza*, „Gazeta Wyborcza”, 30.04–01.04.
- Woźniak Z. [2003], *Priorytety w programach gerontologicznych organizacji międzynarodowych i struktur europejskich jako przesłanka budowy polityki społecznej wobec starości i osób starszych*, [w:] Szlązak M. (red.), *Starzenie się populacji wyzwaniem dla polityki społecznej*, Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Krakowie, Kraków.
- Woźniak Z. [2012], *Solidarność międzypokoleniowa w starzejącym się świecie – perspektywy i zagrożenia*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny” LXXIV, z. 3.
- Zdrowie 21. Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku* [2001], Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Fundacja Zdrowia Publicznego, Uniwersyteckie Wydawnictwo „Vesalius” Warszawa, Karków
- Zych A.A. [2012], *Profilaktyka gerontologiczna a normalne i optymalne starzenie się*, [w:] A. Zych (red.), *Poznać, zrozumieć i zaakceptować starość*, Wydawnictwo Progres, Łask.

Mieczysław Gałuszka

**HEALTH CARE SYSTEM IN POLAND FACING SENIORS' HEALTH NEEDS:
PRIORITIES, RATIONING AND AGE DISCRIMINATION**

A b s t r a c t

The article discusses problems related to providing seniors with healthcare services, with particular emphasis on various forms of age rationing. The data show that health condition of seniors in Poland is not good. One of the reasons is unsatisfactory healthcare resulting mainly from lack of financial resources. Therefore, the priority of healthcare policy is implementation of preventive programs aimed at popularization of healthy aging. Healthy aging is understood in several ways: as getting older in good health condition, as active participation in social life, as satisfaction with professional life and more independence in the everyday life. Patients perceive rationing of limited medical resources as age discrimination. During treatment of the aged several types of constraints of access to due medical procedures are implemented: their needs are ignored and the expenses are reduced. Institutional actions should be taken to develop geriatrics, improve quality of medical services, develop preventive medicine and promote of healthy lifestyle.

Key words: health care system, old age, healthcare rationing, ageism

MAGDALENA WIECZORKOWSKA
Uniwersytet Medyczny w Łodzi*

CZY STAROŚĆ JEST CHOROBA? – MEDYKALIZACJA STAROŚCI W POLSCE¹

Streszczenie

Zgodnie z główną tezą artykułu starość nie daje się jednoznacznie opisać jako fenomen podlegający jedynie procesowi medykalizacji. W zależności od kryteriów, jakie weźmie się pod uwagę, raz wydawać się będzie, że jest zmedykalizowana, a raz – że podlega odmedycznieniu. Przykładowe analizy mają pokazać, iż powinno się raczej mówić o farmaceutyzacji starości, podkreślając, że w wymiarze obiektywnym proces ten rzeczywiście występuje. Jeśli chodzi o proces umedycznienia i ufarmakologicznienia starości rozpatrywany od strony seniorów, to w znaczący sposób ograniczają go takie czynniki jak zasobność seniorów, dostępność lekarzy i usług medycznych, czas oczekiwania na wizytę czy zabieg. Celem artykułu jest także pokazanie słabości i ograniczeń metodologicznych w odniesieniu do zagadnień medykalizacji jako problemów badawczych i próba wywołania dyskusji, której efektem będzie rekonceptualizacja sposobów badania medykalizacji w Polsce.

Słowa kluczowe: medykalizacja starości, gerontologia, andropauza, menopauza, choroba, demedykalizacja

WSTĘP

Starość to zjawisko wielowymiarowe, starzenie zaś jest procesem, który jest inaczej postrzegany przez filozofa, psychologa, ekonomistę czy lekarza. Potocznych interpretacji znaczenia starości i starzenia się jest zapewne tyle, ilu senio-

* e-mail: magdalena.wieczorkowska@umed.lodz.pl

¹ Praca finansowana przez Uniwersytet Medyczny w Łodzi z zadania badawczego nr 502-03/6-074-02/502-64-008.

rów. Zagadnienia te są przedmiotem zainteresowania wielu dziedzin i dyscyplin naukowych. Są źródłem inspiracji dla badaczy, malarzy i poetów. Stereotypowy wizerunek seniora kojarzony jest z chorobami, ograniczeniami, zrzędlivością i skąpstwem. Powstaje zatem pytanie: „Czy starość jest chorobą?”, które – w świetle aktualnych trendów demograficznych – jest zasadne, gdyż pociąga za sobą konsekwencje natury społecznej, ekonomicznej, politycznej i obyczajowej. Pytanie to staje się zasadne także i z tego powodu, że zjawisko medykalizacji obejmuje coraz więcej obszarów życia codziennego i nie jest niczym zaskakującym, że dotyka także zagadnień starości. Czy jednak starość jednoznacznie podlega umedycznieniu? Czy proces ten zachodzi na wszystkich trzech podstawowych poziomach medykalizacji: konceptualnym, instytucjonalnym i interakcyjnym? Czy zachodzi w jednakowym stopniu w wymiarze obiektywnym i subiektywnym? Jakie aspekty medykalizacji starości można obserwować? Wydaje się zasadne poruszenie jednego z przybierających współcześnie na sile przejawów medykalizacji, jakim jest farmaceutyzacja społeczeństwa, definiowana jako „proces, w którym społeczne, behawioralne lub cielesne stany są leczone lub postrzegane jako wymagające leczenia przez lekarzy lub pacjentów za pomocą preparatów medycznych” [Abraham 2010, tłum. własne]. Według mnie farmaceutyzacja jest procesem wtórnym wobec medykalizacji, jednak zjawiska te są obecnie ściśle z sobą związane². Jednym z wymiarów farmaceutyzacji jest redefiniowanie problemów zdrowotnych jako tych, które mają farmaceutyczne rozwiązanie [Williams, Martin, Gabe 2011]. Koncerny farmaceutyczne stały się ważnym agentem medykalizacji, a możliwość sprzedaży wielu leków bez recepty i ich reklamy ułatwia praktyki określane jako „podżeganie do chorób” czyli *disease mongering*. W obiektywnym, makrospołecznym ujęciu przemysł farmaceutyczny zapewne przyczynia się do medykalizowania starości, otwarta pozostaje kwestia wymiaru jednostkowego, subiektywnego, która wydaje się złożona, a brak szczegółowych badań na ten temat nie umożliwia odpowiedzi na to pytanie.

Socjologia starości i gerontologia społeczna wiele miejsca poświęcają problematyce jakości życia seniorów, badając jej poszczególne wymiary. Z punktu widzenia niniejszego artykułu najbardziej istotne są: wymiar biomedyczny, związany z procesem biologicznego starzenia się organizmu, wymiar ekonomiczny, informujący o potencjale produkcyjnym i sile nabywczej seniorów, a także wymiar psychospołeczny, oceniający jakość życia z uwzględnieniem takich aspektów jak kapitał społeczny, sieć kontaktów, rodzaj i siła więzi czy wsparcie

² Szerzej na ten temat zob. [Wieczorkowska 2012b].

społeczne. Szczególnie w tym ostatnim wymiarze coraz częściej pokazuje się potencjał, a nie ograniczenia osób w wieku 65+, zwracając uwagę zarówno na makrostrukturalne uwarunkowania sprzyjające aktywizacji seniorów, jak i indywidualne zapotrzebowanie na takie formy zagospodarowania czasu³. Druga grupa prac poświęcona jest zagadnieniom stereotypów i wyobrażeń na temat starości, które najczęściej zaprzeczają aktywności seniorów. To z tej ostatniej grupy prac wylania się obraz seniora ubogiego, schorowanego, samotnego i osamotnionego, co staje się podłożem lęku przed starością, a nawet postawy gerontofobicznej [np. Miszczak 2006, Kawka 2006, Frąckowiak i wsp. 2006]. Poruszana w artykule problematyka nawiązuje do dorobku gerontologii społecznej oraz socjologii starości, posługując się kategoriami wypracowanymi na gruncie tych dziedzin oraz na ich podstawie dokonując próby odpowiedzi na pytanie, czy polska starość jej starością umedycznioną, czy raczej podlega procesom demedycyzacji?

SYTUACJA DEMOGRAFICZNA NA ŚWIECIE I W POLSCE

Siwiejąca populacja nie jest jedynie prognozowanym trendem demograficznym – stała się faktem. Zegary zamieszczone na portalu www.prb.org (*Population Reference Bureau*) nie pozostawiają żadnej wątpliwości, pokazując, w jakim tempie przyrasta liczba seniorów (65+) i najmłodszych członków społeczeństwa (0–4 lata). Wynika z nich, że w ciągu minuty przybywa na świat mniej więcej 32 seniorów i tylko 5 dzieci we wspomnianym przedziale wiekowym⁴. Według szacunków United Nations Population Division w roku 1950 było 335 mln dzieci w wieku 0–4 lata i tylko 131 mln osób powyżej 65. roku życia. W połowie roku 2010 sytuacja diametralnie się zmieniła – seniorów w wieku 65+ było 523 mln, podczas gdy najmłodszych członków społeczeństwa – 642 mln⁵ (wykres 1). W wielu krajach odsetek osób starszych w całej populacji wynosi około 20% (Japonia 23%, Niemcy 21%, Włochy 21%, Grecja 19%, Szwecja 19%, Finlandia 18%, Portugalia 18%, Hiszpania 17%)⁶. Jak widać, większość z nich to kraje europejskie. I rzeczywiście, problem „siwiejącej populacji” dotyczy w pierwszej kolejności kontynentu europejskiego.

³ Szerzej zob. np. [Turek, Perek-Białas 2011:137–148].

⁴ <<http://www.prb.org/Articles/2011/agingpopulationclocks.aspx>> 16.03.2013.

⁵ Tamże.

⁶ Odsetek osób 65+ w całej populacji; dane za rok 2011; szacunki Banku Światowego, <<http://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.65UP.TO.ZS>>.

W wielu krajach wysoko rozwiniętych zaobserwowano trend demograficzny, który ma fundamentalne znaczenie dla życia społecznego, gospodarczego, politycznego i obyczajowego oraz ogromne konsekwencje w obszarze zdrowia – populacja osób w wieku 65+ przewyższyła populację najmłodszych członków społeczeństwa. Demografowie przewidują, iż tendencja ta obejmie około 2025 r. także kraje rozwijające się⁷.

Jak Polska wypada na tym tle? Czy wpisujemy się w ogólnoeuropejski trend, czy też ten negatywny trend omija nasz kraj? Odsetek osób po 65. roku życia w Polsce wynosił 14% w roku 2011⁸, zatem pozostajemy nieco w tyle za czołową „starych” państw z 20-proc. odsetkiem seniorów. Średnia długość życia w Polsce w 2010 r. wyniosła 71,17 dla mężczyzn, 79,85 dla kobiet (76,6 dla ogółu populacji), co dało Polsce 55. pozycję (na 198) w rankingu UN World Population Prospects 2010⁹. Jak podał GUS na początku 2013 r.: „w końcu 2012 r. ludność Polski liczyła ok. 38 542 tys. osób, tj. o ok. 4 tys. więcej niż przed rokiem. Rok 2012 był piątym z kolei, w którym odnotowano dodatni przyrost rzeczywisty ludności; tempo przyrostu było znacznie wolniejsze i wyniosło 0,01%, co oznacza, że na każde 100 tys. mieszkańców Polski przybyła tylko 1 osoba, w 2011 r. – 2 osoby, a w 2010 r. – 8”¹⁰. Powyższe dane pokazują, iż sytuacja demograficzna nie jest zadowalająca, zaś seniorzy i ich potrzeby stają się ogromnym wyzwaniem dla wszystkich obszarów życia – konsumpcji, rynku pracy, technologii, oferty kulturalnej i turystycznej, prawa oraz ochrony zdrowia. Szczególnie ten ostatni jest niezwykle istotny, zwłaszcza z punktu widzenia procesu medykalizacji, który wkracza w coraz nowsze obszary życia codziennego, czyniąc naturalne dotychczas stany, procesy i zachowania problemami medycznymi.

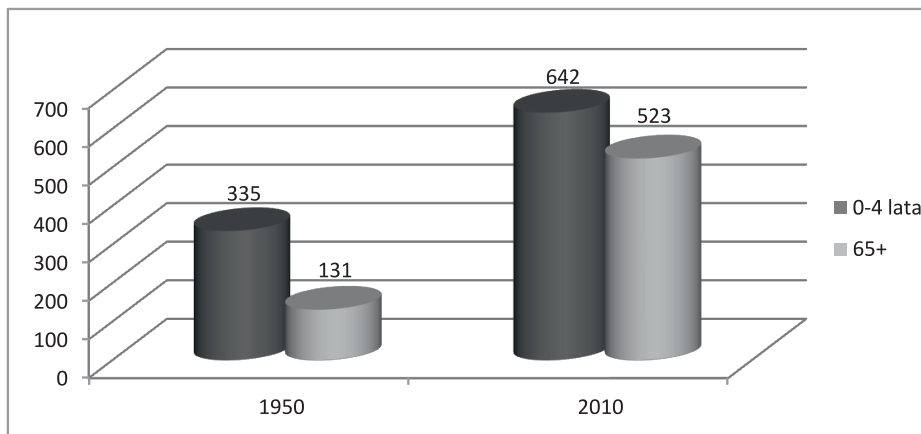
⁷ Tamże.

⁸ Tamże. Według danych GUS z 2013 r. odsetek osób powyżej 65. roku życia w Polsce wyniósł 14,2% (analiza danych z lat poprzednich ukazuje tendencję wzrostową: w roku 1990 było to 10,2%) [Rocznik Demograficzny 2013: 64].

⁹ 3 May 2011, United Nations Department of Economic and Social Affairs (UN DESA), Population Division, World Population Prospects, The 2010 Revision.

¹⁰ *Rozwój demograficzny Polski 2012*, <<http://www.egospodarka.pl/90411,Rozwoj-demograficzny-Polski-2012,1,39,1.html>> 12.05.2013.

WYKRES 1. Zmiany demograficzne w wybranych grupach światowej populacji (w mln.)



Źródło: oprac. własne na podst. United Nations Population Division.

W odniesieniu do seniorów pisze się o zjawisku medykalizacji starości, która sama w sobie staje się chorobą, wciąż jeszcze nieuleczalną, wieloaspektową i powodującą sporo ograniczeń, a w konsekwencji wymagającą szeregu interwencji medycznych o charakterze specjalistycznym. Czy rzeczywiście tak jest? Czy starość jest chorobą i czy została zmedykalizowana? Na te pytania próbuje odpowiedzieć ten artykuł. W jego kolejnych częściach zostaną bliżej scharakteryzowane zjawiska medykalizacji i demedykalizacji oraz ramy teoretyczne pozwalające na analizę tych procesów w odniesieniu do starości i starzenia się – poziomy i przejawy medykalizacji, kryteria określające stopień medykalizacji, wskaźniki medykalizacji oraz typologia medykalizacji Halfmanna.

MEDYKALIZACJA I DEMEDYKALIZACJA

Zjawisko medykalizacji najczęściej definiowane jest przez pryzmat procesów, w ramach których to, co do tej pory było naturalnym zjawiskiem, stanem lub zachowaniem, staje się domeną interwencji medycznej i farmakologicznej i jest definiowane w kategoriach choroby, dysfunkcji lub zaburzenia [Conrad 1992, 2007; Poitras 2009 i in; Davis 2006]. O ile wczesny model medykalizacji zakładał, że – aby coś zostało zmedykalizowane – niezbędny jest udział profesjonalistów medycznych (medyczna definicja i medyczna jurysdykcja) [por. Halfmann 2011: 2], o tyle nowy model medykalizacji, kształtowany od lat 80. XX w. podkreśla, iż wystarczy, że coś jest definiowane w kategoriach medycznych (a nie np.

prawnych czy moralnych), by zostało zmedykalizowane. Zwraca się tu uwagę, że medykalizacja może przebiegać poza kontekstem medycznym i nie wymaga udziału ekspertów, mogą jej dokonać laicy. Za przejawy medykalizacji uznaje się wzrost liczby stanów definiowanych jako choroby (uwarunkowany między innymi rozwojem nowych technologii medycznych, osiągnięciami rynku farmaceutycznego oraz działalnością nowych agentów medykalizacji), wzrost liczby profesjonalistów i instytucji medycznych oraz wzrost znaczenia nowych agentów medykalizacji – mediów, ruchów społecznych, laików, rynku (ze szczególnym uwzględnieniem rynku farmaceutycznego). Jak zatem widać, jest to zjawisko złożone, a wiele przejawów jest z sobą powiązanych na zasadzie sprzężenia zwrotnego. Początkowo medykalizacja odnosiła się do zjawisk ze sfery psychicznej, a refleksja nad tym procesem była uprawiana głównie przez psychiatrów (czołowym przedstawicielem jest Thomas Szasz), ale później została rozszerzona na zjawiska somatyczne, zawłaszczając nie tylko codzienne zachowania, stany i zjawiska, lecz także redefiniując problemy moralne czy prawne w kategoriach medycznych¹¹ (dobrze ilustruje to określenie *from badness to sickness*). Kluczowe stało się pojęcie normy, która przestała być traktowana tylko w kategoriach społecznych, a stała się określeniem medycznym niosącym z sobą jednak silne wartościowanie. Bycie w granicach normy jest równoznaczne z byciem zdrowym, zaś bycie powyżej lub poniżej normy jest jednoznaczne z chorobą, czymś złym i niepożądanym. Dalszy proces medykalizacji doprowadził do zmiany traktowania normy – bycie w normie wcale nie musi oznaczać bycia zdrowym; zbliżanie się do granicy normy, dawniej tożsame z ryzykiem, obecnie staje się chorobą [por. Moynihan 2002].

Proces medykalizacji przebiega na trzech poziomach: konceptualnym, kiedy coś jest definiowane w kategoriach choroby lub dysfunkcji; instytucjonalnym – w którego ramach dokonuje się leczenie osoby zdefiniowanej na poprzednim poziomie jako chora; zaś trzeci poziom, interakcyjny, łączy dwa poprzednie, gdyż to w bezpośrednim kontakcie lekarza z pacjentem dokonuje się definicja choroby, medykalizacja jakiegoś stanu i zaordynowanie leczenia [por. Connrad 1992]. W nowym modelu medykalizacji ostatni wymiar zmienia nieco swą specyfikę, gdyż interakcja prowadząca do negocjowania definicji choroby w odniesieniu do określonego zjawiska, stanu czy zachowania może zachodzić między nieprofesjonalistą i jednostką dążącą do tego, by być uznana za chorą. Jeśli leczenie zachodzi w kontekście tradycyjnych instytucji medycznych, to rolą profesjonalisty jest zaakceptowanie danego stanu jako choroby, co jest podstawą udzielenia

¹¹ Szerzej na temat modeli medykalizacji zob. [Wieczorkowska 2012a].

świadczenia Często jednak lekarze prezentują typ relacji bierność–aktywność, który polega na tym, że pacjent jest aktywny i wymusza, prosi, narzuca, zaś lekarz biernie to przyjmuje i na to się godzi.

W odniesieniu do starości poziom konceptualny sprowadza się do praktyk rynku farmaceutycznego, który – wynalazłszy określoną substancję – dokonuje medykalizacji poprzez redefinicję stanu w kategorię choroby. Tak się stało z opisanymi nieco dalej przykładami medykalizacji w odniesieniu do procesu starzenia się. Na poziomie instytucjonalnym także można mówić o przejawach farmaceutyzacji – leki przepisywane są przez lekarzy w przychodniach, ale przedstawiciele medycyny wpływają na lekarzy, by ci przepisywali określone leki, i istnieje także pokusa, by przepisywać leki, sugerując pacjentom nowe jednostki chorobowe. W kontekście instytucjonalnym także sami pacjenci są bardziej aktywni w tym sensie, iż domagają się specjalistycznych i kosztownych procedur. Należy pamiętać, że kontekst instytucjonalny to także apteki, w których pacjenci zaopatrują się w medykamenty. To tu często dochodzi do definiowania czegoś w kategoriach choroby, to farmaceuta – a nie lekarz – dokonuje legitymizacji tego stanu, zalecając odpowiednie leki, często doradzając, jakie badania powinny być wykonane. Farmaceuci kuszą swoich klientów seniorów promocjami, gratisami, kartami lojalnościowymi, czyniąc z nich osoby jeszcze bardziej schorowane: po pierwsze, wmawiają im choroby, po drugie, sprzedają leki dostępne bez recepty, których używanie może przynieść seniorom więcej szkód niż pożytku. Wśród najczęstszych konsekwencji wymienia się: zdrowotne – łączenie leków z tą samą substancją czynną, interakcje między lekami; ekonomiczne – uszczuplenie portfela, zmarnowanie pieniędzy; psychologiczne – obwinianie się za wystąpienie określonych schorzeń („Nie uprawiałem sportu, więc mam osteoporozę”) [por. Larkin 2011: 34]. Na poziomie interakcyjnym zachodzić może zjawisko opisane powyżej, dotyczące specyficznej relacji między chorym a otoczeniem i lekarzem. Poziom interakcyjny odgrywa ogromną rolę w relacji farmaceuta–senior, gdyż osoby starsze (nie tylko zresztą one) często leczą się na własną rękę, zniechęcone długim czasem oczekiwania na wizytę u lekarza. Zatem kontakt z farmaceutą staje się kluczowy, a jego rola w ocenie stanu zdrowia klienta seniora jest związana z dużą odpowiedzialnością.

Jak zatem widać, w odniesieniu do poziomów medykalizacji można mówić o dość interesującym zjawisku – mamy tu raczej do czynienia z procesem farmaceutyzacji, który wyrasta z procesu medykalizacji i jest jednym z jego przejawów. Teza o farmaceutyzacji jest zasadna, jako że seniorzy, zniechęceni długimi kolejkami do specjalistów, mogą się zwrócić – i robią to – do farmaceutów i zacząć się leczyć na własną rękę, co pozornie wydaje się tańsze niż pójście na prywatną szybszą wizytę do specjalisty. Czynniki ekonomiczne odgrywa tu rolę

paradoksalną – seniorzy, zazwyczaj oszczędni i ograniczeni finansowo, niejednokrotnie kuszeni promocjami, kupują leki, które często nie są im potrzebne i które mogą wyrządzić krzywdę. Z jednej strony senior oszczędza na lekach, a z drugiej strony konsumuje je niewłaściwie, narażając się na jatrogenne skutki ich działania. „Przemysł antystarzeniowy” święci swoje triumfy, oferując zarówno leki, jak i suplementy diety oraz kosmetyki zwalczające oznaki starzenia. Adresatami i odbiorcami tych produktów stają się nie tylko sami seniorzy, lecz także ich młodszy koledzy, którzy przedwcześnie zaczynają dostrzegać u siebie objawy starzenia, którym skutecznie wdrukowano lęk przed utratą jędrnej skóry, zmarszczkami, obwisłym podbródkiem, menopauzą, dysfunkcją erekcji, spadkiem libido, siwieniem, łysieniem itp.

Zjawiskiem, które definiowane jest jako przeciwne procesowi medykalizacji, jest demedykalizacja [Conrad 1992: 224] przejawiająca się przede wszystkim skreślaniem z listy schorzeń pewnych stanów określanych dotychczas w kategoriach chorób. Innymi wyznacznikami odmedycznienia życia są: zmniejszenie się autorytetu lekarskiego, wzrost roli samoleczenia i alternatywnych form terapii oraz działalność agentów demedykalizacji (głównie ruchów społecznych i inicjatyw obywatelskich).

Zazwyczaj procesy medykalizacji i demedykalizacji są rozpatrywane jako zjawiska przeciwstawne, jednak pojawiają się w literaturze propozycje, by traktować je jako punkty pewnego kontinuum [Halfmann 2011: 4–5]. Halfmann uważa, że błędne jest rozumienie medykalizacji jako stanu lub kategorii, powinno się ją rozpatrywać raczej jako zmienną/wartość ciągłą [Halfmann 2011: 4–5]. W odniesieniu do zagadnienia starości ta propozycja może wydawać się zasadna. Zgodnie z główną tezą artykułu starość nie daje się jednoznacznie opisać jako fenomen podlegający jedynie procesowi medykalizacji. W zależności od kryteriów, jakie weźmie się pod uwagę, raz jawić się ona będzie jako zmedykalizowana, a raz jako podlegająca odmedycznieniu.

MEDYKALIZACJA STAROŚCI W LITERATURZE

Starość i starzenie się człowieka od zarania dziejów były tematem rozważań, debat i kontrowersyjnych decyzji. Starzec mędrzec i starzec zrzęda od czasów starożytnych pojawiają się w kulturowych konstrukcjach, by kształtować pozytywny lub negatywny wizerunek starości. Z drugiej strony postęp medycyny (w tym antybiotyki i masowe szczepienia), poprawa warunków życiowych i nawyków higienicznych spowodowały, iż ludzkie życie znacznie się wydłużyło.

Współczesny senior żyje niepomiaralnie dłużej niż jego XIX-wieczny przodek, jednak życie to związane jest z wieloma dolegliwościami spowodowanymi przez naturalny procesami starzenia się organizmu. Mówiąc inaczej, długość życia często nie idzie w parze z jego jakością. W wymiarze medycznym starość charakteryzowana jest przez wiele objawów, takich jak „kurczenie się” organizmu związane z utratą masy mięśniowej i kostnej; zmiany w tkankach narządów prowadzące do ich gorszego funkcjonowania; obniżenie efektywności działania zmysłów; gorsze przewodzenie układu nerwowego powodujące spowolnienie reakcji; zmniejszanie się wydolności oddechowej. Skóra staje się sucha i pomarszczona, wypadają włosy, zmienia się wygląd całej sylwetki – człowiek stary robi się mniejszy, przygarbiony, wolno się porusza i wolniej wykonuje czynności dnia codziennego. Osoby starsze częściej cierpią na wielochorobowość, tzw. zespół geriatryczny, którego głównymi przejawami są: niewydolność krążenia i choroby układu sercowo-naczyniowego (75% populacji seniorów), schorzenia mózgu, układu odpornościowego, układu ruchu (68%), układu oddechowego (46%), pokarmowo-trawienego (34%), nietrzymanie moczu, zaburzenia pamięci, parkinsonizm i depresja, a także zaburzenia równowagi kończące się upadkami [Szarota 2010: 79–80]. Wiele z tych objawów stanowi realne choroby, ale wiele z nich to po prostu symptomy starości, których leczenie może powodować więcej szkody niż pożytku.

W 1989 r. Estes i Binney opisali „narodziny medykalizacji starości”, podkreślając, iż starość stała się zjawiskiem patologicznym, które podlega medycznej interwencji [Schmidt 2011: 61]. Medykalizacja starości opisywana obecnie w literaturze ukazuje głównie negatywne konsekwencje tego zjawiska [Larkin 2011; Garavaglia 2013, Kaufman i in. 2004, Schmidt 2011], zwracając uwagę na konsumpcjonistyczne podstawy oraz etyczne konsekwencje. Proces medykalizacji spowodował, że starość przestała być traktowana jako kolejny, schyłkowy, ale naturalny etap w cyklu ludzkiego życia, a zaczęła być traktowana jako zła, nienormalna, patologiczna, jako odstępstwo od naturalnej normy. Dzieje się tak dlatego, iż wiele naturalnych objawów procesu starzenia się jest traktowanych jako choroby i dysfunkcje, które są odwracalne (dzięki medycznej technologii i interwencji) i powinny być leczone – zmarszczki, wypadanie włosów, pogorszenie wzroku, słuchu, obniżenie sprawności seksualnej, spadek gęstości mineralnej kości, słabsza pamięć, zmiany hormonalne [por. Conrad 2007; Garavaglia 2012; Kaufman i in. 2004; Waggoner, Stults 2010].

Nie mam zamiaru twierdzić – podobnie jak inni autorzy zajmujący się tym zagadnieniem – iż starość nie wiąże się z poważnymi chorobami; chcę jedynie pokazać, że granica między tym, co normalne, a tym, co patologiczne, znacznie

się przesunęła, a nieuzasadnione interwencje medyczne wśród seniorów powodują często więcej szkód – zdrowotnych, psychicznych i finansowych – niż przynoszą korzyści. Medycyna stara się lansować model dojrzewania bez starzenia się (*growing older without aging*) [Kaufman i in. 2004: 736], pozbawiając często seniorów prawa do decydowania o własnej starości i jej przebiegu.

Do najczęściej opisywanych przykładów związanych z umedycznieniem przejawów starzenia się należą: menopauza i andropauza, osteoporoza i dysfunkcja erekcji. W kolejnych akapitach przybliżę kolejno te zagadnienia.

MENOPAUAZA

Proces menopauzy jest związany z utratą funkcji reprodukcyjnej u kobiet. Zmiany hormonalne powodują, że kobieta przestaje miesiączkować i staje się bezpłodna. Jednak menopauza wiąże się również z szeregiem dodatkowych objawów, które często są postrzegane jako utrata kobiecości. Estrogenowa terapia zastępcza (HTZ – hormonalna terapia zastępcza) proponowana kobietom od lat 30. XX w. miała przynieść im wiele korzyści w postaci ochrony przed nowotworem piersi i narządów rodnych, osteoporozą, zniesienia przykrych objawów menopauzy, takich jak bezsenność czy uderzenia gorąca i zatrzymania kobiecości na zawsze [Conrad 2007: 121–124; Waggoner, Stults 2010]. Jak się jednak okazało, HTZ podnosiła ryzyko chorób serca i układu krążenia, raka piersi, zawałów i zakrzepicy, zatem skutki uboczne znacznie przewyższyły korzyści z jej stosowania. W Polsce HTZ była często przepisywana kobietom od lat 60. do 80. XX w. Obecnie lekarze zalecają częściej bardziej naturalne sposoby radzenia sobie z dolegliwościami – zmianę diety, aktywność fizyczną, stosowanie suplementów diety.

ANDROPAUZA

U mężczyzn wraz z wiekiem spada poziom testosteronu, który jest uważany za hormon męskości odpowiedzialny za siłę i potencję. Jednak w przeciwieństwie do kobiecej menopauzy, u mężczyzn nie musi dojść do spadku/zaniku funkcji reprodukcyjnej – wręcz przeciwnie, seniorzy płci męskiej zachowują płodność do późnej starości [Conrad 2007: 26–34]. Leczenie andropauzy opiera się na terapii zastępczej testosteronem, jednak w literaturze przedmiotu można znaleźć wiele opisów wskazujących na zagrożenia związane ze stosowaniem tej terapii (ryzy-

ko raka prostaty) i często brak widocznych korzyści u mężczyzn ją stosujących [Waggoner, Stults 2010].

DYSFUNKCJA EREKCJI

Z męską andropauzą wiąże się spadek libido i problemy z erekcją. Wychoząc na przeciw potrzebom starszych mężczyzn, którzy chcieli utrzymać swoją aktywność seksualną, na rynku pojawiły się preparaty, które miały zapewnić powrodozenie w alkwie. Dość szybko sprawność seksualna stała się wyznacznikiem zdrowia u mężczyzn, a jakkolwiek jej spadek utożsamiany był z chorobą. Po preparaty typu Viagra zaczęli sięgać coraz młodszy mężczyźni, chcący uniknąć zażenowania w kontaktach z partnerką, a także pragnący zaimponować kolegom opowieściami o swoich seksualnych możliwościach [Conrad 2007: 41–43].

OSTEOPOROZA

Proces utraty gęstości mineralnej kości jest jednym z najlepiej udokumentowanych przypadków w kontekście medykacji. Jest to także kolejny przykład pokazujący kreację choroby pod wpływem osiągnięć diagnostycznych (densytometria) i farmakologicznych (preparaty uzupełniające ubytki w kościach). Utrata gęstości kości i ich podatność na złamania jest naturalnym procesem towarzyszącym starzeniu się organizmu. Podobnie jak skóra traci substancje odżywcze i wodę, stając się sucha, wiotka i pomarszczona, tak samo kości stają się kruche i łamliwe. Kobiętom (osteoporoza dotyka je znacznie częściej) oferuje się preparaty, których zadaniem jest uzupełnianie ubytków. Jednak skutki uboczne często przewyższają korzyści – preparaty obciążają przewód pokarmowy (obecnie pojawiły się medykamenty dostępne w postaci zastrzyków), a ich wchłanianość nie jest zbyt duża.

Powyższe przykłady pokazują, że medykacja starości odbywa się głównie przy wsparciu (jeśli nie pod przywództwem) rynku farmaceutycznego. Jak wcześniej wspomniano, obecnie proces medykacji jest charakteryzowany przez nowe siły, a profesjonaliści medycyńscy są tylko jednym z możliwych, ale nie niezbędnych jego ogniw.

STOPNIE MEDYKALIZACJI

Jak słusznie zauważył Conrad, medykalizacja zazwyczaj nie jest całkowita, totalna. Należy raczej mówić o stopniach medykalizacji. Pewne zjawiska są zmedykalizowane w dużym stopniu (ciąża i poród), inne w średnim (alkoholizm), a jeszcze inne – w bardzo niskim (uzależnienie od Internetu) [Conrad 2007: 6–7]. Od czego zależy stopień medykalizacji? Conrad wymienia kilka czynników warunkujących to, czy dany stan, zjawisko, zachowanie zostaną zmedykalizowane. Należą do nich:

- wsparcie profesji medycznych;
- odkrycie nowych etiologii;
- dostępność i opłacalność leczenia;
- pokrycie w ubezpieczeniu zdrowotnym;
- obecność jednostek lub grup domagających się uznania czegoś za chorobę

[Conrad 2007: 7].

Jeśli odwołać się do tych kryteriów, starość w Polsce może być określona raczej jako zjawisko zmedykalizowane w średnim stopniu. Geriatria jest specjalizacją słabo rozwiniętą, pacjenci w podeszłym wieku leczą się u lekarzy rodzinnych i w poradniach specjalistycznych, co wydłuża czas diagnozowania i leczenia (z doniesień medialnych wynika, że na wizytę u niektórych specjalistów w kraju, np. endokrynologów, czeka się nawet półtora roku). Jeśli chodzi o odkrywanie nowych przyczyn, to Polska niczym się nie różni od innych krajów i korzysta z doniesień i odkryć naukowców zagranicznych i krajowych, a ponieważ osiągnięcia w tym wymiarze są widoczne i spore, można uznać ten czynnik za wysoce medykalizujący. Dostępność i opłacalność leczenia wiążą się z kwestiami ekonomicznymi. Wiele procedur jest limitowanych, co wydłuża czas oczekiwania, a seniorzy nie mają go zbyt wiele. Istnieje możliwość szybszego skorzystania z usług medycznych, ale wiąże się to z nakładami finansowymi. Opłacalność wielu procedur stoi pod znakiem zapytania ze względu na wiek pacjentów. Do określania zasadności stosowania procedur medycznych używa się różnych miar. Najbardziej znanym i jednocześnie dość kontrowersyjnym jest współczynnik QALY, czyli liczba lat życia skorygowana jego jakością¹². Jeśli chodzi o pokrycie w polisie ubezpieczeniowej, to w Polsce system ubezpieczeń zdrowotnych, przynajmniej w teorii, daje duże możliwości korzystania z usług medycznych. W praktyce głównym ograniczeniem jest dostępność usług i lekarzy. Pozostaje ostatni czynnik – agenci domagający się uznania określonych

¹² Szerzej na temat wskaźnika zob. [Getzen 2000: 74–82].

stanów za choroby. Seniorzy nie stanowią wykrystalizowanej grupy interesu, jednostki także nie działają na rzecz umedycznienia. Wśród innych agentów na uwagę zasługują koncerny farmaceutyczne i media, które stają się znaczącym motorem medykalizacji starości. Omówione wyżej przykłady medykalizacji przejawów starości są efektem odkrycia substancji i poszukiwaniem rynków zbytu. Koncerny farmaceutyczne są świadome troski, jaką seniorzy przykładają do zdrowia, które z wiekiem tracą, więc stają się oni potencjalnymi adresatami wielu produktów medycznych. Media, poprzez reklamę, docierają z informacją do potencjalnych klientów, generując w nich lęk i potrzebę nabywania kolejnych substancji odpowiedzialnych za zahamowanie procesów starzenia. Zjawisko tu omawiane nazywane jest farmaceutyzacją i to o tym procesie, a nie o samej medykalizacji powinno się raczej mówić w odniesieniu do polskich seniorów.

WSKAŹNIKI MEDYKALIZACJI

Medykalizacja nie daje się łatwo zbadać, gdyż jest zjawiskiem niezwykle złożonym, wielowymiarowym i często nie poddającym się jednoznacznej interpretacji. Najlepszym sposobem jej badania jest określenie wskaźników, które mogą być traktowane jako częściowe charakterystyki interesującego nas zjawiska. Medykalizacja może być scharakteryzowana na podstawie dwóch głównych grup wskaźników:

– **obiektywne** – niezależne mierniki wybranych aspektów umedycznienia życia społecznego; zbierane głównie przez instytucje takie jak: agendy rządowe, ministerstwa, urzędy statystyczne oraz instytucje zajmujące się ochroną zdrowia. Do takich obiektywnych wskaźników należeć będzie np. liczba lekarzy (i pozostałego personelu medycznego), liczba placówek medycznych, liczba stanów chorobowych sklasyfikowanych w dokumentach ICD-10 czy DSM-V, oferta rynku farmaceutycznego w odniesieniu do określonych schorzeń;

– **subiektywne** – wszelkiego rodzaju autodefinicje, samooceny i samoopisy osób, które dokonują ich na potrzeby życia codziennego oraz badań prowadzonych przez badaczy różnych dyscyplin; opinie i postawy jednostek wobec obiektywnych procesów, zewnętrznych wobec jednostek (jak np. decyzje polityczne lub ekonomiczne dotyczące obszaru ochrony zdrowia); definicje zdrowia i choroby formułowane przez jednostki.

W odniesieniu do starości rozpatrywanej z perspektywy geriatry i gerontologii społecznej próbę skonstruowania wskaźników obiektywnych i subiektywnych zawiera tabela 1.

TABELA 1. Wskaźniki obiektywne i subiektywne w odniesieniu do starości

Wskaźniki obiektywne	Wskaźniki subiektywne
<ul style="list-style-type: none"> • Istnienie i status specjalizacji geriatrycznej; • Liczba lekarzy geriatrów; • Liczba oddziałów geriatrycznych; • Liczba łóżek na oddziałach geriatrycznych; • Liczba pacjentów na oddziałach geriatrycznych; • Liczba i rodzaj placówek zajmujących się działalnością opiekuńczo-leczniczą osób starszych; • Liczba stanów chorobowych sklasyfikowanych jako choroby wieku podeszłego; • Czas oczekiwania na wizytę u lekarza / usługę medyczną. 	<ul style="list-style-type: none"> • Definicje zdrowia i choroby wśród seniorów; • Autodefinicje stanu zdrowia przez seniorów; • Autoopis dolegliwości związanych ze starzeniem się organizmu; • Strategie radzenia sobie z ograniczeniami wynikającymi z wieku podeszłego; • Stereotypowy wizerunek seniora w opinii społecznej; • Opinie seniorów o procesie umiedyczenia; • Samoocena jakości życia przez seniorów.

Źródło: opracowanie własne na podstawie literatury poświęconej medykalizacji [Schmidt 2011, Conrad 2007, Kaufman i wsp. 2004, Halfmann 2011] i starości [Kowaleski, Szukalski (red.) 2006, Syrek 2001, Szatur-Jaworska i wsp. 2006] oraz badań pilotażowych przeprowadzonych na grupie 150 dorosłych mieszkańców woj. łódzkiego.

Powyższy model nie jest wyczerpujący i kompletny, wymaga więc dalszego rozbudowywania. Należy także zwrócić uwagę na fakt, iż w odniesieniu do każdego przykładu medykalizacji model taki powinien być konstruowany od podstaw, uwzględniając jego specyfikę.

Odwołując się do powyższych wskaźników, przedstawię zjawisko medykalizacji starości w Polsce.

Obiektywne wskaźniki medykalizacji starości w Polsce nie dają jednoznacznego obrazu potwierdzającego rozwój tego procesu. Według raportu Kropińskiej i Wieczorowskiej-Tobisz w 2009 r. liczba lekarzy geriatrów w Polsce wyniosła 100, z czego 80 pracowało zgodnie ze swoją specjalizacją [Kropińska, Wieczorowska-Tobis 2009:12], co daje wskaźnik 0,16 lekarza na 10 000 ludności w wieku 65+. Dla porównania w Szwecji ten wskaźnik wyniósł 4,2; na Słowacji – 2,6; a w Czechach – 1,2 [Kropińska, Wieczorkowska-Tobis 2009: 12]. Widać zatem, że jest on niższy w Polsce niż w innych krajach Unii Europejskiej. Według „Biuletynu Statystycznego” Ministerstwa Zdrowia z roku 2012 w roku 2011 było w Polsce w szpitalach ogólnych 558 łóżek na oddziałach geriatrycznych (wskaźnik 0,1 na 10 000 ludności). Na tych oddziałach łącznie leczono w ciągu roku 1424 osoby (wskaźnik 3,7 na 10 000 ludności), co daje średnio 26,6 osoby na jedno łóżko. Przeciętny pobyt chorego w dniach na oddziale wyniósł 9,6. W oddziałach stacjonarnych w trybie dziennym leczono 21 pacjentów. Tabela 2 pokazuje dane porównawcze dla innych oddziałów. Wynika z niej, że oddziałów geriatrycznych

jest mało, a potrzeby w tym zakresie są dużo większe. Brak miejsc na oddziałach geriatrycznych skutkuje przesuwaniem pacjentów na oddziały wewnętrzne lub inne oddziały specjalistyczne. Kolejna tabela (tabela 3) ilustruje strukturę szpitali publicznych i niepublicznych w odniesieniu do oddziałów geriatrycznych.

TABELA 2. Charakterystyka oddziałów geriatrycznych, wewnętrznych, kardiologicznych i rehabilitacyjnych w szpitalach ogólnych w roku 2011

Wybrane dane	Oddział geriatryczny	Oddział wewnętrzny	Oddział kardiologiczny	Oddział rehabilitacyjny
Liczba łóżek	558	26 443	8 425	15 242
Liczba łóżek na 10 000 ludności	0,1	6,9	2,2	4,0
Leczeni w l. bezwzględnych	14 244	1 124 192	526 031	194 414
Leczeni na 10 000 ludności	3,7	291,8	136,5	50,5
Leczeni na 1 łóżko	26,6	42,6	63,5	13
Przeciętny pobyt chorego na oddziale w dniach	9,6	6,4	4,3	23,2
Leczeni w trybie dziennym w oddziałach stacjonarnych w l. bezwzględnych	21	12 216	6 919	11 598

Źródło: oprac. własne na podstawie Biuletynu Statystycznego Ministerstwa Zdrowia z 2012 r.

TABELA 3. Oddziały geriatryczne w szpitalach publicznych i niepublicznych w roku 2011

Oddziały geriatryczne – wybrane dane	Szpitaly publiczne	Szpitaly niepubliczne
Liczba łóżek	451	107
Liczba łóżek na 10 000 ludności	0,1	0
Leczeni w l. bezwzględnych	11 489	2 765
Leczeni na 10 000 ludności	3	0,7
Leczeni na 1 łóżko	26,8	25,7
Przeciętny pobyt chorego na oddziale w dniach	9,7	9
Leczeni w trybie dziennym w oddziałach stacjonarnych w l. bezwzględnych	21	0

Źródło: oprac. własne na podstawie „Biuletynu Statystycznego” Ministerstwa Zdrowia z roku 2012.

Powyższa tabela pokazuje, że specjalistyczne leczenie geriatryczne w zasadzie całkowicie spoczywa na placówkach państwowych.

Leczenie geriatryczne opiera się na holistycznym podejściu do pacjenta. Geriatria jako dziedzina medycyny zajmująca się chorobami wieku podeszłego powinna się cieszyć dużą popularnością, zważywszy na trendy demograficzne. Powyższe dane pokazują coś innego i pojawia się pytanie, dlaczego tak się dzieje. Co powoduje, że geriatria jest tak niepopularna, skoro – według prognoz demograficznych – powinna dawać pewność zatrudnienia? Dlaczego w Polsce istnieje tak niewiele miejsc na oddziałach geriatrycznych, a ich zdecydowana większość znajduje się w placówkach publicznych? Częściową odpowiedzią na te pytania może być fakt, iż wśród studentów medycyny geriatria jawi się jako mało „pociągająca” perspektywa; studenci często mówią, że nie chcą leczyć starych ludzi, bo to nic przyjemnego. Zapewne w jakimś stopniu to negatywne podejście jest kreowane przez media i seriale medyczne, które pokazują inne specjalizacje medyczne jako znacznie bardziej prestiżowe i ciekawe. Jest to jednak tylko część odpowiedzi. Zapewne wiele przyczyn takich tendencji tkwi w czynnikach strukturalnych w systemie ochrony zdrowia w Polsce. Jak pisze Derejczyk: „Reasumując, należy podkreślić, że rozwijanie geriatry w Polsce w zakresie bazy, kadry i sieci usług staje się koniecznością – ta dyscyplina medyczna odpowiada zarówno wyzwaniom demograficznym najbliższej przyszłości, jak i złożonym potrzebom osób starzejących się oraz najstarszych, a także ich opiekunom rodzinnym. Mimo że polscy gerontolodzy od wielu lat opisują zjawisko, dysponując wiedzą na temat aktualnego zabezpieczenia i dostępu do świadczeń seniorów oraz potrzeb osób starszych, informacje nie są wykorzystywane przez polityków zdrowotnych szczebla centralnego i regionalnego. Świadczy to o niedocenianiu znaczenia geriatry i gerontologii w Polsce oraz o ignorowaniu potrzeb osób w starszym wieku. Dowodzi to również krótkowzroczności prowadzonej polityki zdrowotnej – opóźnionej o kilkanaście lat – we wprowadzaniu rozwiązań odpowiadających potrzebom starzejącego się społeczeństwa” [Derejczyk i in. 2008: 154]. W podobnym tonie pisze prof. Grodzicki w projekcie rozwoju systemu opieki geriatrycznej przygotowanym przez ogólnopolski zespół lekarzy, w którym podkreśla niedostateczną uwagę wobec geriatry i gerontologii ze strony polityków i organizatorów ochrony zdrowia [Grodzicki 2007].

Wśród wskaźników obiektywnych wymieniłam liczbę jednostek chorobowych wieku podeszłego sklasyfikowanych w ICD-10 i DSM-V. Obie klasyfikacje posługują się swoistymi dla siebie kluczami kategoryzacyjnymi, co utrudnia wyszukanie schorzeń charakterystycznych dla wieku podeszłego. Potrzebna jest do tego także wiedza medyczna, zatem w tym momencie ten rodzaj analizy wykracza poza moje kompetencje. Jednak można przypuszczać, że liczba jednostek chorobowych w odniesieniu do dolegliwości wieku podeszłego zwiększyła się

w porównaniu z poprzednimi rewizjami tych dwóch dokumentów, gdyż zwiększyła się liczba jednostek chorobowych ogółem. Jak pisze Conrad, liczba stron ogółem w klasyfikacji DSM zwiększyła się od pierwszej do czwartej rewizji o około 750 – ze 130 w 1952 r. (DSM-I) do 886 w roku 1994 (DSM-IV). Liczba diagnoz ogółem wzrosła prawie trzykrotnie – ze 106 w pierwszej rewizji do 297 w rewizji czwartej [Conrad 2007: 118]. Podobnie wygląda sprawa drugiego dokumentu, co daje podstawy, by przypuszczać, iż kategoryzuje się w nich coraz więcej jednostek chorobowych odnoszących się do wieku starczego.

Jeśli chodzi o czas oczekiwania na wizytę u lekarza, to brak jest rzetelnych informacji. Wprawdzie na stronie Narodowego Funduszu Zdrowia znaleźć można wyszukiwarkę, dzięki której dowiedzieć się można, jaki jest czas oczekiwania na świadczenie w poszczególnych oddziałach NFZ, ale informacje tam zawarte przeczą często sytuacji faktycznej. Z doniesień medialnych wynika, że sytuacja jest daleka od ideału i dotyczy usług specjalistów, z których w dużym stopniu korzystają właśnie seniorzy: „Równo 5 lat trzeba czekać na wizytę w Poradni Leczenia Osteoporozy w Grodzisku Mazowieckim. Na zoperowanie zaćmy w Olsztynie można liczyć najwcześniej za 3 lata. Z kolei na pierwszą wizytę u endokrynologa we Wrocławiu – na przełomie 2016 i 2017 r.”¹³.

Subiektywne wskaźniki medykalizacji związane są z samooceną stanu zdrowia i autodefinicjami seniorów. Subiektywna ocena stanu zdrowia wśród seniorów jest raczej niska, jak pisze Zofia Szarota, powołując się na dane opublikowane w 2002 r. 52% seniorów określa go jako „zły”, 30% jako „przeciętny”, zaś tylko 17% jako „dobry” [Szarota 2010: 80]. W badaniach przeprowadzonych przez CBOS w roku 2007 odpowiedzi osób w wieku 65+ wyglądały następująco: 19% określiło swój stan zdrowia jako „dobry”, 45% jako „taki sobie”, zaś 35% uznało go za „zły” [CBOS 2007]. Szarota pisze, iż wraz z wiekiem postępuje medykalizacja w zakresie potrzeb seniorów w związku z chorobami przewlekłymi, które występują często razem (wielochorobowość) [Szarota 2010: 81]. Seniorzy czują potrzebę korzystania z usług medycznych, ale – jak już wcześniej wspomniałam – pojawia się szereg ograniczeń takich jak dostępność i kosztowność procedur, co skutecznie obniża korzystanie z porad, zabiegów i procedur medycznych. Definicje zdrowia konstruowane przez seniorów nie wykluczają współwystępowania choroby – zdrowie jest często definiowane w kategoriach funkcjonalnych – niezależność od osób trzecich [Puchalski 1994]. Wraz z wiekiem wzrasta jednak liczba ogra-

¹³ *Gigantyczne kolejki po zdrowie. Sprawdź, ile trzeba czekać na wizytę u specjalisty*, <<http://www.rmfm24.pl/fakty/polska/news-gigantyczne-kolejki-po-zdrowie-sprawdz-ile-trzeba-czekac-na-nId,934728>>.

niczeń i zależność od otoczenia, w tym także od instytucji medycznych. Wśród osób powyżej 65. roku życia większa jest także roszczeniowość w odniesieniu do systemu ochrony zdrowia – dostrzegają oni mniejszą odpowiedzialność za swoje zdrowie, podkreślając, że to lekarze i placówki medyczne mają się o to zdrowie troszczyć [CBOS 2012]. To, jak seniorzy definiują i postrzegają starość, zależy od kilku czynników – między innymi sytuacji finansowej, wsparcia rodzinnego i instytucjonalnego oraz od postaw wobec starości wynikających z uwarunkowań psychologicznych. Tym samym zagadnień związanych z medykacją starości jest wiele i wskaźniki subiektywne, pośrednio odnoszące się do tego zjawiska, nie dają jednoznacznej odpowiedzi. Brak jest w Polsce badań¹⁴, które bezpośrednio poruszałyby problematykę medykacji w kontekście subiektywnych autodefinicji, ocen i postaw, stąd trudności w rozstrzygnięciu, czy proces medykacji starości występuje, czy też nie, jaka jest jego siła itp.

Należy jednak zaznaczyć, że zaprezentowane powyżej dane nie determinują jednoznacznie braku medykacji starości. Skłaniam się raczej ku tezie, iż te dane wskazują na powolne tempo tego procesu i pewne jego ograniczenia. Na ile jednak medykacja starości jest zastopowana przez brak rozwiniętej gałęzi medycyny, zajmującej się problemami wieku podeszłego, nie jest jednoznaczne. Już wcześniej sygnalizowałam, że osoby w wieku podeszłym automatycznie kierowane są na oddziały wewnętrzne i inne oddziały specjalistyczne zajmujące się konkretnymi dolegliwościami, zatem w polskich realiach omówione wyżej wskaźniki są niewystarczające do analizy zjawiska medykacji. Z drugiej zaś strony dostępność lekarzy specjalistów i do określonych świadczeń jest poważnie ograniczona przez limity NFZ, co może w niektórych grupach seniorów skutecznie hamować zjawisko medykacji – osoby gorzej sytuowane materialnie będą czekać, zaś ci, których na to stać, będą korzystać z oferty komercyjnej, a także z usług o charakterze prewencyjnym, nie tylko doraźnym. Należy przypuszczać, że medykacja starości zachodzi, jednak nie można precyzyjnie określić jej tempa ani rozmiarów.

Jeśli chodzi o rynek farmaceutyczny i jego rolę w medykacji starości, to należy zwrócić uwagę na kilka aspektów: liczba preparatów dla seniorów dostępnych na rynku, używanie leków przepisanych przez lekarza, podatność na reklamę farmaceutyków oraz używanie leków niewiadomego pochodzenia. Polscy seniorzy to grupa, która korzysta z leków najczęściej i wydaje na nie najwięcej¹⁵

¹⁴ Badania pilotażowe zostały przeze mnie przeprowadzone na próbie 150 osób dorosłych, z czego seniorzy stanowili tylko małą grupę, zatem wyniki tych badań nie będą dla tej grupy miarodajne.

¹⁵ *Program 60+: seniorzy przepłacają za leki*, <<http://www.medicalnet.pl/Program-60---seniorzy-przeplacaja-za-leki,wiadomosc,30,lipiec,2013.aspx>> 11.06.2013.

– „średnie miesięczne wydatki seniora na leki wynoszą 148 zł, przeciętnego Polaka – 74 zł”¹⁶. Z przytaczanych raportów wynika także, że 70% seniorów przepłaca za leki, mimo iż są dostępne tańsze zamienniki o tym samym efekcie terapeutycznym. Z inicjatywy lekarzy, farmaceutów i koncernów farmaceutycznych powstał Program 60+, którego celem jest obniżenie kosztów leków dla seniorów. W ramach tego programu każdy senior posiadający specjalną legitymację może w ciągu roku kupić niektóre leki taniej, a różnica w cenie dopłacana jest w ramach programu (limit dofinansowania to 1 000 zł rocznie)¹⁷. W tej chwili do programu przystąpiło 1,3 mln seniorów. Chociaż refundacja przez Program 60+ dotyczy tylko leków dostępnych bez recepty, to jednak autorzy programu postawili sobie za cel również edukację seniorów w zakresie dostępności zamienników leków dostępnych na receptę. Idea programu jest szczytna, ale pojawiły się głosy oskarżające apteki uczestniczące w programie o to, że łamią zakaz reklamowania się. Poza tym pojawia się pytanie, czy w ramach uczestnictwa w Programie 60+ refundacja leków dostępnych bez recepty nie działa jak promocja produktów w supermarkecie dla posiadaczy karty stałego klienta. Wiadomo, że jeśli coś jest dostępne w promocji, to istnieje pokusa kupna na zapas, co może działać podobnie w przypadku leków. Poza tym osoby starsze są podatne na autorytet lekarza i farmaceuty, a mniejsza niż w przypadku osób młodych, z wyższym wykształceniem wiedza może skłaniać do częstszych, nieprzemyślanych zakupów pod wpływem perswazji aptekarzy. Rynek leków OTC (dostępnych bez recepty) dla seniorów jest ogromny. Wiele aptek, by wyeksponować preparaty przeznaczone dla najstarszych, przygotowuje specjalną półkę z napisem „Senior”. W internetowej aptece Cefarm zaproponowano 61 preparatów dedykowanych seniorom (mają w nazwie „silver”, „senior”, „60+” itp.). Do tego dochodzi mnóstwo leków przeznaczonych na konkretne dolegliwości (osteoporoza, niedobory witamin, wypadanie włosów, suchość skóry, zmarszczki itp.), które są używane przez ogół społeczeństwa, w tym także seniorów. Medykalizacja menopauzy i andropauzy spowodowała, że pojawiło się wiele preparatów walczących z objawami tych dolegliwości. Do tego należy dodać jeszcze listę leków przepisywanych przez lekarza, często nierefundowanych. Jak wygląda konsumpcja tych preparatów? Raporty donoszą, że niektórzy seniorzy nie wykupują zamienników i dlatego brakuje im pieniędzy na kontynuację leczenia. Wielu z nich kupuje leki niezbędne albo w mniejszych ilościach, arbitralnie dokonując wyborów i skazując się na dodatkowe dolegliwości i powikłania zdrowotne. Według informacji TNS Pol-

¹⁶ *Eksperci: ponad 30 proc. seniorów nie wykupuje leków* <<http://wiadomosci.onet.pl/kraj/eksperti-ponad-30-proc-seniorow-nie-wykupuje-lekow/12bqj>>11.06.2013.

¹⁷ Więcej o programie: <<http://www.program60plus.pl/>> 07.07.2013.

ska ze stycznia 2013 r. 32% seniorów w ogóle nie wykupiło leków z przyczyn finansowych. Zatem z obiektywnego punktu widzenia przemysł farmaceutyczny wspiera medykację, jednak napotyka ona na pewne przeszkody w indywidualnych strategiach radzenia sobie z chorobą.

MODEL HALFMANNA

Na koniec zaprezentuję koncepcję Drew Halfmanna jako przydatne narzędzie analizy procesu medykacji. Tabela 4 zawiera zbiorcze zestawienie poziomów i wymiarów medykacji oraz demedykacji.

TABELA 4. Poziomy i wymiary medykacji i demedykacji

Makro	Mezo	Mikro
Ustawodawstwo, raporty, regulacje, debaty organizacji krajowych i międzynarodowych (rządy, sądy, korporacje, uniwersytety, rynki, fundacje, media, czasopiśma, organizacje non profit.	Misje, raporty, reklamy, procedury lokalnych i regionalnych organizacji takich jak: zakłady pracy, szpitale, grupy medyczne, kliniki, domy seniora, szkoły, ośrodki pomocy społecznej, więzienia.	Interakcja twarzą w twarz, fizyczny kontakt między dostawcami a klientami. Samozarządzanie.
Dyskursy		
Biomedyczne słownictwo, modele i definicje – symptom, choroba, zarażenie		
Praktyki		
Biomedyczne praktyki i technologie – testowanie, mierzenie, normalizacja, nadzór, szacowanie ryzyka, pokrycie w polisie ubezpieczeniowej, badanie, testy laboratoryjne, diagnostyka obrazowa, higiena, operacja, leki, narzędzia medyczne		
Jednostki i aktorzy		
Jednostki i zbiorowi biomedyczni aktorzy – lekarze, badacze, szpitale, agencje ubezpieczeniowe, grupy medyczne, producenci leków i urzędzeń medycznych, szkoły medyczne, organizacje i stowarzyszenia zawodowe		

Źródło: [Halfmann 2011] (tłum. własne).

Na każdym z trzech poziomów analizy (makro, mezo i mikro) uwzględnia się dyskursy, praktyki i jednostki oraz aktorów. Dyskursy na poziomie makro, używające biomedycznego słownictwa, mogą być odnalezione w ustawach, raportach, debatach organizacji, w uniwersytetach, czasopiśmach, na rynkach, w korporacjach. Na poziomie mezo dyskursy te ujawniają się poprzez działania takich instytucji jak szkoły, zakłady pracy, szpitale, domy pomocy i mogą być zawarte w dokumentach opisujących misję, w raportach. Na najniższym poziomie dyskursy dotyczą kontaktów twarzą w twarz między dostawcami usług a ich konsumentami. Mogą być także używane do zarządzania własną tożsamością i własnymi problemami.

TABELA 5. Przykłady poziomów i praktyk medykalizacji i demedykalizacji w odniesieniu do starości

Makro	Mezo	Mikro
Dyskursy		
<p>Medykalizacja: Dyskusje dotyczące sytuacji demograficznej i jej konsekwencji; rozwój przemyśłu „antystarzeniowego”. Demedykalizacja: brak strategii rozwoju opieki geriatrycznej, brak uwagi ze strony rządu w odniesieniu do zagadnień geriatry i gerontologii</p>	<p>Medykalizacja: istnienie zapisów w misjach instytucji i organizacji niosących pomoc osobom starszym (np. domy pomocy); reklamy posługujące się słownictwem medycznym skierowane do seniorów.</p>	<p>Medykalizacja: definiowanie się w kategoriach chorego w kontaktach z personelem medycznym, farmaceutą, pracodawcą, otoczeniem. Demedykalizacja: definiowanie się w kategoriach osoby zdrowej, pomimo choroby/chorob.</p>
Praktyki		
<p>Medykalizacja: kontrola wskaźników śmiertelności, zachorowalności, populacyjne programy zwalczania określonych chorób skierowane do seniorów, wprowadzanie na rynek leków przeznaczonych na dolegliwości seniorów.</p>	<p>Medykalizacja: otwieranie domów opieki, domów seniora, placówek oferujących opiekę długoterminową, wprowadzanie leków dostępnych bez recepty do drogerii, kiosków. Demedykalizacja: aktywizacja seniorów w różnych płaszczyznach życia (np. Uniwersytety Trzeciego Wieku, strony internetowe, Internet dla seniorów, wolontariat).</p>	<p>Medykalizacja: poddawanie się badaniom, testom, diagnostyce obrazowej; odgrywanie roli chorego, kupowanie farmaceutyków. Demedykalizacja: unikanie kontaktów z personelem medycznym, niechodzenie na badania.</p>
Aktorzy		
<p>Medykalizacja: rynek farmaceutyczny, istnienie uniwersytetów medycznych, szpitali, agend rządowych zajmujących się sektorem zdrowia, a w ich ramach jednostek specjalizujących się w problematyce osób starszych.</p>	<p>Medykalizacja: producenci sprzętu medycznego, szpitale, placówki pomocy społecznej. Demedykalizacja: organizacje zrzeszające seniorów niemające podłoża medyczno-zdrowotnego, kluby, zrzeszenia skupiające seniorów nastawione na aktywny wypoczynek.</p>	<p>Medykalizacja: aktorzy definiujący się w kategoriach tożsamości biomedycznych – „schorowany senior”, „babcia po zawale” i rzutowanie tych tożsamości na codzienne czynności, farmaceuci zachęcający do kupna preparatów w promocji. Demedykalizacja: definiowanie się w kategoriach tożsamości biomedycznych i zachowanie niezgodne z tymi tożsamościami, aktywne i zdrowe życie mimo choroby.</p>
Dyskursy		
<p>Biomedyczne słownictwo, modele i definicje – symptom, choroba, zarażenie</p>		
Praktyki		
<p>Biomedyczne praktyki i technologie – testowanie, mierzenie, normalizacja, nadzór, szacowanie ryzyka, pokrycie w polisie ubezpieczeniowej, badanie, testy laboratoryjne, diagnostyka obrazowa, higiena, operacja, leki, narzędzia medyczne</p>		
Jednostki i aktorzy		
<p>Jednostki i zbiorowi biomedyczni aktorzy – lekarze, badacze, szpitale, agencje ubezpieczeniowe, grupy medyczne, producenci leków i urzędzeń medycznych, szkoły medyczne, organizacje i stowarzyszenia zawodowe</p>		

Źródło: oprac. własne na podstawie [Halfmann 2011].

Praktyki na poziomie makro dobrze opisuje koncepcja biopolityki Foucault – jest to zarządzanie i kontrola populacji. Na poziomie mezo organizacje mogą używać praktyk medykacyjnych do rozwiązywania problemów społecznych poprzez imitacje przestrzeni organizacji medycznych (na wzór przychodni, szpitala – szerokie korytarze, sterylność pomieszczeń, odpowiednia kolorystyka). Na poziomie mikro praktyki mogą być używane, by zyskać legitymizację i status chorego.

Aktorzy (zbiorowi i indywidualni) działają na wszystkich trzech poziomach, używając dyskursów i praktyk. I tak na poziomie makro mogą domagać się reform, ustaw, decyzji politycznych. Na poziomie mezo przejawem medykalizacji będzie rosnąca liczba organizacji biomedycznych oraz władza lekarzy i profesjonalistów medycznych w kontekście instytucjonalnym. Na poziomie mikro aktorzy definiują się w kategoriach tożsamości biomedycznych [Halfmann 2011: 5–7]. Schemat zaproponowany przez Halfmanna jest niezwykle cennym narzędziem analizy procesów medykalizacji i demedykalizacji. Jest to narzędzie, za którego pomocą można poddać analizie praktycznie każdy przykład czy przejaw medykalizacji. W niniejszym artykule narzędzie to zostało wykorzystane do analizy zjawiska medykalizacji starości w Polsce. Jakich zatem wyników dostarcza analiza zjawiska medykalizacji starości z wykorzystaniem narzędzia zaproponowanego przez Halfmanna?

Jak widać, z powyższej – przykładowej jedynie – analizy wynika, że medykalizacja starości nie jest wcale tak oczywista, gdyż w większości przypadków obok przejawów medykalizacji udało się wskazać praktyki przeciwstawne, demedykacyjne. Model zaproponowany przez Halfmanna jest wartościowym narzędziem, które pozwala na rozważenie ciągłości zjawiska medykalizacji i demedykalizacji nie tylko w odniesieniu do zagadnień starości, lecz także do innych problemów. Powyższa analiza jest – jak już podkreśliłam – jedynie przykładem, przyczynkiem do precyzyjnej, szeroko zakrojonej analizy. Jednak już to pobieżne wykorzystanie modelu wskazuje na jego użyteczność.

PODSUMOWANIE

Powyższy artykuł miał za zadanie pokazać niejednoznaczność procesu opisywanego w literaturze jako medykalizacja starości oraz to, że bardziej adekwatne jest mówienie o farmaceutyzacji starości niż o samej tylko medykalizacji. Umedycznienie ostatniego etapu życia człowieka jest faktem, niemniej polska specyfika pokazuje, że zjawisko to posiada odmienną dynamikę i wymaga dopracowania narzędzi analitycznych oraz rekonceptualizacji sposobu badania

tego procesu. Artykuł wykazał słabość metodologiczną badań nad zjawiskiem medykalizacji i dotyczy ona badania nie tylko fenomenu starości, lecz także innych przykładów umedyczniania. Zdrowie i choroba współcześnie nie są już tak jednoznacznymi kategoriami, jak kilkadziesiąt lat temu, zarówno w wymiarze obiektywnym, jak i subiektywnym. Medykalizacja życia społecznego, a szczególnie jej społeczne konsekwencje, powodują, iż zaciera się granica między stanem obiektywnym a subiektywnym jego odczuwaniem. W potocznym ujęciu choroba i zdrowie mogą być kategoriami współwystępującymi – osoby starsze deklarują, że mimo przewlekłych chorób, na które cierpią, czują się zdrowe. Coraz częściej choroba – wyimaginowana lub obiektywna – staje się podstawą do redefinicji własnej tożsamości i swoich kontaktów z otoczeniem. Choroba staje się wygodną wymówką, którą można zasłonić brak kompetencji, lenistwo czy brak umiejętności. W dzisiejszym świecie, w którym wyznacznikami sukcesu są wciąż młodość, witalność, piękno (często sztuczne, będące efektem pracy skalpela), osoby starsze mogą czuć się marginalizowane, wykluczane, a nawet piętnowane z racji swojego wyglądu i swoich ograniczeń. Stygmatyzacja i opresja mogą spowodować, że ucieczka w chorobę i starość będzie bezpiecznym i wygodnym azylem. Dlatego tak ważne jest podejmowanie inicjatyw aktywizujących seniorów, podnoszących jakość ich życia we wszystkich wymiarach i zapobieganie utożsamianiu starości z chorobą. Wierzę, że artykuł stanie się przyczynkiem do dyskusji i inspiracją do badań dla badaczy zainteresowanych tą problematyką, a niejednoznaczność procesu medykalizacji w odniesieniu do starości spowoduje „odmitologizowanie” stereotypowego skojarzenia związanego z naturalnym, choć ostatnim etapem naszego życia. Upatruję w tym przedsięwzięciu przede wszystkim roli socjologii medycyny, która ma ogromny potencjał teoretyczny oraz metodologiczny i może nie tylko zmienić oblicze starości, lecz także humanizować medycynę, również w odniesieniu do tej problematyki.

BIBLIOGRAFIA

- A b r a h a m J. [2011], *Evolving sociological analyses of „pharmaceuticalisation”: a response to Williams, Martin and Gabe*, „Sociology of Health and Illness”, vol. 33, no. 5.
- A b r a h a m J. [2010], *Pharmaceuticalisation of society in context: theoretical, empirical and health dimensions*, „Sociology”, 44, August.
- B l e c h J. [2003], *Inventing diseases and pushing pills*, Routledge, New York.
- B r y d a G. (red.) [2011], *Światy i konteksty społeczne*, tom II, Nomos, Kraków.
- B u c z k o w s k i A. [2005], *Spoleczne tworzenie ciała*, Universitas, Kraków.
- C o n r a d P. [1979], *Types of medical social control*, „Sociology of Health and Illness”, Vol. 1, No. 1.

- Conrad P. [1992], *Medicalization and Social Control*, „Annual Review of Sociology”, Vol. 18.
- Conrad P. [2007], *The Medicalization of Society. On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*, The Johns Hopkins University Press, Baltimore.
- Conrad P., Schneider J.W. [1992], *Deviance and Medicalization. From Badness to Sickness*, Temple University Press, Philadelphia.
- Davis J.E. [2006], *How Medicalization Lost Its Way*, „Society”, vol. 43, Number 6, s. 51–56.
- Derejczyk J., Bień B., Kokoszka-Paszkot J., Szczygieł J. [2008], *Gerontologia i geriatria w Polsce na tle Europy – czy należy inwestować w ich rozwój w naszym kraju?*, „Gerontologia Polska”, tom 16, nr 3, s. 149–159.
- Eksperci: ponad 30 proc. seniorów nie wykupuje leków*, <<http://wiadomosci.onet.pl/kraj/eksperci-ponad-30-proc-seniorow-nie-wykupuje-lekow/12bqj>> 11.06.2013.
- Foucault M. [1993], *Trzeba bronić społeczeństwa. Wykłady w College de France 1976*, Wydawnictwo KR, Warszawa.
- Foucault M. [1995], *Historia seksualności*, Czytelnik, Warszawa.
- Foucault M. [2006], *Trzy typy władzy*, [w:] A. Jasińska-Kania (red.), *Współczesne teorie socjologiczne*, tom I, Scholar, Warszawa.
- Frąckowiak T., Kapała M., Zubik A., Cieślik A. [2006], *Jak ludzie starzy opowiadają o starości – obraz starości wylaniający się z narracji*, [w:] T. Kowaleski, P. Szukalski, *Starość i starzenie się jako doświadczenie jednostek i zbiorowości ludzkich*, Wyd. Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź, s. 312–319.
- Furedi F. [2006], *Culture of Fear Revisited. Risk taking and the Morality of Low Experience*, Continuum, London–New York.
- Garavaglia B. [2013], *Aging, Deviance and the Medicalization of the Aging Process*, [w:] *Advance for Long-Term Care Management*, 29 Nov. 2012, <<http://long-term-care.advanceweb.com/Columns/Gerotalk/Aging-Deviance-and-the-Medicalization-of-the-Aging-Process.aspx>>.
- Gatyaś G. [2012], *Spending in Pharmerging Markets to Nearly Double while Health Systems in Developed Countries Benefit from Historically Low Spending Growth*.
- Getzen T. [2000], *Ekonomika zdrowia*, PWN, Warszawa.
- Gigantyczne kolejki po zdrowie. Sprawdź, ile trzeba czekać na wizytę u specjalisty*, <http://www.rmfm24.pl/fakty/polska/news-gigantyczne-kolejki-po-zdrowie-sprawdz-ile-trzeba-czekac-na_nId,934728>.
- Grodzicki T. [2007], *Strategia rozwoju systemu opieki geriatrycznej i rozwiązań poprawiających jakość opieki nad osobami starszymi w systemie ochrony zdrowia*, <http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/51_geriatria_13072011.pdf>.
- Halfmann D. [2011], *Recognizing Medicalization and Demedicalization: Discourses, Practices and Identities*, „Health”, s. 1–22. <<http://www.program60plus.pl/>> 07.07.2013.
- Kaufman S.R., Shim J.K., Russ A.J. [2004], *Revisiting the Biomedicalization of Aging: Clinical Trends and Ethical Challenges*, „The Gerontologist”, Vol. 44, no 6, s. 731–738.
- Kawka Z. [2006], *Starość w wyobrażeniach młodych ludzi*, [w:] T. Kowaleski, P. Szukalski, *Starość i starzenie się jako doświadczenie jednostek i zbiorowości ludzkich*, Wyd. Uniwersytetu Łódzkiego, s. 287–295.
- Kowaleski T., Szukalski P. [2006], *Starość i starzenie się jako doświadczenie jednostek i zbiorowości ludzkich*, Wyd. Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź.

- Larkin M. [2011], *The „medicalization” of ageing: what it is, how it harms and what to do about it*, „The Journal of Active Ageing”, January/February, s. 28–36;
- Lemke T. [2010], *Biopolityka*, Wydawnictwo Sic!, Warszawa.
- Miszczak E. [2006], *Stereotypowy obraz człowieka starego w Polsce*, [w:] T. Kowaleski, P. Szukalski, *Starość i starzenie się jako doświadczenie jednostek i zbiorowości ludzkich*, Wyd. Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź, s. 305–312.
- Moynihan R., Heath I., Henry D. [2002], *Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering*, „British Medical Journal”, vol. 324, 13 April.
- Poitras G., Meredith L. [2009], *Ethical Transparency and Economic Medicalization*, „Journal of Business Ethics”, June 2009, 86, s. 313–325.
- Polacy o swoim zdrowiu oraz prozdrowotnych zachowaniach i aktywnościach*, komunikat CBOS, BS/110/2012.
- Program 60+: seniorzy przeplacają za leki*, <<http://www.medicalnet.pl/Program-60---seniorzy-przeplacaja-za-leki,wiadomosc,30,lipiec,2013.aspx>> 11.06.2013.
- Puchalski K. [1994], *Kryteria zdrowia w świadomości potocznej*, „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna”, Rocznik 1, Nr 1–2, s. 53–69.
- GUS [2013], *Rocznik Demograficzny 2013*, Warszawa.
- Schmidt W.C. [2011], *Medicalization of Aging: the Upside and Downside*, „Marquette Elder’s Advisor”, Vol. 13, Iss. 1, Article 2, s. 54–88.
- Shilling Ch. [2010], *Socjologia ciała*, PWN, Warszawa.
- Syrek E. (red.) [2001], *Jakość życia w chorobie – społeczno-pedagogiczne studium indywidualnych przypadków*, Oficyna Wydawnicza IMPULS, Kraków.
- Szarota Z. [2010], *Starzenie się i starość w wymiarze instytucjonalnego wsparcia na przykładzie Krakowa*, Wyd. Uniwersytetu Pedagogicznego, Kraków.
- Szasz T. [2007], *The Medicalization of Everyday Life. Selected Essays*, Syracuse University Press, New York.
- Szatur-Jaworska B., Błędowski P., Dziegielewska M. (red.) [2006], *Podstawy gerontologii społecznej*, Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, Warszawa.
- Wieczorkowska M. [2008], *Świat jako klinika – medykalizacja życia w społeczeństwie ryzyka biomedycznego*, [w:] M. Gałuszka (red.), *Zdrowie i choroba w świetle społeczeństwa ryzyka biomedycznego*, Wydawnictwo UM w Łodzi, Łódź.
- Wieczorkowska M. [2010], *Biowładza nad ciałami kobiet. Populacyjny program profilaktyki raka piersi a modernizacja medyczna*, [w:] Gałuszka M. (red.), *Modernizacja biomedyczna społeczeństwa a ryzyko zdrowotne*, Wyd. Uniwersytetu Medycznego, Łódź.
- Wieczorkowska M. [2012a], *Medykalizacja społeczeństwa w socjologii amerykańskiej*, „Przegląd Socjologiczny”, tom 61/2.
- Wieczorkowska M. [2012 b], *Farmaceutyzacja społeczeństwa – między konsumpcjonizmem a kulturą lęku*, [w:] Gałuszka M., Wieczorkowska M. (red.), *Kulturowe, społeczne i polityczne uwarunkowania ryzyka biomedycznego*, Wyd. Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Łódź.
- Williams S.J., Martin P., Gabe J. [2011], *The pharmaceuticalisation of society? A framework for analysis*, „Journal of Health and Illness”, vol. 33, no. 5.

Magdalena Wieczorkowska

**IS AN OLD AGE A DISEASE?
– THE MEDICALIZATION OF AN OLD AGE IN POLAND**

A b s t r a c t

According to the main thesis of an article the old age is not easily classified as a solely medicalized phenomenon. Application of various analytical tools shows that the phenomenon can be seen as medicalized and demedicalized. Examples of analyses are to show that one should rather talk about pharmaceuticalization as it really occurs in an objective dimension. Medicalization and pharmaceuticalization considered from the perspective of the elderly is significantly limited by such factors as material status of the old, accessibility of physicians and treatment, time of awaiting for a medical procedure. The aim of an article is also to show methodological weaknesses and limitations in relation to issues of medicalization seen as research questions and a try to evoke a debate which, in effect, would bring reconceptualization of medicalization research in Poland.

Key words: the medicalization of an old age, gerontology, andropause, menopause, disease, demedicalization

DAVID L. BROWN
Cornell University, USA

RURAL POPULATION CHANGE MATTERS, BUT DEMOGRAPHY IS NOT DESTINY

Summary

Change, not stability is the normal situation for rural population in Poland, throughout Europe and in other more developed parts of the world. Rural communities experience population growth, decline, and/or increasing socio-demographic diversity in ways that challenge local institutions such as labor markets, schools, health care and local government. However, even though demographic changes can induce changes in other social and economic domains, demography is not destiny. Changes in population size and composition do not automatically and mechanistically result in changes in economic activity, poverty rates, farm land conversion, air and water pollution, and/or the utilization of government services. Rather, the impacts of population change are mediated by social structure, and by the larger national and international contexts in which rural localities are embedded. This article describes the main demographic trends and changes being experienced by rural Europe at the present time, and examines their potential impact on rural people and communities. I closely examine three of these trends that pose challenges and opportunities for rural communities: (a) population growth and international migration, (b) population ageing, and (c) urbanization and counter-urbanization. Then, using the case study of education, I explore the multiple outcomes that may result from changes in the size and composition of rural population at the community level.

Key words: Europe, demography, rural society, population changes, local communities.

INTRODUCTION

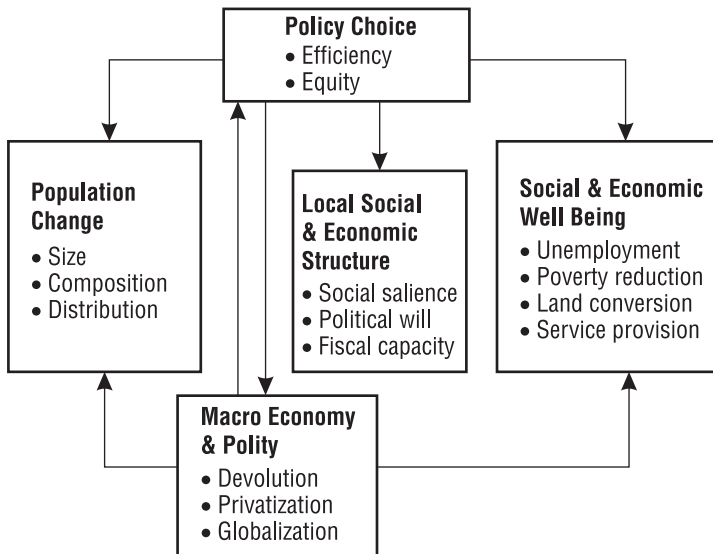
Change, not stability is the normal situation for rural population in Poland, throughout Europe and in other more developed parts of the world. Even as the rate of change in population size stabilizes, rural populations experience dramatic changes in demographic and socioeconomic composition. Rural communities experience population growth, decline, and/or increasing socio-demographic diversity in ways that challenge local institutions such as labor markets, schools, health care and local government. As Brown and Schafft (2011: 220) observed,

“More, fewer and/or different kinds of people affect the need and demand for various goods and services, thereby stressing institutional capacity, enhancing, or in the case of population decline diminishing the support of local businesses. New residents, especially when they differ in age, social class, or ethnic background can enhance creativity and other social resources, but increased diversity can also lead to social tensions and conflicts.”

However, even though demographic changes can induce changes in other social and economic domains, demography is *not* destiny. Changes in population size and composition do not automatically and mechanistically result in changes in economic activity, poverty rates, farm land conversion, air and water pollution, and/or the utilization of government services. Rather, as shown in figure 1, the impacts of population change are mediated by social structure, and by the larger national and international contexts in which localities are embedded. Again, quoting Brown and Schafft, (2011: 220)

“The translation of demographic changes into enhanced or diminished rural wellbeing is contingent on the effectiveness and responsiveness of local institutions, and how rural communities position themselves with respect to external forces.”

FIGURE 1: Localities are Embedded in Macro Structural & Policy Environments



The purpose of this paper is to describe the main demographic trends and changes being experienced by rural Europe at the present time, and examine their potential impact on rural people and communities. After describing Europe’s “demographic headlines,” I will dig deeper into three of these trends that pose challenges and opportunities for rural communities: (a) population growth and immigration, (b) population ageing, and (c) urbanization and counter-urbanization. Then, using the case study of education, I will explore the multiple outcomes that may result from changes in the size and composition of rural population at the community level.

RURAL ARTICULATIONS OF EUROPE’S DEMOGRAPHIC HEADLINES

What demographic trends characterize Europe at the present time? Are these trends and changes experienced in rural areas? How does Poland’s demographic experience compare with the EU-28 average? Europe’s “demographic headlines” include the following:

- Slow population growth which is mostly attributable to positive immigration

- Population ageing
- Slow urbanization or counter-urbanization

Population growth and immigration

With a population of 502 million in 2009, Europe's¹ population grew by less than 4% since 2000. Eight of 27 countries lost population between 2000 and 2009, and only four grew by even 1% per year (Eurostat 2011). Poland and six other ex-socialist states in Eastern Europe lost population during the last decade. Net migration originating in other EU states, or outside of the EU, accounted for almost 2/3 of the EU's population growth between 2000 and 2009 with natural increase accounting for the remainder. The importance of net migration has grown because of increased population mobility since the early 1990s, because of declining total fertility rates across the region, and an increase in the number of deaths resulting from an older age structure. Having said this, fertility is slightly on the rise since the mid-2000s, and lowest-low fertility, i.e. below 1.3 children per woman, has ended. Europe's average TFR is approaching 1.6 as of 2009. This is still well below the replacement rate of 2.1.² Poland's TFR at 1.4 is lower than the EU average, as is true in all but one of the other ex-socialist Eastern European nations (Eurostat 2011).

SINCE 2000, EUROPE HAS RECEIVED SIGNIFICANT MIGRATION GAINS BOTH AMONG EU-28 NATIONS AND FROM

Outside. During the first decade of the 21st century, about 3.5 to 4 million persons migrated to and between European states each year. This is a substantial increase over previous decades. Migration has now declined from the 2007 highs as a result of the recession, but it still accounted for over 2/3 of European population growth between 2008 and 2009. Eurostat (2011) estimates that a little more than half of immigrants to Europe in 2008 originated outside of the EU, while the remainder previously resided in an EU-28 member state, but outside of the destination nation. Non-EU immigrants are about evenly split between more and less developed nations, with only about 6% coming from the least developed parts of the world as indicated by the UN's human development index.³ Slightly less than 1/3 of non-European migrants come from Asia, about a fifth from Africa and

¹ By "Europe," I am referring to the EU 27 unless otherwise noted.

² The TFR is the total number of births expected of women during their child bearing years.

³ The HDI's computation can be seen at the UN site at: <http://hdr.undp.org/>.

a quarter from the Americas with the remainder coming from non-EU Europe, for example from Turkey and Albania (Eurostat 2013).

While many European nations experienced strong net migration gains during the 2000s, this is not true in Poland and most other ex-socialist East European nations. In fact, Romania, Poland and Bulgaria and the three Baltic states send many more migrants to other European nations than they receive in return. Poland's statistical office estimates that 1.4 million Poles live outside of Poland; the largest number in the EU (Wall Street Journal 2010). Only the Czech Republic has a net migration rate comparable to the EU as a whole. Other Eastern European nations had net gains of less than half the EU average. As a result, Poland and most of the other ex-socialist states have slow or declining population growth rates, and very low stocks of foreign born population. In fact, only .1% of Poland's population was born outside of the country. Hungary, Lithuania, Romania, and Slovakia all have less than 2% foreign born compared with the EU-28 average of 6.4% (Eurostat 2011). In addition, net out migration tends to be selective of well-prepared persons.

Does immigration affect rural communities, or is it strictly an urban phenomenon? Systematic studies of immigration to rural destinations in Europe are only beginning to be published (Jentch and Simard 2009; Kasimis 2010; Champion and Brown 2012). Research conducted so far indicates that while international migration is still mainly toward urban destinations, some migrants are beginning to settle in rural destinations as well. For example, Champion and Brown (2012) showed that the rate of international migration to rural England increased from .04% per year during 2001–2004 to .14% per year during 2004–2008. While this is still far below the immigration rate experienced by urban England (.51% per year during 2004–2008), it is not insignificant and a large increase over the recent past. Other studies of rural immigration have been reported in Greece (Kasimis 2005; 2010), Scotland (de Lima 2009) and Finland (Partenen 2009). These studies show that economic immigrants are drawn to rural locations for a variety of reasons. Agriculture and construction are also well represented among migrant workers in rural Greece and throughout southern Europe (Kasimis, 2005). In Scotland, agriculture and construction are important sources of migrant employment, but so are tourism and care services (de Lima 2009). In addition, many migrants in rural Scotland have significant education, but are employed in low end jobs regardless of their qualifications. In Finland, Partenen (2009) reported that while rural in-migrants work in agriculture and construction, they also find jobs in the better paid ICT and health care sectors.

Population Ageing

Europe is the world's oldest continent. In 2002, 20% of Europe's population was 60 years of age or older compared with 10% for the entire world. Moreover, the percentage 60+ in Europe is expected to increase to 37% by the year 2050 while the world's share of older persons will increase to 21%. Asia and Africa are significantly younger than Europe, but even North America is noticeably younger. Poland's population is aging like the rest of Europe (Fratczak 2011). The share of population age 60+ increased from 15% in 1950 to 19.6% in 2010, and is expected to reach 30% in 2030. Similarly, median age increased from 32.5 to 38.3 between 1990 and 2010 with a projected increase to 47.9 in 2030. Population ageing is the result of low fertility, out migration of younger persons and aging in place of middle age persons into the older ages. Poland, including rural Poland, has experienced all of these factors.

Rural populations are aging in Poland and across Europe similar to, but slightly *less rapidly* than, their urban counterparts (Szymanska, Bieganska and Gill 2009; OECD 2011). Ageing, per se, is not the main concern associated with Europe's aging population, rather it is the decline in the ratio of working age persons to those at the retirement ages. In Poland, for example, the total dependency ratio (population less than 15 and 60+/population 15-59) is around 52 in 2010 and projected to increase to 73 in 2035. In the absence of substantial labor productivity gains, a shrinking labor force in relation to retirement age persons will result in economic decline.

Urbanization and Counter-Urbanization

Development and urbanization are typically thought to move in the same direction, e.g., population tends to increasingly concentrate in urban places as nations develop. Moreover, the relationship between urbanization and development is thought to move in both directions; development contributes to urbanization and vice versa. However, the positive relationship between development and urbanization began to break down in more developed nations in the 1970s. Evidence provided by Vining and Kontuly (1978) showed that counter-urbanization, the movement of people from urbanized areas and their suburbs to rural areas, was a widespread occurrence across western Europe and Japan, while research by Brown and Wardwell (1980) documented a similar trend in the US. Since the 1970s, there have been swings in the directions of net migration between metropolitan and non-metropolitan areas in advanced economies. For example, counter-urbanization has been continuous in the UK since the 1950 while the

USA experienced counter-urbanization the 1970s, concentration in the 1980s, deconcentration in the early 1990s and renewed concentration since then (Champion and Brown, 2012).

Internationally comparative studies of urbanization and counter-urbanization are difficult to conduct because each nation has its own system of statistical geography including different methods of delineating urban and rural areas. However, country-specific studies, while not strictly comparable, can be placed in parallel to examine similarities and differences. As indicated above, Champion and Brown did this for the UK and US showing continuous counter-urbanization in the UK, but only periodic counter-urbanization in the US. In Eastern Europe very modest counter-urbanization is the predominant pattern, but this typically results from overall population decline with urban decline being somewhat more rapid. Recent research in Poland and Slovakia, however, shows that counter-urbanization resulted from urban decline and rural increase. In Poland, for example, the number of rural population has increased slightly since 2000 (0.2%) while urban areas experienced a slight decline (-0.1%). In other words, after several decades of urban concentration (Rykiel and Jazdzewska 2002), Poland is experiencing a period of very modest counter-urbanization (Szymanska, Bieganska and Gill 2009; World Bank 2013). Similarly, in Slovakia urban areas declined by 2.2% between 2001–2003 while rural areas gained by 3.0%. The rural advantage came from net in-migration from urban areas (Mladek and Cupelova 2010). Hungary also experienced post- 1990 counter-urbanization, but mostly as a result of sub-urbanization rather than genuine rural growth and in-migration (Brown 2012).

Regardless of the overall balance of urban-rural migration, and resulting relative rates of rural and urban population change, some types of rural regions have been growing consistently for several decades. Areas rich in amenities grow faster than other rural areas because they often become centers for recreation and tourism (Krannich and Perzelka 2003; McGranahan 1999). Subsequently, some resort areas eventually become destinations for older, typically well off, migrants (Brown et al 2011). In addition, rural areas located within the commuting range of expanding urban labor markets have been shown to have a growth advantage over more remote areas (Johnson and Cromartie 2006).

DEMOGRAPHIC TRENDS AND CHANGES POSE OPPORTUNITIES AND CHALLENGES FOR LOCAL COMMUNITIES

The three population trends discussed above, separately and combination, transform the size and the age, sex, education, occupational, and ethnic composition of rural and urban communities. These changing demographic attributes shape community needs and demands for goods, services, economic opportunities, as well as patterns of consumption, life style and social behavior. Changes in population size and composition impose requirements and limitations on each community institution from schools to health facilities to local government, the labor market and other aspects of local economy. This is true in both urban and rural communities, but especially so in rural areas where relatively small size, geographic isolation, sparse settlement or some combination of these factors act as limiting or facilitating forces. Public policy makers, local officials, and business leaders use information on the amount and rate of population change, and demographic composition and change to carry out their responsibilities and to plan for the future.

While it is indisputable that changes in population size and composition affect institutional performance at the local community level, population changes do not *automatically* or *mechanistically* induce institutional changes. Rather, the impacts of population changes are mediated by a community's social organization as well as by the larger structural and policy environments in which places are embedded. The same demographic changes can have divergently different results in different communities depending on whether an issue is considered to be a high priority by local residents, e.g., is *socially salient*; whether leaders are willing to spend their *political capital* to solve an issue, and if proposed solutions are economically feasible given a community's *fiscal capacity*. Social salience, an issue's priority and the acceptability of alternative solutions vary across a community's population. Education, health care, roads, bridges, street lighting, parks and recreational facilities, police and public safety, etc. are important, but not equally so to everyone. Accordingly, elected and appointed officials must be responsive to citizen sentiments when they decide to build new sidewalks or expand a sewer system in new residential subdivisions; expand or contract schools; build, expand or close a jail, or hire more or fewer first responders. In other words, leaders are not willing to spend their political capital if they do not believe that community residents, including voters, support their decisions. Moreover, regardless of an issue's salience and leaders political will to engage with it, sufficient economic

resources must be available to enact policies, fund programs or/and build new infrastructure.

Case Study: How Demographic Change Affects Education at the Local Level

Lower fertility, as experienced in Poland and throughout Europe, results in a diminished share of school age persons in national and local populations. Moreover, since migration is selective of working age persons, out-migrants take their children with them, as well as their potential to have additional children. Hence, communities, rural or urban, experiencing low fertility and/or net outmigration also see their school age populations shrink as a share of total residents. In contrast, destinations attracting international migrants typically see their school age populations increase. This is relatively unimportant in Poland because few Polish communities attract international migration. In fact, less than 2% of Poland's population is foreign born compared with an average of over 8% across the EU-28 nations (Munz 2008).

How are Polish communities responding to these demographic changes? Is a diminished share of school age population seen as a "demographic dividend" reducing the need for expenditures on education and other youth related services, or does a decline of school age persons in a community result in school closures, diminished services for youth, or/and greater demands for parents to subsidize public funding? As indicated above, the answer varies across communities because of differences in the perceived importance of education, the political will of leaders to engage with the problem in creative ways, and having sufficient fiscal capacity to implement reforms.

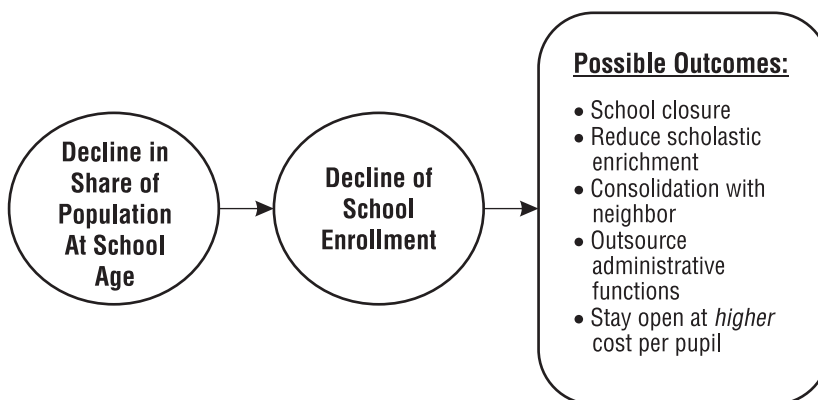
Between 1999 and 2000, Poland decentralized much of its responsibility for education to local governments. By 2001, Levitas and Herczynski (2001) showed that local governments were financing at least 25% of the costs of schools out of their own revenues⁴. The national government retained the responsibility of paying teachers' wages, but other costs of instruction and infrastructure increasingly fell to localities. Moreover, even as early as 2001 the evidence showed that the national government was having problems keeping its bargain to pay teachers' salaries (Levitas and Herczynski 2001). While many experts believe that the decentralization of education in Poland has been successful, the financial

⁴ This, of course, is significant compared with pre-1989, but low in comparison with some other nations. For example, almost 95pct. of education expenditures are by state and local governments in the United States.

responsibilities of the central government and the localities are “imprecisely defined” (Herbst and Mikolaj 2008). This provokes conflicts and tensions between the central and local governments, and inequalities in the quality of education provided in communities located at varying regions and rural-urban locations.

In 2000, a national system was developed to allocate educational spending to local governments. The “general subsidy for territorial self-government” uses a complex algorithm with almost 40 variables including the size and change of school age populations (EURYDICE 2010). As early as 2001, Levitas and Herczynski observed that the value of the national guarantee had been eroded by demographic shifts, and especially by the diminishing number of students in rural communities.⁵ Hence, with reduced subsidy from the national level, or at least increased uncertainty about its provision, local governments with declining student age populations face difficult choices. The question, then, is whether one would expect all places experiencing a decline in the share of school age population to respond similarly to such changes. If the answer is yes, then “demography is destiny” because variability in local conditions would not seem to mediate the impacts of the declining student populations. If places differ in their responses to a decline in the share of school age persons, then demography is NOT destiny. In other words, one would expect a variety of responses to school age population decline because localities have differing fiscal capacities, give differing priority to education especially in comparison with other pressing issues, and local officials are not necessarily willing to stake their careers on education-related decisions.

FIGURE 2: Outmigration of Young Adults can Affect School Systems



⁵ By community I mean gminas which are the basic unit of local government in Poland.

Figure 2 shows the variety of responses that may occur when a community experiences a decline in the share of its population at the school ages. One outcome, obviously, is to close the school and send remaining students elsewhere. This can be done by simply shutting the doors, or by consolidation with a neighbor. Another alternative is for the school to remain open, but to increase the teacher to student ratio, or to reduce scholastic enrichment. Schools can also retain their entire curriculum, but at a higher per pupil cost. In the current Polish system this would mean increasing the local share of educational expenditures to fund the higher per pupil cost. Finally, there are a number of inter-community cooperative schemes that can reduce the cost of education in particular locations while retaining reasonable access to a full range of educational opportunities for local students. For example, several schools can share the cost of centralized administrative functions, or they can develop collaborative relationships with neighboring communities where different schools specialize in providing different parts of the curriculum. Of course, in this case, additional transportation is necessary to articulate student demand with these courses.

Evidence from New York State shows that jurisdictions with declining or stagnant school age populations, even ones that are located close to each other, often choose different paths to adapt to their changed demographic situations. A study by the Cornell Program of Applied Demographics (2012) compared the seven school districts located fully or partly within Tompkins County.⁶ All seven of the districts have either lost student age population, were projected to do so in the near future, or had stagnant enrollment. However, the research showed a number of different responses to reasonably similar demographic situations. All seven districts have experienced a growth in expenditures, but some increased much more than others. Most interestingly, none of the declining districts reduced their expenditures, but certain ones increased their expenditures much more dramatically than others. In addition, two nearby school districts have recently announced that they are considering merging in the near future (Jamieson 2013).⁷ Clearly, demography is not destiny in Tompkins County, New York.

⁶ Counties are similar to Polish gminas. School districts are special governments within counties. Tompkins County, with a population of approximately 100,000, includes all or parts of seven school districts.

⁷ And one of these two districts is the result of a previous consolidation.

CONCLUSIONS

The education case study provides a clear example of how the varying nature of social organization mediates the influence of population change across different communities. Changes in population size and composition are neither good nor bad. They can both facilitate and limit social and economic change, and their influence is often indirect. An ageing population, for example, has no meaning in and of itself, but population ageing can result in enhanced medical facilities, economic opportunities in care industries, higher levels of consumer demand for particular products and services, and high levels of volunteerism and social entrepreneurship in one community while a similar degree of ageing may be experienced as a “care and pensions” issue somewhere else. Hence, the same demographic trends and changes may result in entirely different results across places with different histories, economic structures and local institutions, especially local governments with varying degrees of fiscal, technical and other kinds of capacity. In this paper, I have emphasized the importance of social salience, political will and economic capacity in mediating the impact of population change in local communities, both urban and rural. I have indicated that the way localities adapt to demographic change depends on an issue’s salience as perceived by local residents, the willingness of local leaders to engage with the issue, and the capacity of local government to allocate resources and provide technical knowhow to develop and implement plans and programs that respond to the population-induced need. In other words, the impacts of population in local society are neither mechanistic nor automatic. Citizens and leaders must define population change as important, choose between alternative forms of action (or inaction), and allocate fiscal, human and other types of resources to address the situation.

As indicated in figure 1, the way in which local communities respond to population change can either result in enhanced well-being, or in greater social and economic deprivation. Figure 1 also demonstrates that the local impacts of population change are influenced by the wider regional, national, and international context in which local society is embedded. To return to the education case study offered earlier in this paper, local education in Polish gminas is strongly affected by the nation’s School Education Act of 1991, and by the way in which the general subsidy from the State budget is affected by periodic adjustments of the funding algorithm used by the government to allocate resources (Levitas and Herczynski 2001). Local education is also affected by EU policies and regula-

tions that stipulate compliance with a wide variety of European standards with respect to educational equity.

To conclude, population change is important, very important, but demography is not destiny. Local communities are continually experiencing population trends and changes, but they do not simply absorb them. Rather communities have “agency.” Community institutions frame their responses to more or fewer persons, to population ageing, or to an influx of population that is racially or/and ethnically different. Moreover, communities differ in the levels of social, human, economic and natural resources they can bring to bear on population related situations. Different communities make different decisions -- one size does not fit all when it comes to responding to population change. The basic point is that local communities are not simply passive recipients of population change, they respond actively in multiple ways some of which lead to enhanced well-being while others diminish social and economic security and community sustainability.

REFERENCES

- Brown, D.L. 2012. “Migration and Rural Population Change: Comparative Views in More Developed Nations.” Pp. 35–48 in L. Kulcsar and K. Curtis (eds.) *International Handbook of Rural Demography*. Dordrecht: Springer.
- Brown, D.L. and K.A. Schafft. 2011. *Rural People and Communities in the 21st Century: Resilience and Transformation*. Polity: Cambridge, UK.
- Brown, D.L., B. Bolender, L. Kulcsar, N. Glasgow and S. Sanders. 2011. “Inter-county Variability of Net Migration at Older Ages as a Path Dependent Process.” *Rural Sociology*. 76(1): 44-73.
- Brown, D.L. and J. Wardwell. 1980. *New Directions in Urban-Rural Migration: The Population Turnaround in Rural America*. New York: Academic Press.
- Champion, T. and D.L. Brown. 2012. “Migration and Rural-Urban Population Redistribution in the UK and US.” Ch. 3 in M. Shucksmith, D.L. Brown, S. Shortall, J. Vergunst and M. Warner (eds.) *Rural Transformations and Rural Policies in the US and UK*. New York: Routledge.
- de Lima, P. 2009. “Welcoming Migrants? Migrant Labour in Rural Scotland.” *Social Policy and Society*. 8: 391-404.
- EURODYCE. 2010. *The System of Education in Poland*.” Warsaw: Foundation for the Development of the Educational System. Downloaded on January 19, 2013 at: http://www.eurydice.org.pl/sites/eurydice.org.pl/files/the_system_2010.pdf.
- Eurostat. 2011. “Demography Report 2010: Older, More Numerous and Diverse Europeans.” Luxembourg: Publications Office of the European Union. (downloaded on January 16, 2013 from http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KE-ET-10-001/EN/KE-ET-10-001-EN.PDF .

- Eurostat. 2013. "Migration and Migrant Population Statistics." Downloaded on January 16, 2013 from http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Migration_and_migrant_population_statistics.
- F r a t c z a k, E. 2011. "Population Ageing in Poland." Ch. 2 in A. Hoff (ed.) *Population Ageing in Central and Eastern Europe*. Surry: Ashgate.
- H e r b s t, M. 2008. "Bottlenecks in the Decentralization of Education Funding in Poland." MPRA Paper No. 9291. Munich: Munich Personal RePRc Archive. Downloaded on January 19, 2013 at: <http://mpra.ub.uni-muenchen.de/9291/>.
- J a m i e s o n. 2013. "Candor, S-VE school districts study merger plan: Neighbors explore becoming partners in education" Binghamton Press & Sun Bulletin. January 13, 2013. Downloaded on January 19, 2013 at: <http://www.pressconnects.com/article/20130113/NEWS01/301130048/Candor-S-VE-school-districts-study-merger>.
- J e n t s c h, B and M. S i m a r d. 2009. *International Migration and Rural Areas*. London: Ashgate.
- J o h n s o n, K. and J. Cromartie. 2006. "The Rural Rebound and its Aftermath." Pp. 25–49 in D.L. Brown and W. Kandell (eds.) *Population Change and Rural Society*. Dordrecht: Springer.
- K a s i m i s, C. 2005. "Migrants in the Rural Economies of Greece and Southern Europe." Migration Information Source. Washington, D.C.: Migration Policy Institute.
- K a s i m i s, C. 2010. "Demographic trends in rural Europe and international migration to rural areas." *Agriregionieuropa*. 21 (6). Downloaded on January 16, 2013 from: http://www.agri-regionieuropa.univpm.it/dettart.php?id_articolo=647.
- K r a n n i c h, R. and P. P e t z r e l k a. 2003 "Tourism and Natural Amenity Development: Real Opportunities?" pp. 190–202 in D.L. Brown and L. Swanson (eds.) *Challenges for Rural America in the Twenty-First Century*. University Park: Penn State University Press.
- L e v i t a s, T. and J. H e r c z y n s k i. 2001. "Decentralization, Local Governments and Education Reform in Post-Communist Poland." Prepared for the Open Society institute's Local Government Initiative. RTI international. Downloaded on January 19, 2013 from: https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:9BkukpUn2n8J:www.rti.org/pubs/levitas_lg_finance_reform_poland.pdf+Levitas+and+herczynski&hl=en&gl=us&pid=bl&srcid=ADGEEsJwxwFnUStqkqjw2u3hdpjETEjT5bWPLoPYmv1avufvFn5TxypKEDl6cggWJbgYzJKW-_I3L2UJl-H8nFirPiJ4IE2hmFLFic0A-CWcRBv6ufLUYc04gYADv-xw_WSpjIloWVOGL8&sig=AHIEtbSLX0XWcqsO19GN8zsd13MhMxgW7w.
- M l a d e k, J. and K. C u p e l o v a. 2010. "Population Processes and Structures in the Urban and Rural Spaces of Slovakia." *European Countryside*. 3: 72–93.
- M u n z, R. 2008. "Markets, Labor Markets, and Integration of Markets: An Overview of Europe." Washington DC: World bank. Downloaded on January 19, 2013 from: <http://siteresources.worldbank.org/SOCIALPROTECTION/Resources/SP-Discussion-papers/Labor-Market-DP/0807.pdf>.
- OECD. 2011. "OECD Regions at a Glance, 2011." Downloaded on January 17, 2013 from: <http://www.oecd.org/gov/oecdregionsataglance2011.htm>.
- Program of Applied Demographics. 2012. "Dew York School District Data." Downloaded on January 19, 2013 at: <http://pad.human.cornell.edu/schools/index.cfm>.
- R y k i e l, Z. and I J a z d z e w s k a. 2002. "The Maturing of the Polish Urban System." Pp. 271–294 in H. Geyer (ed.) *The International Handbook of Urban Systems*.
- S z y m a n s k a, D., J. B i e g a n s k a and A. G i l l. 2009. "Rural Areas in Poland in the Context of Changes in Population Age Structure in 1996, 2001 and 2006." *Bulletin of Geography*. 12: 91–107.

- Vining, D. and R. Kontuly. 1978. "Population Dispersal from Major Metropolitan Regions: An International Comparison." *International Regional Science Review*. 3(1): 59–73.
- Wall Street Journal. 2010. "Poland Loses 1.4 Million People to Brain Drain." 9/24/2010. Downloaded on January 17, 2013 from <http://blogs.wsj.com/emergingurope/2010/09/24/14-million-poles-leave-in-eu-brain-drain/>.
- World Bank. 2013 "Data" downloaded on January 18, 2013 from <http://data.worldbank.org/indicator/SP.URB.TOTL.IN.ZS/countries/1W?display=graph>.

David L. Brown

ZAGADNIENIE ZMIANY W POPULACJI WIEJSKIEJ. DEMOGRAFIA NIE JEST (JEDYNYM) PRZEZNACZENIEM

Streszczenie

Nie stabilizacja, lecz zmiany są sytuacją sprzyjającą populacjom wiejskim w Polsce, poprzez Europę, a także w innych, lepiej rozwiniętych częściach świata. Społeczności wiejskie doświadczają wzrostu populacyjnego, spadku, a także nasilenia społeczno-demograficznego różnicowania, rzucając tym samym wyzwanie instytucjom lokalnym, takim jak rynki pracy, szkoły, ośrodki służby zdrowia i samorządy lokalne. Mimo, że zmiany demograficzne pociągają za sobą zmiany innej natury, również w obszarze gospodarczym, demografia nie jest jedynym przeznaczeniem. Zmiany natężenia i składu populacji nie pociągają za sobą ani automatycznych, ani mechanistycznych wahań gospodarczych, zmian natężenia ubóstwa, użytkowania ziemi rolnej, zanieczyszczenia wody i powietrza, ani też wykorzystania służb rządowych. Zmiany populacyjne są raczej wspomagane przez strukturę społeczną, a także przez znaczące, narodowe i międzynarodowe tła, w których społeczności wiejskie są zakorzenione. Niniejszy artykuł opisuje główne trendy demograficzne i zmiany, których doświadcza Europa „wiejska” dzisiaj; bada także ich potencjalny wpływ na ludność i społeczności wiejskie.

Przyglądam się z bliska trzem takim trendom, które rzucają wyzwanie i dają szanse społecznościom wiejskim: (a) wzrost populacji i emigracja (b) starzenie się oraz (c) rozwój miast. Następnie, stosując studium przypadku, badam wszystkie te rezultaty, które mogą wynikać ze zmian wielkości i składu populacji wiejskiej na szczeblu wspólnotowym.

Słowa kluczowe: Europa, demografia, społeczeństwo wiejskie, zmiany populacji, społeczności lokalne.

IWONA SOBIS
PhD School of Public Administration
University of Gothenburg, Sweden*

PRIVATIZING THE CARE FOR ELDERLY: PUBLIC AND PRIVATE HOME CARE SERVICES IN THE GOTHENBURG REGION, 2013

Summary

This paper is a reaction to a number of critical articles in Gothenburg's media about privatized care services for elderly, which were published in the last year. Home services for elderly are seldom studied separately. Nonetheless they deserve researchers' attention since the Swedish authority perceive home services as the best solution for older people according to Ädelreform of 1992, secured by the Social Service Act of 1980: 620 (Socialtjänstlag 1980: 620), 19§ and 20§ and its following adjustments that did not changed the first law in this regard (e.g., Socialtjänstlag 1997: 313; 1998: 384), and since especially knowledge about differences between public and private agencies providing home care services for the elderly is severely lacking (Öppna jämförelser: vård och omsorg om äldre, 2012). Hence, in this paper I ask: *What have the public and private home care providers in common? What differences can be observed in their understanding of home care services for elderly and working methods? What lessons can be learned from the implementation of the state delegation of home care services for elderly to the municipal authorities?*

The purpose of this study is to compare and evaluate the public and private home care services for elderly given economic limitations after delegating them to municipality in the Gothenburg Region. The additional aim is to make politicians conscious about this development. The theoretical model of delegation and decentralization by Cristiano Castelfranchi and Rino Falcone (1998) and the Resource Dependency Theory by Pfeffer and Salancik (1978)

* Associate Professor; e-mail: iwona.sobis@spa.gu.se

constitute the theoretical reference frame. The study is based on an analysis of state regulation, policy documents and semi-structured interviews with the chief responsible for public and private home care services for elderly at the municipal level.

This study reveals that the delegation of care for elderly to the municipalities faced some serious problems not be solved until 2013 and surprisingly that these problems are especially seen where the recipients of such care don't have a choice on their service provider.

The lesson drawn from the research is that if politicians or other authorities take away the right from people to make their own decisions about their own lives this inevitably results in dissatisfaction and subsequent reforms.

Key words: home care for elderly, public home care service, private home care for seniors, care for elderly, seniors, NPM, elderly delegation reform.

1. INTRODUCTION

This paper is a reaction to a number of critical articles in Gothenburg's media about privatized care services for elderly, which were published in the last year (GP 2012-11-30, p. 38; GP 2012-12-07, p. 12; GP 2013-02-05, p. 6; GP 2013-02-06, p. 9). One gets the impression that there is a severe crisis of quality in care for elderly, resistance towards private care providers and lacking trust in the political decisions concerning the organization of care for elderly in the Gothenburg Region.

How is this possible? Does all this give a true picture of a nasty situation or do journalists just blow up singular accidents, where in fact there are hardly problems? The constantly returning critical media coverage made me think. What has happened with care for elderly in the Gothenburg Region?

Sweden is known for being one of the wealthiest welfare in the world, especially during the industrial development [Lundberg 1985; Olsen 1990; Esping-Andersen 1999]. The central government by tradition transferred "more than three fifths of the nation's Gross Domestic Product" [Olsen 1990, s. 2]. But, it was expected that Sweden would pay the full bill in the future for "high taxes and welfare state subsidies" [Olsen 1990, p. 7]. In the early 1990s the decrease of economic efficiency, crisis and the collapse of communism in Central and East Europe contributed to a new debate on the future welfare model being in the "middle" between capitalism and communism. The state authorities had to

create conditions to increase efficiency and effectiveness of public sector. The subsequent budget cuts in consequence have affected the Swedish care for elderly.

This paper focuses on the practical implications of Edel Reform understood as the delegation of care for elderly to municipality and introduced on 1st January 1992 [Andersson & Karlberg, 2000: 1]. The reform is a good example of economic liberalization conducted in the spirit of New Public Management – the social movement that gone across the USA, Europe and other continents, like a fashion to follow, providing a universal receipt on how to manage the public administration in a crisis situation [Osborne and Gaebler 1992; Hood 1991, 1995; Pollitt & Dan 2011]. Hence I ask: *What have the public and private home care providers in common? What differences can be observed in their understanding of home care services for elderly and working methods? What lessons can be learned from the implementation of the state delegation of home care services for elderly to the municipal authorities?*

The purpose of this study is to compare and evaluate the public and private home care services for elderly given economic limitations after delegating them to municipalities in the Gothenburg Region. The additional aim is to make politicians conscious about this development. Home care services are understood as social and medical assistance that the elderly ought to receive at their homes to manage everyday situations. This research is based on the analysis of state regulation, policy documents and semi-structured interviews conducted with the middle rang managers and the first line chiefs responsible for planning, organizing and providing care for elderly in both sectors. The study is located in Gothenburg and Molndal, two neighbouring municipalities within the Gothenburg Region. They run different models of home care services for elderly and it seems that one pattern is superior to the other. The paper is structured as follow: the introduced into the research problem and purpose is presented in section 1. Section 2 describes previous research about care for elderly in Sweden and the changes in the organization theory. In section 3, the research context and research methodology is explained. In section 4, the analysis of empirical data will follow. Finally in section 5, the research questions will be answered, the result of analysis discussed and conclusions will be drawn.

2. DEVELOPMENTS IN THE POSITION OF STREET LEVEL BUREAUCRATS IN ELDERLY CARE IN SWEDEN

Although the scholarly research on welfare practices regarding care for elderly is very diverse [see: Sobis 2012; 2013], I have not found any comparative studies between the public and private home care services seen from the perspective of middle rang managers and first line chiefs. In this paper, it will be investigated this sensitive issue. Nevertheless, taking into account their perspective can give a quite different picture of home care services for elderly. One can imagine that working in the home care services for elderly is hard physical work with psychical strain and great responsibility. On the one hand such a job is highly regulated and steered by the state regulations and internal policy documents like e.g., hygiene routines, time schedules, security policy, medical treatment etc. On the other hand such jobs are badly paid, done by female workers especially within the group working in a direct contact with care users. Middle range and first line chiefs work under somewhat better financial conditions, but still not lucrative in payment with respect to their scope of responsibility and actions, when planning, organizing and delivering high level home care services.. Notwithstanding the low payment, the requirements to become a middle range chef or even a first line chef involve an academic degree in social work, nursing, or at least the completion of a nurse's assistant program with additional courses or a degree in public management or health care administration.

Moreover, the Social Service Act [2001: 453, 3] demands extensive working experience and there is the expectation to be innovative, creative and flexible. Thus, it is not easy to become a manager in care for elderly; this work is really a challenge. One must be very high motivated to take work in the home care services for elderly independently, if it is occurring in the public or the private regime. Perhaps the bad situation on a labour market, the high level of unemployment, especially among people between 25–44 years old, and the vertical and horizontal segregation on the Swedish labour market can be seen as factors that still induce people to work in the field of home care services for elderly. Many advocate that this work is perceived as a temporary solution before acquiring new skills for new work challenges. Looking at the home pages of National Board of Health and Welfare (Socialstyrelsen), the Swedish Association of Local Authorities and Regions (SKL) or the West Gothenburg County (VGR) – a lot of research is done on care for elderly and a lot of the critique is addressed. Nonetheless, the execution of home care services is somewhat neglected by researchers. Relevant data are not exposed to the public in a transparent way.

All in all previous studies argue the difficult position of street-level bureaucrats, the limitations within which they have to work, and the resulting in problematic motivation among them.

The conditions under which the care workers have to do their work in Sweden has changed tremendously in the last two decades because of the intergovernmental changes that took place after decentralization understood as the delegation of responsibility for this care to municipalities.

Even if municipalities have a better judgment and freedom of choices in decision-making regarding organization of education, transportation, or education i.e., various services, municipality remains only a semi-autonomous organization controlled by central government. Municipalities are expected to follow central government's regulations and directives, which are institutional constraints having an impact on both street-level bureaucrats and on users of care services. Cristiano Castelfranchi and Rino Falcone (1998) have developed a model of *delegation and adoption* that combines the issues of *delegation* and *economic decentralization*. According to them, delegation and adaptation can affect the cognitive states of A-agent, who beliefs, has goals, intentions and commitments that another B-agent has the capability and willingness to conduct the expected actions. Castelfranchi and Falcone have identified three basic types of delegation: (1) *weak delegation* that is based on the central government's exploitation and passive achievement; A-actor expects that B-actor just achieves A-actor's goals; (2) *mild delegation* means that A-actor is indirectly active. There is no formal agreement or request, but A-actor encourages B-actor's behaviours to take action; (3) *strict delegation* is based on "an explicit formal agreement" i.e., A-actor achieves the tasks/goals through an agreement with B-actor. In other words, B-actor adopts A-actor's tasks, because B-actor has received a request or order from A-actor. In analogy to delegation, Castelfranchi and Falcone mention also another important dimension regarding delegation and adaptation i.e., the specification of tasks. The tasks can be "minimally specified (open delegation), completely specified (close delegation) or specified at any intermediate level" [p. 14]. Thus, the object of delegation can essentially influence the contractor's autonomy especially the interpretation of tasks that can cause misunderstanding and conflicts among actors involved. There are different levels and types of delegation which "characterize the autonomy of the delegated agent" (p. 152). *Collaborative conflicts* usually arise "when the provided/proposed help does not match the intended delegation" [p. 156].

The Swedish government advocated for decentralization which was seen as the panacea to solve all economic problems. C. Hood [1991, 1995], J. Pierre

[1993] and S. Montin [1997] concluded that the Swedish public reforms towards decentralization were conducted in a *typical Swedish way*. It involved transferring authority to the local level and outsourcing of service delivery to the private market in order to induce competition between private and public service providers. But what does this typical Swedish way mean in practice? The Edel-Reform is the prime example of Swedish public reforms based on decentralization and internal control understood in the terms of delegation of care services to municipalities. The Edel-Reform can be seen as the turning point of care services for elderly in Sweden. The reform was conducted in a spirit of New Public Management [NPM] and the major idea was to motivate the public sector to take inspiration from the private sector when providing the municipal services to inhabitants. The consequence was that municipal street-level bureaucracies providing care services for elderly faced an era of austerity characterized by reduction of amount of benefits and public services addressed to seniors.

At the beginning of 1990, older people were perceived as “bed blockers” and the politicians argued: “cost for care of a person in a specialized ward is higher than in a nursing home” [Andersson & Karlberg, 2000: 2]. The subsequent right wing government assigned 5.5 billion SEK to restructure social- and health care services. Some amendments during the year of 1992–2011 completed the Edel-Reform e.g., the adjustments of the Social Services Act and the Health Care Act necessitated the social and medical sector to cooperate by creating a synergy effect when providing care services for seniors. The Social Services Act of 1993: 390 [SFS: Lag 1993: 390] and even the Act on Support and Service for persons with disability of 1993: 387 forced municipalities to plan their activities, cooperate with county councils, and other municipal agencies. The Social Services Act of 1997: 313 [SFS: Lag 1997: 313] modernized the Social Services Act of 1980: 620 [SFS: Lag 1980: 620] and according to §19 and §20, social welfare committees ought to ensure such care conditions that older people can live independently, safely, and with respect for their autonomy and integrity. This law emphasized that elderly should first get support and assistance at home, and only if absolutely necessary in care facilities. Thus, home care was perceived as the best solution for elderly. The Health Care Act of 1992: 567 of 1st July 1992 modernized the Health Care Act of 1982: 763 [FSF: Lag 1982: 763]. According to §24, municipalities were obligated to employ a nurse with a special medical responsibility [MAS] for older people. Since this regulation, it was possible to talk about the Whole-Elderly-Delegation-Reform [Hel-Ädel]. Bed-blockers were moved to open care for elderly. The expectation was, among others, to shorten waiting queues for medical treatment for other patients. Some years later, the Government Bill of

1996/97: 60 [Reg. proposition 1996/97: 60] made palliative- and long terminal care the first priority within the Swedish field of care for elderly.

To support economic liberalization, the Swedish Parliament passed the complementary Act on System of Choice (Lag om valfrihetssystem – LOV) [SFS Lag 2008: 962]. This law opened new opportunities for municipalities to increase competitiveness on a market. Municipalities and counties could delegate choice of services to the users. Choice system was regulated by the Public Procurement Act (Lag om offentlig upphandling – LOU) that was adjusted many times but opened a market to private alternatives providing services [Lag 1992: 1528; 1994: 615; 2007: 1091; 2008: 962]. Municipality or county had only to advertise openly bidders, to approve and sign contracts with those private service-performers who live up to required standards. Regarding health care and social services, all performers have been reimbursed in the same way. Thus competitions concerns only quality and allows individual citizens freely choose from all the approved service providers. Municipality or county is still responsible for all the business occurring on their areas [SKL, 10 December 2012]. It should be emphasized that choice system from the beginning was not obligatory and during 2008–2011 was granted 327 million SEK in grants to 248 of 290 Swedish municipalities for introducing free choice system. In 2012, the central government allocated 22 million SEK as the stimulus grants for municipalities to investigate the outcomes of choice system. From 1st January 2010, it is mandatory for all counties and regions to have choice system in primary health care (SFS 2009: 140) but not necessary in social services. In social services, the central government appointed a committee on September 2012 to analyze and evaluate the effects of the introduction of choice system. The investigator will report the results on 15 January 2014. According to information from the Swedish Association of Local Authorities and Regions' (Svenska Kommuner och Landsting, SKL) home page, the Welfare Board has a mandate to decide and distribute stimulus funds among municipalities that have decided to follow the choice system. About ca 254 municipalities have received an incentive payment for this purpose [10 December 2012]. Thus, home care services for elderly, perceived as the best solution, could be provided by private firms.

Summing up, the Health Care Act of 1992: 567; the Social Services Act of 1993: 390; the Act on Support and Service for Persons with Disability of 1993: 387, the Public Procurement Act of 1992: 1528 [adjusted; 1994: 615; 2007: 1091; 2008: 962] and the Act on System Choice of 2008: 962 have been securing the development of care for elderly according to the Edel-Reform and these state regulations opened opportunities for the economic liberalization in Sweden.

These developments could have consequences for the elderly care, but also for the street-level bureaucrats responsible for such care. The developments could even have a varying impact on such workers dependent on whether they work in the public or private sector. These developments in Sweden have clearly witnessed the changes within the social context, in which these people are working, changes in their resources, and perhaps also their objectives and hence their power. All these factors are deemed important from what is known as the Resource Dependency Theory (RDT) as elaborated by Pfeffer and Salancik [1978]. RDT is based on three fundamental ideas: (1) *Importance of social context*; it allows understanding of an organization's choices and taken actions. To study the organization's social context means in practice to make an analysis of its environment. The environment consists of many other stakeholders and organizations existing there and having demands. All organizations are dependent on resources e.g., capital, labour, material, ready products etc. These resources are in an organization's environment but the resources one organization needs are usually in the hand of other organizations. Resources within the environment constitute a basis of power. Social context or rather knowledge about the organization's environment is informative enough to understand; arising challenges, conflicts, complexity, worked out strategies for action, cooperation and finally organizational behaviours. (2) *Importance of strategy*; each organization has to have a strategy for reaching its major objectives but also to take opportunities for action to increase the organization's independence, pursue their interests in order to uphold autonomy. However, even legally independent organizations are still dependent on each other only because every time, when organization is acting, it tries to influence other organizations within the environment and in consequence the organization goes into a new dependency. This dependency can be again negotiated with other stakeholders within environment. (3) *Importance of power*; power and resource dependency are linked together however, power is always relational, situational and potentially mutual. To understand an organization's actions it is necessary to analyze how power is constructed within the organization's environment. This knowledge is important to understand the intra-organizational and inter-organizational relations. RDT seems to share some aspects with institutional theory presented below.

Are these expectations reflected in a change in the beliefs, motivation, goals and problems experienced by street-level bureaucrats in the care for elderly? That will be investigated below.

3. THE CONTEXT AND THE RESEARCH METHOD

The empirical part of this study is located in the Gothenburg Region in Sweden that consists of 13 municipalities (Ale, Alingsås, Härryda, Göteborg, Kungälv, Kungälv, Lerum, Lilla Edet, Mölndal, Orust, Partille, Stenungsund, Öckerö). This research is about two organizations providing home care services for elderly i.e., a public home service provider from Gothenburg Municipality [Göteborgs Stad] steered by no absolute majority and a private home service provider from Mölndal Municipality [Mölndals Stad] steered by a non socialist majority (M+C+FP+KD) after the 2010 election. These municipalities have developed different models of home care services for elderly. It seems that the variation of political steering has influenced how the politicians have interpreted the care delegation to their municipality and what type of home care services have appeared in both municipalities.



These municipalities are different in wealth and demographics. The regional GDP per inhabitant in 2010 was about 354 000 SEK per inhabitant in Sweden, 461 000 SEK per inhabitant in Gothenburg and 505 000 SEK per inhabitant in Mölndal. The municipal tax rate was 31,7% in Sweden, 32,3% in Gothenburg, 31,4% in Mölndal. Basic services for elderly and disabled in the form of home care services are covered from the municipal taxes.

The population of Gothenburg was about 520 374 inhabitants and 61 337 inhabitants was living in Mölndal. The percentage of population being 65 or older living with home assistance was 15,5% in Gothenburg respective 7,8% in Mölndal. The elderly, who used 25 hours or more of home assistance per month constituted 33% in Gothenburg and 53% in Mölndal [Öppna Jämförelser: Vårdochomsorgomäldre, 2012]. Municipality gross expenses on assistance for the disabled and aged in Sweden was 18 736 SEK in 2011, in Gothenburg 16 151 crowns, and in Mölndal 15 761 crowns, which shows that Gothenburg and Mölndal spent less than average on elderly care [Regionfakta, 2011-09-22]. Other research [Öppna Jämförelser – vård och omsorg om äldre, 2012] shows that Gothenburg spent approximately 18 468 SEK per inhabitant being 65 and

older, and approximately 105 830 SEK per home-care-user at the age of 65 or older in 2011. The corresponding sums for Molndal during the same time are 19 443 SEK per inhabitant respective and approximately 250 130 crowns per home-care-users in age 65 and older.

From the same research appears that 75% of the investigated elderly users of home assistance in Gothenburg were satisfied about the time care performers had for their duties, while in Molndal 83% home care users were positive about this. In Gothenburg 48% and in Molndal 56% the elderly care users say that they can influence the actual use of assigned hours of care. In Gothenburg 78% and in Molndal 86% of the home care users were pleased with their home care performers. According to the elderly, care performers did take the users' points of views and wishes regarding assistance they received into account. The home care users' opportunity to assistant nurses with comments or complaints looked was also better in Molndal (67%) than in Gothenburg (59%). Even the contacts of the elderly and the care providers' response to the elderly needs was better assessed in Molndal than in Gothenburg by the users of home care services. The feeling of security was perceived to be rather low in both municipalities; in Gothenburg only 35% elderly were pleased with security, in Molndal about 40%. All this implies that the way in which home care services are provided in both municipalities proved rather different.

3.1. Home care services in Gothenburg Municipality

Gothenburg Municipality has an organization with both administrations and companies. The city has a turnover of 34 billion SEK and the number of employees is 48 600; more than 33,000 of the employees work in 10 district administrations (Angered, Askim-Frölunda-Högsbo, Centrum, Lundby, Majorna-Linné, Norra Hisingen, Västra Göteborg, Västra Hisingen, Örgryte-Härlanda, and Östra Göteborg). It is not transparent how many employees are working in home care.

The older people in Gothenburg Municipality looking for home assistance can get only a municipal home care. Gothenburg does not use a free choice system [LOV]. The elderly can find out on the home page of municipality how they should apply about assistance, how much it will cost. This home page also presents a case illustrating an assistance administrative executive's judgment including, when the assistance administrative executive rejects the application about a nursing home and opts for home care. The fee for home care service includes such the duties like e.g., assistance with meals, personal hygiene, laundry, cleaning, shopping. The older person pays 88 SEK per hour and never pays form ore than twenty hours

per month i.e. 1 760 SEK monthly. If the person needs health care, it does not cost anything. Emergency medical alarm costs 88 SEK per month per household. The elderly can get so-called fixe-services, which can help the older person with practical things in his/her home to avoid accidents. Such fixe-services are for free, but the elderly pays him/herself any costs for materials. From the home page, it appears that no matter where the elderly live in Gothenburg, they are served a meal that is good, useful, environmentally friendly and pleasurable-cooked and served by knowledgeable and service oriented staff. Food portions consist of varied and nutritious diets and are often adapted for diabetics, if necessary. The food costs 52 SEK per serving or 56 SEK, if the older person also wants to have dessert. The assistance administrative executive assesses the older person's need to get the food delivered home.

3.2. Home care in Molndal Municipality

Molndal Municipality [Mölnads Stad] has approximately 4800 employees working in ten district administrations. The municipal staffs working in home care within the whole Molndal consists of approximately 180 employees working in different geographic areas: Bifrost/Krokslätt, Centrum/Terrakotta, Stensjön/Pile, Åby/Balltorp, Källered, and Lindome.

Home services include: (a) various service and fixe-services, (b) personal care, (c) social support and (d) reliving for relatives. Molndal Municipality has seven home care providers: one public (Mölnads Stad) and six private firms providing home care and services. (Aida Vårdservice, CASA Berget, Göteborgs Kyrkliga Stadsmission, Homec, Jakobsdal Vård och omsorg, Kooperativet Olga,). The private providers of home care services have to meet formal criteria imposed by the municipal authorities.

The elderly entitled to home care services are allowed to choose their care provider according to the Act on the system of choice, LOV. The aim is to increase the home care users' influence and participation and to create opportunities for them to live independently and remain at their home as long as one desires. Personal assistance includes: washing, cleaning, purchasing of goods and delivery of food. The elderly of 75 years old or more are entitled to support without individual examination. Information about the providers of home care services for seniors is available on Molndal Municipality's home pages. The quality of public and private home care services is regularly monitored in the same way by Molndal Municipality. Regarding cost for home services, the fee varies depending on the income of the elderly and how much support they need. The maximum

charge is 1780 SEK per month. If an old person is entitled to several efforts then the payment is never higher than that amount. Portion cost of cooked food is not included in the maximum charge.

3.3. The used empirical data

To have a better understanding of home care services for elderly, many reports were assessed from the Swedish Association of Local Authorities and Regions [SKL] and the National Board of Health and Welfare (Socialstyrelsen). The official reports were expected to provide an understanding on the actual work in the home care services for elderly. However, to my surprise, there was not too much on this topic. The research about home care services seem to be marginalized.

This research is qualitative in its character and based on: (1) the state regulations, (2) the municipal policy documents, (3) internal documents from studied organizations, and (4) seven semi-structured interviews conducted with the first line chiefs responsible for the chosen organization's personnel and home care services at users' homes (two from each organization), and two interviews with the middle range managers responsible for the sector and district from the public sector and one manager of quality and working environment from the private organization.

The respondents were expected to share information about (1) the respondent (e.g., position, work duties, formal education, competences etc.), (2) how they perceive the state regulations that the organization has to conform to in everyday work, (3) information about the organization (e.g., organization's major objectives, strategies to fulfil the goals, values, characteristic of users, number employee, sex and diversity among employee, forms of employment, demanded competences, development of skills, diversity, incomes, working methods), and (4) information about the organization's environment (e.g., knowledge about other stakeholders, press coming from them, cooperation with other organizations from environment). Thus, those topics have been anchored in the theoretical frame for the study. However, the respondents also were enabled to tell about issues not included to the interview guide, but which they perceived as important and relevant. The interviews were conducted during the period from November 2012 to March 2013.

It seems important to guarantee anonymity to the respondents from whom I have learned most. On average, the interviews took between one and one and half hour. All interviews were recorded on a digital voice recorder and transcribed afterwards. Each transcript was numbered and divided in the thematic sections before analyzing them. When listening to the respondents and reading the

transcripts, it was clear that the respondents often used similar wording as could be found in the theoretical frame.

4. THE ANALYSIS

In this section is presented the result of analysis of interviews and internal documents from the public home care providers in Gothenburg and the private one in Molndal. Respondents No. 1, 2, 3, and 4 are from the public sector. Respondents No. 5, 6, and 7 are from the private business. It will be used abbreviations e.g., R1 or R2 etc. when referring to the interviews.

4. 1. About the respondents' background and their approach to home care services

From the interviews it appears that all the respondents, independently of the sector they work in, have gone through academic education programs: social work, a nursing program, a nurse's assistant program, economy, sociology, psychology, pedagogics in working life and society, public management, or health care administration, i.e., academic programs or corresponding education required for a management position as stipulated by state regulations. Two first line managers (one from public and one from the private sector) have finished education on a bachelor level and completed their degrees with additional courses in a health care administration or public management. Five managers (three from the public and two from the private sector) had more than two academic degrees (a bachelor and master or two masters), they finished also a nursing program with diploma. The most popular combination of formal merits is to have completed a program in nursing and social work, followed by two or three courses in public management, respective health care administration. The respondents have at least a minimum of seven years and at maximum 40 years of working experiences in: health care, care for elderly (nursing homes or home care services) or as social assistant for the elderly or the disabled. On the question *what does it imply for you to give home care for elderly?* The respondents from both sectors answered in a similar way: "to meet the old persons with respect, support them and give them the feeling of being in focus" (R1), "each person ought to get an individualized care" (R2). Another one argued:

[...] independently if it is an old or a young disabled person, home care is about to give a human time i.e., to show that you care about that person. It is not thinking in terms of

paragraphs, what you are allowed to do, what it is forbidden... You must listen to what the older person needs (R3).

The middle range manager from the private sector on the same question responded that such work involves a huge responsibility because it concerns vulnerable people who need help, and who are unable to manage their own affairs:

It is important to take responsibility. Someone might say you cannot do it because you depart from a business idea, but it is not true. We do a lot of planning and take into account users' preferences. We consider how to organize home care. We meet home care users and their families to create an individualized care for every older person. The care user is in the centre, not our staff. But obviously you have to get good working conditions and a good working environment for your staff, if you expect that they deliver high quality care. We are doing a good job for our customers (R7).

The first line chief from the same private organization said: "To give home care means to meet the users' basic needs in terms of health care and their stated needs (R5). However this respondent was of the opinion that "care users have higher demands on us than on municipal services. They expect us to be more flexible, they demand more action" (R5)

The respondents' answers seem to be similar. Everybody is talking about the elderly as being in the centre, about respect and human time. However, the remark of respondent 3 from the public home care about paragraphs suggests that this care for elderly is sometimes too bureaucratic. So, let us see what respondents say about the municipal regulations.

4.2. The respondents about the state and the municipal regulations of care for elderly

The respondents from both sectors have emphasized that they have to follow the same state regulations when planning, organizing and delivering home care services for elderly, i.e. the Health Care Act of 1992: 567; the Social Services Act of 1993: 390; the Act on Support and Service for Persons with Disability of 1993: 387, the Public Procurement Act of 1992: 1528 [adjusted; 1994: 615; 2007: 1091; 2008: 962], the Act on System of Choice of 2008:962 and other regulations of complementary character e.g., the Working Hours Act [1982: 673], Systematic environmental work [AFS 2001: 01], the general regulations of National Board of Health and Welfare but also their advice on leading system and quality work [SOSFS 2011: 9], general advice on reporting obligation under *Lex Maria* [SOSFS 2005: 28] and *Lex Sarah* [SOSFS 2011: 5] and the Law on Protection against

Accidents (SFS 2003: 778). Thus, the institutional context is the same for both the public and private providers of home care services for elderly.

4.2.1. The public sector in Gothenburg

The sector manager from Gothenburg on the question: *what do you think about the state regulations of care for elderly since implementing the Edel-Reform and the following regulations* answered: “The idea was very good, some positive changes were visible, but the promise of collaboration between social services and health was not fulfilled in practice” (R4) hence, the desired organization of care for elderly is still discussed. There is a large group of pensioners, who are more alert for a longer time. When they get sick then they will need more assistance and probably in nursing homes or special facilities. “Thus, the issue of care for elderly seems to be problematic and it falls between two cracks” (R4). One of the explanations is that different organizations have the different financial resources. The work of each organization is controlled by what they do with this money, while in health care they are confronted all the time with new but expensive medical treatments. The new treatments create a demand for these new services, which are often costly, while organizations have to save money:

“We have a demanding budget. It’s very easy to say, this is our responsibility, or that ... but different organizations have different organizational cultures. Then it is very easy to create myths about each other. [...] We always are in a tight spot and we can’t go beyond the agreement we have signed” (R4).

The care for elderly is absolutely steered by Health Care Act, Social Services Act, Public Procurement Acts and other regulations. The care providers have to follow a legal process. They learn a lot from signed public procurements, but Gothenburg Municipality does not want to introduce the free-choice system (LOV). It is a political decision however; the politicians want to show that the inhabitants have a free choice but in *a Gothenburg way*:

They started to consider home services from the perspective of assistance administrative executive. If you have received one type of home care service from assistance administrative executive then you can control it yourself. You decide what kind of service you want e.g., I come to you in the morning, you should take a shower according our plan but you say; ‘no, I do not want to wash today. I want to go to a park instead’ ... We can only measure ‘the needs in a moment’ (R4).

The same respondent admitted that “the municipality experiences a large turnover on the first line manager positions within the home care services for elderly” (R4), which confirmed the interviews with the first line chiefs, who were very critical towards the municipal practice. One of the respondents argues:

I'm pretty critical regarding the changes. Before the districts were merged in 2010 from 21 to 10, we had better opportunities to provide a high quality care services for elderly. Changes do not always go hand in hand with something positive. It costs money. The municipal authority created many restrictive functions. They introduced a huge bureaucracy; decision-making is a much longer process now than it was before. The tax-payers money goes to managerial positions. They introduced time standardization for our services addressed to elderly. This occurs at the expense of elderly and that assistance elderly ought to get from us (R1).

Another respondent argued that from the beginning, in the public sector a manager worked in two roles: as an assistance administrative executive and as an entity manager:

Firstly, I made an inquiry about an older person's needs and character. I was informed about this person's family situation, health problem or social needs. Secondly, I adapted the assistance efforts to this person and was watching that the assistance plan was executed in practice. These two roles had a complementary value. Since 2010, these roles are separated in the name of professionalization; the assistance administrative executive just investigates the needs of older person, while the entity chief takes care about staff and watches that the executive decisions are conducted. Since that, I never received full information about any care user. I couldn't even inform my staff about the needs and character of older person to help this person in a write way. It didn't work. I quitted this work some weeks ago. (R3).

The preliminary conclusion cannot but be that not one respondent is pleased with the municipal regulations that influence the organization and performance of home care services for the elderly in the studied district and all see a destructive and huge bureaucratization of elderly care.

4.2.2. The private sector in Molndal

In Molndal, the bourgeois majority governing for multiple terms proved to be much friendly to the implementation of the Act on System of Choice. Six private home care providers have appeared on a common market beside the public sector activities and public home care providers. The investigated private organization providing home care services for elderly is cooperating with the municipality from the beginning. The three interviewed persons are pleased with this cooperation. It was the Municipal Council of Molndal, which accepted the private home care provider in agreement with the Swedish ISO Certification. The private organization had to fulfil all the demands of Quality Management System [ISO 9001: 2008] and Environmental Management System [ISO 14001: 2004], because the private firms providing care have to follow the same regulations as the public ones. In comparison to Gothenburg, the municipal authorities of Molndal have chosen another way of local development. They do not object to the private home care services. The private actors participate in a competition

with the municipal actors on the same market however the municipality still has a supervisory responsibility over the private business. They control a private organization's activities a couple times a year.

The quality and environmental manager asked about the state and the municipal regulations asserts that their organization has no problem with any regulations. Opposite, they are necessary and appreciated. Thanks to regulations, the organization learns how to develop and improve their home care services for elderly:

The municipality is very careful when controlling the private providers. They look at the smallest details. I would wish they would be as careful when evaluating and monitoring the public care providers. Public providers are not often audited. In my 25 years experience of working in a municipality, it happened very seldom that the National Board of Health and Welfare came to visit and do follow-ups. We as a private organization have a lot of follow-ups during a year. If they had really developed the same routines for the public performers, for the sake of learning, it would have essentially contributed to the development of public services. There are many positive things in the public sector, but you can always develop it into something better (R7).

All the respondents emphasized that they have their own follow-ups e.g., users' measurements and own system of documentation. They work actively on the quality of their services. If the National Board changes something they immediately adapt their internal system to the new conditions. They are bounded to the collective staff agreements in the same way as it is in the public sector. A signed procurement contract obligates the private home care provider to follow all the regulations. The respondent said: "It creates order... this activity is highly regulated and it must be in this way" (R7).

Summing up, no one manager from both sectors was critical about the state regulations as such, but the respondents' complaints were directed to the municipalities. The difference is that the managers from the public sector complain over the municipal steering, while the managers from the private sector perceive the municipal monitoring as the lessons to learn, to improve care for elderly but they feel to be unjust treated by the state and municipal authorities.

4.3. Respondents about organization

The home care services in the public sector have as long a tradition as the Swedish welfare state itself, but not so in the private sector. Hence the municipal managers from Gothenburg have at least 20 years and some even 40 years experiences in home care services for elderly. The private care providers appeared on a market in Molndal at the beginning of 1990s, but the investigated

private organization is working since 2009. Thus the respondents from the private sector have in the best case five years experiences. Moreover, according to the respondents' statements, the private organizations providing home care and services for elderly face many prejudices from politicians, other organizations with whom they have to cooperate and even from inhabitants. Below, it will be presented how the managers are presenting their organizations.

4.3.1. The public sector

When the district manager was asked about: *the major objectives of care services for elderly in the public sector*, the respondent answered that the goal is that the elderly have an influence on their daily lives but:

When you work in the Municipality of Gothenburg there is the Municipal Council i.e., politicians, who give us the objectives. Simultaneously we have our own District Committee that also has its own goals. They look at the goals of the Municipal Council and work them out and adapt them to our situation. Those two levels have never gone hand in hand (R2).

The first line chiefs go into more details. One of them said the major goal is: “[...] to follow the Social Services Act and keep the budget” (R3). Another respondent asserts: “to have satisfied employees, who like their work, and to have happy customers. The care users are in a centre and deserve to be treated with respect” (R2). Each first line chief has about 30 employees but not everybody is full-time employed. Respondent 1 emphasized that talented persons, usually students are working temporary as supply-staff (ca 8 persons). They work by the hours and disappear quickly. The second manager worked out own employment strategy:

I learned quickly how to manage the limited budget. It was a challenge. I found people who were working by the hours. They were inside our organizations, when I had a lot of work to do, but politicians instructed us that we should employ them on a month. Such things are easy to say, but it makes impossible to keep a budget in balance. In the case of care user's death or if old person moved to a nursing home or changed a district, the number of full-time employees must be limited otherwise I have too much staff. It was not smart, but I knew my area and had to be sensitive to it (R3).

Staffs are definitely overrepresented by the females' co-workers, there are about 20 women and 2–3 men that constituted the full time-employment. They provide care to approximately 100 care users and 400 older persons having an emergency medical alarm. Diversity among staff causes that many language skills are present (Arabic, Finnish, Hungarian, Polish, Persian, Spanish). Respondent 1 is of the opinion that this is very positive and necessary in the working group and

for home care users but another respondent expressed somewhat mixed feelings about that:

I had a girl who had Arabic as her mother tongue and an elderly requiring care, who also was talking the Arabic language. I sent her there but it didn't work. She was abused because of the culture. The care user was older than our service staff. According to their culture, the young person cannot deny to perform tasks. Our staff had fallen into a conflict because she knew what she ought to do, while the care user put other requirements. [...] I had to send other staff able to speak English; the user could speak this language a bit. The problem was solved (R3).

This chief was convinced that the formal merits were much more important than anything else and concluded: "You may think that if the care provider speaks the same language as the care user, everything will work out, but it is just not true. Sometimes it is better to use interpreters" (R3).

Regarding the formal merits of staff, Respondent 3 emphasized that it was needed the personnel that had at least completed a nurse's assistance program or corresponding education, could speak the Swedish language and had a driving license because the district is huge and home care providers are working from 7:00 to 24:00 o'clock. It happens that the required formal merits are not fulfilled; the driving license has usually a decisive importance for getting a job. The driving license in Sweden is expensive, not everybody has it, especially young people who work on hours.

Both interviewed stressed that it is very difficult to recruit adequate staff. The earnings are not impressive, approximately 22 000 SEK for a nurse's assistant and about 36 000 SEK for the first line manager on average. They have to follow the collective agreements and earnings vary due to many factors. When recruiting staff, beyond the formal merits, they pay attention to the values and humanity of potential co-workers. Care workers have to be sociable, friendly, humble and patient. The employer is limited by the insufficient budget and currently cannot propose any development of competences for staff:

"Nowadays, we cannot propose a competence development. I mean, since 2010, when the Municipality of Gothenburg introduced the merging of districts. Before, it was possible to send staff on conferences or courses. But this is no longer possible" (R1).

The respondents admitted that many people have left the municipal organization, because the working climate was bad, and communication was lacking. Perhaps it influenced the higher management; they have more focus on staff currently.

Regarding working methods, the municipal home care providers are working according to the municipal pattern of time standardization, in which a time is

specified for each task e.g., shower 30 minutes, clothing 15 minutes, breakfast 15 minutes, walk one hour a week or half an hour twice a week etc. In practice the standardization goes pretty far:

If you use a wheelchair and have been granted a walk, half an hour ... We come to you to take you on the walk, but because you have the wheelchair it is difficult to put clothes on. That takes 10 minutes. To put shoes on, it takes again 5 minutes. After this we take the elevator and go out ... Then one quarter has passed, we need go back to take the clothes, shoes off ... The time is already gone (R3).

Older persons need other services than the personnel assistance e.g., delivery of food, laundry, cleaning, washing windows. To provide these services, the first line chiefs have to cooperate with many procured cleaning companies, companies hiring cars or delivering coffee, or companies producing food for example:

We do not have time to cook for the elderly, but we see that ready lunches will be delivered directly to a care user's home by the procured company producing food. Care user gets 10 cold meals boxes at once delivery, not liked as much, and which is twice more expensive than from the local food producers. They [Municipality] made us quit the collaboration with our local delivers because the last ones not were procured. Instead, the food was driven from Uppsala to Gothenburg. A cold food for 10 days! I would never buy it for myself. Elderly need nourishment. Why the elderly should get it? (R3).

Moreover, all the procured companies became additional personnel at older person's home. Thus, around 20–26 unfamiliar people were visiting one user's home. There is completely lacking any continuation in care providing.

4.3.2. The private sector

The organization of home care services in the corresponding private company looks quite different. Regarding the major objective, the middle range manager said: "We want to create individualized care, our care users are in the centre" (R7). Another responded added: "Our goals are the high quality of our care and services, pleased users, and good working climate for our staff" (R6). To achieve these goals, the leadership is developing the organization's culture, they are working actively with values, norms for behaviour and such the way of thinking that reflects what the organization stands for etc. All the employees are perceived as the carriers of organization's values, as the ambassadors of organization to the outside world. Respondent 7 explained:

It's not the easiest task to build an organization from the beginning and at the same time create an organizational culture. After five years, we see how much has been changed. You work through dialogue and communication but you have to translate own values and vision into planning, strategy and execution. I think long-term. But anyone who works with us as nurse or assistant staff does not care about it. Then it's also very important how our vision

and strategy should be transferred to our staff. There are various opportunities to maintain dialogue: working meetings, conferences and tutorials. We work with our staffs' values, attitudes and we follow-up difficult questions at different levels (R7).

One of the entity chiefs working in the organization from the beginning confirms and completes this opinion:

Our business has grown by itself and each entity has created its own little organization, which caused that the whole organization does not yet have the clear procedures, policies, practices, but it is so if you open a new business. Thus, each manager has created own organization based on the person's own idea about how home care for elderly should work in practice. There are many requirements imposed on us from the municipalities and we do our best to follow the state regulations. Nevertheless, it is unique how we are working in each entity. We have failed to create a unified organization. There is lacking the clearly structure and the standardization of some duties. We have got so mer requirements from the municipalities in which we are operating that we have to fulfil e.g., we must report about how we are working with the elderly, by law we have to report deviations but we hardly talk about that with the first line chiefs from other entities. We need clear lines about what to do, if something happens. There are discrepancies in our behaviours; we invent a wheel each time. There is no collaboration around it. We should standardize what is possible to act in the same way, if something happening. However, each municipality sets different requirements e.g., it is important to have procedures for how our staff should use a care user's private properties like cash or a Visa card when staff is shopping for the elderly (Respondent 5).

The home care users are divided into two groups: those over 75 years who need home services such as laundry, shopping, cleaning, but with time they need a little more personnel care e.g., assistance in talking a shower or personal hygiene, assistance with lunch, or when going on a walk, it grows on. The second group needs more time and care because users have a disability. Waiting time on the granted assistance vary in the municipalities from 24 to 48 hours.

This organization employ about 100 home care providers, 90 women up to 10 men who provide home care services to circa 150–160 users in different municipalities, not only Molndal. 60–65 persons have full-time employment, others (35–40%) work full-time as guest-co-workers or on the hours. Those who work on the hours but want to work on full-time as the guest-co-workers, it's no any problem to change the agreement but this organization cannot have only full employment of the same reasons as the respondent from the public sector explained. Regarding the recruitment to home care services, the decisive importance has a work-seeker's skills and working experiences. Diversity is positive perceived but the middle range manager explains:

It does not matter where from the personnel is, from Thailand, Norway or any other country. Staff must have skills to do the job. They must have gone through the nursing program

or equivalent education. The only exception is if job-seeker has worked many years with similar tasks, i.e. has working experience (R7).

A starting salary for a nurse is 24 000 SEK per month, for a nurse's assistant 22 000–23 000 SEK, for a first line manager 32 000–36 000 SEK. However, staff's earnings are due to many factors e.g., working experiences, additional skills, the collective and the Unions' negotiations. Thus, it is similar situation to the public sector.

The first line chefs are managing 12–15 employed on average. Regarding the development of competence, the organization follows the directives of National Board of Health and Welfare and the personnel participated in various courses in 2012 e.g., the course on the basis of value within care, courses about the delegation of medicine, rehabilitation, course about the validity of nurse's assistants, IT-technique. The organization's staff can register for courses organized by the municipality. For some courses the private care providers have to pay e.g., for the course in a palliative care. In other courses they participate without payment. They look for information about the courses on the municipality's home page.

From the interviews with the first line chiefs, it appears that home care as a concept is divided into two types of achievements: first, the care time, which includes social assistance like e.g., assistance in the personal hygiene, in getting up an older person from a bed, in taking a shower, dressing, preparing breakfast, lunch or supper, going on a walk, taking off clothes before bedding time, dosing of medicine etc. However, this care time sometimes demands additional support in form of medical treatment e.g., giving an injection, bandage changing, rehabilitation, which not always can conduct the ordinary personnel from the home care organization. Then the social workers have to cooperate with other organizations responsible for medical care or rehabilitation. The second type of home care constitutes the various types of *home services* – the time necessary to keep order in older person's home e.g., shopping, flat cleaning, window cleaning, washing, and even social relations. The elderly can buy additional services – the time, which has not been awarded by the assistance administrative executive e.g., assistance in a garden work, extra window cleaning before Christmas or Easter. The private home care providers fix everything by themselves. Due to physical and psychical health condition demand for care and services varies among care users. However, this private organization has its own concept how to provide the individualized care for the elderly; they keep the continuity of provided care services for the elderly.

This continuity is based on three pillars: (1) *person's continuity*, which means that as few people as possible visit a user, (2) *continuity of time* i.e., staff comes always on an appointment in time and stay as long as the time that has been granted. If anything happens, staff calls in advance to a care user and agrees on a different time on the same day, or they agreed about a different day. The user decides what care and services s/he likes and wants, and (3) *continuity of care*, which means that staff works in a similar way for all the users (R5 and R7). Respondent 6 emphasizes the short ways to make decisions cause that the users feel that they can influence their situation anytime:

We try to accomplish that our user meets as small number of our staff as possible. We must take into account the staff's holidays, vacation, and sick leave. We send about 3–4 people per month. Other municipalities send about 15–20 people per month to the same user. We have a good continuity; it is the reason why they choose us (R7).

Regarding the home services e.g., the meals for the elderly, the food can be delivered from a restaurant that is close to their flat or they can go there and eat at the restaurant. Some elderly persons want to have the meals prepared at home, but according to the assistance administrative executive the preparation of a meal can take max 15 minutes. Thus, it is a question about good planning:

Our personnel prepare something at the morning... If you have a plan the day before maybe it is not so complicated to cook a meal at home. The personnel know what things they have to do during a day and they can coordinate all the duties so that it works in practice. We don't have time to cook potatoes, but if you think and if you want, you can do it. I don't know how it is in the municipal home care. I can imagine that they don't want to do something extra, but it is the issue about the high quality of service for the users (Respondent 6).

Summing up, the planning, organizing and providing the home care services by the private provider seems to work in the favour of elderly. One can wonder: what hinders the public sector that their working patterns differ so much. Both organizations have followed the same regulations and directives.

4.4. Respondents about organization's environment

No one organization is working in avacuum. There are always other stakeholders within an organization's environment having some interest, wishes and pressing their own demands. The home care services independently, if they are conducted by the public or the private organization, they are political steered and have to interact and cooperate with others in their environment e.g., with care users and their families, assistance administrative executive, personnel

of municipalities, co-workers from health care and rehabilitation, contractors, suppliers, and mass media that are blowing up any accident or irregularity.

On the question *from which stakeholders within the organization's environment the first line managers felt the most pressure* the answers have varied in the public and private sector.

4.4.1. The public sector

All respondents admitted that call for efficiency has dominated their activities in the public sector. In this regard, the first line chiefs experience most pressure coming from the Municipality and its assistance administrative executive:

Economy takes first place since the reform of 2010. It has not reduced the costs of our organization. On the contrary, the costs have increased. They count money all the time. We have got a much lower budget, it hardly covers our activities. Before when we had staff meetings, sometimes we could buy sandwiches or cake to coffee for our staff. Now it's impossible (R1).

Another respondent is critical about the public procurements signed by the politicians that essentially contributed to increasing expenditures, while in official rhetoric the emphasis is on savings, customers in centre and good quality services:

When the coffee was cheap, I bought 10 kg but we were permitted to buy only organic coffee, very expensive, tasting no well, and s...) Why, I have to respect the agreement that increases the costs of my entity? (R3)

The same respondent told a story about a home care user who was somewhat exceptional and problematic. The district staff (10-11 persons per month) were afraid to go and meet the exceptional man. Then the first line chief asked about assistance from a private sector providing similar care services for elderly around Gothenburg. It proved that they managed the situation very well and the care user was pleased:

I asked myself a couple of times how it was possible. They had the nurses, who hardly spoke Swedish, and they could not communicate with him, but still he was very satisfied. What do they do that makes them so good and what makes us wrong? (R3)

One can find many such examples in the collected interviews. The public procurement was perceived as a very sensitive and suspicious issue. There were some expectations that the system of free choices should be really introduced in Gothenburg.

4.4.2. The private sector

The respondents from the private organization were reasoning in a totally different way about the interaction and cooperation with other organizations in their environment. Instead of blaming the politicians for creating unjust conditions for participation in the competition for high quality services on the market or blaming the municipalities and the National Board of Health and Welfare for permanent monitoring and follow-ups, the private home care providers have accepted the institutional frame and perceived the external controls as a learning process, working in favour, to improve their activities. They keep good relations with various authorities to have them on their side:

The municipal personnel are positive, open, willingly to cooperate. It is enough to mention our cooperation regarding the courses in which our staff can participate. We have also good cooperation regarding deviations; we have a very good relation with the contact person monitoring deviations. [...] It feels that they care about us (Respondent 6).

The same respondent is critical about the politicians' prejudices about RUT-deduction, which is the Swedish acronym for cleaning, maintenance and wash. RUT was bad interpreted by mass media:

They usually write negatively about the private care providers; they blow up the importance of profit. Profit is framed as being the only driving force behind private home care services. Mass media hardly want to see the positive side of our working methods with the elderly and what is difference between us and municipal home care services (Respondent 6).

The interactions between the social staff of private home care providers and the personnel of health care proved to be problematic in practice. The state regulations clearly explain that the nurses subordinated to the County Council have to take over some treatments, but:

The cooperation between social assistants and nurses can be complicated and difficult. Maybe they are overworked but they are unpleasant, always lacking time [...]. They are educated in the old system and they are somewhat suspicious towards the private actors on a market with whom they have to cooperate. They just care about their own business. I think that the delegation has some weaknesses(Respondent 6).

Notably is that in the whole Gothenburg's surrounding, there is no one private company with nurses. They do exist in the Stockholm area and there, it seems to work quite well.

5. CONCLUSIONS

The purpose of this study was to compare the public and private home care services for elderly in two municipalities (Gothenburg and Molndal) in the Gothenburg Region in order to identify the model of home services working in favour for the elderly when both municipalities have been constrained by economic limitations. Three questions were crucial: *What do the public and private home care providers have in common? What differences can be observed in their understanding of home care services for elderly and working methods? What lessons can be learned from the implementation of the state delegation of home care for elderly to the municipal authorities?*

This study argued that the delegation of care services for elderly delivery into municipality has some unexpected effects. Whereas the public service providers struggle with regulations and goal-displacement, meaning that procedures and processes become more important than outcomes for the clients, this seems to be much less the case for private service providers. They have the client in mind; they are much less bureaucratized and seem to organize their work in a smarter way. They do employ workers on the hours, but on a monthly basis, if anyone wants that, they take care that elderly are assisted by a minimum of personnel. Pfeffer and Salancik (2003) have emphasised the importance of social context, strategy and power. When analysing the interviews and internal policy documents, the private companies seem to have worked out a strategy to keep good relations between their own personnel and the municipal staff. They are willing and open to any interaction and cooperation with other organizations, even the private companies – their competition – providing similar activities. The last ones are perceived as potential partners to cooperate with, because each organization has its profile and provides unique care and services for seniors. The massive controls and follow-ups serve them to learning in order to develop own organization. They are dependent on the users' payment, and thus have to produce services all the time to survive, which makes the private care provider very sensitive. Their managers create opportunities to the competence development of own personnel in cooperation with the municipality or the Industry. It is important for them to develop the organizational culture that is friendly for working climate and contribute to keeping care users that would feel that they are in the centre by providing them individualized care adapted to users' needs and expectations. Respect and humility towards users, the continuity of person, time and care constitute a key concepts and successful strategy to survive on a market. The working methods within the studied private organization seem really to serve the

elderly, which manifests a respect for the older people's autonomy and integrity in their own homes.

Well now, this is not at all what was expected, given the image of private care providers as depicted in the media. How can this be explained? Did the private care providers give biased answers to the questions posed? It might be the case, but it begs the question, why only the private providers would do so? There are huge differences between the answers given by the managers in the organization of the private and the public home care services for elderly. Why would one be honest and the other not?

Another explanation can be given by the repeated controls by the municipality that especially private companies face. This may induce them to perform better. It is awkward to see that the respondents from the district were complaining about frequent controls and monitoring of their activities, although in comparison to the private care provider these controls proved to be definitely less. Their attitude towards controls is also very different from the attitude of private service providers.

A third explanation is that the public service providers suffer from being part of a larger organization, the municipality as a whole, are faced with reductions in resources because of problematic financial developments caused outside their own organization/department. The permanent pressure coming from the municipality to save money caused that the first line chiefs had to buy equipment beyond the regulations and even bought necessary services from private companies that were not contracted. The financial problems within the district negatively influenced the working climate and the personnel's motivation to work. Some care users refused cooperation with the personnel of public care providers from the district, because of lacking continuity in the care provided and the problematic number of social assistants visiting users per month. The respondents from the public sector blame the politicians for granting too small amounts of resources for activities, but also the higher administrative instances for the administrative reform of 2010. The interviewed persons from Gothenburg are talking in terms of *We – They*. Many advocate that within the investigated district the elderly not get the assistance in line with the political promise i.e., they not live independently, safely, and with respect for their autonomy and integrity in their own homes. Even the public managers and the first line chiefs responsible for planning, organizing and performing care for elderly are not pleased with their working situation. They are talking about their work with embarrassment.

The elderly seem to profit from having a choice between public and private service providers. In the Municipality of Gothenburg the system of choice

was artificial, not introduced in a right way, because it was not obligatory. The responsible for the municipal budget politicians, advocating for savings have translated the idea of free choice in a typical Gothenburg way i.e., the free choices of services but not free choices of service providers.

Thus, according to Castelfranchi and Falcone [1998: 149], the delegation of care for elderly to municipalities in Sweden represents the mild delegation and the mild adaptation with regard to the specification of tasks at any intermediate level.

We could track what strategies and working methods the middle range managers and the first line chiefs from Gothenburg have developed to keep the district budget in balance. These strategies negatively influenced the quality of the care and services provided to elderly. The first line managers, according to the regulations, could not cooperate with the cheaper suppliers who could provide the equivalent or higher quality meals for the elderly, or buy cheaper coffee for personnel, or hire the cars necessary to work that were not procured by politicians.

Within the Municipality of Molndal, the elderly have seven options to choose. The elderly people are independent in uttering their preferences. The private company has the Swedish ISO Certification and fulfils all the demands of Quality Management System (ISO 9001: 2008) and Environmental Management System (ISO 14001: 2004). This seems to be advantageous for the elderly. Thus, according to Pfeffer and Salancik (1978) the different social but also political context essentially influenced the strategies for the organization of home care services for elderly conducted by the public and private providers.

This research cannot be generalized, although in my opinion many public and private businesses experience similar situations and dilemmas. The lesson drawn from this research is first and foremost that if politicians or other authorities limit people in their right to make their own decisions about themselves and the type of care they need, this inevitably results in dissatisfaction and because of that subsequent reforms, which not always tackle the real problems.

REFERENCES

- Almqvist, R. [1999], Measuring the threat of competition – services for the elderly in the city of Stockholm. *Local Government Studies*, vol. 25, nr 1, s. 1–16.
- Almqvist, R. 2006. *New Public Management – om konkurrensutsättning, kontrakt och kontroll*. Malmö: Liber.
- Andersson, G. & Karlberg, I. [2000], Integrated care for the elderly: the background and effects of the reform of Swedish care of the elderly. *International journal of integrated care*. Vol:1, pp. 1–10.
Available from: <http://www.notisum.se/rmp/sls/sfs/20090140.pdf> [15 February 2013].

- Castelfranchi, C. and Falcone, R. 1998. Towards a theory of delegation for agent-based systems. *Robotics and Autonomous Systems*, No. 24 (1998), p. 141–157.
- Esping-Andersen, G. [1999] *Social Foundations of Post Industrial Economies*. New York: Oxford University Press
- Government Bill of 1996/97:60 [Reg. proposition 1996/97:60]
- GP 2012-11-30, *Stadsdelarna kan gå plus med privata äldreboende*, p. 38.
- GP 2012-12-07, *Hospiceköptes in felaktigt*, p. 12.
- GP 2013-02-05, *Underkänt för samtliga stadsdelar. Det blev resultatet i fackförbundet Visions senaste medarbetarenkät*, p. 6.
- GP 2013-02-06, *Vi vill se politisk enighet kring äldreomsorgen*, p. 9.
- Ho od, Christopher. [1991]. A Public Management for all Seasons? *Public Administration*, vol. 69, nr 1, pp.3–19.
- Ho od, Christopher, [1995], The Public Management in the 1980s: Variations on a Theme. *Accounting, Organizations and Society*, vol. 20, nr 2/3, pp. 9–109.
Available from: http://www.skl.se/vi_arbetar_med/demos/samhallsorganisation/valfrihet/lag_om_valfrihetssystem [15 February 2013].
- Hälso- och sjukvårdslag (1982: 763; 1992: 567) (Health Care Act)
- ISO 14001:2004, *Environmental Management System*.
- ISO 9001:2008, *Quality Management System*.
- Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (Act on Support and Service for persons with disability of 1993:387)
- Lag (2008:962) om valfrihetssystem (Act on System of Choice of 2008: 962)
- Lag (1992:1528; 1994: 615; 2007: 1091; 2008: 962) om offentlig upphandling (Public Procurement Act of 1992: 1528 (1994: 615; 2007: 1091; 2008: 962)
- Lex Maria, SOSFS 2005: 28
- Lex Sarah, SOSFS 2011: 5
- Lundberg, E. [1985], The Rise and fall of the Swedish Model. *Journal of Economic Literature*, vol. 23, issue 1, pp. 1–36.
- Montin, S. [1997], New Public Management på svenska. *Politica*, 29, 3: 261–278.
- O lson, M. [1990], *How Bright are the Northern Lights? Some questions about Sweden*. Lund: Lund University, Institute of Economic Research.
- Osborne, D. and Gaebler, T. [1992], *Reinventing government*. Addison-Wesley Publ. Co
- Öppna Jämförelse: *Vård och omsorg om äldre 2012*. (Open Comparison) SKL: Socialstyrelse.
- Pfeffer, J. and Salancik R.G. [2003], *The External Control of Organizations*. Stanford: Stanford University Press.
- Pierre, J. 1993. Legitimacy, Institutional Change, and the Politics of Public Administration in Sweden. *International Political Science Review* Vol. 14, No 4, pp. 387–401.
- Pollitt, C., Bouckaert, G. [2004] *Public Management Reform. A Comparative Analysis*, Oxford: Oxford University Press
- Pollitt, C & Dan, S. [2011], The impacts of the new public management in Europe: a meta-analysis. Paper submitted for the EGPA permanent study group II – Performance in the public sector, 7–10 September 2011, Bucharest. [Online]
Available from: <http://egpa-conference2011.org/documents/PSG2/POLLITT-DAN.pdf> (October 16, 2011).
- Regionfakta, 2011-09-22. www.regionfakta.com (October 16, 2011).

- Sobis, I. [2013], Nothing but Trouble: Studies on the Effects of Reform in Elderly Care in Sweden and Poland. *The NISPAcee Journal of Public Administration and Policy*. Vol. VI, No. 1, p. 31–60.
- Sobis, I. [2012], Transformacja szwedzkiej opieki wobec ludzi starszych, [w:] M. Grewinski i J. Krzyszkowski (ed.). *Wybrane aspekty polityki społecznej – pomoc społeczna i aktywna integracja*. Warszawa: Mazowieckie Centrum Polityki Spoecznej, s. 100–128.
- SOSFS [2011: 9] Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (Regulations and general advice of National Board of Health and Welfare on leading system and quality work).
Available from: <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2011-9> (October 16, 2012).
- Socialtjänstlagen (Act of Social Services) 1980: 620.
Socialtjänstlagen (Act of Social Services) 1980: 629.
Socialtjänstlagen (Act of Social Services) 1993: 390.
Socialtjänstlagen (Act of Social Services) 1997: 313.
Socialtjänstlagen (Act of Social Services) 2001: 453.
Statens Offentliga Utredningar SOU 2000: 144
Statens Offentliga Utredningar SOU 2001: 79
Statens Offentliga Utredningar SOU 2008: 15
Statens Offentliga Utredningar SOU 2008: 15
Statens Offentliga Utredningar, SOU 2000: 144;
Svensk författningssamling, SFS 2009: 140, *Lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982: 763)*.

Iwona Sobis

**PRYWATYZACJA OPIEKI NAD LUDŹMI STARSZYMI:
PUBLICZNE I PRYWATNE USŁUGI OPIEKUŃCZE W MIEJSCU ZAMIESZKANIA
W REGIONIE ZACHODNI GOETEBORG 2013 ROKU**

Streszczenie

Celem artykułu jest porównanie i ocena publicznych i prywatnych domowych usług opiekuńczych dla ludzi starszych w regionie Goeteborg w Szwecji po przekazaniu przez władze centralne odpowiedzialności za te usługi na poziom samorządowy. Artykuł oparty jest na analizie legislacji, dokumentów urzędowych oraz wywiadów z kierownikami instytucji samorządowych odpowiedzialnymi za usługi opiekuńcze dla ludzi starszych w miejscu zamieszkania.

RECENZJE

Jakub Ryszard STEMPIEŃ*
Uniwersytet Medyczny w Łodzi

AKTYWNA STAROŚĆ W SPOŁECZEŃSTWIE OBYWATELSKIM – PROBLEM INTERDYSCYPLINARNY

red. Aleksandra Błachnio (2012), *Starość non profit. Wolontariat na Uniwersytetach Trzeciego Wieku w Polsce i na świecie*, Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz.

Problem starzenia się społeczeństw europejskich jest obecnie szeroko dyskutowany nie tylko przez naukowców (demografów, ekonomistów, socjologów, gerontologów, psychologów), lecz także przez polityków i publicystów. Malejące zasoby siły roboczej oraz zwiększająca się liczba osób w wieku poprodukcyjnym stanowią istotne wyzwanie gospodarcze i polityczne; są to zarazem poważne kwestie społeczne. Zagadnienie starzenia się społeczeństwa dotyczy również Polski – opracowana przez Główny Urząd Statystyczny „Prognoza ludności na lata 2008–2035” wyraźnie dokumentuje ten problem. Zgodnie z „Prognozą...” między 2010 a 2035 r., liczba osób w wieku 65 plus wzrośnie z 5,1 mln do 8,4 mln, zaś w grupie wiekowej 85 plus odnotowany zostanie wzrost z 1,3 mln do 2,6 mln. W tym samym czasie liczba Polaków w wieku 15–64 lata zmniejszy się o 15%. Tak istotne zmiany dokonają się w ciągu zaledwie ćwierćwiecza!

Wskazane przeobrażenia demograficzne oznaczają wyzwanie dla rynku pracy – zmniejszy się bowiem podaż pracy, rozumiana jako ogół osób w wieku produkcyjnym, zdolnych i gotowych do podjęcia zatrudnienia [Kryńska 2004: 13]. Przedsiębiorców czekają więc problemy zapełnianiem wakatów. Często mówi się również o wyzwaniu dla systemu emerytalnego, który będzie musiał podolać obsłudze rosnącej liczby osób uprawnionych do świadczeń, podczas

* Zakład Socjologii; e-mail: j.r.stempien@wp.pl

gdy płatników składek będzie coraz mniej [Góra 2003: 13–14]. Starzenie się społeczeństwa (zwane też czasem jego „siwieniem”) jest wobec tego definiowane jako kwestia gospodarcza, ekonomiczna (a więc pośrednio – także polityczna). Nie powinno być jednak redukowane do tych aspektów. Niezwykle istotny jest bowiem również społeczny wymiar problemu liczebnościowego rozszerzania się kategorii seniorów. Chodzi tu o funkcjonowanie osób starszych w przestrzeni społecznej, o zagadnienia aktywnej starości i (przeciwnie) ekskluzji społecznej dotyczącej osób starszych, a także – w perspektywie dynamicznej – o fenomen przemian dotychczasowego modelu przeżywania starości. Tym właśnie aktualnym i ważnym kwestiom poświęcona jest książka Aleksandry Błachnio pt. „Starość non profit. Wolontariat na Uniwersytetach Trzeciego Wieku w Polsce i na świecie”.

Książka – będąca drugim, poszerzonym i zmienionym, wydaniem publikacji „Wolontariat w Uniwersytetach Trzeciego Wieku” [Błachnio 2008] – składa się z czterech rozdziałów. Pierwszy z nich, najdłuższy (ponad 70 stron) i bardzo interesujący, dotyczy natury starości i sposobów jej przeżywania. Relacjonowane są tutaj zajmujące wyniki badań realizowanych przez zespoły, których autorka była członkiem. Błachnio rozpoczyna analizę od konstatacji „odkrycia” zjawiska starości przez współczesne media, marketing i politykę. Seniorzy zostali bowiem w ostatnich latach zidentyfikowani jako istotna kategoria konsumentów i wyborców, o których względy należy zabiegać. Te optymistyczne (choć kontrowersyjne [Synak 1991; Bauman 2000: 264–266]) tezy autorki (formułowane za Jeanem-Pierre’em Boise) konstytuują przedmiot jej analizy. „Odkrycie” starości sprawia bowiem, że osoby starsze są postrzegane inaczej niż do tej pory, a każdy człowiek może w nowy sposób oceniać i projektować własną „późną dorosłość”. Niemniej, tezy te nie są konfrontowane z polską rzeczywistością. Czy w wypadku polskiego społeczeństwa, polskiego rynku dóbr i usług oraz polskiej sceny politycznej te stwierdzenia wytrzymałyby test empiryczny? Czy seniorzy w naszym kraju są adresatami poważnej i kompleksowej oferty rynkowej i politycznej? Pytania te są ważne, gdyż przedmiot badań i analiz prezentowanych w książce „Starość non profit...” stanowią przecież działania polskich seniorów podejmowane w ramach Uniwersytetów Trzeciego Wieku, przebiegające w określonym społecznym kontekście.

W rozdziale pierwszym autorka prezentuje niezwykle interesujące rezultaty własnych badań psychologicznych, dotyczących funkcjonowania polskich seniorów. Przytaczane są więc dane falsyfikujące popularny stereotyp dotyczący orientacji życiowej osób młodszych na przyszłość, zaś seniorów – na to, co już się zdarzyło. Jak pisze Błachnio, „rzeczywiste zorientowanie czasowe osób badanych odbiega od kulturowego prototypu [...]. Tylko 26% seniorów zaprezentowało

wyraźną orientację na przeszłość. Zdecydowana większość spośród przebadanych osób starszych okazała się prezentystami, swoje myśli i działania skupiając na chwili bieżącej” [2012: 58]. Autorka powołuje się również na wyniki swoich badań, wskazujących, że jakość życia osób starszych (w ich własnej ocenie) wcale nie musi być (i nie jest!) niska, wbrew obowiązującym stereotypom. Co więcej, samoocena jakości życia seniorów mieszkających samodzielnie lub w domach pomocy społecznej jest w znacznym stopniu zbliżona (mimo potocznego oglądu „DPS-ów” jako miejsca smutnej starości [Kotlarska-Michalska 2000: 156–157]). Błachnio dokumentuje też, że „przeżywanie własnej starości może być dobre, a zadowolenie z życia seniora może, w zdecydowanej większości obszarów, dorównywać zadowoleniu osób od niego młodszych” [2012: 74]. Powyższe tezy, empirycznie uzasadnione (ale nienowe – autorka rekapitułuje i przypomina w rozdziale pierwszym swoje już wcześniej publikowane prace), są istotnym walorem książki i pozwalają w odpowiedni sposób przygotować czytelnika do dalszej lektury. Umożliwiają one również rzeczową konfrontację z funkcjonującymi stereotypami, opisującymi starość jako niechciany okres życia, naznaczony ograniczeniami, cierpieniami, smutkiem oraz brakiem planów i marzeń [Woszczyk 2008:136–137]. Warto tu jednak podkreślić, że ze wspomnianymi stereotypami starości badacze polemizowali już wcześniej [Kotlarska-Michalska 2000: 152 i n.].

W rozdziale drugim książki „Starość non profit...” przedstawiona jest idea i czterdziestoletnia historia Uniwersytetów Trzeciego Wieku (UTW), przy uwzględnieniu zarówno doświadczeń francuskich Pierre’a Vellasa, jak i – inspirowanych nimi – polskich dokonań Haliny Szwarc. Oprócz zaprezentowania wykazu UTW istniejących obecnie w Polsce oraz rzeczowego omówienia celów ich działania autorka w rozdziale drugim opisuje także dobre praktyki z zakresu funkcjonowania UTW na całym świecie. Jest to chyba najciekawszy i najbardziej inspirujący fragment tej części książki. Warto tu przywołać choćby ideę wirtualnego UTW utworzonego przez Australijczyków i Nowozelandczyków, z którego oferty mogą korzystać seniorzy z całego świata, a warunkiem udziału jest jedynie posiadanie dostępu do Internetu oraz znajomość języka angielskiego. Równie interesujący wydaje się przykład Chińskiego Stowarzyszenia Uniwersytetów Trzeciego Wieku – w Chinach działa ponad 19 tys. UTW (!), zrzeszających ogółem 1,8 mln członków (!).

Trzeci rozdział książki jest poświęcony idei wolontariatu we współczesnych społeczeństwach. Autorka, będąca psychologiem, analizuje działania społecznikowskie w perspektywie jednostkowych korzyści i zagrożeń, jakie przynosi ten rodzaj aktywności. Dla wolontariusza wspomniane profity to przede wszystkim

podniesienie własnej samooceny, zagwarantowanie poczucia sensu życia i działania, pozyskanie nowych kompetencji, wzbogacenie osobowości, doświadczenie siebie w nowych sytuacjach. Autorka zdaje sobie również sprawę z określonego ryzyka, wiążącego się z aktywnością społecznikowską. Przede wszystkim chodzi tu o problem „wypalenia” wolontariusza, jak również o kwestię marginalizowania jego własnych spraw na rzecz działalności społecznej. Błachnio pisze: „osoba przygotowująca się do bycia wolontariuszem uczy się, jak umieć zachować równowagę w swoich działaniach, tak aby wybór zadań i sposób ich realizacji przynosił zysk zarówno «innym», jak i «sobie samemu» [...]. Brak należytej dbałości o zachowanie tego umiaru grozi z jednej strony niebezpieczeństwem zdominowania osoby otrzymującej pomoc, zniewoleniem jej i zaniżeniem jej własnej wartości, z drugiej przykrą dla osoby «dającej» depryzacją własnych potrzeb i pragnień” [2012: 146]. Podstawowa teza tego rozdziału mówi o potrzebie mobilizowania ludzi starszych do podejmowania aktywności wolontariackiej. W ocenie autorki powinno to umożliwić seniorom organizację nadmiaru czasu wolnego (pojawiającego się w okresie emerytalnym) oraz utrzymanie możliwie wysokiego poziomu sprawności fizycznej i intelektualnej. Powinno prowadzić także do podniesienia samooceny i wpłynąć na poczucie bycia potrzebnym.

Kluczowe wątki książki „Starość non-profit...” łączą się w rozdziale czwartym, ostatnim. Jest on poświęcony analizie wyników badań nad wolontariatem, w który włączają się słuchacze Kazimierzowskiego Uniwersytetu Trzeciego Wieku (KUTW) w Bydgoszczy. Rozdział ten stanowi zwieńczenie całej monografii i bezpośrednio nawiązuje do tytułu publikacji. Autorka omawia tu empiryczne dane dotyczące jakości życia wolontariuszy seniorów (w porównaniu z niewolontariuszami) oraz ich cech osobowościowych. Uwagę zwraca skromność „oferty empirycznej” tej części pracy, która jest najkrótszą spośród wszystkich czterech rozdziałów (jedynie 17 stron, w tym 5 stron poświęconych kalendarium KUTW, a więc mających charakter pozabadawczy). Po lekturze bogatych treściowo i interesujących trzech poprzednich rozdziałów może to stanowić dla czytelnika pewne zaskoczenie, a właściwie rozczarowanie.

W rozdziale czwartym prezentowane są wyniki pochodzące z badań tylko jednego UTW, wykonane na grupie zaledwie 36 wolontariuszy (grupa kontrolna o takich samych rozmiarach). Wydaje się, że ten wkład badawczy jest niewspółmiernie skromny przede wszystkim wobec tematycznego, ale i geograficznego (Polska, świat) spektrum pozostałych części książki. Zastrzeżenia może bowiem budzić nie tylko niewystarczająca próba badawcza (można ją uznać za odpowiednią dla studium przypadku), lecz także skromność zaprezentowanych analiz statystycznych i merytorycznych, a przede wszystkim – niewielki zasięg

problemowy badania. Nie objęło ono (przynajmniej w zakresie zaprezentowanym w recenzowanej książce) np. doświadczeń (negatywnych, pozytywnych) aktywistów UTW, treści podejmowanych działań społecznikowskich (czy seniorzy wolontariusze zajmują się w ramach wolontariatu?), napotykanymi trudnościami, charakterystykami społeczno-demograficznymi, poziomu profesjonalizmu realizowanych przedsięwzięć. Badanie uwzględnia więc jedynie kwestię jakości życia seniorów, ich motywacji do działań wolontariackich oraz wspomniane zagadnienie cech osobowościowych; przy dodatkowym braku analiz krzyżowych (jakie typy wolontariuszy cechują się poszczególnymi motywacjami dla działań społecznikowskich?) i braku szerszych eksplanacji. Tym samym uzyskane wyniki i wnioski prezentują się jako treściowo skromne, zaś możliwości ich uogólniania są raczej wątpliwe ze względu na wspomnianą niewielką próbę badawczą. Lektura wyników badania pozostawia czytelnika raczej z licznymi pytaniami niż poczuciem pozyskania interesujących informacji.

Książkę kończą: obszerna bibliografia zawierająca wykaz wykorzystanych polsko- i anglojęzycznych źródeł (w tym stron internetowych), aneks (z dokumentami statutowymi KUTW) oraz indeks nazwisk pojawiających się w publikacji. Wskazując na obszerność wykorzystanej literatury, należy jednak podkreślić, iż niezbyt dobre wrażenie robi częste cytowanie przez autorkę polskojęzycznych źródeł „z drugiej ręki”, a więc za innymi autorami, i włączanie do wykazu literatury zarówno źródeł bazowych, jak i „pośredników”. Większość z pozycji, do których Błachnio nie dotarła osobiście, jest stosunkowo łatwo dostępna i właściwe byłoby chyba odwołanie wprost do nich przy rezygnacji z „pośrednictwa” innych autorów. Urealniłoby to przedstawiany czytelnikowi spis bibliograficzny.

Już powyższa charakterystyka zawartości książki „Starość non profit...” wskazuje, że monografia ta charakteryzuje się zarówno istotnymi walorami naukowymi, jak i określonymi mankamentami. Do mocnych stron recenzowanej publikacji zaliczyć należy – oprócz omówionych wyżej zalet poznawczych – niewątpliwie nienaganne przygotowanie książki pod względem językowym. Narracja jest prowadzona w starannej, eleganckiej i – co szczególnie ważne, gdyż coraz rzadziej w humanistyce spotykane – klarownej, zrozumiałej polszczyźnie. Ponadto, respektując standardy właściwe monografii naukowej, autorka nie waha się manifestować swojego osobistego zaangażowania w funkcjonowanie KUTW i utożsamiania się z analizowanymi problemami.

Walorem książki Błachnio jest również nienaganna prezentacja wykorzystywanych w poszczególnych badaniach narzędzi pomiarowych. Z właściwą psychologowi kompetencją autorka omawia konstrukcję poszczególnych kwestionariuszy i skal, objaśniając cele ich stosowania oraz mierzone za ich pomocą

zmienne. Pozwala to czytelnikowi mniej obeznanemu z psychologicznym warsztatem na swobodne podążanie za tokiem wywodu. Należy tu jednak stwierdzić, że dobrze wyjaśnionym zasadom tworzenia i użycia psychologicznych narzędzi badawczych towarzyszą niewspółmiernie skromne informacje na temat wykorzystanych statystycznych sposobów analizy zebranego materiału (przykładowo: s. 55 i n., 62 i n., 169–170). Mniej kompetentny czytelnik może mieć zatem trudności z samodzielną interpretacją prezentowanych danych.

Problem niewystarczających informacji metodologicznych odnosi się także do wykorzystanych w badaniach prób badawczych. Błachnio ogranicza się do podawania ich wielkości, a pomija kwestie zasad doboru (próba losowa, celowa, kwotowa?), dopuszczalnego błędu maksymalnego, poziomu ufności, przyjętych rygorów reprezentatywności etc. Tymczasem wykorzystane w niektórych cytowanych badaniach autorki kilkusetosobowe próby badawcze (patrz przykładowo s. 56) są statystycznie mało wiarygodne w odniesieniu do populacji całej Polski, nawet przy założeniu doboru losowego. Może to ograniczać prawomocność uzyskanych wyników.

Lektura książki skłania także do innych refleksji krytycznych. Przede wszystkim uwzględnianie wyłącznie psychologicznej perspektywy do opisu społecznych fenomenów istotnie ogranicza spektrum prowadzonej analizy oraz zakres dostępnych autorce ustaleń badawczych; wpływa także ujemnie na jakość formułowanych sądów. I tak, rozpatrując zadowolenie z życia seniorów, autorka pomija wyniki badań Centrum Badania Opinii Społecznej [Felisiak 2012; Wciórka 2010] oraz rezultaty uzyskane przez zespół realizujący projekt „Diagnoza Społeczna” [Czapiński 2011]. Tymczasem włączenie do analizy przynajmniej ustaleń empirycznych CBOS byłoby z pewnością interesujące, tym bardziej że wyniki sondaży przynoszą informacje odmienne od uzyskanych przez Błachnio i wskazują jednak na występowanie odwrotnie proporcjonalnej zależności między wiekiem i poziomem zadowolenia z życia.

Podobnie przedstawia się sytuacja w przypadku diagnozowanego przez autorkę rzekomo złego stanu badań nad społecznikiem w naszym kraju. Błachnio pisze bowiem: „jak dotąd problem ten [rozwoju wolontariatu w Polsce – przyp. J.R.S.] nie stanowił przedmiotu systematycznych badań, a sam wolontariat nie skupił jeszcze należytej uwagi i zainteresowania szerokiego grona specjalistów. Brakuje publikacji prezentujących pogłębioną analizę uwarunkowań inter- i intraindywidualnych oddziałujących na chęć podejmowania, wytrwałość realizowania i jakość aktywności wolontariackiej” [2012: 161]. Tym samym autorka w całości ignoruje dorobek badawczy Stowarzyszenia Klon/Jawor [m.in. Przewłocka 2011; Herbst, Gumkowska 2007; Dąbrowska, Gumkowska, Wygnański 2004;

Dąbrowska, Gumkowska 2002] oraz wyniki cyklicznych badań CBOS [m.in. Hipsz 2012; Makowski 2011; Boguszewski 2010], a także rezultaty niedawnych badań Głównego Urzędu Statystycznego [Nałęcz, Goś-Wójcicka 2011; Nałęcz, Goś-Wójcicka, Wilk 2010]. Pominęte są także dokonania licznych socjologów akademickich, zajmujących się badaniem rozwoju społeczeństwa obywatelskiego w Polsce. Wydaje się to zaskakujące i trudne do wytłumaczenia bez wskazania na poważne mankamenty w przeprowadzonej kwerendzie literaturowej.

Ponadto prymat przyznawany przez Błachnio perspektywie psychologicznej sprawia, że w analizie nie są uwzględnione istotne aspekty ekonomiczne dotyczące starości we współczesnych społeczeństwach. Przyjmowane jest przez autorkę – fundamentalne dla jej pracy – założenie, iż „rola wolontariusza szczególnie dobrze wpisuje się w sytuację życiową osób starych. W przeciwieństwie do osób młodych i w średnim wieku osoby powyżej 65. roku życia dysponują czasem wolnym” [2012: 137]. Otóż jest to założenie wysoce dyskusyjne. Liczne badania wskazują bowiem, że w krajach rozwiniętych (OECD) osoby w wieku przed-emerytalnym chętnie planują kontynuację aktywności zawodowej i zarobkowej po osiągnięciu wieku emerytalnego [Heywood, Siebert 2009: 1; Dittrich, Busch, Micheel 2011: 3]. Co więcej, również wiele firm jest zainteresowanych kontynuowaniem współpracy z emerytami, tworzone są specjalne programy, poradniki usprawniające tę kooperację [Naegele, Walker 2006]. W odniesieniu do realiów polskich należy stwierdzić, że z badań CBOS wykonanych w 2007 r. wynika, iż prawie połowa aktywnych zawodowo dorosłych Polaków (44%) spodziewa się, że po osiągnięciu wieku emerytalnego będzie nadal pracować [Szczepańska 2007: 3–4]. Są to deklaracje wymuszone pesymistycznymi oczekiwaniami odnośnie do wysokości emerytur [Szczepańska 2007: 6]. Nie chodzi o to, że emeryci w ogóle nie będą dysponować czasem na działalność społecznikowską, lecz o to, że będą mieć tego czasu istotnie mniej niż zakłada Błachnio. Wolontariat nie tyle będzie wypełniać emerytom czas wolny i likwidować „pustkę życiową”, ile może stanowić ewentualne spełnienie życiowych, obywatelskich powinności, realizację marzeń etc. Jego rola w społecznym i psychicznym życiu seniorów może być zatem znacząco mniejsza niż zakłada to autorka recenzowanej monografii.

Podsumowując, książka „Starość non profit...” odnosi się do aktualnych i ważnych problemów społecznych. Łączy bowiem zainteresowanie kwestią starzenia się społeczeństw z perspektywą analizowania aktywności obywatelskich, właściwych współczesnym systemom demokratycznym. Te dwa procesy („siwienie” społeczeństwa i rozwój społeczeństwa cywilnego oraz jego pozarządowych agend) zaliczyć można do grona najważniejszych procesów we współczesnej Polsce. Z drugiej strony te istotne zagadnienia są w wielu miejscach książki

traktowane w sposób co najmniej wątpliwy. Przyznawanie prymatu perspektywie poznawczej i dorobkowi danej dyscypliny (w tym przypadku psychologii) jest oczywistym przywilejem każdego jej reprezentanta. Niemniej całkowite pomijanie przez autorkę ustaleń socjologicznych i ekonomicznych, bezpośrednio odnoszących się do omawianych zagadnień, poważnie zubaża wiele spośród sformułowanych wniosków, a także istotnie ogranicza ich prawomocność. Książka Aleksandry Błachnio może być więc traktowana jako – niepozbowiony merytorycznych potknięć i empirycznych słabości – interesujący głos psychologa we współczesnej interdyscyplinarnej debacie poświęconej miejscu osób starszych w społeczeństwie obywatelskim. Zadaniem wartym podjęcia byłoby natomiast opracowanie kompleksowego ujęcia omawianych problemów, uwzględniającego i sumującego (nie zaś ignorującego) dorobek poszczególnych dyscyplin.

BIBLIOGRAFIA

- Bauman Z. [2000], *Ponowoczesność jako źródło cierpienia*, Wydawnictwo Sic!, Warszawa.
- Błachnio A. [2008], *Wolontariat w Uniwersytetach Trzeciego Wieku*, Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz.
- Błachnio A. [2012], *Starość non profit. Wolontariat na Uniwersytetach Trzeciego Wieku w Polsce i na świecie*, Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz.
- Boguszewski R. [2010], *Działalność społeczna Polaków*, komunikat CBOS nr 4249.
- Czapiński J. [2011], *Waga wybranych wyznaczników warunków życia dla subiektywnej jakości życia*, [w:] J. Czapiński, T. Panek (red.), *Diagnoza Społeczna 2011. Warunki i jakość życia Polaków*, Rada Monitoringu Społecznego, Warszawa.
- Dąbrowska J., Gumkowska M. [2002], *Wolontariat, filantropia i 1%. Raport z badań 2002*, Stowarzyszenie Klon/Jawor, Warszawa.
- Dąbrowska J., Gumkowska M., Wygnański J. [2004], *Wolontariat, filantropia i 1%. Raport z badań 2003*, Stowarzyszenie Klon/Jawor, Warszawa.
- Dittrich D., Busch V., Micheel F. [2011], *Working beyond retirement age in Germany: The employee's perspective*, [w:] R. Ennals, R. Salomon (red.), *Older Workers in a Sustainable Society*, Peter Lang, Frankfurt nad Menem.
- Felisiak M. [2012], *Zadowolenie z życia*, komunikat CBOS nr 4759.
- Góra M. [2003], *System emerytalny*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa.
- Herbst J., Gumkowska M. [2007], *Wolontariat, filantropia i 1%. Raport z badań 2006*. Stowarzyszenie Klon/Jawor, Warszawa.
- Heywood J.S., Siebert W.S. [2009], *Understanding the Labour Market for Older Workers: A Survey*, „IZA Discussion Paper” nr 4033.
- Hipsz N. [2012], *Potencjał społecznikowski i zaangażowanie Polaków w wolontariat*, komunikat CBOS nr 4603.
- Kotlarska-Michalska A. [2000], *Starość w aspekcie socjologicznym*, „Roczniki Socjologii Rodziny” nr 12.

- Kryńska E. [2004], *Niedopasowania podaży i popytu na pracę w Polsce*, [w:] E. Kryńska (red.), *Polski rynek pracy – niedopasowania strukturalne*, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, Warszawa.
- Makowski G. [2011], *Młody, bogaty, wykształcony, religijny – mit polskiego wolontariusza*, komunikat CBOS nr 4475.
- Naegle G., Walker A. [2006], *A Guide to good practice in age management*, European Foundation for the Improvement of Living and Working Condition, Dublin.
- Nałęcz S., Goś-Wójcicka K. [2011], *Praca niezarobkowa poza gospodarstwem domowym w Polsce*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa.
- Nałęcz S., Goś-Wójcicka K., Wilk R. [2010], *Wstępna informacja na temat wyników badania stowarzyszeń, fundacji i organizacji społecznych (SOF-1) zrealizowanego w 2009 r.* Główny Urząd Statystyczny, Warszawa.
- Prognoza ludności na lata 2008–2035 (2009)*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa.
- Przewłocka J. [2011], *Zaangażowanie społeczne Polaków w roku 2010: wolontariat, filantropia, 1%*, Stowarzyszenie Klon/Jawor, Warszawa.
- Synak B. [1991], *Starość w obliczu współczesnych przemian społeczno-kulturowych*, [w:] W. Pałubicki (red.), *Człowiek w obliczu starości*, Instytut Filozofii i Socjologii Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk.
- Szczepańska J. [2007], *Czy Polacy myślą o swoich przyszłych emeryturach?*, komunikat CBOS nr 3823.
- Wciórka B. [2010], *Polacy o swoim zadowoleniu z życia*, komunikat CBOS nr 4242.
- Woszczyk P. [2008], *Stereotypy o starości i ludziach starych w działaniach władz lokalnych i organizacji pozarządowych*, [w:] E. Malinowska (red.), *Stereotypy a rzeczywistość – na przykładzie wybranych kategorii społecznych*, Katedra Socjologii Miasta i Wsi Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź.

Ewa HYŻY*

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

P.J. Brownell, J.J. Kelly, (eds.) (2013), *Ageism and Mistreatment of Older Workers: Current Reality, Future Solutions* [*Ageizm i szykanowanie starszych pracowników. Stan faktyczny. Rozwiązania na przyszłość*], Springer, Fordham University, New York.

W większości państw zachodnich coraz szybciej zwiększa się liczba osób w wieku tradycyjnie uważanym za emerytalny (powyżej 60. roku życia). Populacja ta, jak wynika z licznych relacji, doświadcza wielu problemów związanych z powszechną obecnością *ageizmu* i dyskryminacji w miejscu pracy. Termin *ageism* po raz pierwszy został użyty przez psychiatrę gerontologa Roberta Butlera w 1968 r. i od tej pory jest przyjęty jako określenie negatywnego traktowania ludzi starszych w społeczeństwie. W obecnej sytuacji spotęgowanej kryzysem gospodarczym zaistniała pilna potrzeba podejmowania wszechstronnych i wielopoziomowych działań przeciwko tym zjawiskom, tak by osoby starsze mogły nadal w pełni partycypować w życiu społecznym, cieszyć się tymi samymi co młodszy członkowie społeczeństwa prawami i przeżywać swe lata w atmosferze poszanowania swojej wartości oraz godności ludzkiej.

Książka Brownell i Kelly'ego jest zbiorem artykułów dotyczących zjawisk dyskryminacji i szykan wobec osób starszych w miejscu pracy, ujmowanych w perspektywie praw człowieka. Jest to praca pionierska, gdyż jak dotąd nie zajmowano się powyższą kwestią w tych ramach konceptualnych. Powszechna deklaracja praw człowieka z 1948 r. wymienia takie czynniki jak: rasa, kolor, płeć, język, religia, poglądy polityczne, jednakże wiek nie został tam wyszczególniony, wobec czego problemy z tym związane nie stanowiły odrębnego tytułu do roszczeń prawnych (w 2006 r. została przyjęta Konwencja ONZ o prawach osób niepełnosprawnych, co jednak nie jest łączone z naturalnymi ograniczeniami związanymi z wiekiem).

Autorzy dziesięciu rozdziałów – przewodniczący i aktywiści międzynarodowych organizacji – reprezentują różne dziedziny nauk społecznych: gerontologię, socjologię, psychologię, prawo, stosunki międzynarodowe i biznes. Wskazywa-

* e-mail: ewa.hyzy@gmail.com

nym przez redaktorów celem publikacji jest ukazanie niepokojącego wpływu *ageizmu* na sytuację życiową i zdrowie osób starszych, zarówno w okresie ich zatrudnienia, jak i po przejściu na emeryturę, a także stymulowanie odpowiednich działań zapobiegawczych i badań naukowych.

Publikacja podzielona jest na trzy części: w pierwszej przedstawiona została perspektywa praw człowieka jako konceptualnej ramy dla *ageizmu*, druga opisuje istniejący stan faktyczny (głównie w USA i Kanadzie). W części trzeciej autorzy proponują rozwiązania pomocne w zwalczaniu tego zjawiska w najbliższej przyszłości, w skali globalnej.

W części pierwszej teoretyczka stosunków międzynarodowych Denise Gosselin Caldera referuje międzynarodowe ustalenia dotyczące sytuacji osób starszych, jakie sformułowano w Madryckim Międzynarodowym Planie Działania Dotyczącym *Ageizmu* (MIPAA) w 2002 r. (pod auspicjami ONZ), i zajmuje się efektami tego aktu, z naciskiem na sytuację w USA. Zwraca też uwagę na dyskusje dotyczące działającego od jakiegoś czasu międzynarodowego ruchu dla przygotowania konwencji praw człowieka osób starszych. Prawo do pracy i wypływające z niego prawo do niedyskryminacji i krzywdzącej arbitralności decyzji o zwolnieniach należy do najbardziej podstawowych praw człowieka. W krajach rozwiniętych liczba osób powyżej 60 lat wzrosła o około 20% w porównaniu z latami 50. W związku z tym dotychczasowe społeczne, ekonomiczne i polityczne ustalenia stały się już nieadekwatne. MIPAA i plan Zgromadzenia Ogólnego NZ zachęca i przedstawia rekomendacje dla państw członków ONZ, by zwracać większą uwagę na potrzeby ludzi starszych w miejscach pracy. Autorka podkreśla, że powszechna dyskryminacja jest wzmacniana przez negatywne stereotypy dotyczące możliwości wykonywania przez osoby starsze swych pracowniczych obowiązków, co prowadzi zarówno do prześladowania, jak i do nieświadomego krzywdzenia. Istotnym zagadnieniem jest kwestia dobrej znajomości swoich praw przez osoby starsze, gdyż tylko wówczas są one w stanie walczyć przeciwko dyskryminacji.

Gerontolożki Patricia Brownell i Mebane Powell przedstawiają konceptualne ramy analizowania *ageizmu* starszych osób w miejscu pracy. Proponują gerontologom łączenie kwestii szykanowania w pracy z ogólnym problemem prześladowania starszych (*abuse*) jako najefektywniejszego sposobu mogącego ułatwić implementację prawnych regulacji w walce z tym zjawiskiem i stanowić pomoc zarówno dla pracowników, jak i ich menedżerów.

W części drugiej książki prof. socjologii Amy Blackstone analizuje wyniki badań dyskryminacji, skupiając się głównie na relacjach samych osób starszych doświadczających prześladowań. Jak dotąd niewiele ukazało się podobnych prac.

Powszechne jest przemilczanie swej sytuacji przez ofiary takich procederów. Zgodnie z ustaleniami autorki najbardziej rozpowszechnioną formą *harassment* jest izolacja tych osób w miejscu pracy, prowadząca w konsekwencji do znacznego pogarszania ich pozycji. Relatywnie mniej znacząca, jak się okazało, jest dyskryminacja ze względu na płeć (który to wskaźnik również brano pod uwagę w badaniach).

Mebane Powell analizuje ukazujące się w USA artykuły prasowe pod względem skali wpływu na powszechną opinię na temat prześladowań w miejscu pracy. Autorka śledzi zaobserwowane przez siebie trendy, wskazując na szerzenie się ageizmu. Wnioskuje, że jest on źródłem odmawiania starszym osobom już nie tylko praw pracowniczych, lecz także podstawowych praw człowieka. W swym artykule prezentuje również prowadzące do rozwoju „przyjacielskiego środowiska pracy” pozytywne przykłady decyzji niektórych instytucji biznesowych.

Socjolog Lynn McDonald przedstawia szczegółowo historię świadczeń emerytalnych w Kanadzie i USA i na tej podstawie dowodzi istnienia postępującego w tych społeczeństwach ageizmu. Bardziej optymistyczną stroną aktualnej sytuacji jest – jak sądzi – to, że z uwagi na dużą liczbę oraz na fakt przedłużania wieku emerytalnego, a więc braku prawnego przymusu przechodzenia na emeryturę (przed 65. rokiem życia), starsi pracownicy potencjalnie mogą mieć więcej kontroli nad określeniem swoich możliwości. Autorka egzaminuje zawarte w przepisach prawnych stereotypy wpływające na decyzje pracodawców. Podniesienie wieku emerytalnego rodzi jednak, jej zdaniem, wiele pytań. Zastanawia się, czy starsi ludzie pozostają w miejscach pracy głównie z uwagi na bezpieczeństwo finansowe, jak takie decyzje wpływają na ich zdrowie, co powinny robić korporacje, by adaptować tę grupę pracowników, a wreszcie, jak istniejąca sytuacja wpływa na ogólną międzynarodową ekonomię.

Elizabeth Ciampa i Roslyn Cherneski podają, że w USA w pierwszej dekadzie XXI w. liczba pracowników w wieku 65–67 wzrosła o około 10% w porównaniu z wcześniejszą dekadą, a do roku 2018 prognozowana liczba pracowników po 55. roku życia zwiększy się aż o 43%. Ta sytuacja wpływa na konieczność zmian w systemach emerytur, polityce zatrudnienia, polityce społecznej, rynku pracy i w ubezpieczeniach socjalnych. Konieczne będą rozwiązania pomagające stosować spójne intergeneracyjne regulacje środowisk pracy. Autorki dyskutują o możliwych strategiach administratorów i menedżerów dla ustanawiania przyjaznego, wolnego od szykan środowiska pracy. Podobnie jak inni autorzy podkreślają one, że na politykę pracowniczą zdecydowanie wpływają negatywne stereotypy. Te zakorzenione w opinii powszechnej przekonania to: gorsze zdrowie, obniżone możliwości intelektualne, słabsza motywacja i obniżone standardy moralne (!).

Wśród nich funkcjonuje również przekonanie, że starsi pracownicy, z uwagi na stan zdrowia i niższą produktywność, obciążają budżet swoich zakładów. Jak wynika natomiast z licznych badań, rzeczywistość stanowczo przeczy takim obawom. To nie rzeczywiste koszty czy gorsze wykonywanie pracy są powodem zwolnień, lecz właśnie zjawisko ageizmu. Potrzebne są nowe strategie wspierania starszych pracowników i tworzenia dla nich przyjaznych warunków pracy. Autorki przypominają, że wrogie środowisko, czyli to, w którym dopuszcza się dyskryminację czy toleruje ofensywne dowcipy i agresywne zachowania, prowadzi do wcześniejszego wypalenia zawodowego i stałego poczucia zagrożenia, co w konsekwencji istotnie wpływa na efektywność pracy nie tylko tej grupy, lecz także jej otoczenia.

Ekonomista James Woolever analizuje wpływ polityki departamentów kierujących zasobami ludzkimi na zjawiska ageizmu wobec starszych pracowników. W okresie spowolnienia gospodarki zwalnianie pracowników jest powszechną praktyką w celu ograniczania wydatków. Autor przytacza rodzaje najczęściej stosowanych sposobów uzasadniających zwolnienia, takich jak: „przeprowadzanie reorganizacji” czy autoryzowany przez kierownictwo *bullying*, to jest nakłanianie młodszych pracowników do składania częstych skarg na jakość pracy wykonywanej przez starszych, a następnie usuwanie ich na tej podstawie. Częstym powodem pozbywania się starszych osób jest konieczność wypłacania im wyższych uposażeń z uwagi na ich wieloletni staż, a także obawy związane z przewidywanymi wyższymi kosztami opieki zdrowotnej. Jednym ze sposobów zapobiegania takim praktykom powinno więc być skuteczniejsze egzekwowanie prawa antydyskryminacyjnego. Woolever wskazuje na proponowane przez sekcję promowania społecznej sprawiedliwości i praw pracowników Międzynarodowej Organizacji Pracy bardziej humanitarne i przyjazne strategie dla dokonywania niezbędnych zmian personalnych, np. w postaci fundowania specjalnych dodatkowych uposażeń, organizowania korzystnych okresów przejściowych czy interesujących promocji zachęcających do przejścia na wcześniejszą emeryturę.

Profesorka psychologii Margo Jackson dogłębniej wyjaśnia, jak negatywne stereotypy wpływają na gorsze wyniki w pracy i na zdrowie psychiczne poszczególnych osób. Podkreśla, że słabsze wykonywanie pracy wynika często z samej obawy przed byciem ocenianym na podstawie utartych, stereotypowych opinii, a nie na podstawie swej rzeczywistej pracy. Mimo istnienia prawnych programów asystujących starszym w takich sytuacjach, depresja i sprowokowana niepewność co do swoich kompetencji często powstrzymuje ofiary *bullyingu* przed obroną z powodu tak niesprawiedliwego traktowania.

Prawniczka Charmain Spencer zajmuje się przeglądem istniejących regulacji dotyczących kwestii prześladowań i ageizmu w miejscu pracy w USA, Kanadzie i Europie w intersekcji z innymi rodzajami dyskryminacji, a także ograniczoną dostępnością starszych pracowników do pomocy prawnej. W USA powstał właśnie ruch dla ustanowienia prawa chroniącego starszych przed *bullyingiem* i złym traktowaniem (*mistreatment*). Efektem działalności tego ruchu są przygotowane i oczekujące na przyjęcie ustawy dotyczące „zdrowego miejsca pracy”. Unia Europejska takie przepisy wprowadziła już wcześniej.

Ostatni rozdział napisany przez trzech autorów – Israela Dorona, Bethany Brown i Susan Somers – jest poświęcony ruchowi społecznemu zmierzającemu do ustanowienia Konwencji praw osób starszych jako praw człowieka. Autorzy podkreślają, że taka konwencja dotyczyłaby zarówno generalnej kwestii ageizmu, jak i specyficznego ageizmu w miejscu pracy. W wielu nierozwiniętych krajach dyskryminacja z uwagi na wiek nie jest rozpoznawana prawnie. Ale i w wielu krajach rozwiniętych, mimo istnienia lokalnych przepisów ochrony osób starszych, obowiązkowe przejście na emeryturę, wyznaczanie twardych granic wieku zatrudniania czy arbitralne zwolnienia są często praktykowane i, do pewnego stopnia, nadal legalizowane lub bagatelizowane.

Zaprezentowana książka jest skierowana do gerontologów, przedstawicieli nauk społecznych i prawników, głównie by wspomóc pracodawców w tworzeniu sprawiedliwszych warunków pracy dla osób starszych. Można mieć nadzieję, że zainicjowany przez osoby starsze ruch zmierzający do przyjęcia odpowiedniej Konwencji NZ może zmienić środowiskowe bariery i stereotypy w opiniach na temat ludzi starszych jako pracowników, chociaż oczywiście sama zmiana prawa nie zredukuje problemów; konieczne jest połączenie indywidualnych organizacyjnych i międzynarodowych praktycznych interwencji. Ważne jest również prowadzenie dalszych szerokich, intersekcyjnych badań w tym zakresie.

Mocną stroną tego tomu jest zastosowanie nowej koncepcyjnej perspektywy w ocenianiu i zwalczaniu ageizmu w miejscach pracy, a mianowicie perspektywy praw człowieka, która – jeśli zostanie ujęta w postaci Konwencji ONZ – stworzy podstawy do odwoływania się w takich sprawach nie tylko do sądów pracy, lecz także do instytucji międzynarodowych. Słabością książki – wynikającą zapewne z tego, że poszczególni autorzy nie znali innych tekstów składających się na jej treść – są wielokrotnie powtarzające się informacje na temat statystyk dotyczących zmian wieku obecnej populacji czy szczegółowe wyjaśnienia definicji zjawiska stereotypowości i ageizmu. Brakiem jest również pominięcie istotnego w tym kontekście problemu dotyczącego rozróżnienia zjawiska „niepełnosprawności” i naturalnego gorszego stanu zdrowia osób starszych. Zgodnie z obowiązującym

prawem inaczej bowiem traktowane są osoby, u których formalnie (medycznie) stwierdzono „niepełnosprawność” i poddano specjalnej ochronie, a inaczej osoby mające podobne, choć związane naturalnie z wiekiem problemy, niezakwalifikowane jako „niepełnosprawne”, a więc pozbawione ochrony prawnej.

Mimo wymienionych zastrzeżeń praca ta powinna być obowiązkową lekturą dla wszystkich zainteresowanych kwestiami ageizmu i zatrudnienia osób starszych, zarówno badaczy naukowych, jak i praktyków.

KARINA ERENKFEIT*

Instytut Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego

SOCJOLOGIA ZDROWIA, CHOROBY I LECZNICTWA NIEMEDYCZNEGO

Włodzimierz Piątkowski (red.), *Beyond Medicine, Non-Medical Methods of Treatment in Poland*, Wydawnictwo Peter Lang, Frankfurt am Main, 2012.

Pozamedyczne rozważania nad problemami zdrowia i choroby są ważnym i wciąż na nowo odkrywanym przez socjologów obszarem badawczym, począwszy od społecznych uwarunkowań zdrowia, takich jak nierówności społeczne i styl życia, po badania nad indywidualnym odbiorem choroby. Obszar badań polskich socjologów medycyny nierzadko wykracza poza zjawiska z obszaru systemu medycznego, a wyznaczone przez Magdalenę Sokołowską kierunki eksploracji w zakresie socjologii medycyny wciąż pozostają aktualne [zob. Piątkowski 2010]. W Polsce socjologów medycyny szczególnie interesują kwestie niepełnosprawności i rehabilitacji [np. Ostrowska 1994], społeczny odbiór choroby i chorych, relacje pacjent–lekarz [Ostrowska 2009], nowe role społeczne chorego, czy promocja zdrowia [np. Słońska 1993]. Część prac z zakresu socjologii medycyny zostało poświęconych zjawiskom spoza systemu medycznego [np. Tobiasz-Adamczyk 1999], ale w tym zakresie szczególne zasługi ma środowisko lubelskich socjologów medycyny, z Włodzimierzem Piątkowskim na czele. Jego badania w znacznej mierze zostały poświęcone lecznictwu niemedyicznemu, co wyróżnia je na tle innych polskich badań z zakresu socjologii medycyny [np. Piątkowski 1988, 1990, 1998, 1993].

Omawiana publikacja pt. „Beyond Medicine. Non-Medical Methods of Treatment in Poland” jest najnowszą – wydaną w roku 2012 – książką będącą tłumaczeniem na język angielski publikacji pt.: „Lecznictwo niemedyczne w Polsce. Tradycja i współczesność” [Piątkowski 2008]. Książka poświęcona została niemedycznym formom leczenia oraz wzrostowi ich popularności na

* e-mail: k.erenkfeit@imp.sosnowiec.pl

tle rozpadu scentralizowanego, monopolistycznego systemu opieki zdrowotnej i narodzin nowych, wolnorynkowych podmiotów służby zdrowia. Publikacja jest podzielona na wstęp, trzy części merytoryczne, wnioski, bibliografię i indeks nazwisk. Dwie pierwsze merytoryczne części składają się z dwóch rozdziałów, trzecia część jest złożona z trzech rozdziałów, gdzie ostatni stanowi przybliżenie polskiego fenomenu Anatolija Kaszpirowskiego.

Pierwsza część, pt.: „Non-medical Healing Systems as a Sociological Phenomenon” (Lecznictwo niemedyczne – próba identyfikacji i interpretacji zjawiska społecznego) zawiera wprowadzenie do rozważań nad leczeniem niemedycznym w socjologii. Rozpoczyna się opisem istniejących nurtów leczenia niemedycznego (na podstawie autorskiej taksonomii) na tle medycyny jako nauki opartej na faktach (*evidence based medicine*, EBM). Opracowana przez Włodzimierza Piątkowskiego taksonomia leczenia niemedycznego z podziałem na samolecznictwo, leczenie ludowe oraz praktyki lecznicze uzdrowicieli oraz przyjęte kategorie (dotyczące przyczyn chorób, zapobiegania im, rozpoznawania ich i leczenia) to niezwykle cenna i unikatowa wartość całej publikacji. Autor na przykładzie wybranych obszarów, takich jak status naukowy, stan prawny oraz aspekty etyczne, określił różnice między EBM a leczeniem niemedycznym. Charakterystyczny jest brak naukowości niemedycznych form leczenia, deklaracyjny charakter wyników badań i niestosowanie przy ewaluacji takich elementów badań jak randomizacja czy „ślepa próba”. Z kolei brak jednoznacznych przypisów prawnych dla praktyk „uzdrowicieli” oraz trudności w ocenie etycznej ich działalności zostały przedstawione w przystępnej formie opisu przypadków występujących w Polsce i za granicą. Następnie przywołany został dorobek polskich socjologów z tego zakresu, poczynając od badań nad działalnością znachorów na Podhalu, przez opisy działalności Clive’a Harrisa i jej skutków dla socjologii medycyny w postaci redefinicji granic socjologii medycyny jako subdyscypliny obejmującej badania w ramach kontaktu nie tylko z instytucjami medycznymi, lecz także z niemedycznymi. Lata 90. określa jako początek wzmożonego zainteresowania tą dziedziną, co było spowodowane większą ilością i różnorodnością przejawów leczenia niemedycznego. Piątkowski opisuje osiągnięcia polskich badaczy, określa także przyczyny i skutki funkcjonowania tego rodzaju praktyk leczniczych, przyjmując, że główną przyczyną rozwoju leczenia niemedycznego w okresie transformacji jest złamanie monopolu leczenia oficjalnego, co dało większe przyzwolenie na leczenie niemedyczne. Autor prezentuje następnie wyniki analiz przeprowadzanych za granicą. Początkowo odnosi się do tradycji uzdrawiania (*healing*) w ogóle (do opisu Piątkowski używa czterech pojęć: symbolicznego, technicznego, teorii

chorób/schorzeń i społecznej organizacji uzdrawiania), na kolejnych stronach mówi o *complementary and alternative medicine* (CAM) i koncepcjach amerykańskich oraz europejskich badaczy, opisuje wpływ mediów i osób publicznych na wzrost zainteresowania zjawiskiem. W opinii autora to demedycyzacja pewnych chorób i sfer życia doprowadziła do poszerzenia obszaru zainteresowań leczeniem niemedycznym. Nie można jednak zapomnieć, że obok zachodziło inne zjawisko – medycyzacja [np. Foucault 2011], co paradoksalnie pomogło w rozszerzeniu sfery wpływu lecznictwa niemedycznego. Ważna część omawianej publikacji traktuje o zbieżnych elementach socjologii medycyny oraz dyscyplin pokrewnych. Mówiąc o antropologii medycyny, autor opisuje szerzej zjawiska takie jak targi uzdrawiania czy zmieniającą się rolę tradycyjnego znachora. W zakresie historii medycyny Piątkowski analizuje głównie publikacje zwarte polskich historyków z obszaru lecznictwa niemedycznego, a także pracę badacza niemieckiego [Jütte 2001]. Omawiając kontekst nauk medycznych, Piątkowski rozpatruje głównie *casus* homeopatii jako przedmiotu ciągle nierozstrzygniętej dyskusji między medykami o jej możliwościach leczniczych.

W drugiej części monografii – pt.: „Polish Folk Medical Systems and Self-Treatment – Continuity and Change” (Polskie leczenie ludowe i samoleczenie – ciągłość i zmiana) – autor określa stopień leczenia ludowego w Polsce jako jeden z najwyższych w Europie, co według niego ma podłoże kulturowe, ponieważ wynika z licznie dużej klasy chłopskiej. Autor skupia uwagę na niskiej jakości życia, stosunkowo słabym wykształceniu oraz niewielkim zainteresowaniu kwestiami zdrowia, uważając je za główne przyczyny tradycyjnego podejścia do leczenia i zdrowia, co jest w dużej mierze kwestią tradycyjnego systemu wartości. Stwierdza, że taka sytuacja wynika z warunków mieszkaniowych i pracy, wysokości dochodów, słabej infrastruktury komunikacyjnej terenów wiejskich, wyposażenia gospodarstw domowych, stosunkowo słabo rozwiniętej infrastruktury medycznej. Wydaje się, że dla pełnego opisu sytuacji polskiej wsi brakuje opisu zmian, jakie rozpoczęły się w roku 2004, po przystąpieniu Polski do Unii Europejskiej. Preferencyjne warunki dofinansowania rolnictwa sprawiły, że młodzi ludzie pochodzący z obszarów wiejskich mieli większą motywację, by po zdobyciu wykształcenia w mieście powrócić na wieś. Zdobyte wykształcenie oraz poznanie innych systemów wartości może sprzyjać ograniczeniu „tradycyjnej” interpretacji rzeczywistości. Innym ważnym w tym kontekście zjawiskiem jest migracja z miasta do wsi osób ustabilizowanych zawodowo, które wraz ze zmianą miejsca zamieszkania partycypują w nowej przestrzeni społecznej, będąc nośnikami odmiennego systemu wartości.

Trzecia część publikacji – pt.: „Therapies and Modern Healers Specificity, Contexts and Interpretations” (Terapie współczesnych uzdrowicieli – specyfika, konteksty, interpretacje) – rozpoczyna się od opisu wątków lubelskich w badaniu lecznictwa niemedycznego. Ponownie poruszany jest problem trudności w ocenie wpływu lecznictwa niemedycznego na stan zdrowia, a w szczególności działalność „uzdrowicieli” (*healers*). Główna myśl głosi, że ich praktyki pomagają uzyskać subiektywnie lepszy stan zdrowia lub wywołać efekt placebo, zatem mają wpływ socjopsychologiczny na pacjenta. Piątkowski dokonuje ważnego rozdziału czynników społecznych, wpływających na korzystanie z lecznictwa niemedycznego: na społeczno-kulturowe oraz związane z przemianami systemu medycznego. Polegają one m.in. na promowaniu przez komercyjne media medycyny alternatywnej, zmianie stylu życia, kulcie zdrowego ciała, wzroście zainteresowania holizmem. Dla zobrazowania skali zjawiska lecznictwa niemedycznego Piątkowski przywołuje wyniki badań CBOS i OBOP, które pokazały, że Polacy doceniają niemedyczne metody leczenia, oraz cytuje wyniki oglądalności programu Kaszpirowskiego, który gromadził przed telewizorami 59% Polaków. Autor udziela jednoznacznej odpowiedzi na pytanie o to, co wybrać: medycynę czy lecznictwo niemedyczne. Przywracanie zdrowia musi być związane z użyciem kompetencji nowoczesnej medycyny klinicznej oraz nauk o zachowaniu (socjologii oraz psychologii zdrowia i choroby). Jak pisze: „tylko taka oferta jest uczciwa i wiarygodna wobec pacjentów” (s. 245). Piątkowski przewiduje, że część z obecnie stosowanych podejść lecznictwa niemedycznego zostanie wchłonięta przez nauki o zachowaniu, część będzie wybiórczo stosowana przez lekarzy (osteopatia, chiropraktyka, akupunktura), a część zostanie zapomniana. Ważną rolę Piątkowski przypisuje badaniom nad życiem codziennym, które mają pierwszorzędne znaczenie dla studiów nad lecznictwem niemedycznym, ponieważ większość zachowań w chorobie przyjmuje najczęściej wymiar samolecznictwa i innych form lecznictwa, tworząc swoisty system (*lay referral system*).

Do analizy wzorów zachowań związanych z lecznictwem niemedycznym autor użył czterech socjologicznych koncepcji: teorii funkcjonalno-strukturalnej, interakcjonizmu symbolicznego, fenomenologii i etnometodologii. Przedstawił wszystkie ich zalety w badaniu nad zdrowiem i chorobą, a w szczególności nad lecznictwem niemedycznym. Osobno prezentuje podejście do zdrowia wg. Eliota Freidsona jako powstałe w opozycji do strukturalno-funkcjonalnego podejścia Parsonsa. Freidson kładł nacisk na konflikt między pacjentem i lekarzem, na różnice interesów i odmienność w postrzeganiu zdrowia i choroby. W koncepcji tej człowiek nie szuka porad dotyczących stanu zdrowia jedynie w służbach medycznych, ale u rodziny, znajomych, przyjaciół, sąsiadów. Laickie (*lay referral*

network) i profesjonalne sieci pomocy (*professional referral network*) nakładają się na siebie. Piątkowski charakteryzuje w osobnym podpunkcie system leczenia według laików i uzasadnia badania nad wiedzą potoczną ludzi o własnym zdrowiu i chorobie. Przechodzi następnie do prób tworzenia „teorii leczenia” przez niekonwencjonalnych terapeutów na przykładzie A.M. Kaszpirowskiego oraz S. Nardellego.

Ostatni i podsumowujący rozdział publikacji został poświęcony „zjawisku Kaszpirowskiego”, zachodzącemu w trudnym dla Polski okresie transformacji. Piątkowski wymienia elementy, które przyczyniły się do sukcesu Kaszpirowskiego: połączenie umiejętności korzystania z publicznych mediów, precyzyjne prognozowanie scenariuszy swoich „seansów”, telegeniczna osobowość, pozyskiwanie do swoich celów części wpływowej hierarchii kościelnej, sprawny marketing własnych działań oraz opanowanie reguł gry na kapitalistycznym rynku i ogromne zainteresowanie ludzi i mediów. Kontrowersyjna, jak sam Kaszpirowski, była jego metoda „teleterapii”, mająca w świecie nauki również swoich zwolenników [np. Gapik 1999: 9–13]. W rozważaniach Piątkowskiego wymiar badawczy ma analiza 1 311 listów widzów, napisanych pod wpływem programu Kaszpirowskiego. Poprzednie rozdziały częściowo stanowią uzasadnienie podjęcia tej analizy. Cel badań, ich jakościowy charakter oraz badana grupa są odpowiedzią na zapotrzebowanie na analizy w obszarze leczenia niemedyceznego. Publikacja nie zawiera aneksu z obszerną analizą listów, która występuje w polskiej wersji książki. Część podsumowująca zawiera przypomnienie celów pracy, motywy podjętych badań nad leczeniem niemedyceznym, krótką charakterystykę kolejnych elementów książki.

Reasumując, ta jedna z pierwszych w Europie monografia socjologii leczenia niemedyceznego jest lekturą obowiązkową dla każdego, kto zajmuje się socjologią i medycyną w jakimkolwiek sensie. Zawarta w publikacji charakterystyka czynników społecznych tworzących kontekst niemedyceznym form leczenia została przedstawiona całościowo i niezwykle wyczerpująco. Dzięki temu opracowaniu będzie możliwe nowe spojrzenie i zrozumienie szeregu zjawisk z zakresu zdrowia i choroby – np. fakt, iż w Polsce około 30% pacjentów po rozpoznaniu choroby nowotworowej porzuca (przynajmniej na jakiś czas) medycynę kliniczną i podejmuje różne formy kontaktu z przedstawicielami medycyny alternatywnej [Płonka-Syroka 2009: 243]. Z tego między innymi powodu mamy w Polsce jeden z wyższych w Europie wskaźnik umieralności z powodu raka piersi czy szyjki macicy [Eurostat 2012]. Można mówić o „skuteczności symbolicznej” leczenia niemedyceznego, która może przynieść czasową poprawę samopoczucia, głównie ze względu na nawiązanie satysfakcjonującej pacjenta pod względem

emocjonalnym więzi z alternatywnym terapeutą [Płonka-Syroka 2009: 243]. To m.in. takie reakcje na chorobę są argumentem na zasadność i dużą doniosłość podejmowania badań w zakresie leczenia niemedycznego. Autor odpowiada na pytania o funkcjonowanie niemedycznego systemu leczenia i jego strukturę, opisuje, jak przy użyciu socjologicznych narzędzi można zbadać tę problematykę, jaka jest rola systemu niemedycznego oraz kto i w jaki zakresie z niego korzysta. Całość rozważań jest umieszczona w kontekście zmian społeczno-kulturowych zachodzących w Polsce, spowodowanych transformacją ustrojową.

Publikacja jako całość stanowi niezwykle wartościową, dydaktyczną i popularyzatorską. Pewne zastrzeżenia budzi brak dostatecznej edycji tekstów, ponieważ część z przekazywanych treści wymaga specjalnych zabiegów edycyjnych – jak pogrubienie czy podkreślenie – a ich brak utrudnia wyszukiwanie najważniejszych informacji. Nie zmienia to faktu, że publikacja jest pierwszą tak kompleksową, socjologiczną analizą zjawiska leczenia niemedycznego. Szczególną wartością pracy jest wprowadzenie na grunt europejski taksonomii leczenia niemedycznego oraz konsekwentne używanie tego terminu. Piątkowski postuluje jednocześnie, aby zaprzestać używania innych form niż „leczenie niemedyce”, ponieważ mylnie sugerują one medyczne pochodzenie. Wprowadza to bardzo ważny element porządkujący w chaosie pojęć takich jak „medycyna alternatywna” czy „medycyna komplementarna” i jednocześnie wskazuje sposób ich interpretacji. Na szczególną uwagę zasługuje również fakt, że publikacja jest swoistym podsumowaniem wieloletnich, prowadzonych już od lat 80., rozważań autora nad problematyką leczenia niemedycznego. Stworzenie merytorycznej i jednocześnie niezwykle interesującej pracy naukowej bywa zadaniem trudnym, które w tym przypadku zostało zrealizowane z pełnym sukcesem. Dzięki wieloaspektowości, nowatorstwu oraz niezwykle żywemu, ciekawemu językowi praca ta może stanowić znakomity podręcznik dydaktyczny, ale zaznaczyć należy, że publikację tą można polecić każdemu zainteresowanemu życiem społecznym i medycyną.

BIBLIOGRAFIA

- Causes of death – standardised death rate*, Eurostat European Commission 2012, <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/images/4/4e/Causes_of_death_standardised_death_rate%2C_2009_%281%29_%28per_100_000_inhabitants_aged_less_than_65%29.png>.
- F o u c a u l t M. [2011], *Narodziny biopolityki. Wykłady z Collège de Franca 1978/1979*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.

- Gapik L. [1999], *Pojmowanie psychoterapii*, [w:] L. Gapik (red.), *Postępy psychoterapii*, t. 2, Wybrane zagadnienia teoretyczne, Wydawnictwo UAM, Poznań, s. 9–13.
- Jütte R. [2001], *Historia medycyny alternatywnej. Od magii do naturalnych metod leczenia*, Wydawnictwo WAB, Warszawa.
- Ostrowska A. [1994], *Niepelnosprawni w społeczeństwie*, Wydawnictwo Instytutu Filozofii i Socjologii PAN, Warszawa.
- Ostrowska A. [2009], *Modele relacji pacjent–lekarz*, [w:] *Socjologia medycyny. Podejmowane problemy, kategorie analizy*, (red.) A. Ostrowska, Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa.
- Piątkowski W. [1988], *Lecznictwo niemedyczne Polsce w XX wieku*, Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław.
- Piątkowski W. [1990], *Spotkania z inną medycyną*, Wydawnictwo Lubelskie, Lublin.
- Piątkowski W., Jezior J., Ohme R. [1993], *Listy do Kaszpirowskiego. Spojrzenie socjologiczne*, Wydawnictwo M. Łoś, Lublin.
- Piątkowski W. [1998], *W stronę socjologii lecznictwa niemedycznego. Przegląd wybranych propozycji badawczych*, [w:] M. Libiszowska-Żółtkowska i in. (red.) *Szkice z socjologii medycyny*, Wydawnictwo Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin.
- Piątkowski W. [2008], *Lecznictwo niemedyczne w Polsce. Tradycja i współczesność*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin.
- Piątkowski W. [2010], *Socjologia z medycyną. W kręgu myśli naukowej Magdaleny Sokolowskiej*, Wydawnictwo Instytutu Filozofii i Socjologii Polskiej Akademii Nauk, Warszawa.
- Płonka-Syroka B. [2009], *Aspekty etyczne w praktyce analityka medycznego*, [w:] B. Płonka-Syroka (red.), *Człowiek, natura, kultura – studia z historii i antropologii medycyny i farmacji społecznej*, Wydawnictwo Akademii Medycznej im. Piastów Śląskich, Wrocław, s. 235–248.
- Słomska Z., Misiuna M. [1993], *Promocja zdrowia. Słownik podstawowych terminów*, Agencja PromoLider, Warszawa.
- Tobiasz-Adamczyk B., Szafraniec K., Bajka J. [1999], *Zachowania w chorobie. Opis przebiegu choroby z perspektywy pacjenta*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.

Karolina SZCZEPANIAK*
Uniwersytet Łódzki

RECENZJA

Beata Tobiasz-Adamczyk (red.) (2013), *Od socjologii medycyny do socjologii żywienia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.

Tematyka socjologii żywienia nie jest na gruncie polskiej nauki całkowicie nowa – jako subdyscyplina socjologii ogólnej (lub bardziej szczegółowo: socjologii medycyny) – pojawiała się już jako przedmiot zainteresowania badaczy i teoretyków, przedmiot nauczania oraz temat publikacji. Jak zauważa Jacek Kurczewski, opowiadając swojemu rozmówcy o genezie powstania socjologii żywienia: „Socjolog zawsze musi się zastanawiać nad tym, co wydaje się oczywiste, a co często nie jest zauważalne. Musi umieć to dostrzec i zinterpretować. Kuchnia niewątpliwie jest elementem codziennym naszego życia. Kiedyś właściwie nie zwracano na nią uwagi, bo to była sfera prywatna. Dzisiaj kuchnia bombarduje poprzez media”¹.

Wzrost zainteresowania tą problematyką przypisywany jest szerszym zmianom nie tylko w nauce, lecz także w samym społeczeństwie, w którym transformacjom wzorów żywienia towarzyszył wzrost świadomości żywieniowej społeczeństwa oraz profesjonalizacja żywienia i dietetyki. W tym nurcie tematyka odżywiania się i konsumpcji, ich kulturowych uwarunkowań, znaczenia przypisywanego jedzeniu w różnych kulturach oraz zróżnicowanych społecznie wzorów konsumpcji oraz ich społeczno-kulturowo-ekonomicznych uwarunkowań na stałe weszła do kanonu zainteresowań socjologii.

Mimo zauważalnie zwiększającego się zainteresowania socjologią żywienia brak było dotychczas w polskiej literaturze przedmiotu pozycji o spójnym, zbior-

* e-mail: karolina.szczepaniak@gmail.com

¹ „Socjologia prosto z garnka” rozmowa Grzegorza Łapanowskiego z Jackiem Kurczewskim, [w:] *Po co nam socjologia?*, wyd. Fundacja na rzecz Warsztatów Analiz Socjologicznych, Warszawa 2009, s. 22–23.

czym charakterze, która – zestawiając omówienia najważniejszych poruszanych w tej materii problemów – dawałaby jednocześnie solidne definicyjne podstawy i byłaby tym samym dobrym wprowadzeniem w problematykę dziedziny. Naprzeciw tym niedostatkom wyszła opublikowana niedawno przez Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego książka „Od socjologii medycyny do socjologii żywienia” pod redakcją Beaty Tobiasz-Adameczyk, jako pierwsza poświęcona w całości zagadnieniom z zakresu socjologii żywienia.

Publikacja rozpoczyna się wstępem autorstwa Tomasza Grodzkiego. Dalsza część książki została podzielona na dwie części: „Część I. Główne nurty zainteresowań socjologii żywienia jako subdyscypliny socjologii medycyny” (strony 11–83), w całości autorstwa Beaty Tobiasz-Adameczyk, oraz „Część II. Wybrane aspekty socjologii żywienia” (strony 87–234), w której znajduje się dziesięć tematycznych referatów poświęconych wybranym zagadnieniom z zakresu socjologii żywienia. Publikację kończą krótkie notki biograficzne o jej autorach.

W krótkiej, niespełna półtorastronicowej przedmowie Tomasz Grodzicki wskazuje na wzrost zainteresowania problemami żywienia we współczesnej nauce związany między innymi z niespotykaną dotychczas epidemią otyłości w krajach rozwiniętych oraz z budzącymi coraz mniej wątpliwości silnymi związkami między dietą i zwyczajami żywieniowymi ludzi a ich stanem zdrowia. O samej publikacji pisze natomiast: „Jest jednak znakomitym źródłem informacji na temat socjologicznych uwarunkowań żywieniowych. [...] Autorzy w bardzo interesujący sposób opisują współczesny świat, pokazując wieloelementową mozaikę przyczyn leżących u podłoża zaburzeń odżywiania” (s. 7–8).

Wspomniana wyżej „Część I” ma w omawianej publikacji charakter podręcznikowego, analityczno-podsumowującego wprowadzenia do tematyki socjologii żywienia. Autorka, czerpiąc z dotychczasowych ustaleń nauki oraz własnych doświadczeń badawczych, omawia w jej kolejnych rozdziałach istotę i rozwój oraz tematykę mieszczącą się w poszczególnych działach tej subdyscypliny socjologii. Sytuując socjologię żywienia w szeroko rozumianych ramach socjologii medycyny, w swoich rozważaniach wspomaga się jej dorobkiem zarówno teoretycznym, jak i empirycznym.

W rozdziale pierwszym – „Socjologia żywienia jako subdyscyplina socjologii medycyny” – Beata Tobiasz-Adameczyk upatruje genezy socjologii żywienia nie, jak mogłoby się wydawać, w socjologii ogólnej, ale bezpośrednio w bardziej szczegółowej dziedzinie socjologii – socjologii medycyny. Prowadząc czytelnika od podziału na socjologię w medycynie i socjologię o medycynie² oraz stojące

² Org. *sociology in medicine* oraz *sociology of medicine*.

przed każdą z nich zadania, przez wkład dorobku socjologii ogólnej (konceptje stylów życia, zagadnienia związane z globalizacją, znaczenie różnic międzykulturowych oraz nierówności społecznych) w tę problematykę, aż po sam rozwój piśmiennictwa związanego bezpośrednio z socjologią żywienia (również na gruncie polskim) płynnie wyjaśnia, czym jest socjologia żywienia i badaniem jakich zjawisk zajmują się badacze tej dziedziny wiedzy.

Już w pierwszym akapicie kolejnego rozdziału – „Proces medykalizacji a zmiany we wzorach odżywiania” – autorka wskazuje na ścisły związek między procesem medykalizacji, przejawiającym się w wyraźnej tendencji do „kontrolowania przez medycynę wszystkich wymiarów życia społecznego” (s. 22) a rolą socjologii w szeroko rozumianej promocji zdrowia, w tym promocji zdrowego stylu życia. Zagadnienia te zostały nie tylko omówione w perspektywie zmian we współczesnym społeczeństwie, lecz także osadzone w ramach podstawowych koncepcji socjologicznych.

W rozdziale trzecim – „Socjologiczne ujęcie zachowań w zdrowiu” – Beata Tobiasz-Adamczyk w sposób niemalże podręcznikowy przybliży czytelnikowi definicję „zachowań w zdrowiu”, a następnie bardzo szczegółowo wylicza, co – w myśl współczesnej socjologii – uznawane jest za tego typu zachowania. W skład tego rozdziału wchodzi również cztery podrozdziały w sposób problemowy i szczegółowo ujmujące różne zagadnienia związane z analizowaną problematyką. W pierwszym z nich – „Samoocena sposobu żywienia przez osoby starsze” – czytelnik zapoznaje się z wynikami badań na ten temat. W drugim – „Zachowania antyzdrowotne” – znajduje się omówienie czterech koncepcji wyjaśniających mechanizmy działania „zachowań antyzdrowotnych” (teorii dysonansu poznawczego, modelu dotyczącego znaczenia przekonań i wierzeń, modelu kulturowego pozostawiania w tyle i modelu społecznych porównań). W podrozdziale „Uwarunkowania zachowań żywieniowych” omówiona została rola poszczególnych czynników społeczno-demograficznych oraz uwarunkowań psychospołecznych na zachowania żywieniowe ludzi. Rozdział ten kończy się podrozdziałem czwartym: „Zachowania w stanie złego samopoczucia”.

Kolejny rozdział pt. „Uwarunkowania wyboru żywności” szczegółowo omawia znaczenie i specyfikę uwarunkowań kulturowych, społecznych (w tym wynikających z polityki społecznej), indywidualnych, biologicznych, psychologicznych i ekonomicznych w sposobach wybierania żywności. Ważną rolę w tym procesie przypisuje się tu różnorodnym powiązaniom między tymi determinantami oraz wpływającym na nie zróżnicowanym wzorom konsumpcji.

Rozdział „Preferencje, wybory określonych produktów”, będąc niejako kontynuacją poprzedniego rozdziału, wskazuje na znaczenie stylu życia, zachowań

i wierzeń w wyborze rodzaju, sposobach przygotowania i celebracji posiłków. Autorka zauważa również, w nurcie rozważań genderowych, dużą dysproporcję w zwyczajach żywieniowych zależną od płci. Jak twierdzi, na kobietach nie tylko spoczywa większa tradycyjna odpowiedzialność za przygotowanie posiłków, lecz także podlegają one silniejszej presji związanej z zachowaniem szczupłej sylwetki.

W rozdziale „Nierówności społeczne a wzory odżywiania” Beata Tobiasz-Adamczyk omawia społeczne i środowiskowe uwarunkowania zdrowia i sposób, w jaki przekładają się one na nierówności społeczne, oraz wskazuje na najważniejsze konsekwencje nierówności społecznych we współczesnych wzorach odżywiania się.

Siódmy rozdział – „Postrzeżenie ryzyka związanego z żywnością” – traktuje, jak wskazuje jego tytuł, o różnorodnych zagrożeniach wynikających z rodzaju, składu, sposobu przyrządzania oraz miejsca spożywania posiłków. Znajdują się w nim informacje na temat znaczenia, jakie w sposobach postrzegania tego ryzyka odgrywają świadomość społeczna i przekazy mediów masowych.

W rozdziale „Zachowania związane z samoopieką” omówione są aktywności i zachowania ludzi, zarówno jako jednostek, jak i członków grup oraz zbiorowości, podejmowane w celu rozpoznania ich indywidualnej podatności na zachorowania i zapobieżenia im oraz zapewnienia odpowiednich źródeł wsparcia na wypadek zachorowań. Podkreśla się w tym rozdziale znaczenie działań związanych z odżywianiem w celu utrzymania lub polepszenia aktualnego stanu zdrowia.

Rozdział „Zachowania w chorobie” poświęcony został sposobom reagowania ludzi na dostrzeżone nieprawidłowości w funkcjonowaniu organizmu w kontekście mechanizmów przyjmowania statusu „osoby chorej”, szukania wsparcia (indywidualnego i instytucjonalnego) oraz diagnozowania przyczyn choroby. Rozdział ten został wzbogacony o podrozdział „Samoleczenie jako wyraz zachowań w chorobie”, w którym omówione zostały mechanizmy i uwarunkowania przebiegu procesu samoleczenia.

Ostatni, dziesiąty, rozdział „Części I” – „Socjologiczne i kulturowe aspekty otyłości” – został poświęcony rozważaniom na temat definicji i społecznego znaczenia zjawiska, jakim jest, wspomiana już na początku, współczesna epidemia otyłości. We wstępie do tego rozdziału znalazł się przegląd wielu różnorodnych sposobów postrzegania i definiowania otyłości z uwzględnieniem jej wielopłaszczyznowego wymiaru (otyłość jako epidemia, stan zdrowia ludzi otyłych, otyłość jako pryzmat, przez który postrzegana jest otyła jednostka, otyłość u dzieci i jej społeczne konsekwencje) i koniecznością takiego jej analizowania. Pozostałą część rozdziału stanowią dwa podrozdziały: „Uwarunkowania otyłości” oraz „Jakość życia osób otyłych”. W pierwszym z nich Tobiasz-Adamczyk wskazuje na

znaczenie otyłości i omawia, poza biologicznymi, również społeczne i kulturowe jej determinanty. Drugi natomiast poświęca analizie jakości życia osób dotkniętych otyłością, jako punkt wyjścia przyjmując perspektywę Goffmanowskiego piętna i teorię stygmatyzacji otyłych Sophie Lewis.

II część publikacji – „Wybrane aspekty socjologii żywienia” – składa się z dziesięciu tematycznych referatów poświęconych wybranym zagadnieniom z dziedziny socjologii żywienia.

Referat „Wybrane aspekty epidemiologii żywienia”, autorstwa Elżbiety Sochackiej-Tatary, poświęcony został odżywianiu w kontekście kulturowych i społecznych determinantów warunkujących liczbę przyswajanych przez ludzi kalorii i ilość substancji odżywczych. Autorka rozpatruje tę problematykę w perspektywie niedoborów i nadwyżek pokarmowych oraz ich konsekwencji.

Anna Matyja w swoim referacie „Socjalizacja a żywienie – analiza socjologiczna” podjęła tematykę wpływu socjalizacji i przyjętych norm oraz wartości kulturowych na preferencje żywieniowe młodzieży, traktując odżywianie się młodzieży jako element jej relacji z rodzicami. W drugiej części referatu autorka skupiła szczególną uwagę na zaburzeniach w odżywianiu związanych z kryzysem wieku dojrzewania.

Referat „Uwarunkowania genderowe nierówności i przemocy w sferze zachowań żywieniowych – ujęcie interdyscyplinarne”, autorstwa Petera Sobieraja, Joanny Cicheckiej i Barbary Woźniak, został poświęcony determinowanym genderowo różnicom związanym z odżywianiem zarówno w sferze prywatnej, jak i publicznej. Autorzy w swoim referacie sytuują zagadnienia związane z żywieniem w kontekście uwarunkowanych kulturowo nierówności płciowych i wynikającej z nich przemocy symbolicznej, a także strukturalnej.

Autorka referatu „Regulacyjna funkcja religii a sposób odżywiania się i zdrowie osób zaangażowanych religijnie” – Barbara Woźniak – podejmuje problematykę socjologii żywienia w kontekście norm religijnych związanych z odżywianiem się. Autorka w referacie poddaje analizie regulacje dotyczące żywienia w wybranych tradycjach religijnych oraz omawia regulacyjny wpływ religii na styl życia.

Joanna Cichecka w referacie „Dystynkcja i dieta. Rola kapitału kulturowego w procesie kształtowania upodobań żywieniowych” omawia tematykę związków pomiędzy gustem kulinarnym a klasą społeczną Polaków po roku 1989. Jako punkt wyjścia tych rozważań autorka przyjęła kategorię gustu i habitusu, wiążąc je z właściwym danej klasie społecznej stylem życia i typem konsumpcji oraz ich reprodukcją.

Referat „Migracje międzynarodowe a żywienie” Elżbiety Ptak omawia problematykę jedzenia i odżywiania się ludzi w świetle ich migracji międzynarodowych. Uwagę autorki przyciąga zarówno znaczenie samego jedzenia w procesie migracji, jak i późniejsza akulturacja zwyczajów i nawyków żywieniowych imigrantów oraz jej zdrowotne konsekwencje.

Kolejny referat, „Waga mediów, czyli o wpływie mass mediów na kształtowanie wzorów żywienia”, autorstwa Anny Prokop, został poświęcony związkowi między przekazami medialnymi a obowiązującymi sposobami odżywiania się ich odbiorców. Autorka omawia kolejno tematykę: antyzdrowotnych nawyków żywieniowych (otyłości oraz anoreksji i bulimii), wpływu reklam na kształtowanie się wzorów żywienia oraz związków między obowiązującymi wzorami żywienia a propagowanym medialnie ideałem piękna.

Anna Jasiówka w referacie „Zaburzenia odżywiania występujące u dzieci i młodzieży” swoją uwagę poświęca psychospołecznym i kulturowym wymiarom anoreksji i bulimii psychicznej oraz ich społecznym i kulturowym uwarunkowaniom i konsekwencjom.

Referat Katarzyny Szczerbińskiej „Edukacja osób starszych w zakresie zdrowego odżywiania się” został w całości poświęcony propagowaniu właściwych zachowań żywieniowych wśród osób w późnym wieku. Autorka, poruszając ten temat, omawia wagę, determinanty, metody i przebieg zmiany stylu życia u osób starszych w kontekście wprowadzenia zmian w ich sposobach odżywiania się z perspektywy wspomagającego je w tym procesie dietetyka.

Ostatni referat „Antropologiczne podejście do nauki o żywieniu (z perspektywy amerykańskiej)”, autorstwa Petera Sobieraja, jest próbą usytuowania szeroko rozumianych nauk o żywieniu na gruncie antropologii. Autor, dokonując rozróżnienia na cztery obszary: antropologię lingwistyczną, archeologię, antropologię kulturową i antropologię fizyczną, omawia związki każdej z tych dziedzin z naukami o odżywianiu się ludzi. Podsumowując, autor opisuje tematykę żywienia w kontekście antropologii współczesnej, łączącej w sobie wcześniej wydzielone płaszczyzny.

Pozycję kończą ułożone alfabetycznie kilkudzaniowe notki biograficzne autorki I części oraz autorów poszczególnych referatów, zawierające informacje na temat ich życiorysów i zainteresowań naukowych.

Autorka książki, Beata Tobiasz-Adamczyk, będąc socjologiem medycyny oraz kierownikiem Katedry Epidemiologii Medycyny Zapobiegawczej i kierownikiem Zakładu Socjologii Medycyny Uniwersytetu Jagiellońskiego, od lat zajmuje się problematyką socjologii zdrowia, choroby i medycyny. Wśród

swoich zainteresowań badawczych wymienia między innymi zagadnienia związane z zachowaniami w zdrowiu i chorobie oraz uwarunkowaną stanem zdrowia jakością życia ludzkiego, a także socjologię żywienia właśnie. Autorka publikacji prowadzi obecnie unikatowy kurs z zakresu socjologii żywienia dla studentów Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Podjętej przez autorkę tematyce socjologii żywienia nie poświęcono dotychczas w polskiej literaturze naukowej podobnej pozycji, zatem omawiana książka „Od socjologii medycyny do socjologii żywienia” ma charakter prekursorski w tej dziedzinie.

Już na pierwszych stronach publikacji autorka wykazuje się niekwestionowaną wiedzą z zakresu zarówno socjologii medycyny, jak i – bardziej szczegółowo – socjologii żywienia, umiejscawiając dyscyplinę w kontekście szerszego dorobku socjologii i opisując dotychczasowe i polskie, i zagraniczne osiągnięcia na tym polu.

Spoglądając na omawianą pozycję jako całość literaturową, trudno nie dostrzec pewnych dysproporcji pomiędzy wyróżnionymi w niej przez autorów częściami. Podczas gdy I część ma 72 strony, II część – licząc 147 stron – jest dwukrotnie większa. Dodatkowo już przy pierwszym kontakcie z książką rzucają się w oczy wynikające z tej dysproporcji nierówności pomiędzy jej podstawowymi elementami. Ponieważ, mimo objętościowej nierówności, I część została podzielona na 10 rozdziałów, a II część zawiera analogicznie 10 referatów, zdarza się, że czytelnik napotyka w publikacji rozdziały dwu- lub trzystronicowe, podczas gdy każdy referat stanowi minimum kilkunastostronicową całość. Znajduje to jednak swoje uzasadnienie w specyfice tego podziału: otóż pierwsze rozdziały wprowadzają czytelnika w teoretyczne zagadnienia związane z socjologią żywienia, a te z części II są poświęcone analizie empirycznych problemów mieszczących się w ramach tej dziedziny.

W trakcie lektury trudno jednak oprzeć się wrażeniu, że zarysowany wyżej podział w kilku miejscach się zaciera. Jest to odczuwalne, kiedy autorka I części, bez wyraźnego uzasadnienia teoretycznego, sięga po wyniki szczegółowych badań empirycznych (np. podrozdział „Samoocena sposobu żywienia przez osoby starsze”, s. 20–31), zaś w innych miejscach odczuwa się niedosyt podobnej empirycznej egzemplifikacji (np. „Postrzeganie ryzyka związanego z żywnością”, s. 51–53). Jednocześnie w żadnym z przytoczonych przypadków sposób opisu i rodzaj wybranych (lub pominiętych) przez autorkę przykładów ani nie zaburza struktury tekstu, ani nie utrudnia jego lektury.

Jak już sygnalizowano, książka – a zwłaszcza jej I część – prawdopodobnie zgodnie z zamysłem autorów, ma raczej podręcznikowy, podsumowująco-wy-

jaśniający charakter. Autorka, wprowadzając czytelnika w kolejne zagadnienia z dziedziny socjologii żywienia, konsekwentnie dba o jasność wyводу, definicyjno-teoretyczne ugruntowanie stawianych przez siebie tez oraz szuka szerszego społecznego kontekstu dla swoich rozważań. Jednocześnie nieustannie dba o przejrzystą strukturę zarówno wyводу, jak i układu graficznego. Liczne wypunktowania, tabele i specyficzne szare ramki, zawierające najważniejsze w danym miejscu informacje, podsumowania i ciekawostki dodatkowo ułatwiają lekturę i zrozumienie przedstawianych treści.

W II części omawianej pozycji, jak już kilkakrotnie wspomniano, czytelnik napotyka zbiór dziesięciu problemowych referatów, które łącznie obejmują bardzo szeroką tematykę, w tym: zaburzenia odżywiania i ich społeczne przyczyny, konsekwencje, kulturowe i społeczne uwarunkowania odżywiania, wpływ nierówności społecznych oraz płciowych na odżywianie, miejsce odżywiania we współczesnym, zmedializowanym świecie.

W tej części zauważalna jest nie tylko ogromna różnorodność prezentowanych przez autorów tematów, lecz także bardzo duża wielość perspektyw, z jakich wybrane zagadnienia są przedstawiane. Czytelnik może zatem zapoznać się tu między innymi z opisem edukacji osób starszych w zakresie odżywiania się, przygotowanym przez lekarza geriatrę z wieloletnim doświadczeniem w tym właśnie zakresie, diagnozą wybranych aspektów epidemiologii żywienia, autorstwa doktora nauk medycznych, próbą osadzenia nauk o żywieniu i odżywianiu się w perspektywie antropologicznej czy wreszcie socjologicznymi analizami problemów związanych z żywieniem. Ta olbrzymia różnorodność, stanowiąc o niewątpliwiej wartości poznawczej publikacji i zapoznając jej czytelnika z bogatym spektrum zjawisk, utrudnia jednocześnie porównywanie zamieszczonych w niej referatów.

Omawiana pozycja jest bez wątpienia nowością w swojej dziedzinie. A zatem tym bardziej ważny jest fakt, że udało jej się uniknąć łatwego w tej tematyce uproszczenia, traktującego (z wyłączeniem problematyki zaburzeń odżywiania) tematykę żywienia jako właściwą wyłącznie społeczeństwom dostatku i obfitości. Zwrócenie przez autorów bacznej uwagi na kwestie niedostatków żywieniowych oraz wpływu nierówności na odżywianie się wskazuje na wyraźne łączenie się tej dziedziny socjologii z socjologią biedy i ubóstwa, socjologią nierówności i tworzy tym samym nową, bardzo ciekawą perspektywę badawczą.

Cechą łączącą wszystkie zamieszczone w publikacji treści jest – obok niezaprzeczalnego bogactwa bibliograficznego, mnogości zawartych tam odwołań do zagranicznych publikacji, badań i analiz – niedosyt związany ze skromną liczbą analogicznych odwołań do dorobku polskiej naukowców. Choć strategia

taka pozwoliła autorom uzyskać bardzo bogate, ciekawe i wielowątkowe opisy, pozostawia jednak wątpliwości, w jakim stopniu są one adekwatne do polskich realiów. Wydaje się jednak, że braki te wynikały głównie z niedostatku odpowiednich badań i publikacji na gruncie polskim, a wyznaczony przez autorów omawianej publikacji kierunek – poświęcenie osobnych analiz socjologii żywienia – pozwoli te niedostatki nadrobić.

Choć przy pogłębionej lekturze pozycji daje się czasem odczuć pewien niedosyt w kwestii szczegółowości i drobiazgowości przedstawianych analiz, to właśnie taki sposób prezentacji umożliwia bezproblemowe wprowadzenie w nie czytelnika mniej zaznajomionego z zagadnieniami socjologii żywienia. Tak skonstruowana część teoretyczna jest też bardzo dobrym źródłem wiedzy dla studentów, nie tylko socjologii i nauk pokrewnych, lecz także innych dziedzin zainteresowanych żywieniem.

Dodatkowo, na co warto zwrócić uwagę, podjęcie przez autorów problematyki odżywiania się osób starszych, będące dotychczas domeną dziedzin takich jak chociażby dietetyka czy – szerzej – medycyna, otwiera przed socjologią żywienia nowe płaszczyzny analityczne. Wejście tej nowej subdyscypliny w obszar szeroko rozumianej gerontologii społecznej jest podejściem nowym i niezwykle ciekawym. W kontekście współczesnych zmian demograficznych i społecznych oraz przy towarzyszącym im silnym zwrocie zainteresowania nauk społecznych w kierunku życia osób starszych, holistyczne – uwzględniające również zakres socjologii szczegółowych – traktowanie tej tematyki wydaje się szczególnie ważne.

INFORMACJE DLA AUTORÓW

ZASADY PRZYGOTOWANIA TEKSTU DO PUBLIKACJI W „PRZEGLĄDZIE SOCJOLOGICZNYM”

1. Na górze po lewej stronie imię i nazwisko autora, miejsce pracy (afiliacja) oraz e-mail.

2. Tytuł wyśrodkowany, pisany wersalikami i pogrubiony (bold): Times New Roman – 12 pkt.

3. Śródtytuły pogrubione (bold): Times New Roman – 12 pkt.

4. Czcionka w tekście: Times New Roman – 12 pkt.

5. Konieczne przypisy na końcu strony – numeracja ciągła, czcionka . Times New Roman – 10 pkt.

6. Odnośniki w tekście zgodnie z tzw. systemem harwardzkim np. [Ygrekowski 2001 (rok wydania): 17 (strona/y po dwukropku)]

7. Bibliografia na końcu, po tekście, alfabetycznie, czcionka Times New Roman – 10 pkt., wg wzoru: nazwisko i pierwsza litera imienia. [rok wydania], Tytuł, [w:] X. Ygrekowski (red.), Tytuł (jeśli czasopismo ciągle to w cudzysłowie), miejsce wydania: wydawnictwo.

Np. Wojciszke B., Grzelak J. [1995], *Poczucie krzywdy Polaków: wzorce przeżywania, determinanty i konsekwencje*, [w:] A. Biela, T. Marek (red.), Społeczne, eksperymentalne i metodologiczne konteksty procesów poznawczych człowieka, Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.

8. Do redakcji należy przesłać tekst wraz ze streszczeniami (ok. 200 słów) w języku polskim i angielskim, ze słowami kluczowymi w obu językach, oraz tytułem artykułu w języku angielskim odpowiadającym tytułowi oryginału.

9. Rysunki, wykresy i tabele powinny być przygotowane bez kolorów (w odcieniach szarości), z możliwością naniesienia na nich poprawek po redakcji wydawniczej. W przypadku skanowanych rysunków lub zdjęć – rozdzielczość 300–600 dpi. Numeracja ciągła, tytuł i numer nad rysunkiem, tabelą; źródło pod rysunkiem, tabelą. Rysunki, tabele należy umieścić w odpowiednich miejscach tekstu (jak najbliższej odwołań).