

Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014-2020

PROJEKT

Warszawa, 29 października 2013 r.

WPROWADZENIE.....	3
1 SYTUACJA DEMOGRAFICZNA POLSKI – STAN OBECNY, PERSPEKTYWY ROZWOJU, GŁÓWNE WYZWANIA.....	6
2 ZDROWIE i SAMODZIELNOŚĆ.....	9
2.1 UWARUNKOWANIA ROZWIĄZAŃ MEDYCZNO-OPIEKUŃCZYCH DLA OSÓB STARSZYCH.....	9
2.1.1 Priorytet 1. Stworzenie systemowych rozwiązań, które pozwolą na rozwój usług medycznych dla osób starszych.....	14
2.1.2 Priorytet 2. Promocja zdrowia i profilaktyka zdrowotna.....	16
2.1.3 Priorytet 3. Rozwój usług społecznych i opiekuńczych dostosowanych do potrzeb osób starszych.....	18
2.2 BEZPIECZEŃSTWO.....	20
2.3 PRZESTRZEŃ i MIEJSCE ZAMIESZKANIA.....	21
3 AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA OSÓB 50+.....	22
4 AKTYWNOŚĆ EDUKACYJNA, SPOŁECZNA I KULTURALNA OSÓB STARSZYCH.....	26
4.1 AKTYWNOŚĆ EDUKACYJNA.....	26
4.1.1 Priorytet 1. Rozwój oferty edukacyjnej dla osób starszych w obszarach zgodnych z potrzebami.....	28
4.1.2 Priorytet 2. Wspieranie rozwoju systemowych rozwiązań dla organizacji różnych form uczenia się osób starszych, w tym ruchu Uniwersytetów Trzeciego Wieku.....	32
4.2 AKTYWNOŚĆ SPOŁECZNA.....	34
4.2.1 Priorytet 1. Rozwój aktywności obywatelskiej osób starszych.....	34
4.2.2 Priorytet 2. Rozwój wolontariatu osób starszych.....	36
4.3 AKTYWNOŚĆ W OBSZARZE KULTURY.....	39
5 SREBRNA GOSPODARKA.....	41
6 RELACJE MIĘDZYPOKOŁENIOWE.....	42
PODSUMOWANIE.....	46
7 Spis tabel i wykresów.....	48

WPROWADZENIE

Przedstawiane *Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014-2020* (ZDPS) są wykonaniem zobowiązania przewidzianego w *Rządowym Programie na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2012-2013* (Program ASOS). Program ASOS jest pierwszym ogólnopolskim programem przygotowanym na taką skalę, dedykowanym osobom starszym oraz współpracy międzypokoleniowej. Realizacja Programu ASOS pozwoliła na stworzenie podstaw dla polityki senioralnej w Polsce (polityki dotyczącej osób starszych oraz dla osób starszych).

Polityka senioralna jest to ogół celowych działań organów administracji publicznej wszystkich szczebli oraz innych organizacji i instytucji, które realizują zadania i inicjatywy kształtujące warunki dla godnego i zdrowego starzenia się.

Na potrzeby niniejszego dokumentu polityka senioralna rozumiana jest szeroko jako ogół działań, w okresie całego życia człowieka, prowadzących do zapewnienia warunków dla wydłużenia aktywności, zarówno zawodowej, jak i społecznej oraz dla samodzielnego, zdrowego, bezpiecznego i niezależnego życia osób starszych¹.

Odpowiednio zaprojektowana i opracowana polityka senioralna jest istotnym elementem modelu polityki społecznej. Powinna reagować na aktualne wyzwania. Wyznaczone cele oraz kierunki działań będą mogły być realizowane dzięki zaangażowaniu różnych podmiotów. Polityka senioralna powinna być zaprojektowana horyzontalnie tzn. powinna być spójna z polityką państwa w obszarze zabezpieczenia społecznego, rynku pracy, zdrowia, edukacji (uczenia się przez całe życie), infrastruktury, mieszkalnictwa i innych.

ZDPS choć ma charakter ramowy, to jednocześnie stanowi konkretny zestaw koniecznych działań w obszarze polityki senioralnej w Polsce, który jest kierowany do szerokiego grona odbiorców. Po pierwsze, do społeczeństwa, które ze względu na swoje kompetencje i potencjał stanowi kluczowy element w procesie budowania i rozwoju polityki aktywnego i zdrowego starzenia. Po drugie, do władz publicznych wszystkich szczebli, sektora prywatnego oraz pozarządowego i parterów społecznych, których działania pozwolą na odpowiednie zagospodarowanie aktywów wynikających z wydłużania życia. Tak zdefiniowani adresaci działań, w obszarze polityki senioralnej oraz ich ścisła wzajemna współpraca, będzie stanowiła o skuteczności realizacji głównego celu polityki senioralnej - poprawy sytuacji osób starszych dla godnego starzenia się w dobrym zdrowiu.

Należy zaznaczyć, iż czas przeznaczony na przygotowanie dokumentu (luty-wrzesień 2013 r.) oraz pogłębiona dyskusja członków Rady ds. Polityki Senioralnej² spowodowały konieczność wyraźnej priorytetyzacji proponowanych działań. Partycypacyjny proces powstawania

¹ Na potrzeby niniejszego dokumentu przyjmuje się, że osoba starsza (zamiennie stosowane senior), to osoba, która ukończyła 60. rok życia. Definicja jest zgodna z przyjętą przez Pierwsze Światowe Zgromadzenie na temat Starzenia się Społeczeństw ONZ w 1982 r. Takie założenie wynika z konieczności opracowania działań skierowanych do osób nie tylko nieaktywnych zawodowo, ale działań, które będą wspierać wydłużenie aktywności zawodowej i przygotowywać do aktywnego starzenia się.

² Rada ds. Polityki Senioralnej została powołana w lutym 2013 r., w ramach komponentu systemowego Rządowego Programu ASOS. Jej kształt odpowiada założeniu tworzenia polityki senioralnej w formule partycypacyjnej. Jest to organ pomocniczy Ministra Pracy i Polityki Społecznej, i do stałego udziału w jej pracach zostali zaproszeni przedstawiciele ministerstw oraz centralnych organów administracji publicznej, jak również przedstawiciele organizacji jednostek samorządu terytorialnego, organizacji trzeciego sektora i eksperci, wydelegowani do prac w Radzie.

dokumentu pozwolił na przedłożenie projektu ZDPS, w którym w wyniku dyskusji i uzgodnień zidentyfikowano większość czynników, które – w opinii członków Rady - mają istotny wpływ na funkcjonowanie osób starszych.³

W pracach nad założeniami polityki senioralnej wykorzystano koncepcję **aktywnego starzenia się**, które jest definiowane jako proces umożliwiający zarówno jednostkom jak i grupom społecznym zagospodarowanie ich potencjału z perspektywy całego życia, zachowania zarówno dobrostanu psychicznego i fizycznego, jak i aktywności zawodowej, społecznej oraz niezależności i samodzielności⁴.

Na podstawie dostępnych wielu danych, jak i wyników badań (m.in. dotyczących perspektywy demograficznej Polski⁵) oraz opinii wyrażanej przez członków Rady ds. Polityki Senioralnej, w ZDPS zawarto cztery główne obszary wyzwań, które stanowiły podstawę do wypracowania konkretnych kierunków interwencji, niezbędnych dla poprawy jakości życia osób starszych.

Główne zidentyfikowane wyzwania dla polityki senioralnej, wokół których wypracowano kierunki interwencji to:

- zwiększający się udział osób starszych w populacji i przygotowanie się na wiele społecznych i ekonomicznych konsekwencji tego zjawiska,
- wydłużenie okresu aktywności zawodowej,
- wykorzystanie potencjału osób starszych w obszarze aktywności społecznej i obywatelskiej,
- zapotrzebowanie na rozwiązania pozwalające na godzenie życia zawodowego z rodzinnym osób pracujących w wieku 50+ (konieczność sprawowania opieki nad rodzicami lub innymi osobami zależnymi);

Dodatkowo wyzwania wynikające z procesu starzenia się społeczeństwa wymagają podjęcia wielokierunkowych działań, których celami głównymi są zapewnienie godnego starzenia się poprzez poprawę jakości i poziomu życia oraz tworzenie warunków do aktywności zawodowej i społecznej osób starszych. Ze względu na różnorodność obszarów, w których działania te powinny być podjęte, niezbędne jest staranne rozpoznanie potrzeb i oczekiwań środowiska osób starszych oraz osób, organizacji i instytucji działających na ich rzecz, a następnie wypracowanie wielokierunkowej, kompleksowej i długoterminowej strategii działań⁶, odpowiadającej w jak największym stopniu na te potrzeby i oczekiwania. Niniejszy dokument powinien być potraktowany jako początek ważnego procesu, który jest prowadzony w Polsce, i którego celem jest opracowanie, a następnie wdrażanie polityki senioralnej nie tylko na poziomie kraju, ale także regionu i w lokalnym środowisku.

³ W roku 2017 planuje się rewizję ZDPS, ze względu na zmieniającą się sytuację społeczno-gospodarczą Polski, która jest wypadkową zmian demograficznych.

⁴ Niektóre ujęcia aktywnego starzenia ograniczają się tylko do wydłużania aktywności zawodowej starszych pracowników. Natomiast ONZ podkreśla, że na starzenie się należy patrzeć jako na wynik długiego procesu, a nie stan wynikający z osiągnięcia pewnego wieku. Zgodnie z definicją aktywnego starzenia się WHO, *What is active ageing?* http://www.who.int/ageing/active_ageing/en/ (dostęp: 11.06.2013 r.)

⁵ Opis i szczegółowa diagnoza wyzwań, które były podstawą niniejszego dokumentu znajdują się w dalszej części dokumentu po prezentacji celów i kierunków interwencji.

⁶ Przykładem jest opracowanie *Strategie działań na rzecz starzejącego się społeczeństwa* przygotowane pod kierunkiem prof. dr hab. B. Szatur – Jaworskiej w Biurze Rzecznika Praw Obywatelskich pod patronatem prof. dr hab. Ireny Lipowicz.

Celem polityki senioralnej w Polsce będzie wspieranie i zapewnienie możliwości aktywnego starzenia się w zdrowiu oraz możliwości prowadzenia w dalszym ciągu samodzielnego, niezależnego i satysfakcjonującego życia, nawet przy pewnych ograniczeniach funkcjonalnych.

Postępujący proces starzenia się populacji wymaga od państwa działań na zasadzie synergii w różnych obszarach polityki publicznej, które będą stanowić efektywną odpowiedź na to wyzwanie demograficzne. Przyjmując, że prognozowana sytuacja demograficzna może być dodatkowym źródłem nowych możliwości w procesie rozwoju potencjału społecznego dzięki wykorzystaniu intelektualnych zasobów twórczych osób starszych, należy wypracować komplementarną *strategię* w zakresie *polityki senioralnej* z uwzględnieniem przenikania się owych działań w tych różnych obszarach.

Dla wypracowania komplementarnej *strategii polityki senioralnej* konieczne należy wskazać cele optymalne w określonych obszarach polityki społecznej oraz zaprogramować wynikające z nich operacyjne zadania i synergiczne działania, które będą realizowane przez instytucje państwa w pełni otwarte na partycypacyjną współpracę z organizacjami społeczeństwa obywatelskiego (działającymi dla osób starszych), tj.: kształtowania warunków dla prowadzenia zdrowego i samodzielnego trybu życia oraz zachowania przez seniorów dobrostanu psycho-fizycznego i umożliwiania im wykorzystania ich intelektualnych zasobów twórczych i zwiększania potencjału społecznego poprzez partycypację w sferach kultury, edukacji i nauki.

1 SYTUACJA DEMOGRAFICZNA POLSKI – STAN OBECNY, PERSPEKTYWY ROZWOJU, GŁÓWNE WYZWANIA

Współczesne społeczeństwa europejskie charakteryzują się dynamicznymi zmianami w strukturze demograficznej ludności. Ze względu na dwa współwystępujące zjawiska: niski wskaźnik dzietności oraz wydłużającą się długość życia rośnie udział osób starszych (60+) w populacji. Według danych Eurostat-u w końcu 2011 r. osoby starsze stanowiły 23,9% ludności UE-27.

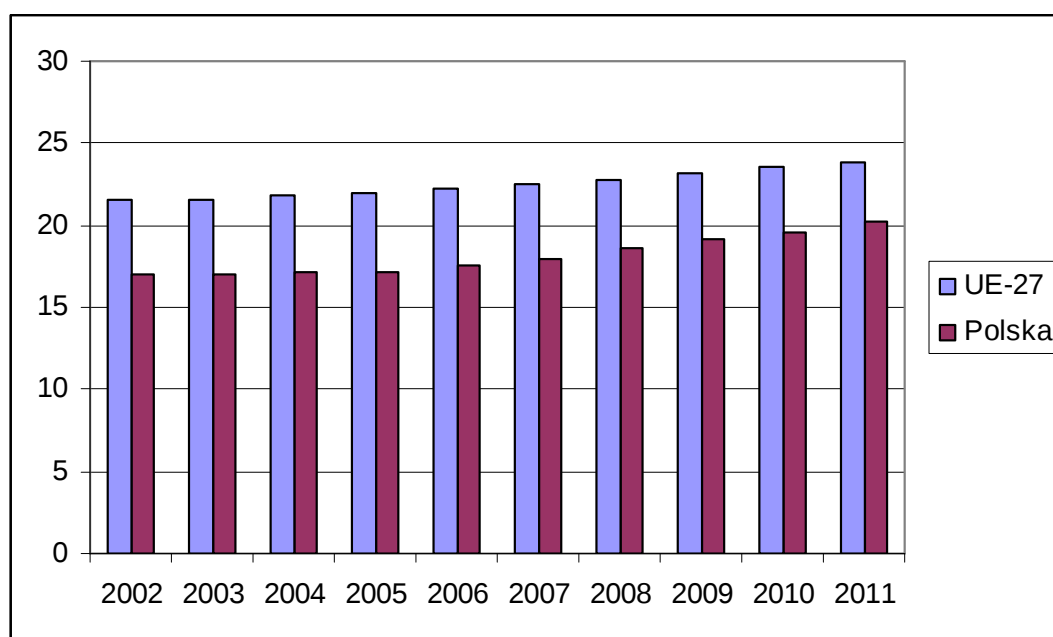
Tabela 1. Udział osób w poszczególnych grupach wieku UE-27 i Polsce w 2011⁷ r. (w %) (stan na 31.12.2011 r.)

	0-14	15-64	15-60	60-64	60+	65+
UE-27 ^{a)}	15,6	66,6	60,5	6,1	23,9	17,8
Polska	15,1	71,1	64,7	6,4	20,2	13,8

^{a)} dane wstępne

Źródło: opracowanie własne na podstawie Eurostat ([demo_pjanind](#)).

Wykres 1. Udział osób w wieku 60 + w ogólnej liczbie ludności UE-27 i Polsce w latach 2002-2011 (w %).



Źródło: opracowanie własne na podstawie Eurostat ([demo_pjanind](#)).

Podobne trendy obserwuje się w Polsce. Udział osób starszych w polskim społeczeństwie systematycznie rośnie. W 1988 r. ludność w wieku 60+ stanowiła 14,5% populacji, a w 2010 r. już 19,7%, co oznacza przyrost o 2 mln. osób (36,7 %).⁸

Według kryteriów przyjętych przez E. Rosseta wyznacznikiem przekroczenia progu demograficznej starości jest przekroczenie 12% udziału osób powyżej 60 roku życia

⁸ GUS.

i starszych w ogólnej liczbie ludności, co oznacza, że Polska należy do krajów, w których proces demograficznego starzenia się populacji jest zaawansowany⁹.

Tabela 2. Udział osób starszych (60+) w populacji Polski w 2011 r.

Wskaźnik	Wartość wskaźnika (%)	Liczba osób (w mln)
60+	20,2	7,8
w tym:		
odsetek osób 80+:	3,6	1,4

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.

Inną miarą starzenia się społeczeństwa jest relacja między generacją najmłodszą 0-14 lat, a pokoleniem 65+, określająca ile osób starszych przypada na 1000 dzieci. Według danych z raportu Rządowej Rady Ludnościowej *Sytuacja demograficzna Polski 2010 – 2011* w 2010 r. liczba osób starszych przypadających na 1000 dzieci wyniosła 1007 w miastach oraz 764 na wsi, a do 2035 nastąpi ponad dwukrotny jej wzrost.

Tabela 3. Relacja między liczbą dzieci (0-14 lat) a liczbą osób w wieku 65+.

	1988	2010
	liczba osób starszych przypadająca na 1000 dzieci	liczba osób starszych przypadająca na 1000 dzieci
Ogółem	383	900
Miasto	348	1007
Wieś	434	764

Źródło: opracowanie własne na podstawie raportu *Sytuacja demograficzna Polski 2010 – 2011*

Z danych Eurostat-u wynika, iż w 2020 r. osoby po 60. roku życia będą stanowić blisko 25% ludności polskiego społeczeństwa, a *Prognoza ludności na lata 2008–2035* GUS wskazuje, że najbliższe lata będą cechowały się przyrostem ludności w najstarszych grupach wieku. Szacuje się, że w roku 2030 odsetek osób w wieku 85 lat i więcej będzie wynosić 2,1% (por. Tabela 4).

Tabela 4. Prognoza ludności w latach 2010-2035 według grup wieku (w %)

Wiek	2010	2015	2020	2025	2030	2035
0-14	15,0	15,2	15,6	15,0	13,7	12,5
15-64	71,4	69,2	66,0	64,1	64,0	64,2
60-64	6,1	7,1	7,0	5,8	5,7	6,8
60+	19,6	22,7	25,4	26,8	28,0	30,0
65+	13,5	15,6	18,4	21,0	22,3	23,2
85+	1,4	1,8	2,0	2,1	2,1	3,1

Źródło: opracowanie własne na podstawie GUS, *Prognoza ludności na lata 2008–2035*

⁹ GUS, *Seniorzy w województwie mazowieckim w świetle wyników narodowego spisu ludności i mieszkań 2011*, http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/warsz/ASSETS_seniorzy_na_mazowszu.pdf (dostęp: 13.06.2013 r.).

Odsetek ludności w wieku 60 + będzie systematycznie wzrastał. W 2035 r. ma on wynieść 30%, przy czym w miastach będzie się kształtował na nieco wyższym poziomie (31%) niż na wsi (28,6%). Mediana wieku, czyli parametr wyznaczający granicę wieku, którą połowa populacji już przekroczyła, a druga połowa jeszcze nie osiągnęła, także ulegnie podwyższeniu z 38 lat w 2010 r. do 47,9 lat w roku 2035. Jednocześnie współczynnik obciążenia demograficznego¹⁰ wzrośnie z 26 osób w wieku poprodukcyjnym na 100 osób w wieku produkcyjnym w 2010 r. do 46 osób w roku 2035.

W charakterystyce procesu starzenia się populacji w Polsce ważne jest zwrócenie uwagi na regionalne zróżnicowanie. Obecnie największy udział osób starszych w populacji notowany jest w województwach łódzkim, świętokrzyskim i śląskim (ponad 21-22%), z medianą wieku ok. 40 lat. Najmłodsze województwa - gdzie odsetek osób starszych nie przekracza 19%, a mediana wieku kształtuje się na poziomie ok. 37 lat to: warmińsko-mazurskie oraz podkarpackie, pomorskie, wielkopolskie i lubuskie. „Najstarszym” demograficznie miastem jest Łódź - odsetek osób w wieku 60+ wynosi tam 26,2%. „Najmłodszym” miastem jest Rzeszów z odsetkiem 19,4%, (szczegółowe dane w Tabeli. 5).

Tabela 5. Udział osób 60+ w strukturze ludności województw i ich stolic w 2011 roku

Województwo	Udział osób 60+ (%)	Miasta	Udział osób 60+ (%)
Dolnośląskie	20,9	Wrocław	23,5
Kujawsko-pomorskie	19,6	Bydgoszcz	23,4
		Toruń	21,2
Lubelskie	20,7	Lublin	21,6
Lubuskie	19,0	Gorzów Wielkopolski	20,9
		Zielona Góra	22,0
Łódzkie	22,6	Łódź	26,2
Małopolskie	19,5	Kraków	22,8
Mazowieckie	21,0	Warszawa	24,5
Opolskie	20,7	Opole	22,6
Podkarpackie	18,9	Rzeszów	19,4
Podlaskie	20,3	Białystok	19,5
Pomorskie	18,9	Gdańsk	23,4
Śląskie	21,2	Katowice	24,4
Świętokrzyskie	21,8	Kielce	23,2
Warmińsko-Mazurskie	18,0	Olsztyn	20,0
Wielkopolskie	18,9	Poznań	23,1
Zachodniopomorskie	19,7	Szczecin	23,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie *Rocznika Demograficznego 2012*.

Proces starzenia się społeczeństwa charakteryzuje się kilkoma istotnymi cechami. Jedną z nich jest tzw. singularyzacja starości. Jej wyrazem jest wysoki odsetek osób starszych prowadzących jednoosobowe gospodarstwa domowe. W 2030 r. aż 53,3% gospodarstw domowych będzie prowadzonych przez osoby w wieku co najmniej 65 lat, w tym 17,3%

¹⁰ Współczynnik obciążenia demograficznego - Stosunek liczby osób w wieku, gdy są one nieaktywne lub bierne zawodowo, czyli w wieku nieprodukcyjnym (liczba dzieci w wieku 0-14 lat, liczba osób w wieku 60 lub 65 lat i więcej) do liczby osób będących w wieku produkcyjnym (liczba osób w wieku 15 - 59 lub 64 lata)

przez osoby w wieku 80 lat i więcej¹¹. Znacznie częściej w jednoosobowych gospodarstwach domowych pozostają kobiety. Według danych z badania PolSenior, ok. 33% kobiet powyżej 75 roku życia mieszka samotnie. Udział mężczyzn 75+ prowadzących jednoosobowe gospodarstwa domowe jest niższy i wynosi 13,6%¹². Singularyzacja wiąże się z osamotnieniem, zwiększa ryzyko wykluczenia społecznego, np. w przypadku ograniczonej samodzielności.

Drugą cechą charakterystyczną jest feminizacja starzenia się. Jak pokazują dane GUS (*Rocznik Demograficzny 2012*) w grupie wieku 50-54 lata występuje nadwyżka liczby kobiet nad liczbą mężczyzn (103 kobiety na 100 mężczyzn). Nadwyżka to systematycznie wzrasta w starszych grupach wieku. W grupie 70-74 lata wskaźnik feminizacji wynosi już 147, a w grupie 85+ aż 284¹³.

2 ZDROWIE I SAMODZIELNOŚĆ

2.1 UWARUNKOWANIA ROZWIĄZAŃ MEDYCZNO-OPIEKUŃCZYCH DLA OSÓB STARSZYCH

Obszar dotyczący ochrony zdrowia osób starszych jest identyfikowany jako jeden z najważniejszych w polityce senioralnej w Polsce.

Stan zdrowia

Zarówno kobiety jak i mężczyźni po 50. roku życia doświadczają różnego rodzaju chorób, ale w większym stopniu dotyczy to kobiet niż mężczyzn. Najwyższy odsetek osób w Polsce cierpi na nadciśnienie tętnicze (odpowiednio: ponad 50% kobiet i ponad 35% mężczyzn w wieku 50 lat), zapalenie stawów (odpowiednio około 40%, ponad 25%) oraz doświadczyło zawału serca (około 1/5 kobiet i mężczyzn). Jednak warto zaznaczyć, iż mężczyźni w Polsce mają ciągle o kilka lat krótszą oczekiwaną długość życia niż kobiety, szczególnie dotyczy to osób zagrożonych ubóstwem. Ubóstwo pozostaje nadal najważniejszą determinantą długości życia i życia w zdrowiu. Polska negatywnie prezentuje się na tle innych krajów europejskich pod względem zawałów serca, zapalenia stawów i wrzodów żołądka. Udar mózgu jest także zjawiskiem częstszym w Polsce niż w innych krajach. Z kolei odsetek osób ze zdiagnozowanym nowotworem złośliwym jest w Polsce niższy niż w pozostałych krajach Europy. Polacy wyróżniają się na tle krajów Unii Europejskiej także pod względem negatywnej samooceny własnego stanu zdrowia. Aż 61,7% mężczyzn i 62,5% kobiet ocenia go jako „poniżej dobrego” (por. badanie SHARE). Negatywna ocena zdrowia Polaków ma też odzwierciedlenie w obiektywnych wskaźnikach takich jak trudności z przejściem 100 m (ponad 15% mężczyzn i 18% kobiet w porównaniu z 8-13 % w innych krajach). Zdrowy styl życia nie jest cechą wyróżniającą osoby 50+ w Polsce. Do palenia w okresie przeprowadzonego badania SHARE przyznała się jedna trzecia mężczyzn i jedna piąta kobiet. Polacy nie prowadzą aktywnego pod względem ruchowym stylu życia. Około 60% kobiet i 53% mężczyzn zadeklarowało brak intensywnej aktywności fizycznej, a brak umiarkowanej aktywności odpowiednio 25% i 21%. Niska aktywność ruchowa przekłada się na problemy z nadwagą wśród osób starszych, a w konsekwencji na postępujący rozwój chorób układu krwionośnego i ruchowego. Aż 63% osób starszych uskarża się na trzy lub więcej

¹¹ P. Błędowski (i inni), *Raport na temat sytuacji osób starszych w Polsce*, 2012, s. 6.

¹² B. Szatur-Jaworska, *Sytuacja rodzinna i więzi rodzinne ludzi starych i osób na przedpolu starości*, w: M. Mossakowska, A. Więcek., P. Błędowski., *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, s. 422.

¹³ *Rocznik Demograficzny 2012*.

dolegliwości, głównie ze strony narządu ruchu, krążenia, zaburzeń równowagi, nietrzymanie moczu, zaburzenia pamięci. Wielochorobowość, otępienie, cukrzyca, pogorszenie funkcji narządów zmysłów, upośledzenie zdolności poznawczej i osłabienie siły mięśniowej prowadzi do uznania osoby w wieku 65+, jako wymagającej odmiennego podejścia. Przekłada się to na konieczność organizacji zintegrowanej opieki, opartej na specjalistycznym podejściu geriatrycznym, a więc uwzględniającym trudności w zapamiętywaniu, dezorientację przestrzenną i czasową, niedosłuch, zaburzenia wzroku oraz obniżoną sprawność fizyczną i niewydolność krążeniową. Zdolność do samodzielnego zarządzania procesem leczniczym przez osoby starsze jest ograniczona i wymaga wsparcia instytucjonalnego. Zmniejsza się w ten sposób ryzyko powikłań i zaniechania terapii, głównych czynników odpowiedzialnych za zwiększenie odsetka hospitalizacji w chorobach przewlekłych niezakaźnych. Z uwagi na istotny niedostatek ilości specjalistów geriatry (ok. 270) oraz geriatrycznych łóżek szpitalnych (ok. 600) konieczne jest zwiększenie kompetencji lekarzy innych specjalności, a przede wszystkim specjalistów chorób wewnętrznych i medycyny rodzinnej. Zaplanowana w ten sposób przebudowa nadzoru specjalistycznego będzie sprzyjać obniżeniu kosztów opieki nad seniorami, przy jednoczesnej poprawie ich stanu zdrowia i jakości życia.

Oprócz złego stanu zdrowia obserwuje się zjawisko e-wykluczenia, zmniejszenia więzi rodzinnych, osłabienia relacji międzyludzkich, nienadążania seniorów za rozwojem technologicznym w ich życiu codziennym, co z kolei sprzyja występowaniu poczucia alienacji i w konsekwencji prowadzi do zwiększonego odsetka stanów depresyjnych. Pod względem zdrowia psychicznego, starsi Polacy różnią się od osób z innych krajów europejskich: częściej mówią o braku nadziei na przyszłość, smutku, utracie przyjemności, kłopotów ze snem, zmęczeniem i drażliwością. Prawie 60% kobiet po 50. roku życia w Polsce deklaruje odczuwanie przynajmniej czterech objawów depresji. Subiektywne odczucia depresyjne występują częściej wśród Polaków i Polek niż wśród mieszkańców innych krajów. Najczęściej deklarują je osoby niepełnosprawne oraz osoby na emeryturze.

Kadra medyczna¹⁴

¹⁴ Zgodnie z art. 61 ust.1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarzy i położnych (Dz. U. Nr 171, poz. 1039, z późn. zm.), pielęgniarzy mają obowiązek stałego aktualizowania wiedzy i umiejętności zawodowych oraz prawo do doskonalenia zawodowego w różnych rodzajach kształcenia podyplomowego. Jednym z rodzajów kształcenia podyplomowego jest szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego. Tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego posiadają 492 pielęgniarzy. Ponadto od 2012 roku Minister Zdrowia - Departament Pielęgniarek i Położnych w partnerstwie z Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego - realizuje projekt systemowy pn. Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej, współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki. Celem projektu jest poprawa opieki nad osobami w wieku podeszłym w Polsce poprzez podniesienie kompetencji (szkolenie) kadr medycznych w zakresie opieki geriatrycznej. W ramach projektu założono przeszkolenie 2000 lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, 2000 pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej, 1000 fizjoterapeutów, 200 opiekunów medycznych i 200 terapeutów środowiskowych. Kolejnym działaniem na rzecz osób starszych jest realizacja przez Ministerstwo Zdrowia - Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych - projektu systemowego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, Priorytet II Działania 2.3 Podziałania 2.3.2. pn. Rozwój kwalifikacji i umiejętności kadry pielęgniarskiej w kontekście zmian epidemiologicznych będących następstwem starzejącego się społeczeństwa współfinansowanego przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego. Celem głównym projektu jest podniesienie jakości kompleksowej opieki pielęgniarskiej nad osobami starszymi poprzez organizację kursów specjalistycznych. - Kompleksowa pielęgniarska opieka nad pacjentem z najczęstszymi schorzeniami wieku podeszłego. Projekt skierowany jest do 4800 pielęgniarek, pielęgniarzy i jest przedsięwzięciem ogólnopolskim.

Szczególnym problemem jest deficyt specjalistów z dziedziny geriatrii¹⁵ oraz innych profesjonalistów sprawujących opiekę nad osobami w wieku starszym. Ponadto, podkreślanym przez ekspertów, problemem jest brak wyodrębnionego nauczania w ramach przedmiotu geriatra na kierunku lekarskim co skutkuje deficytami wiedzy i umiejętności w tym zakresie wśród lekarzy. Spośród 11 uczelni medycznych, jedynie w Białymstoku, Krakowie, Bydgoszczy, Gdańsku i Katowicach istnieją Kliniki Geriatrii i prowadzona jest edukacja przed- i podyplomowa na bazie łóżkowej, w mniejszym lub większym zakresie. W Warszawie, Łodzi i Wrocławiu są Kliniki Geriatrii bez bazy łóżkowej, w Poznaniu geriatra wykładana jest na bazie obcej lub teoretycznie, a w Lublinie i Szczecinie w ogóle nie istnieje. Uprawnienia do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie geriatrii posiadają 23 jednostki, dysponujące 114 miejscami szkoleniowymi (stan na dzień 22.08.2012 r.). Należy jednak podkreślić, że obserwuje się systematyczny wzrost liczby miejsc szkoleniowych w jednostkach organizacyjnych uprawnionych do prowadzenia specjalizacji. Według stanu na dzień 29.08.2008 r., w dziedzinie geriatrii dostępnych było 89 miejsc szkoleniowych w 20 jednostkach szkolących, co oznacza, że w ciągu 4 ostatnich lat liczba miejsc szkoleniowych w ww. dziedzinie wzrosła o ok. 28%. Szkolenie w rozpatrywanym zakresie powinno być prowadzone także w ramach kształcenia podyplomowego lekarzy większości specjalności.

Infrastruktura ochrony zdrowia

Dla jakości i dostępności do udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej kluczowym elementem jest stan oraz wyposażenie w infrastrukturę w ochronie zdrowia. Największe zasoby występują wśród podstawowej opieki zdrowotnej, która stanowi pierwsze ogniwo w dotarciu pacjenta do systemu ochrony zdrowia. W 2012 r. Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł kontrakty na realizację świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej z 6119 świadczeniodawcami (w 2011 r.-z 5936), którzy udzielali tych świadczeń w 9697 lokalizacjach w Polsce. Wprowadzona w 2011 roku przez NFZ procedura – Całościowa Ocena Geriatryczna dotyczy obecnie tylko leczenia zamkniętego. Liczba oddziałów geriatrycznych wynosi w Polsce 34 (728 łóżek geriatrycznych)¹⁶ co sytuuje Polskę bardzo niekorzystnie na tle innych państw UE.¹⁷

Niewystarczające jest także zabezpieczenie potrzeb obywateli, którzy stali się niesamodzielni w związku z chorobą, urazem lub wiekiem. Obserwuje się istotny deficyt jednostek świadczących opiekę długoterminową. W 2011 roku funkcjonowało łącznie 505 stacjonarnych zakładów długoterminowej opieki zdrowotnej (zakłady opiekuńczo - lecznicze i pielęgnacyjno - opiekuńcze o charakterze ogólnym i psychiatrycznym) tj. o 8,1% (38) więcej niż w 2010 r. oraz 79 hospicjów tj. o 12 (17,9%) więcej. Jednostki te łącznie dysponowały 28,1 tys. łóżek, czyli blisko o 7,7% więcej niż w roku 2009, objęły opieką stacjonarną 71,6 tys. osób, co stanowi wzrost o blisko 5%.¹⁸ Blisko 90% placówek opieki długoterminowej to **zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze o profilu ogólnym**, które dysponowały 81,3% (tj. 21,8 tys.) wszystkich łóżek opieki długoterminowej, to o 8,6% (1,7 tys.) więcej niż w 2010 roku.¹⁹

¹⁵ Liczba lekarzy posiadających tytuł specjalisty w dziedzinie geriatrii w 2011 wynosiła 254 (w przeliczeniu na 100 tys. populacji Polski r - 0,66). W 2012 r. liczba lekarzy geriatrów wzrosła do 275 - wskaźnik 0,71) Jest to bardzo niski wskaźnik na tle innych państw UE . W Czechach wskaźnik ten wynosi 1,5, w Niemczech 2,7, w Hiszpanii 2,5.

¹⁶ Sprawozdanie za 2012 r. Konsultanta Krajowego w dziedzinie geriatrii.

¹⁷ W Belgii 75 łóżek na 100 tys. mieszkańców, w Austrii 25, w Szwecji 24,4, na Słowacji 14, w Czechach 6, a w Polsce 1,8/100 tys. mieszkańców.

¹⁸ GUS, *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2011 r.*, s. 110.

¹⁹ Ibidem, s. 100.

Organizacja systemu świadczeń zdrowotnych dla osób starszych

System opieki zdrowotnej i społecznej nad osobami starszymi w Polsce jest niedostosowany do potrzeb tej populacji - oferuje zdeintegrowane, rozproszone i niespójne świadczenia. System nie spełnia standardów podejścia geriatrycznego - powszechności, jakości, dostępności i kompleksowości zaspokajania złożonych potrzeb. Długotrwała opieka nad niedołącznymi i poważnie chorymi osobami starszymi w Polsce spoczywa głównie na rodzinie - niedostatecznie wspomaganej usługami medycznymi i pozamedycznymi systemu opiekuńczego państwa. Aktualna sytuacja w zakresie organizacji świadczeń zdrowotnych sprzyja polipragmacji²⁰, która w podwójny sposób generuje olbrzymie koszty: poprzez finansowanie niepotrzebnych leków oraz przez konieczność leczenia działań niepożądanych tych leków. Dane z piśmiennictwa wskazują, że objawy jatrogenne²¹ u osób starszych są przyczyną około 20% wszystkich hospitalizacji co świadczy o braku koordynacji w leczeniu osób starszych. Z drugiej strony należy pokreślić brak przygotowania z powodu nieprzygotowania lekarza rodzinnego do opieki geriatrycznej oraz brak koordynacji opieki wysokospecjalistycznej, jest ważną przyczyną nieskuteczności leczenia lub pogorszenia stanu zdrowia u dużej części chorych w starszym wieku. Ponadto dyskryminacja w zakresie procedur diagnostycznych i leczniczych z uwagi na wiek, a z drugiej strony kwalifikowanie chorych do procedur wysokospecjalistycznych bez pełnej geriatrycznej analizy przeciwwskazań (brak oceny stosunku spodziewanych korzyści i ryzyka) jest ważną przyczyną nieskuteczności leczenia lub działań niepożądanych u dużej części chorych w starszym wieku.

Aktywność fizyczna

Warunkiem bezpiecznego, aktywnego i zdrowego starzenia się jest przeciwdziałanie głównym czynnikom ryzyka w czasie wszystkich faz życia, a szczególnie w okresie okołoemerytalnym i poprodukcyjnym. Uzyskany dzięki temu większy potencjał zdrowia w starszym okresie życia ma istotne znaczenie. Aktywny zdrowy senior to wsparcie dla gospodarki poprzez odciążenie systemu ochrony zdrowia, zabezpieczenia społecznego, zaangażowania rodziny w pomoc dla seniora, przy jednoczesnym odciążaniu przez emerytów osób aktywnie pracujących w rodzinie od części obowiązków związanych z organizacją domu i nadzoru nad dziećmi. Dlatego krytyczne znaczenie ma promocja związana z prawidłowymi nawykami dotyczącymi diety, wysiłku fizycznego, spożywania alkoholu i unikania dymu tytoniowego.

Według raportu pn. „Diagnoza społeczna 2011” – warunki i jakość życia Polaków ponad 61% Polaków deklaruje, że nie uprawia żadnego rodzaju aktywności fizycznej. Poziom aktywności fizycznej osób dorosłych w Polsce jest jednym z najniższych w Europie. Wśród zbadanych osób 72,9% zakwalifikowano do prowadzących siedzący tryb życia. Z pewną regularnością (od 1 do 4 razy w tygodniu) aktywność fizyczną uprawiało 19% Polaków, podczas gdy średnia dla całej Unii wynosiła 31%. Z danych z badania PolSenior wynika, że tylko ok. 40% osób starszych po 65. roku życia podejmuje rekreacyjną aktywność fizyczną, przy czym wskaźnik ten jest najwyższy dla grupy wieku 65-69 lat (50,4%) i systematycznie obniża się

²⁰ Polipragmazja to zażywanie przez chorego wielu leków równocześnie bez znajomości mechanizmów ich działania i występujących między nimi interakcji albo przepisywanie nadmiernej liczby leków bez wyraźnej potrzeby. (prof. Marian Wielosz, "Służba Zdrowia" nr 88-91 z 24 listopada 2008 r.).

²¹ Schorzenie jatrogenne może powstać na skutek ubocznego działania leków bądź też powstać przez autosugestię u pacjenta związaną z niezrozumieniem słów lekarza.

dla starszych seniorów, aż do 8,7% dla grupy 90+²². Jako bariery ograniczające aktywność fizyczną ok. 75% respondentów wymieniło stan zdrowia. Jednocześnie ok. 30% badanych przyznało, że w ogóle nie odczuwa potrzeby podejmowania aktywności ruchowej. Co warte uwagi, 8,5% osób starszych tłumaczy się brakiem czasu, a ok. 6% zgadza się ze stwierdzeniem „w moim wieku nie wypada”²³.

Opieka nad osobą starszą i rola opiekunów nieformalnych

Perspektywa zmian demograficznych w kierunku zwiększenia odsetka osób w wieku poprodukcyjnym, przy spadku liczby osób w wieku poprodukcyjnym, stanowi także istotne wyzwanie w zakresie wsparcia rodzinnego i społecznego nad osobami starszymi i wynikające z tego obciążenie finansowe poza systemem opieki zdrowotnej. W ciągu 20 lat nastąpi spadek ludności w wieku produkcyjnym szacowany na ok. 2 mln osób. Jednocześnie nastąpi przesunięcie części zatrudnionych z gospodarki do usług opiekuńczych dla rosnącej populacji seniorów (z 5 mln do ponad 8 mln). Wobec zmian na rynku pracy należy spodziewać się spadku wzrostu PKB z obecnie szacowanego ok. 6% do wartości 2%.

Wyniki badań jednoznacznie wskazują, że potrzeby opiekuńcze w starszych grupach wieku Polaków są dość duże²⁴ (Kotowska, Wójcicka, 2008), m.in. ponad 50% osób w wieku 75+ ma kłopot w pewnym stopniu lub w stopniu silnym z wykonywaniem codziennych czynności. U prawie 78% osób w wieku od 75 do 84 lat występowały trwale choroby lub problemy zdrowotne.

Obowiązek opieki nad osobą starszą w Polsce i zapewnienie różnych usług opiekuńczych należy przede wszystkim do rodziny²⁵ (Czekanowski, 2006, Twardowska – Rajewska, 2007). Jak pokazują między innymi badania Special Eurobarometer 283/Wave 67.3 z 2007 roku (Eurobarometer, 2007), w których blisko 60% Polaków wyraziło opinię, że osoby starsze powinny mieszkać z jednym ze swoich dzieci, mogącym zapewnić im opiekę. W Polsce tylko 8% akceptowało rozwiązanie, że zarówno publiczni, jak i prywatni dostawcy usług powinni przychodzić do domów osób starszych i świadczyć odpowiednią pomoc i opiekę.

Zapewnienie proponowanych zmian musi odbyć się z uwzględnieniem potrzeb i oczekiwań nieformalnych opiekunów osób starszych, którzy będą potrzebowali systemowych rozwiązań umożliwiających im opiekę, gdy nie są zatrudnieni i mogą poświęcić się opiece, ale także gdy będą musieli łączyć opiekę z pracą. To rodzinni opiekunowie nieformalni pełnią dzisiaj kluczową rolę w zapewnianiu opieki dla swoich bliskich – starszych osób w rodzinie i wsparcie ich jest wyzwaniem dla polityki senioralnej.

Nowe technologie w opiece nad osobami starszymi

Nowe technologie mogą być dużym wsparciem w opiece osób starszych. Pozwalają w znacznym stopniu odciążyć system opieki zdrowotnej, ułatwić codzienne funkcjonowanie

²² R. Rowiński, A. Dąbrowski, *Aktywność fizyczna Polaków w wieku podeszłym*, w: M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski, *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, s. 534.

²³ Ibidem, s. 539.

²⁴ I. Kotowska, I. Wójcicka, *Sprawowanie opieki oraz inne uwarunkowania podnoszenia aktywności zawodowej osób w starszym wieku produkcyjnym*, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, Warszawa 2008.

²⁵ P. Błędowski, W. Pedich, B. Bien, Z. B. Wojszel, P. Czekanowski, *Supporting Family Carers of Older People in Europe - National Background Report for Poland*, LIT VERLAG, Hamburg 2006, J. Twardowska-Rajewska (red.), *Senior w domu. Opieka długoterminowa nad niesprawnym seniorem*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2007.

osób starszych, a opiekunom umożliwić godzenie ról, które pełnią w społeczeństwie. Obecnie brak w Polsce powszechnie dostępnych rozwiązań z obszaru teleopieki i telemedycyny, które by można było wykorzystać we wsparciu i nadzorze nad osobami starszymi, zmniejszając jednocześnie wysiłek i stres opiekuna, poprawiając bezpieczeństwo seniorów.

Konieczne jest również zwiększenie bezpieczeństwa i godności seniorów w obszarze życia społecznego, prawnego i finansowego poprzez dostarczenie rekomendacji adresowanych do nich dotyczących jakości technologii, umów cywilno-prawnych i innych zagadnień, których pojmowanie przez osoby w starszym wieku jest utrudnione.

Wydaje się więc w pełni uzasadnione, aby zagadnienie zdrowia i bezpieczeństwa osób w wieku senioralnym znalazło swoje odzwierciedlenie w priorytetyzacji tych zagadnień w polityce wielu resortów, a szczególnie zdrowia i nauki (rekomendacje ekspertów skupionych w Koalicji na rzecz Zdrowego starzenia się, opublikowane w dokumencie Zdrowe Starzenie się - Biała Księga i zaprezentowanym podczas debaty w polskim parlamencie w dniu 27 lutego 2013 roku oraz opracowania Rzecznika Praw Obywatelskich).

Celem głównym polityki senioralnej w obszarze zdrowie i samodzielność jest tworzenie warunków dla jak najdłuższego utrzymywania dobrego stanu zdrowia i autonomii.

2.1.1 Priorytet 1. Stworzenie systemowych rozwiązań, które pozwolą na rozwój usług medycznych dla osób starszych, w tym:

tworzenie innowacyjnych rozwiązań w sferze farmakoterapii i technicznego wsparcia oraz programów prozdrowotnych i aktywizujących osoby starsze, podejmowanie działań niwelujących skutki ubóstwa, poprawa zabezpieczenia socjalnego, chroniącego przed skutkami niepełnosprawności i inwalidztwa, a także budowanie właściwych relacji społecznych, więzi pokoleniowych, walka z wykluczeniem społecznym, przygotowanie systemu opieki zdrowotnej do rozwiązań niezbędnych dla wzrastającej w tej grupie wieku wielochorobowości i inwalidztwa, ze szczególnym zwróceniem uwagi na rozwój geriatry i wprowadzenie jej do praktyki lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, wczesne wykrywanie i prewencja chorób przewlekłych, poprzez badania skriningowe i programy profilaktyczne.

Cel 1.: Rozwój geriatry jako specjalizacji

Kierunki interwencji – rekomendacje:

- wsparcie systemowe dla edukacji obecnych i przyszłych lekarzy z zakresu geriatry
- stworzenie systemu zachęt do podejmowania edukacji w dziedzinie geriatry przez studentów i absolwentów wydziałów lekarskich
- rozwój kształcenia specjalizacyjnego lekarzy m.in. w dziedzinie geriatry
- zwiększenie ilości łóżek geriatrycznych i dostosowanie infrastruktury zakładów opieki zdrowotnej do zwiększającej się liczby osób chorych w wieku podeszłym

Cel 2.: Przygotowanie i doskonalenie zawodowe kadry medycznej w kierunku całościowej i kompleksowej opieki zdrowotnej nad starszym pacjentem

Kierunki interwencji – rekomendacje:

- umożliwienie doskonalenia zawodowego lekarzy (lekarz pierwszego kontaktu, inne specjalności niż geriatryka) i innej kadry medycznej w kierunku całościowej i kompleksowej opieki zdrowotnej nad starszym pacjentem
- wzmocnienie roli lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ) w opiece nad osobami starszymi
- wsparcie kształcenia przed dyplomowego studentów kierunków medycznych w zakresie opieki nad starszym pacjentem
- rozwój kształcenia podyplomowego lekarzy innych specjalności (w szczególności lekarzy POZ) w zakresie opieki nad osobami starszymi
- poszerzenie systemu kształcenia podyplomowego o zagadnienia dotyczące specyfiki chorób i osób w wieku podeszłym we wszystkich specjalnościach medycznych

Cel 3.: Wspieranie i rozwój poradni i opieki geriatrycznej w Polsce**Kierunki interwencji – rekomendacje:**

- zapewnienie osobom starszym medycznej opieki przy zachowaniu holistycznego podejścia do pacjenta, m.in. przez zbudowanie systemu zintegrowanej opieki zdrowotnej na potrzeby seniorów
- upowszechnianie rozwiązań umożliwiających uzyskanie dalszej opieki lekarskiej u lekarzy pierwszego kontaktu i lekarzy innych specjalności z zakresu chorób przewlekłych wieku starszego zdiagnozowanych przez specjalistów
- stworzenie rozwiązań, aby pacjent w wieku starszym z wcześniej już zdiagnozowaną chorobą przewlekłą i ustalonym leczeniem (np. nadciśnieniem tętniczym, osteoporozą, cukrzycą, chorobą zwyrodnieniową stawów) mógł uzyskać podstawową poradę i receptę na stale przyjmowane leki u lekarza innej specjalności
- wspieranie tworzenia poradni geriatrycznej oraz konsultacji geriatrycznych (szczególnie na obszarach wiejskich)
- rozwój instytucjonalny sieci klinik, oddziałów, poradni geriatrycznych
- wsparcie podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie geriatry²⁶ (roboty budowlane, wyposażenie).
- inwestycje w rozwój infrastruktury ponadregionalnej szpitali klinicznych i instytutów badawczych
- wsparcie podmiotów realizujących świadczenia w zakresie opieki długoterminowej
- wsparcie podmiotów leczniczych realizujących opiekę paliatywną i hospicyjną
- zwiększenie liczby i udoskonalenie zakładów opiekuńczo-leczniczych

Kompleksowa opieka medyczna osób starszych powinna opierać się na zasadach:

- **powszechności opieki** – dostęp dla wszystkich osób starszych do świadczeń ochrony zdrowia na równych prawach
- **dostępności opieki** – bliskość placówek ochrony zdrowia od miejsca zamieszkania i bezkolejkowe konsultacje i opieka medyczna
- **nieodpłatności świadczeń i długotrwałości opieki** – ciągłość wynikająca z długofalowości starzenia się i chorób towarzyszących. Wsparcie finansowe w dostępie do drogich technologii medycznych

²⁶ Lokalizacja oddziałów geriatrycznych, ze względu na z reguły długotrwałe hospitalizacje osób starszych, wymaga zapewnienia możliwości łatwego dostępu rodzin pacjentów (powinny być one zlokalizowane blisko miejsca zamieszkania ich rodzin), a tym samym powinny się one znajdować w strukturach szpitali regionalnych i lokalnych. Również charakter udzielanych na ww. oddziałach świadczeń przemawia za poziomem regionalnym i lokalnym.

- **kompleksowości opieki** – całościowe rozwiązywanie problemów w interdyscyplinarnej współpracy lekarza, pielęgniarki, pracownika socjalnego i innych praktyków
- **jakości opieki** – stosowanie fachowej wiedzy gerontologicznej i geriatrycznej, ze szczególnym uwzględnieniem zasad etyki

Stworzenie kompleksowego systemu opieki, w skład którego wejdą następujące formy opieki:

1. całodobowa opieka geriatryczna w geriatrycznym oddziale szpitalnym,
2. dzienna opieka geriatryczna w dziennym ośrodku opieki geriatrycznej,
3. specjalistyczna ambulatoryjna opieka geriatryczna realizowana w poradni geriatrycznej oraz opieka domowa prowadzona przez geriatryczny zespół opieki domowej przy poradni geriatrycznej,
4. geriatryczny zespół konsultacyjny dla lecznictwa zamkniętego i opieki długoterminowej funkcjonujący przy oddziale geriatrycznym lub przy poradni geriatrycznej
5. powszechne wdrożenie standardów i procedur medycznych dla osób starszych (COG).

- działania pro jakościowe dedykowane podmiotom wykonującym działalność leczniczą w każdym obszarze opieki zdrowotnej (podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, leczenia szpitalnego) w szczególności w celu dostosowania podmiotów leczniczych do zmieniających się warunków epidemiologiczno-demograficznych.

- wykorzystanie organizacji opieki koordynowanej (OOK) do polepszenia jakości i efektywności dostawy publicznych usług zdrowotnych – pilotaż innowacji organizacyjnej, procesowej i technologicznej.

2.1.2 Priorytet 2. Promocja zdrowia i profilaktyka zdrowotna, w tym:

Cel 1.: Przygotowanie do okresu własnej starości pod względem wiedzy na temat zmian fizycznych i psychicznych podczas procesów starzenia i konsekwencji określonych zachowań

Kierunki interwencji – rekomendacje:

- edukacja społeczeństwa na temat procesów starzenia i jego konsekwencji
- uwrażliwienie opinii publicznej na problemy starości i niesamodzielności
- przywrócenie neutralnego charakteru pojęciu „starość” jako ostatniej fazy życia człowieka
- stworzenie mechanizmów pomocy psychologicznej dla osób przeżywających kryzys lub wymagających wsparcia w związku z zakończeniem aktywności zawodowej, procesem starzenia się i zmianami ról w rodzinie i w społeczeństwie

Cel 2.: Promocja właściwego stylu życia w sferze zdrowia psychicznego, aktywności intelektualnej, odżywiania, rytmu dnia, rekreacji, higieny ciała i unikania zachowań ryzykownych pod względem zdrowotnym

Kierunki interwencji – rekomendacje:

- rozwój efektywnej edukacji prozdrowotnej we wszystkich okresach życia człowieka – promowanie zdrowego stylu życia w każdym wieku
- popularyzacja i rozwój oferty edukacyjnej w zakresie prawidłowego żywienia dostosowanego do zmieniającego się organizmu osoby starszej
- popularyzacja i rozwój oferty edukacyjnej w zakresie profilaktyki typowych chorób wieku starszego
- uwzględnienie w edukacji prozdrowotnej zagadnień zdrowia psychicznego, rozumienia procesów zachodzących w psychice osoby starzejącej się
- rekrutowanie uczestników edukacji prozdrowotnej wśród szerszej grupy osób starszych, w tym osób o niższym dochodzie, niepełnosprawnych, biernych społecznie
- tworzenie spotkań grupowych sprzyjających powstawaniu więzi międzyludzkich i poprawie zdrowia psychicznego
- rozszerzenie oferty dydaktycznej dla osób pracujących w kontakcie z osobami starszymi o kwestie promocji zdrowia i aktywnego starzenia
- uwzględnianie specyfiki potrzeb osób starszych w planowaniu i realizacji edukacji prozdrowotnej i rekreacji – zarówno pod względem samych treści, jak i oferowanych form i metod organizacyjnych
- edukacja pracowników ochrony zdrowia w zakresie potrzeb z zakresu aktywności fizycznej, diety i zdrowego stylu życia
- opracowanie i wdrożenie pilotażowych i testujących programów profilaktycznych, w zakresie przeciwdziałania schorzeniom, które są istotną przyczyną dezaktywizacji zawodowej²⁷
- opracowanie i wdrożenie ogólnokrajowych programów w zakresie edukacji zdrowotnej i promocji zdrowego stylu życia, związanych z przeciwdziałaniem chorobom stanowiącym istotną przyczynę dezaktywizacji zawodowej²⁸
- opracowanie i wdrożenie projektów profilaktycznych dotyczących chorób będących istotnym problemem zdrowotnym danego regionu²⁹
- opracowanie i wdrożenie programów ukierunkowanych na eliminowanie zdrowotnych czynników ryzyka w miejscu pracy³⁰

Cel 3.: Rozwój i wspieranie aktywności fizycznej

Kierunki interwencji – rekomendacje:

- zwiększenie dostępności istniejących obiektów sportowych dla osób starszych
- rozwój otoczenia przyjaznego aktywności fizycznej seniorów, np. w miejscu zamieszkania, w miejscu pracy, w miejscach użyteczności publicznej (np. parki)
- promowanie inicjatyw dotyczących aktywności fizycznej wśród osób starszych prowadzących siedzący tryb życia
- rozwijanie i wspieranie systemu zorganizowanych zajęć aktywności fizycznej dla osób dorosłych i starszych

²⁷ Typy działań / narzędzi zaproponowane przez resort zdrowia do realizacji ze środków EFS w przyszłej perspektywie finansowej 2014-2020.

²⁸ Ibidem.

²⁹ Ibidem.

³⁰ Ibidem.

2.1.3 Priorytet 3. Rozwój usług społecznych i opiekuńczych dostosowanych do potrzeb osób starszych, w tym:

Cel 1: Rozwój usług społecznych dostosowanych do potrzeb oraz możliwości osób starszych

Usługi społeczne według definicji OECD to usługi świadczone na rzecz gospodarstw domowych, mające w większości krajów tworzącą tę organizację nierynkowy charakter. Ich dostarczycielem jest głównie sektor publiczny, organizacje non-profit oraz organizacje o charakterze prywatnym. Wśród usług społecznych można wyróżnić usługi zdrowotne, edukacyjne, inne usługi społeczne.³¹

Usługi społeczne to również ta część usług publicznych, której celem jest zaspokajanie potrzeb społecznych. W dokumentach Unii Europejskiej termin ten odnosi się do ubezpieczeń społecznych związanych z ryzykiem życiowym, takim jak starzenie się, wypadki przy pracy, bezrobocie, itp. Są to również inne usługi nakierowane bezpośrednio na osobę w kryzysowych momentach jej życia (na przykład bezrobocie) oraz takie, które pozwalają na reintegrację społeczną³².

Kierunki interwencji – rekomendacje:

- planowanie i organizowanie usług społecznych (w tym zdrowotnych, ale także edukacyjnych, kulturalnych, transportowych i rekreacyjnych) z uwzględnieniem potrzeb osób starszych i dostosowanie ich do potrzeb i możliwości osób starszych
- likwidowanie barier architektonicznych i transportowych utrudniających mobilność i aktywność osobom starszym, dzięki temu umożliwianie korzystania z dostępnych usług społecznych
- umożliwienie osobom starszym korzystania z pomocy asystentów świadczących usługi społeczne w domu i poza domem
- upowszechnienie korzystania z usług opiekuńczych przy wykorzystaniu nowych technologii

Cel 2: Zapewnienie odpowiedniej opieki nad osobami o ograniczonej samodzielności poprzez rozwój usług opiekuńczych

Kierunki interwencji – rekomendacje:

- poprawa dostępu do usług opiekuńczych, co pozwoli osobom starszym i/lub o ograniczonej samodzielności jak najdłużej zostać we własnym środowisku
- rozwój systemu świadczeń pieniężnych, w naturze lub czeków na pokrycie wydatków na usługi i produkty związane z opieką, w tym bardziej efektywna dystrybucja świadczeń poprzez ich dywersyfikację w zależności od stopnia ograniczenia samodzielności
- tworzenie warunków do zwiększenia różnorodności form opieki nad seniorami: dzienne domy pomocy, opiekunowie dzienni, zorganizowana pomoc sąsiedzka, wspieranie

³¹ Glosariusz OECD on-line, <http://stats.oecd.org/glossary/detail.asp?ID=2497>.

³² A VOLUNTARY EUROPEAN QUALITY FRAMEWORK FOR SOCIAL SERVICES, The Social Protection Committee, <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=6140&langId=en>.

- rozwoju form samopomocowych, wolontariatu i innych
- likwidacja barier legislacyjnych i administracyjnych w uregulowaniu zatrudnienia opiekunów nieformalnych
 - zmniejszenie „szarej strefy” na rynku usług opiekuńczych
 - stworzenie warunków stabilnych źródeł finansowania usług opiekuńczych
 - lepsze dostosowanie obecnie dostępnych usług do potrzeb osób starszych, jak również rozwój nowych rozwiązań
 - zapewnienie wsparcia osobom starszym mieszkającym w jednoosobowych gospodarstwach domowych:
 - identyfikacja osób potrzebujących wsparcia i opieki w gminie
 - systematyczny monitoring potrzeb w zakresie pomocy i opieki dla osób starszych oraz koordynowanie opieki we współpracy z lekarzem, pielęgniarką rodzinną i innymi podmiotami
 - poprawa jakości świadczonych usług opiekuńczych (w tym pielęgnacyjnych) dla osób starszych
 - stworzenie systemu informowania i edukowania opiekunów o problemach związanych z opieką nad osobą starszą i sposobami radzenia sobie wraz z przekazywaniem wiedzy i doświadczeń od innych,
 - umożliwienie edukacji, szkoleń, praktyk i wymiany praktyk i doświadczeń dla opiekunów nieformalnych potrzebnych do opieki nad osobami starszymi (rodzina, pomoc sąsiedzka, wolontariusze)
 - wprowadzenie rejestru, kwalifikowania, potwierdzenia umiejętności i kompetencji i udzielania certyfikatów dla opiekunów formalnych i nieformalnych

Cel 3: Opracowanie i wdrożenie systemu teleopieki oraz wykorzystanie innowacyjnych technologii w ułatwieniu organizacji opieki dla osób starszych

Kierunki interwencji – rekomendacje

- opracowanie minimalnych standardów teleopieki i innych form niebezpośrednich usług opiekuńczych wykorzystujących nowe technologie (ICT)
- określenie źródeł i zasad finansowania lub dofinansowywania teleopieki i innych form niebezpośrednich usług opiekuńczych
- aktywizacja środowisk lokalnych w celu tworzenia społecznych (sąsiedzkich) metod samopomocy przy wykorzystaniu nowych technologii (ICT)
- wspieranie wdrożenia rozwiązań z zastosowaniem teleopieki
- wykorzystywanie nowych technologii dla rozwoju profilaktyki i zachowań prozdrowotnych

Cel 4: stworzenie systemów wsparcia dla opiekunów nieformalnych, w szczególności na poziomie lokalnym

Kierunki interwencji – rekomendacje:

- wsparcie rodziny i opiekunów nieformalnych
- opracowanie rozwiązań systemowych wspierających osoby opiekujące się osobami starszymi (umożliwiające łączenie pracy i opieki)
- stworzenie szerokiego dostępu do informacji o możliwościach wsparcia dla opiekunów oraz na temat możliwości poprawy jakości opieki przez opiekunów nieformalnych

- umożliwienie opieki długo- i krótkotrwałej nad osobą starszą, na przykład w przypadku hospitalizacji opiekuna lub opieki wytchnieniowej
- rozwój wolontariatu opiekuńczego (w tym w sąsiedztwie, w środowisku lokalnym)

2.2 BEZPIECZEŃSTWO

Ryzyko agresji wobec starszych rośnie w przypadku, gdy opiekunowie nie są odpowiednio przygotowani do pełnienia tej roli, co wiąże się dla nich ze zwiększonym stresem. W ramach badania PolSenior przeprowadzono analizę zjawiska przemocy dotyczącej osoby starsze. Zjawisko to dotknęło 5,9% badanych osób. Przemoc częściej dotyka kobiet niż mężczyzn (wśród kobiet – prawie 7%, wśród mężczyzn – 5%). Najczęściej występującą formą przemocy jest znieważanie, wyzywanie, ośmieszanie lub lekceważenie (5,4%), następnie – nadużycia materialne lub ryzyko wygnania z mieszkania, w dalszej kolejności utrudnianie dostępu do lekarza, z rodziną, z przyjaciółmi, przemoc fizyczna, wymuszanie zachowań seksualnych. Najczęściej zgłaszano przemoc wobec młodszych seniorów oraz wobec osób mieszkających w dużych miastach. Najbardziej doświadczali przemocy seniorzy z województwa opolskiego (2,4% badanych), a najczęściej - mieszkańcy województwa podlaskiego i warmińsko – mazurskiego (około 11%). Przemoc bierną – zaniechanie – zasygnalizowało około 13% badanych. Przemoc wobec kobiet częściej dotyka je we własnym środowisku, na przykład w domu, ze strony rodziny i znanych osób. Z kolei mężczyźni częściej spotykali się z agresywnymi zachowaniami poza domem – na ulicy, w sklepie, w urzędzie. Sprawcami przemocy są często osoby zależne od osoby starszej – w zakresie finansowym (w związku z brakiem pracy), mieszkaniowym, a także opiekuńczym. W przypadku przemocy nieintencjonalnej, jej ryzyko zwiększa się ze względu na przeciążenie opiekuna obowiązkami wynikającymi z ciągłej uwagi, ciężkiej fizycznej pracy i stresu.

Cel: Zapewnienie bezpieczeństwa osób starszych i przeciwdziałanie stosowanym wobec nich nadużyciom

Kierunki interwencji – rekomendacje:

- zapobieganie przemocy wobec osób starszych (rozpoznawanie i reagowanie na przypadki przemocy) w ramach programu kształcenia zawodowego i informowania osób pierwszego kontaktu – pracujących bezpośrednio z osobami starszymi (w tym w ramach programów kształcenia podyplomowego i uzupełniającego dla osób zajmujących się zawodowo osobami starszymi), również z uwzględnieniem kwalifikacji pracowników z zagranicy, w szczególności obywateli powracających na polski rynek pracy
- wprowadzenie w instytucjach opieki i w jednostkach dostarczających usługi opiekuńcze osoby zaufania – pełnomocnika ds. przeciwdziałania przemocy, któremu osoby starsze (nie tylko osoby starsze), osoby z ich otoczenia lub pracownicy mogą sygnalizować, z zachowaniem poufności, niepokojące oznaki mogące świadczyć o występowaniu jakiegokolwiek przemocy
- wprowadzenie w instytucjach opieki i w jednostkach dostarczających usługi opiekuńcze procedury postępowania w przypadku wystąpienia przemocy oraz zaznajomienie z procedurami
- wprowadzenie zasady jednego okienka – jednej instytucji/organizacji upoważnionej do działania w przypadku zgłoszenia o nadużyciach wobec osób starszych. Jest to miejsce, w którym można otrzymać pomoc prawną i psychologiczną, które będzie informować i kierować do innych instytucji, jeśli zajdzie taka potrzeba, która będzie mogła

- | |
|--|
| <p>prować i monitorować sprawę oraz udzielać ofierze ciągłego wsparcia</p> <ul style="list-style-type: none">➤ wprowadzenie Telefonu Zaufania dla osób starszych (np. Jesienna Linia)➤ przeciwdziałanie przemocy ekonomicznej➤ przeciwdziałanie nieuczciwym praktykom handlowym wobec osób starszych |
|--|

2.3 PRZESTRZEŃ i MIEJSCE ZAMIESZKANIA

Celem projektowania dla wszystkich jest takie zorganizowanie przestrzeni, aby stała się przyjazna i dostępna dla mieszkańców. Zasadą powinno być uwzględnianie potrzeb różnych grup osób: starszych, niepełnosprawnych, rodzin z dziećmi, kobiet i mężczyzn (*age-friendly environment*³³).

Światowa Organizacja Zdrowia definiuje miasta przyjazne seniorom jako miejsca, gdzie zarówno przedstawiciele władz publicznych, sektora prywatnego oraz mieszkańcy uwzględniają różnorodność osób starszych i ich potrzeb, działają na rzecz spójności społecznej i promują wkład osób starszych w każdą dziedzinę życia, szanują decyzje i sposób życia osób starszych, uwzględniają potrzeby związane ze starością w planowaniu, i elastycznie na nie reagują³⁴.

Jako przykład można przywołać Światową Sieć Miast i Społeczności Przyjaznych Osobom Starszym³⁵ czy zrzeszenie organizacji „Projektowanie dla Wszystkich”³⁶. Zalecenia organizacji obejmują między innymi następujące obszary: komunikacja, przyjazne miejsca i budynki publiczne, szacunek i inkluzja społeczna, mieszkalnictwo, partycypacja społeczna, transport, zatrudnienie. Przykładowo transport jest przyjazny seniorom, ale też innym mieszkańcom i jest dostępny pod względem finansowym, bezpieczny, z wydzielonymi miejscami, ułatwieniami dla osób o mniejszej mobilności. Dodatkowo w miejscach publicznych, w odpowiednich odstępach znajdują się ławki, na których można odpocząć. Rezygnuje się z „dekoracyjnych” kostek brukowych o nierównych, ostrych powierzchniach, informacje na przystankach i w środkach transportu miejskiego przedstawiane za pomocą dużych wyraźnych liter oraz komunikatów głosowych.

Nie można też pominąć w założeniach polityki senioralnej kwestii mieszkalnictwa dostosowanego do sytuacji, możliwości (zarówno finansowych) i potrzeb osób starszych. Nie tylko w ramach pojedynczych mieszkań, ale zespołów mieszkań (osiedli) z odpowiednią infrastrukturą i usługami dla ich mieszkańców.

Cel: wspieranie przestrzennego planowania architektonicznego dostosowanego dla wszystkich (universal design), i z uwzględnieniem potrzeb różnych grup wieku (w tym osób starszych)

Kierunki interwencji - rekomendacje: ➤ współpraca z seniorami i organizacjami społecznymi w sprawie oceny miejsc i budynków publicznych pod względem dostępności dla osób starszych oraz przygotowywanie planów i propozycji zmian, które by uwzględniały potrzeby osób

³³ AGE Platform Europe „Age friendly environment”.

³⁴ Por. www.who.org

³⁵ Zob. Global Age-friendly Cities,

http://www.who.int/ageing/publications/Global_age_friendly_cities_Guide_English.pdf.

³⁶ EIDD Design for All Europe, <http://www.designforalleurope.org/>.

starszych

- upowszechnianie świadomości w zakresie efektywności energetycznej mieszkań i budynków będących własnością osób starszych oraz ryzyka ubóstwa energetycznego
- planowanie transportu publicznego z uwzględnieniem potrzeb osób starszych (rozmieszczenie przystanków, godziny kursowania, częstotliwość przejazdów, przesiadki)
- wprowadzenie działań skracających okres oczekiwania na obsługę w miejscach publicznych (urząd, biblioteka)
- wdrażanie zasad projektowania inkluzywnego na każdym poziomie
- wspieranie budowy zespołów mieszkań, jak i zmiany istniejących, jako specjalnie dostosowanych pod względem infrastruktury i usług do potrzeb osób starszych

3 AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA OSÓB 50+

Poniższa część stanowi wybór najważniejszych kwestii poruszanych w czasie posiedzeń Rady ds. Polityki Senioralnej, gdyż równolegle trwają prace w ramach Rady Społecznej i Programowej 50+ nad przygotowaniem **Programu Solidarność pokoleń Działania dla zwiększenia aktywności zawodowej osób w wieku 50+ - Aktualizacja** (projekt wstępny z dnia 17 września 2013 r.). Program Solidarność pokoleń szerzej ujmuje kwestie aktywizacji zawodowej osób w wieku 50+ i jest komplementarny względem tego dokumentu. Rada Społeczna 50+, została powołana *Zarządzeniem nr 13 Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 24 kwietnia 2013 r.* Zadaniem Rady jest opracowanie rekomendacji w zakresie działań prowadzonych w ramach Programu „Solidarność Pokoleń. Działania dla zwiększenia aktywności zawodowej osób w wieku 50+” (Programu 50+) oraz określenie kierunków zmian Programu i wytycznych dla opracowania koncepcji działań wspierających na rynku pracy osoby 60+.

W Polsce notowany jest jeden z najniższych wskaźników zatrudnienia osób w wieku 55-64 (38,7% w 2012 r. wg danych Eurostat) i jedna z najniższych średnia wieku przechodzenia na emeryturę wśród państw europejskich³⁷. Wydłużanie aktywności zawodowej pracowników po 50-tym roku życia należy do priorytetowych działań wszystkich krajów Unii Europejskiej. Zgodnie z założeniami Strategii na rzecz inteligentnego zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu Europa 2020 przyjętej w 2010 r., jednym z nadrzędnych celów Unii Europejskiej ma być osiągnięcie do 2020 r. wskaźnika zatrudnienia osób w wieku 20-64 lata na poziomie 75%. W 2004 r. wymóg zatrudnienia osób starszych na poziomie co najmniej 50% spełniały tylko: Szwecja, Dania, Finlandia, Wielka Brytania, Estonia i Portugalia. W Polsce diagnozuje się tendencję panującą wśród pracowników 50+ do jak najszybszego przechodzenia na świadczenia emerytalne (o ile jest to możliwe) oraz istnienie szeregu możliwości korzystania z różnego rodzaju transferów socjalnych (także świadczeń rodzinnych czy pomocy społecznej), co również wpływa na dezaktywizację na rynku pracy.

Przygotowanie do pracy – system edukacji i szkoleń

³⁷ Por. Zgodnie z z informacją OECD zawartą w *Pensions at glance* z 2011r. – przeciętny efektywny wiek opuszczenia rynku pracy w Polsce, zarówno dla kobiet, jak i mężczyzn jest niższy od przeciętnej w OECD, jednakże nie jest najniższy wśród krajów europejskich. Należy zwrócić uwagę, że dane OECD przyjęte dla porównania w tym zakresie pochodzą z okresu 2004-2009, podczas gdy w Polsce zanotowano istotny wzrost przeciętnego efektywnego wieku opuszczenia rynku pracy w ostatnich latach.

Obecnie w Polsce obserwuje się deficyt odpowiednich szkoleń i form uczenia się wspomagających skutecznie osoby w wieku 50+ jak i 60+ do przystosowania się bądź lepszego funkcjonowania na rynku pracy. Co więcej, istniejące szkolenia nie są prowadzone w sposób odpowiadający potrzebom i predyspozycjom osób w wieku 50+. Informacje o prowadzonych szkoleniach nie są też powszechnie dostępne, a wiele osób w wieku 50+ może nie być świadomych, że mogą skorzystać z możliwości podjęcia edukacji/uczenia się. Występuje też duże zróżnicowanie dostępu do oferty edukacyjnej w zależności od uwarunkowań lokalnych (zwłaszcza występujący deficyt podaży usług edukacyjnych w mniejszych miejscowościach oraz na obszarach wiejskich). Może wystąpić także problem z niechęcią pracodawców do szkolenia pracowników z małych i średnich firm (z uwagi na ich absencję w pracy). Zwraca się także uwagę na brak możliwości potwierdzenia posiadanych umiejętności.

Zarządzanie wiekiem i ergonomia

Zachęcanie rosnącej liczby starszych pracowników do pozostania w zatrudnieniu jest uzasadnione tylko wówczas, gdy równolegle podejmowane są działania zmierzające do utrzymywania zdolności do pracy przez cały okres aktywności zawodowej pracownika oraz podnoszenia jego kwalifikacji, a także działania ukierunkowane na modyfikację zadań, stanowisk, rytmu i czasu pracy w celu dostosowania ich do zmieniających się wraz z wiekiem możliwości pracownika (tzw. zarządzanie wiekiem oraz ergonomia³⁸). Zarządzanie wiekiem nie jest jeszcze powszechne w Polsce³⁹ (Urbaniak, 2007, Perek-Białas, Turek, 2012), tak jak w innych krajach⁴⁰ (por. Henkens, Schippers, 2012).

Instytucje rynku pracy

Istnieje konieczność wspierania instytucji w aktywizowaniu osób 50+. Działania oferowane przez te instytucje charakteryzują się różną, często małą, skutecznością. Instytucje nie posiadają rzetelnej wiedzy na temat efektywności podejmowanych działań, w szczególności w odniesieniu do osób 50+. Wskazuje się także na niewystarczającą współpracę szeregu instytucji mających wpływ na sytuację na lokalnym rynku pracy, w szczególności na brak współpracy w kwestiach polityki zdrowotnej oraz polityki rynku pracy. Wskazuje się także na niewystarczające zaangażowanie partnerów społecznych w politykę rynku pracy i prowadzone działania aktywizacyjne.

System emerytalny i aktywność zawodowa

³⁸ Według definicji przyjętej w statucie Międzynarodowego Towarzystwa Ergonomicznego (IEA): „Ergonomia określa stosunki powstałe między człowiekiem a jego zajęciem, sprzętem i środowiskiem, w najszerszym tego słowa znaczeniu włączając w to sytuacje związane z pracą, zabawą, rekreacją i podróżą”, por. E. Kowal, *Ekonomiczno-społeczne aspekty ergonomii*, PWN, Warszawa-Poznań, 2002, s. 23, z kolei „Zarządzanie wiekiem/różnorodnością należy rozumieć jako aktywne działania zmierzające do stworzenia pracownikom korzystnych i motywujących warunków pracy. Inicjatywy skierowane są na jak najdłuższe zatrzymanie pracowników w firmie. Priorytetem jest dbałość o zdrowie pracowników (Por. G. Naegel, A. Walker, *A guide to good practice in age management*. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Dublin 2006, s. 7, oraz wyniki badań przeprowadzonych w Centralnym Instytucie Ochrony Pracy – Państwowym Instytucie Badawczym w ramach projektu celowego zamawianego: „Aktywność zawodowa pracowników w aspekcie starzejącego się społeczeństwa”.

³⁹ B. Urbaniak, *Pracownicy 45+ w naszej firmie*, Program Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju, Warszawa 2007, J. Perek-Białas., K. Turek, *Organisation-level Policy towards Older Workers in Poland*, International Journal of Social Welfare, 2012.

⁴⁰ K. Henkens., J. Schippers, *Active Ageing in Europe: The Role of Organisations*, International Journal of Manpower, Vol. 33, Issue 6, 2012.

Zmiana systemu emerytalnego w Polsce⁴¹ polegała na przejściu z systemu opartego o zasadę *defined-benefit* (zdefiniowanego świadczenia) do systemu *defined-contribution* (zdefiniowanej składki). Obecnie w Polsce funkcjonuje system emerytalny oparty o 3 filary: I filar - Fundusz Ubezpieczeń Społecznych (zarządzany przez ZUS), II filar - Otwarte Fundusze Emerytalne oraz III filar - Indywidualne Konta Emerytalne, Indywidualne Konta Zabezpieczenia Emerytalnego i Pracownicze Programy Emerytalne. Jednak poziom najniższej emerytury i zasady jej podnoszenia nie zmieniły się. W związku z tym względny stosunek najniższej emerytury do przeciętnych zarobków może spaść poniżej średniej wartości dla OECD⁴². Obecnie⁴³ najniższa emerytura wynosi 22% średniego wynagrodzenia i 52% minimalnego.

Celem głównym polityki senioralnej w obszarze aktywizacji zawodowej jest zaplanowanie działań, które pozwolą na jak najlepsze wykorzystanie potencjału osób starszych na rynku pracy i tym samym pozwolą na zwiększenie i przedłużenie aktywności zawodowej osób 50+ oraz 60+.

Cel 1.: Upowszechnienie, poprawa jakości oraz dostosowanie zarówno do potrzeb rynku pracy jak i do potrzeb i możliwości odbiorców oferty edukacyjnej (pracowników i poszukujących pracy w wieku 50+)

Kierunki interwencji – rekomendacje:

- rozwój szkoleń dedykowanych osobom 50+, dostosowanych pod względem treści, metodyki kształcenia oraz prowadzących szkolenia do potrzeb rynku pracy i do potrzeb i możliwości danej grupy słuchaczy
- wdrażanie dostosowanych do potrzeb rozwiązań organizacyjnych umożliwiających uczestnictwo w szkoleniach (np. organizacja dojazdów, opieka nad dziećmi czy innymi członkami rodzin)
- rozwój form typu *distance learning*, *e-learning*, *blended learning* – tworzenie oferty i wsparcie osób uczących się przed odpowiednio przygotowane kadry
- wypracowanie i upowszechnienie rozwiązań ułatwiających pracodawcom z małych i średnich przedsiębiorstw organizację szkoleń dla swoich pracowników
- promowanie inwestowania w podnoszenie kompetencji pracowników
- wdrożenie Krajowych Ram Kwalifikacji i rozwój sieci instytucji walidujących oraz instytucji zapewniania jakości – umożliwiających potwierdzanie kompetencji osób dorosłych
- wprowadzenie spójnej metodologii oceny efektywności działań finansowanych z EFS oraz monitorowanie efektywności prowadzonych szkoleń

Cel 2.: Tworzenie warunków pracy przyjaznych pracownikom i stosowanie rozwiązań z zakresu zarządzania wiekiem

Kierunki interwencji – rekomendacje:

- dostosowanie tempa pracy do osób starszych, elastyczny czas pracy, wydłużenie okresu urlopu wypoczynkowego i urlopu na podnoszenie kwalifikacji zawodowych, rezygnacja

⁴¹ A. Chłoń-Domińczak, P. Strzelecki (2010). *The minimum pension as an instrument of poverty protection. In the defined contribution pension system – an example of Poland*, s. 3. Źródło z: <http://mpira.ub.uni-muenchen.de/id/eprint/25262>. (data dostępu: 29.08.2013.)

⁴² Ibidem, s. 3.

⁴³ Ibidem, s. 16.

z pracy zmianowej

- zapewnienie możliwości wyboru kolejności wykonywanych zadań, czasu przerw w pracy, jasne określenie roli i perspektywy zawodowej pracowników w starszym wieku;
- ograniczenie ciężkiej pracy fizycznej oraz pracy w środowisku gorącym lub zimnym.
- zmiana zarządzania zasobami ludzkimi w celu określenia i wykorzystania mocnych stron starszych pracowników;
- inicjatywy promujące pozytywne nastawienie społeczeństwa wobec starszych pracowników;
- stwarzanie możliwości rozwoju zawodowego i kariery w każdym wieku

Projekt Programu nie zakłada bezpośrednich działań legislacyjnych, a odnosi się do praktycznego wykorzystania strategii zarządzania wiekiem. Warto podkreślić, że Program jest skierowany do szerokiego grona odbiorców. Adresatami projektu są partnerzy społeczni, jak również przedstawiciele sektora prywatnego.

Cel 3.: Zwiększenie skuteczności i efektywności działań promujących zatrudnienie i aktywność zawodową osób 50+ oraz 60+

Kierunki interwencji – rekomendacje:

- profilowanie osób bezrobotnych i lepsze dopasowanie Aktywnych Polityk Rynku Pracy do osób w wieku 50+
- rzetelna ocena efektywności działań kierowanych do osób w wieku 50+
- powołanie inkubatorów przedsiębiorczości / centrów aktywizacji osób starszych, na wzór CAZ (Centrum Aktywizacji Zawodowej)
- wykorzystanie koncepcji inteligentnych specjalizacji do określenia kierunków wsparcia i aktywizacji osób w wieku 50+.
- wspieranie *outplacementu* (programu aktywizacji zawodowej osób, u których doszło do rozwiązania stosunku pracy z przyczyn zakładu pracy)
- budowanie wyspecjalizowanych narzędzi wspierania doradztwa zawodowego adresowanych do osób w wieku 50+
- rozwój kwalifikacji trenera pracy (adresowanej do oferty edukacyjnej sektora formalnego i pozaformalnego), w tym specjalizacja w zakresie wspierania osób w wieku 50+
- rekrutacja i rozwój sieci doradców zawodowych w wieku 50+ jako budzących zaufanie wśród własnej grupy wieku (w tym rozwój oferty edukacyjnej, przygotowującej do uzyskania kwalifikacji doradcy zawodowego)
- rozwój pośrednictwa i doradztwa pracy dla osób w wieku 50+ wśród instytucji niepublicznych
- wspieranie przedsiębiorczości 50+; adresowanie jej do pracujących i krótkotrwale bezrobotnych
- wypracowanie modelu pomocy długotrwale bezrobotnym w wieku 50+
- uwzględnienie polityki zdrowotnej w ramach działań aktywizacyjnych, w szczególności tych kierowanych do długotrwale bezrobotnych

Cel 4.: Rozwój współpracy na rzecz wzrostu zatrudnienia osób w wieku 50+

Kierunki interwencji – rekomendacje:

- promocja rozwiązań wspierających konsultacje społeczne z osobami w wieku 50+ w podejmowaniu działań na poziomie krajowym i lokalnym

- tworzenie i wdrożenie mechanizmów stałej współpracy pracodawców, podmiotów publicznych i prywatnych oferujących szkolenia, uczelni, jednostek samorządu terytorialnego w zakresie kształtowania oferty edukacyjnej dla osób w wieku 50+ (w tym projekty dedykowane dla osób w wieku 50+ w partnerstwie publiczno-społeczno-prywatnym, umowy lokalne pomiędzy samorządem a pracodawcami, związkami zawodowymi dla zatrudniania osób w wieku 50+, pakt na rzecz zatrudnienia osób w wieku 50+ obejmującego wszystkich kluczowych interesariuszy)
- rozwój narzędzi wspierania samorządów w realizacji działań dla osób w wieku 50+ (koordynatorzy lokalni, promocja przedsiębiorczości - preferencyjne warunki dla osób w wieku 50+, kontrakty międzypokoleniowe, mentoring)

4 AKTYWNOŚĆ EDUKACYJNA, SPOŁECZNA I KULTURALNA OSÓB STARSZYCH

Aktywność społeczna jest jednym z niezbędnych elementów realizacji idei aktywnego i zdrowego starzenia się. Wobec zakończenia kariery zawodowej, działania dla innych osób stanowią istotną przestrzeń dla zaangażowania osób starszych. Doniosłe znaczenie ma nie tylko pomoc osobom najbliższym, ale także działania podejmowane na rzecz społeczności lokalnych, w tym sąsiedzkich, a także środowiska w ramach niezarobkowej poza gospodarstwem domowym, zwłaszcza w formie wolontariatu. Jednak równolegle z aktywnością społeczną istotne jest także podejmowanie aktywności edukacyjnej, która umożliwia nie tylko poszerzanie wiedzy i nabywanie nowych umiejętności, ale pełni ona także istotną rolę w tworzeniu więzi społecznych i tym samym jest czynnikiem wspierającym aktywność społeczną.

Celem ogólnym polityki senioralnej w obszarze aktywności edukacyjnej społecznej i kulturalnej jest wspieranie idei uczenia się wśród osób starszych i aktywizowanie do działań obywatelskich i społecznych, w tym:

- rozwój oferty edukacyjnej dla osób starszych
- rozwój i wspieranie aktywności społecznej osób starszych (w tym zaangażowania obywatelskiego i wolontariatu)
- zwiększenie uczestnictwa osób starszych w kulturze zarówno jako jej odbiorców jak i twórców

4.1 AKTYWNOŚĆ EDUKACYJNA

Umożliwienie osobom starszym uczenia się jest podstawowym czynnikiem wpływającym na rozwój ich aktywności oraz zachowanie dobrego zdrowia i niezależności do późnych lat, a tym samym wyraźnie przyczynia się do poprawy jakości ich życia. Podnoszenie kompetencji niezbędnych do życia we współczesnym świecie pozwala również przeciwdziałać wykluczeniu społecznemu osób starszych. Aktywność edukacyjna tych osób przynosi też korzyści w postaci większego zaangażowania w działania na rzecz swojego i młodszych pokoleń w społecznościach lokalnych oraz pełnego funkcjonowania w wymiarze obywatelskim. Dlatego też podejmuje się szereg różnorodnych działań na rzecz włączenia osób starszych do grona uczących się i w ten sposób urzeczywistnienia idei uczenia się przez

całe życie, zwłaszcza w obszarach, które najbardziej odpowiadają potrzebom edukacyjnym tej grupy obywateli (por. Strategia Rozwoju Kapitału Ludzkiego 2020⁴⁴).

Zaledwie niecały 1% osób powyżej 55. roku życia w Polsce korzysta z zajęć edukacyjnych. Osoby starsze – jeśli już uczą się – to uczestniczą przede wszystkim w uczeniu się pozaformalnym (10%) i nieformalnym⁴⁵ (20%). Dla porównania, średnio ponad 4% osób w Unii Europejskiej w tej grupie wieku uczestniczy w zajęciach edukacyjnych. Możliwy potencjał aktywności edukacyjnej osób starszych obrazują dane dla Danii, Szwecji, Finlandii, czy Wielkiej Brytanii, gdzie udział osób starszych w uczeniu się przez całe życie jest dwu-, trzy- lub ponad pięciokrotnie wyższy niż średnia Unii Europejskiej. Najbardziej aktywne w tym obszarze są osoby z wyższym wykształceniem. Oznacza to, że osoby, które często najbardziej są zagrożone wykluczeniem, najrzadziej korzystają z możliwości uczestnictwa w zajęciach edukacyjnych. Podobnie, badania przeprowadzone przez GUS w 2011 roku, uwzględniające wszystkie formy edukacji wskazują, że średnio co 4. osoba w wieku 55+ życia uczestniczyła w edukacji w ciągu ostatnich 12 miesięcy. Należy zauważyć wzrost uczestnictwa w aktywności edukacyjnej w porównaniu z rokiem 2006. Jednakże, w dalszym ciągu udział ten jest niezadowalający, szczególnie w świetle danych obrazujących np. umiejętności obsługi komputera, świadomość praw obywatelskich, czy też praw konsumenta, które mają istotny wpływ na jakość życia. Aktywność edukacyjna różni się w poszczególnych grupach wieku, ale z wiekiem znacząco maleje. Dodatkowo, osoby mieszkające na wsi rzadziej korzystają z oferty edukacyjnej. Około 66% osób starszych uczestniczących w jakiegokolwiek formie edukacji mieszka w mieście.

W Strategii Rozwoju Kapitału Ludzkiego 2020⁴⁶ wyraźnie wskazuje się, że zachodzące w polskim społeczeństwie zmiany demograficzne wymagają nowego podejścia do aktywności osób starszych. „Do tej pory takie aspekty, jak np. uczenie się seniorów, tak istotne dla utrzymania ich aktywności zawodowej i społecznej oraz samodzielności w sferze osobistej, nie należały do priorytetów polityki społecznej i edukacyjnej. Aktywność seniorów kończyła się zwykle w momencie przejścia (bardzo wczesnego jak na warunki europejskie) na emeryturę”⁴⁷. Dokument ten wskazuje promocję uczenia się seniorów jako ważny obszar działania państwa. Ważnym zapisem jest wskazanie do wykorzystania „innovacyjnych form edukacji (kształcenia i szkolenia) osób w podeszłym wieku opartych na wykorzystaniu ich doświadczenia w uczeniu się wzajemnym, w formach edukacji środowiskowej oraz w szkoleniach utrzymujących zaangażowanie osób w podeszłym wieku na rzecz rozwiązywania problemów społecznych i edukacji osób z młodszych pokoleń”⁴⁸.

W przyjętej przez Radę Ministrów 10 września 2013 roku Perspektywie uczenia się przez całe życie wytyczono kierunki polityki, która obejmuje działania na rzecz uczenia się formalnego, pozaformalnego i nieformalnego we wszystkich etapach życia, do późnej starości. W dokumencie podkreśla się znaczenie uczenia się osób starszych i najstarszych, nie tylko dla celów zawodowych, ale też utrzymania aktywności społecznej, doskonalenia niezbędnych kompetencji kluczowych, zwłaszcza w zakresie TIK oraz zaspokojenia potrzeby bycia potrzebnym i potrzeb dnia codziennego.

⁴⁴ W Strategii zakłada się, że odsetek osób wieku 55 – 74 lat uczestniczących w kształceniu lub szkoleniu wzrośnie do poziomu średniej unijnej w roku 2020 r. Dla porównania wskaźnik ten w Polsce wynosił 0,6% w 2011, podczas gdy średnia kształtowała się na poziomie 3,5%.

⁴⁵ Nabywanie wiedzy, umiejętności i kompetencji społecznych w toku różnorodnych aktywności poza zorganizowanymi formami kształcenia się.

⁴⁶ Ibidem.

⁴⁷ *Strategia Rozwoju Kapitału Ludzkiego*, przyjęta przez RM 18 czerwca 2013 r, s.31.

⁴⁸ Ibidem.

Celem ogólnym polityki senioralnej w obszarze aktywności edukacyjnej jest zwiększenie uczestnictwa osób starszych w edukacji oraz zwiększenie dostępności i jakości oferty edukacyjnej

4.1.1 Priorytet 1. Rozwój oferty edukacyjnej dla osób starszych w obszarach zgodnych z potrzebami

Do najczęstszych obszarów edukacyjnych w ofercie dla osób starszych należą edukacja prozdrowotna, obywatelska i w zakresie nowych technologii i te zostały przedstawione szczegółowo niżej. Obszar kultury i związanej z nią animacji i edukacji został opisany w rozdziale poświęconym uczestnictwu osób starszych w kulturze, natomiast zagadnienia praw konsumenckich zaznaczone w części dotyczącej aktywności obywatelskiej.

Cel 1. Upowszechnienie edukacji prozdrowotnej

Promocja zdrowia i profilaktyka są jednym z kluczowych elementów mających pozytywny wpływ na długość życia w zdrowiu. Aktywny styl życia w wieku dojrzałym zwiększa liczbę lat przeżytych w dobrym lub relatywnie dobrym zdrowiu. Aktywne i zdrowe starzenie zostało zapisane w polskim Narodowym Programie Zdrowia na lata 2007-2015. Przewidziano w nim działania na rzecz zmiany zwyczajów żywieniowych, ograniczania palenia oraz promocji zdrowia seniorów.

Promocja zdrowia jest to proces umożliwiający jednostkom i grupom społecznym zwiększenie kontroli nad własnym zdrowiem i umożliwienie jego poprawy. Wychodząc poza obszar indywidualnych zachowań, łączy się z działaniami w sferze środowiskowej i społecznej⁴⁹.

Zdrowy tryb życia prowadzi, zgodnie z deklaracjami, jedna czwarta Polaków. Pozostałe osoby w różnym stopniu stosują się do jego zasad. W badaniu Eurobarometr, aż jedna trzecia z nich przyznała się do palenia, jedna czwarta nie ćwiczy w ogóle lub ćwiczy bardzo rzadko, a około jednej piątej z nich cierpi na otyłość. Stres w pracy lub w bliskich relacjach jest udziałem jednej piątej z ankietowanych osób.

Wieloletnie badania wskazują na aktywność ruchową jako element konieczny do właściwego funkcjonowania organizmu ludzkiego w każdym wieku. Regularna aktywność ruchowa jest również jedną z najważniejszych składowych promocji zdrowia osób starszych. Z dostępnych danych wynika, że programowanie aktywności ruchowej u osób starszych musi być ściśle związane klarownym przedstawianiem korzyści, wyjaśnianiem wątpliwości dotyczących bezpieczeństwa ćwiczeń, wyjaśnieniami dotyczącymi przeciwwskazań lub ich braku w kontekście współistniejących chorób, wsparciem społecznym. Ma to na celu stworzenie odpowiedniej motywacji do systematycznego i długofalowego stosowania ćwiczeń fizycznych jako jednego z podstawowych zachowań prozdrowotnych osób starszych⁵⁰. Jednakże, z ogólnopolskich danych wynika, że ponad 50% badanych deklaruje potrzebę ruchu, ale tylko 7% osób w wieku 60 – 64 lat i 0,6% w wieku 80 lat i więcej podejmuje

⁴⁹ http://www.who.int/topics/health_promotion/en/

⁵⁰ T. Kostka, *Physical Activity Programming In The Elderly*, Łódź 2009.

regularną aktywność ruchową. Wraz z wydłużaniem się okresu życia maleje jednak jego jakość rozumiana jako dobry stan zdrowia pozwalający na względnie samodzielną egzystencję, uczestnictwo w życiu społecznym, samorealizację. Jedną z przyczyn takiego stanu rzeczy jest właśnie mała aktywność fizyczna ludzi w starszym wieku⁵¹.

Inne konieczne obszary edukacji prozdrowotnej to nabywanie wiedzy i umiejętności w zakresie właściwego doboru diety i przygotowanie posiłków, a także w zakresie prawidłowego stylu życia, unikania niebezpiecznych zachowań mogących prowadzić do pogorszenia stanu zdrowia, zachowań i zdrowia psychicznego.

Edukacja prozdrowotna już teraz stanowi stały element oferty edukacyjnej dla osób starszych, w tym szczególnie Uniwersytetów Trzeciego Wieku (UTW). W świetle przeprowadzonych badań⁵² większość uniwersytetów ma w swojej ofercie zajęcia związane z medycyną. Dużym powodzeniem cieszą się też wykłady z dietetyki i medycyny naturalnej. Zainteresowanie tymi tematami wyrażają częściej kobiety niż mężczyźni. Dla 11-14% badanych to właśnie zajęcia w UTW wzbudziły zainteresowanie medycyną i ochroną zdrowia jako dziedziną wiedzy.

Do edukacji prozdrowotnej można też zaliczyć popularyzowanie wiedzy o starzeniu się, w tym starzeniu się w zdrowiu. W ramach profilaktyki gerontologicznej najczęściej organizowane są trzy rodzaje działań: szeroko pojęte przygotowanie do starości, konferencje i badania naukowe oraz poradnictwo. W niektórych miastach przy UTW działają punkty poradnictwa z zakresu psychologii. Poza strukturami UTW działają także poradnie gerontologiczne oraz telefony zaufania⁵³.

Kierunki interwencji – rekomendacje:

- rozwijanie oferty edukacyjnej seniorów w zakresie profilaktyki zdrowotnej
- rozwój warunków w różnych formach uczenia się seniorów do promowania zdrowego stylu życia
- uświadamianie konieczności aktywności fizycznej i przestrzegania prawidłowej diety dostosowanych do wieku starszego
- rozwój świadomości wśród seniorów w zakresie skutków niebezpiecznych zachowań (w tym nałogi nieprzestrzegania zasad zdrowego odżywiania, narażenia na kontuzje i urazy)

Cel 2. Upowszechnianie edukacji obywatelskiej

Szczególnym obszarem edukacyjnym jest przygotowanie do bycia świadomym i poinformowanym obywatelem, w tym osobą, która może się zaangażować społecznie w różne działania na rzecz swojego środowiska lokalnego, szczególnie do świadczenia wolontariatu. Z badań wynika, że jednym z hamulców wolontariatu osób starszych jest obawa, czy podołają zadaniom. Dodatkowo, samo świadczenie wolontariatu przez osoby starsze jest okazją do uczenia się, czyli wolontariat jest zatem uznawany jako bardzo cenne doświadczenie nieformalnego uczenia się dla osób ze wszystkich grup wieku, nie tylko młodzieży.⁵⁴ Szczególną rolę osób starszych, zarówno jako wolontariuszy, jak również

⁵¹ E. Kozdroń, *Program Rekreacji Ruchowej Osób Starszych*, Warszawa 2008.

⁵² *Uniwersytety Trzeciego Wieku: przeciw wykluczeniu, dla społeczeństwa wiedzy*, J. Gulanowski (red.), Agencja Wydawnicza „Argij”, Wrocław 2012.

⁵³ Ibidem.

⁵⁴ Osoby dojrzałe poprzez wolontariat:

adresatów aktywności wolontariackiej, podkreśla projekt *Długofalowej polityki rozwoju wolontariatu w Polsce*, opracowany przez międzysektorowy zespół ekspercki w 2011 r. Te zagadnienia umownie na potrzeby tego dokumentu ujęte są pojęciem „edukacja obywatelska”.

Pokolenia seniorów, których proces edukacji formalnej oraz wchodzenia w społeczność dorosłych przypadł na lata przed transformacją w 1989 roku, z reguły są w wymiarze obywatelskim bardziej pasywne od pokoleń kolejnych. Wynika to nie tylko z utrwalonego w poprzednim systemie poczucia braku realnego wpływu na decyzje dotyczące spraw publicznych w skali kraju, regionu czy środowisk lokalnych, ale również z braku orientacji dotyczącej funkcjonowania państwa. W szczególności, niejasne są struktura władzy publicznej oraz kompetencje różnych jej organów. Niewielka jest też świadomość odnosząca się do możliwych form reprezentowania na forum publicznym interesu własnego środowiska lokalnego czy grupy społecznej. Z tego powodu, kluczowym elementem dla poprawy aktywności obywatelskiej seniorów w perspektywie najbliższych 15-20 lat jest edukacja obejmująca zarówno aspekty formalno-prawne jak i praktyczne. W pierwszym okresie powinny one obejmować także szkolenia ukierunkowane na pokonywanie barier mentalnych i zmianę postawy obywatelskiej z pasywnej na aktywną oraz różne formy poradnictwa prawnego i obywatelskiego.

Kierunki interwencji - rekomendacje:

- rozwijanie oferty edukacyjnej dotyczącej aspektów formalno-prawnych oraz praktycznych reprezentowania interesu własnego środowiska i grupy społecznej
- rozwijanie u osób starszych kompetencji społecznych i obywatelskich, w tym motywowanie do podejmowania aktywności obywatelskiej i wolontariatu
- przygotowanie lokalnych liderów/animatorów aktywności obywatelskiej i wolontariatu
- wspieranie i rozwój „innowacyjnych form edukacji (kształcenia i szkolenia) osób w podeszłym wieku opartych na wykorzystaniu ich doświadczenia w uczeniu się wzajemnym, w formach edukacji środowiskowej oraz w szkoleniach utrzymujących zaangażowanie osób w podeszłym wieku na rzecz rozwiązywania problemów społecznych i edukacji osób z młodszych pokoleń” (por. SRK, 2020)

Cel 3. Upowszechnienie edukacji w zakresie nowych technologii

Niezmienne istotnym elementem edukacji osób starszych jest nabycie kompetencji informatycznych. Posiadanie umiejętności cyfrowych i ich rozwijanie jest niezbędnym warunkiem, aby w pełni korzystać z coraz większego zakresu usług świadczonych elektronicznie. Niestety, dane wskazują, że w tym obszarze jest jeszcze bardzo dużo do zrobienia. Co szczególnie ważne w odniesieniu do osób starszych, usługi cyfrowe sprzyjają zjawisku włączenia społecznego, a tym samym zapobiegają marginalizacji we współczesnym społeczeństwie. Zapewnienie seniorom dostępu do zasobów informatycznych stanowi jeden

-
- nabywają kompetencji społecznych i obywatelskich,
 - uczą się organizacji pracy własnej, zarządzania czasem, obowiązkowości, rzetelności,
 - uczą się nawiązywać relacje i współpracować z różnymi grupami wiekowymi, lepiej rozpoznają i rozumieją potrzeby tych grup, uczą się komunikacji, tolerancji i empatii, cierpliwości, ale i pokory,
 - uczą się przyjmowania kolejnych wyzwań, przekraczania własnych ograniczeń, przeświadczenia, że sobie poradzą w trudnych lub nieoczekiwanych sytuacjach, wiary w siebie,
 - uczą się otwartości, kreatywności, zarządzania konfliktami,
 - uczą się lepiej wykorzystywać własny potencjał nabyty z wiekiem (doświadczenie, wiedzę, wolny czas i chęć pomocy innym) na rzecz pokoleń młodszych i na rzecz swego lub starszego pokolenia,
 - uczą się nowych technologii często niezbędnych przy organizowaniu wolontariatu,
 - uczą się dbać o swoją kondycję psychiczną i fizyczną, by podołać zadaniom.

z kluczowych czynników wpływających na poprawę funkcjonowania seniorów nie tylko w zakresie wielu podstawowych czynności związanych z życiem codziennym ale także z życiem społecznym. Rosnący stopień cyfryzacji i zastosowania nowych technologii w życiu codziennym sprawia, że rośnie zapotrzebowanie na przystosowanie osób starszych do funkcjonowania w świecie nowych technologii. Kompetencje informatyczne są jednymi z ośmiu kompetencji kluczowych niezbędnych każdemu człowiekowi do życia we współczesnym społeczeństwie.

Osiem kompetencji kluczowych⁵⁵ to połączenie wiedzy, umiejętności i postaw odpowiednich do sytuacji. Kompetencje kluczowe to te, których wszystkie osoby potrzebują do samorealizacji i rozwoju osobistego, bycia aktywnym obywatelem, integracji społecznej i zatrudnienia:

- 1) porozumiewanie się w języku ojczystym;
- 2) porozumiewanie się w językach obcych;
- 3) kompetencje matematyczne i podstawowe kompetencje naukowo-techniczne;
- 4) kompetencje informatyczne;
- 5) umiejętność uczenia się;
- 6) kompetencje społeczne i obywatelskie;
- 7) inicjatywność i przedsiębiorczość;
- 8) świadomość i ekspresja kulturalna.

Wskazuje się, że ponad 150 mln Europejczyków (około 30 proc.), nigdy nie korzystało z Internetu. W tej grupie wykluczonych dominują osoby w wieku od 65 do 74 lat. Wpływ na to ma przede wszystkim brak umiejętności wykorzystywania technologii cyfrowych i usług medialnych, nie tylko do celów zawodowych, lecz również do nauki, tworzenia i uczestnictwa w kulturze.

Sformułowana w SRK teza, że wiek jest głównym wymiarem wykluczenia w Polsce potwierdzają wyniki badań przedstawione w raporcie *Między alienacją a adaptacją. Polacy w wieku 50+ wobec Internetu*⁵⁶. Według badaczy wśród prawie 13 mln Polaków w wieku 50+ z Internetu korzysta zaledwie 21,6% (2,8 mln), mimo że 40% posiada do niego dostęp w domu. Obecnie osoby w wieku 50+ to tylko 18% polskich internautów. Według danych GUS-u, w 2010 roku, 87% osób powyżej 65 roku życia nie korzystało wcześniej z Internetu, a tylko 11% korzystało regularnie z komputera⁵⁷. Dodatkowo, w Unii Europejskiej Polska należy do krajów o najniższym odsetku użytkowników sieci. Polacy w wieku 50+, którzy nie korzystają z Internetu, to ponad 10 mln ludzi, w tym 3,9 mln w wieku 50-59 lat i 6,26 mln w wieku 60+. Ponadto w najbliższym czasie wejdzie w wiek senioralny grupa obecnych 40-latków. Należałoby monitorować ich potrzeby, które ze względu na korzystanie z TIK (technologia informacyjno-komunikacyjna) będą w ich „wieku senioralnym” zupełnie inne. W Polsce osiami podziału między osobami biegłymi w cyfrowych technologiach, a nie posiadającymi tych umiejętności są przede wszystkim wiek, miejsce zamieszkania i wykształcenie. O ile wśród osób młodych korzystanie z Internetu jest dosyć powszechne, o tyle wykluczenie cyfrowe osób starszych staje się problemem. W przypadku tej drugiej grupy osób kompetencje cyfrowe nie stanowią naturalnego składnika procesów socjalizacji i są mocno skorelowane z poziomem wykształcenia.

⁵⁵ Zalecenie Parlamentu Europejskiego i Rady z 18 grudnia 2010 r. w sprawie kompetencji kluczowych w procesie uczenia się przez całe życie.

⁵⁶ *Między alienacją a adaptacją. Polacy w wieku 50+ wobec Internetu. Raport Otwarcia Koalicji „Dojrzałość w sieci”*, D. Batorski, J. M. Zając (red.) Cytowany raport jest pierwszym efektem prac Koalicji Cyfrowego Włączenia Generacji 50+ „Dojrzałość w Sieci”.

⁵⁷ Społeczeństwo informacyjne w Polsce, GUS 2012

Kierunki interwencji - rekomendacje:

- stworzenie rozwiązań systemowych dotyczących uczenia osób starszych w zakresie kompetencji cyfrowych
- rozwój warunków dla systemu edukacji międzypokoleniowej szczególnie w tym obszarze tematycznym
- upowszechnianie korzyści z posiadania kompetencji cyfrowych oraz rozwiązań w ramach nowych technologii wśród seniorów
- wspieranie działań edukacyjnych w zakresie wykorzystania nowoczesnych technologii w służbie osobom starszym (*Ambient Assisted Living, AAL*), aby umożliwić seniorom i osobom niepełnosprawnym niezależne życie i możliwie pełną aktywność społeczną
- upowszechnianie wyników badań nad nowoczesnymi technologiami (np. zdalne monitorowanie zdrowia pacjentów) dla i z udziałem osób starszych i wspieranie ich wdrożenia

4.1.2 Priorytet 2. Wspieranie rozwoju systemowych rozwiązań dla organizacji różnych form uczenia się osób starszych, w tym ruchu Uniwersytetów Trzeciego Wieku

Wyrazem efektów działania ruchu społeczeństwa obywatelskiego środowiska seniorów jest dynamiczny rozwój zorganizowanych form uczenia się, wychodzących naprzeciw wzrastającej w tym środowisku potrzebie przedłużenia edukacji formalnej oraz zapewnienia dostępu do edukacji poza- i nie- formalnej. Działalność ta prowadzona jest przez zróżnicowaną grupę podmiotów, od organizacji pozarządowych, przez instytucje i firmy o profilu edukacyjno-szkoleniowym czy niektóre instytucje kultury (biblioteki, domy kultury) do najbardziej zorganizowanej i najszerzej upowszechnionej formy, jaką jest ruch Uniwersytetów Trzeciego Wieku (UTW). Popularność wśród seniorów różnych organizowanych form uczenia się wynika z trzech następujących przyczyn: (1) wpisywania się przez nie w ideę edukacji otwartej; (2) powszechny dostęp, bez koniecznością spełnienia konkretnych kryteriów formalnych (np. posiadania konkretnego typu wykształcenia); (3) specyficzna, szeroka i elastyczna oraz często interaktywna formuła działalności edukacyjnej, która przyczynia się do zaspokajania różnych potrzeb seniorów, takich jak: samokształcenie, poznawanie środowiska seniorów, poszerzanie wiedzy i umiejętności, możliwość wykonywania społecznie użytecznych działań, wypełnienie wolnego czasu, utrzymywanie więzi towarzyskich, stymulacja psychiczna i fizyczna, a czasem nawet możliwość realizacji młodzieńczych marzeń.

O skali zainteresowania seniorów udziałem w zorganizowanych formach uczenia się świadczą dane Ogólnopolskiej Federacji Stowarzyszeń Uniwersytetów Trzeciego Wieku, z których wynika, że w Polsce działa ponad 450 Uniwersytetów Trzeciego Wieku, które prowadzą zajęcia i wykłady dla około 100 tys. słuchaczy w wieku 50+. Te wskaźniki są znacznie wyższe, z uwagi na wspomnianą, bardzo rozwiniętą, ale nie ewidencjonowaną ilościowo, działalność edukacyjną innych organizacji i instytucji. Jednakże szacunkowa liczba wszystkich uczestniczących w tych działaniach seniorów stanowi bardzo mały odsetek w ogólnej liczbie osób starszych w Polsce. Osoby korzystające z tego typu działalności to głównie osoby starsze z wyższym lub średnim wykształceniem. Zatem oferta UTW często nie jest skierowana lub nie dociera do pozostałych osób starszych.

Dodatkowo, daje się zauważyć: (1) znaczną feminizację wśród uczestników działań edukacyjnych - okazuje się, że 85% uczestników UTW to kobiety⁵³; (2) dysproporcję dostępu

do działań edukacyjnych, polegającą na jego deficycie na terenach wiejskich oraz w małych miastach, szczególnie tych odległych od dużych miast, a nierzadko również w dużych osiedlach pełniących funkcje tzw. „sypialni” dużych miast.

Feminizacja wynika nie tylko z feminizacji starzenia się, ale też generalnie z mniejszej aktywności społecznej mężczyzn (mniej niż 30% wolontariuszy 50+ to mężczyźni)⁵⁴. Co ważne, powoduje ona również ograniczenie oferty odpowiadającej zainteresowaniom mężczyzn.

Ze względu na wskazany deficyt dostępu, bardzo ważnym wyzwaniem jest promowanie aktywności edukacyjnej seniorów mieszkających w wymienionych obszarach. Tam rozwiązaniem może być wykorzystanie lokalnej infrastruktury i potencjału środowiskowego, np. (szkoły, domy kultury, domy parafialne, świetlice, domy wiejskie, koła gospodyń wiejskich, ochotnicza straż pożarna) oraz wspieranie działań dla seniorów z poziomu lokalnego (sołectwa, gminy, powiaty) i regionalnego.

Warto zauważyć, że UTW w Polsce funkcjonują w zróżnicowanej strukturze organizacyjnej:

1. w strukturach i pod patronatem uczelni, kierowane najczęściej przez pełnomocnika rektora danej uczelni (ok. 20%);
2. przy jednostkach samorządu terytorialnego np. przy domach kultury, bibliotekach, domach dziennego pobytu, ośrodkach pomocy społecznej (ok. 20%);
3. jako samodzielny podmiot prawny: stowarzyszenie, fundacja lub ich filia (60%).

Wynika z tego, że wiele UTW, podobnie jak prawie wszystkie inne organizacje i instytucje, realizują funkcje edukacyjne bez formalnej afiliacji w instytucjach edukacyjnych.

Należy podkreślić, że organizacje prowadzące działalność edukacyjną, w tym UTW, często są tworzone i prowadzone przez osoby starsze, będące liderami w lokalnym środowisku seniorów. Przyczynia się to do budowy kapitału społecznego. Dlatego też istotne dla rozwoju tego typu działań jest wspieranie aktywności obywatelskiej i inicjatyw lokalnych. Prowadzi to pośrednio do poszerzenia kręgu osób starszych korzystających z tej formy edukacji. Z reguły, zajęcia edukacyjne, mające na celu stworzenia warunków do rozwoju osobistego i rozwoju zainteresowań, mogą prowadzić również do podjęcia lub poszerzenia działalności społecznej i prowadzonej przez osoby starsze, a także obywatelskiej, prowadzącej do rozwoju samoorganizacji wewnątrzpokoleniowej. W przypadku UTW, aż 83% osób pracujących społecznie na ich rzecz, to jednocześnie słuchacze⁵¹, a 88% uniwersytetów deklaruje współpracę z samorządem⁵².

Kierunki interwencji - rekomendacje:

- stworzenie modelu działań stymulujących proces uczenia się osób starszych z wykorzystaniem potencjału doświadczonych organizacji i instytucji oraz Uniwersytetów Trzeciego Wieku
- opracowanie i realizacja programu wspierania działań rozwijających aktywność edukacyjną seniorów na terenach wiejskich oraz w małych miastach, zwłaszcza odległych od dużych miast
- opracowanie i realizacja programu wspierania działań rozwijających aktywność edukacyjną seniorów w dużych osiedlach większych miast, pełniących funkcje tzw. „sypialni”
- rozwój systemu finansowania działań z zakresu aktywności edukacyjnej (uczenia się przez całe życie) w ramach administracji publicznej - rządowej i samorządowej)

- rozwój efektywnych programów edukacyjnych dla osób starszych dostosowanych do różnych potrzeb – od wyzwań rynku pracy poprzez uczenie się dla rozwoju nowych umiejętności potrzebnych we współczesnym społeczeństwie i dla zachowania zdrowia do edukacji na rzecz aktywności obywatelskiej, kreatywności i rozwijania zainteresowań
- tworzenie warunków dla wypracowania standardów działania oraz oferty uczenia się osób starszych
- rozwój warunków dla koordynacji systemu uczenia się osób starszych na poziomie regionalnym oraz dla stymulowania aktywności społecznej tych osób
- tworzenie warunków dla rozwoju współpracy różnych instytucji edukacyjnych i naukowych dla efektywnego wykorzystania potencjału międzypokoleniowego (w tym: mentoringu i coachingu)
- wspieranie tworzenia przez seniorów platform wzajemnej komunikacji w obszarze aktywności edukacyjnej z wykorzystaniem nowych technologii

4.2 AKTYWNOŚĆ SPOŁECZNA⁵⁸

Pojęcia „zaangażowanie obywatelskie” czy „aktywność obywatelska” są bardzo różnie definiowane. Niektórzy autorzy podkreślają znaczenie partycypacji w formalnych strukturach, takich jak organizacje społeczne⁵⁹, inni rozumieją ją znacznie szerzej jako udział w instytucjach demokratycznych, poziom zaufania do nich, uczestnictwo w nieformalnych strukturach lokalnych (np. grupy sąsiedzkie)⁶⁰.

Na potrzeby niniejszego dokumentu przyjmuje się, że aktywność społeczna osób starszych jest pojęciem szerszym i dzieli się na aktywność obywatelską (partycypację obywatelską, zaangażowanie obywatelskie) i na działania na rzecz potrzebujących osób, środowiska oraz organizacji i instytucji, czyli wolontariat.

4.2.1 Priorytet 1. Rozwój aktywności obywatelskiej osób starszych

Według danych z *Diagnozy Społecznej 2011* tylko 15,6% badanych angażowało się w działania na rzecz społeczności lokalnej (gminy, osiedla, miejscowości, w najbliższym

⁵⁸ Trzeba dodać, że istnienie *Rządowego Programu na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2012-2013* (zwany „Programem ASOS 2012-2013”), który ma być kontynuowany w ramach *Rządowego Programu na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2014-2020* (zwanym „Programem ASOS 2014-2020”), a ich celem jest wspieranie aktywności społecznej osób w wieku 60+. Istotne jest to, że Program ASOS zakłada włączenie sektora organizacji pozarządowych do działań służących zaangażowaniu seniorów w różnych formach aktywności (**Cel szczegółowy 1.** Zwiększenie różnorodności i poprawa jakości oferty edukacyjnej dla osób starszych, **Cel szczegółowy 2.** Tworzenie warunków dla integracji wewnątrz- i międzypokoleniowej osób starszych przy wykorzystaniu istniejącej infrastruktury społecznej, **Cel szczegółowy 3.** Rozwój zróżnicowanych form aktywności społecznej, w tym upowszechnianie wolontariatu, partycypacji w procesach decyzyjnych, w życiu społecznym, w tym udział osób starszych w kształtowaniu polityki publicznej oraz **Cel szczegółowy 4.** Zwiększenie dostępności, podniesienie jakości usług społecznych oraz wspieranie działań na rzecz samopomocy i samoorganizacji).

Dużą rolę w pobudzaniu działań na rzecz rozwoju aktywności społecznej osób starszych oraz na rzecz osób starszych odegrał finansowany ze środków krajowych Fundusz Inicjatyw Obywatelskich, który od 2005 funkcjonował w różnych formach prawnych jako instrument programowy i finansowy zwiększający dynamikę rozwoju społeczeństwa obywatelskiego.

⁵⁹ Według *Australian Bureau of Statistics*: realizowanie działań odzwierciedlających interesy i zaangażowanie w rządzenie (governance) oraz demokrację, takie jak członkostwo w partiach politycznych i związkach zawodowych (stowarzyszeniach zawodowych), pełnienie funkcji w klubach i stowarzyszeniach, kontaktowanie się z parlamentarzystami oraz uczęszczanie na zebrania i konsultacje społeczne.

⁶⁰ Według T. Healy’ego: na aktywność obywatelską składają się takie elementy jak: głosowanie w wyborach, udział w grupach obywatelskich i partiach politycznych, postrzeganie sąsiedztwa i usług lokalnych oraz zaufanie do instytucji lokalnych i krajowych.

sąsiedztwie). Ponadto 22,9% deklaruje, że w roku poprzedzającym badanie brało udział w zebraniu publicznym poza miejscem pracy. W Polsce w 2011 r., członkami „jakichś organizacji, stowarzyszeń, partii, komitetów, rad, grup religijnych, związków lub kół” było 14,8% badanych: 11,6% należało tylko do jednego stowarzyszenia; 2,2% do dwóch, a 1,0% do dwóch lub więcej, co oznacza, że 85,2 proc. nie należało do żadnej organizacji. Według Raportu GUS ok. 38% osób powyżej 65 roku życia w 2012 r. należało do jakiejś organizacji (pozarządowej, o charakterze religijnym, politycznym, zawodowym, spółdzielni i innych) lub pracowały bezpłatnie na ich rzecz. Seniorzy najczęściej należą do wspólnot i organizacji o charakterze religijnym (ok. ¼ wszystkich osób starszych aktywnych w organizacjach). Nieco częściej przynależność do organizacji deklarują starsi mężczyźni (41%) niż kobiety (37%)⁶¹. Z badań wynika, że w 2012 r. ponad połowa organizacji (55%) korzystała z pracy wolontariuszy zewnętrznych, tzn. osób nienależących do organizacji.⁶²

Centrum Badania Opinii Społecznej prowadzi cykliczne badania dotyczące poczucia wpływu na sprawy publiczne i zaangażowanie obywatelskie. Z badania przeprowadzonego w 2012 r. wynika, że tylko 30% obywateli jest przekonanych, że „ludzie tacy, jak oni mają wpływ na sprawy kraju”. Aż 68% wyraża opinię przeciwną. Jak zauważono, poczuciu wpływu na sprawy kraju, a także gminy i społeczności lokalnych sprzyja młody wiek, wyższe wykształcenie, zamieszkiwanie w największych aglomeracjach oraz wysokie dochody na osobę w gospodarstwie domowym.⁶³

Aktywność obywatelską można rozumieć jako indywidualne zaangażowanie w sprawy lokalne i krajowe, a także przekonanie o zdolności wywierania na nie bezpośredniego wpływu. Przykładowo w Wielkiej Brytanii wykorzystuje się następujące wskaźniki do mierzenia poziomu aktywności obywatelskiej:

- postrzegana zdolność do wpływania na wydarzenia;
- stopień poinformowania o sprawach lokalnych i krajowych;
- kontakt z urzędnikami lub przedstawicielami politycznymi;
- zaangażowanie w lokalne grupy działania;
- skłonność do głosowania.

Celem głównym polityki senioralnej w obszarze aktywności obywatelskiej jest zwiększenie zaangażowania osób starszych w życie społeczności lokalnych i sprawy kraju oraz wzrost roli obywateli - seniorów w rozwiązywanie problemów społecznych.

Kierunki interwencji – rekomendacje:

- upowszechnianie zasady uczestnictwa seniorów w aktywności obywatelskiej
- tworzenie warunków na poziomie lokalnym dla rozwoju dialogu i zaangażowania obywatelskiego wśród seniorów (w tym w ramach gminnych rad seniorów) oraz innych ciał dialogu społecznego.
- włączenie do zadań jednostek samorządu terytorialnego uchwalania rocznych albo wieloletnich programów aktywizacji seniorów (na wzór programów współpracy z organizacjami pozarządowymi)
- zapewnienie seniorom równego dostępu do korzystania z pełni praw wyborczych poprzez

⁶¹ GUS, *Jak się żyje osobom starszym w Polsce?*,

http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/WA_jak_sie_zyje_os_starszym_w_pl_30_XI_2012.pdf (dostęp: 03.04.2013 r.)

⁶² *Podstawowe fakty o organizacjach pozarządowych – raport z badania 2012*,

http://www.ngo.pl/PodstawoweFakty_2012_raport/ebook/content/PodstawoweFaktyNGO_2012_KlonJawor_raport.pdf (dostęp 23.10.2013 r.)

⁶³ *Poczucie wpływu na sprawy publiczne i zaangażowanie obywatelskie, Komunikat z badań, CBOS 2012*, http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2012/K_142_12.PDF (dostęp: 13.06.2013r.)

ograniczanie barier w dostępie do lokali wyborczych oraz usprawnienie procedur głosowania przez pełnomocnika, głosowania korespondencyjnego oraz zagwarantowania nakładek braillofskich

- inicjowanie i wspieranie aktywnego zaangażowania seniorów w życie społeczności lokalnych przy wykorzystaniu w jak największym stopniu współpracy w tym obszarze samorządów, organizacji pozarządowych, w tym działającymi dla seniorów (rada seniorów, kościoła i innych instytucji oraz poprzez konsultacje społeczne; informowanie społeczności lokalnych o planowanych i realizowanych działaniach). Zapewnienie osobom starszym i ich rodzinom dostępu do informacji, porad prawnych, obywatelskich i konsumenckich, rzecznictwa interesów tej grupy obywateli, wsparcia psychologicznego i w postaci mediacji oraz rozwój kanałów informacyjnych i struktur poradnictwa i wsparcia. Wspieranie osób starszych w pełnieniu roli liderów społecznych poprzez:
 - promowanie zwiększenia udziału osób starszych w lokalnym życiu społecznym
 - objęcie programem szkoleniowym i mentoringowym osób starszych w celu rozwijania ich talentów lidarskich
 - wsparcie dla organizacji pozarządowych zajmujących się problematyką osób starszych
 - tworzenie na poziomie lokalnym bazy dobrych praktyk oraz organizacji działających na rzecz aktywności obywatelskiej seniorów

4.2.2 Priorytet 2. Rozwój wolontariatu osób starszych

Zagospodarowanie cennego potencjału osób starszych – wiedzy, umiejętności, doświadczenia zawodowego i życiowego oraz chęci pracy na rzecz innych jest jednym z kluczowych wyzwań polityki senioralnej.

Wolontariat⁶⁴ w powszechnym odczuciu utożsamiany jest z bezpłatną i dobrowolną pomocą innym. Przy czym, wspomniana pomoc może być świadczona w różnoraki sposób i obejmować cały szereg działań. Wolontariatem jest nieodpłatna, dobrowolna praca świadczona na rzecz osób spoza własnego gospodarstwa domowego (w tym na rzecz niezamieszkującej wspólnie rodziny, przyjaciół, sąsiadów, ale także na rzecz osób nieznajomych), na rzecz środowiska naturalnego, społeczeństwa lub społeczności lokalnej, podejmowana indywidualnie albo w ramach organizacji lub instytucji.⁶⁵

Z badań GUS wynika, że przynajmniej raz na cztery tygodnie w wolontariat formalny angażuje się 10% osób w wieku 55-64 lata, a 9% w wieku 65+, analogiczne odsetki dla wolontariatu nieformalnego wynoszą odpowiednio 32% i 17%⁶⁶. Dodatkowo, na przykładzie badań GUS widać, że odsetek osób 65+ pracujących społecznie w ramach różnych struktur organizacyjnych wynosi 11,5%, gdy pytanie dotyczy trzech miesięcy albo 18,6%, gdy uwzględnia się także sporadyczne przypadki wolontariatu.⁶⁷

⁶⁴ Według ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie, wolontariuszem jest osoba, która ochotniczo i bez wynagrodzenia wykonuje świadczenia odpowiadające świadczeniu pracy na zasadach określonych w ustawie na rzecz m.in. organizacji pozarządowych, organów administracji publicznej i jednostek im podległym lub przez nie nadzorowanym (zgodnie z art. 2 i 42).

⁶⁵ Najkrótsza forma definicji *volunteer work* stwierdza, że jest to *bezpłatna, dobrowolna praca świadczona przez jednostkę na rzecz organizacji lub bezpośrednio na rzecz osób spoza własnego gospodarstwa domowego*. W tym ujęciu dla istoty wolontariatu najważniejsze są trzy elementy: praca, brak wynagrodzenia, dobrowolność. Jest to definicja opracowana w ramach Międzynarodowej Organizacji Pracy przy udziale Centrum Studiów nad Społeczeństwem Obywatelskim na Uniwersytecie Johns Hopkins w USA. Jest stosowana także przez Główny Urząd Statystyczny/International Labour Office, *Manual on the Measurement of Volunteer Work*, Geneva 2010.

⁶⁶ GUS, *Wolontariat w organizacjach...*, op. cit., s.95 i 122.

⁶⁷ Notatka informacyjna GUS, *Jak się żyje osobom starszym w Polsce*.

Z kolei, jak pokazują dane z badania Eurobarometru z 2012 r. obywatele krajów UE-27, którzy angażują się w pracę niezarobkową, poświęcają na nią średnio 12 godzin miesięcznie⁶⁸. Jednocześnie z danych GUS wynika, że średnia liczba godzin pracy społecznej w ciągu czterech tygodni dla wolontariusza w Polsce w wieku 55-64 wynosi 15 godzin, a trzynastcie godzin dla wolontariusza w wieku 65+.⁶⁹

Zgodnie z wynikami badań GUS praca społeczna w ramach różnych struktur organizacyjnych i instytucjonalnych w Polsce odpowiadała pracy ponad 200 tys. pełnoetatowych pracowników. Wartość wolontariatu świadczonego w organizacjach została oszacowana na ok. 8,6 mld zł rocznie, co odpowiadałoby ok. 0,6% poszerzonego PKB (uwzględniającego wartość wolontariatu)⁷⁰.

W ramach dobrowolnej pracy o charakterze niezarobkowym wyróżnia się coraz częściej tzw. **wolontariat kompetencji**. Ten typ wolontariatu jest szczególnie ważny **w aspekcie właściwego zagospodarowania potencjału osób starszych**.

Wolontariat kompetencji to nieodpłatne dzielenie się wiedzą, doświadczeniem i umiejętnościami z innymi. Bywa utożsamiany ze specyficzną odmianą wolontariatu pracowniczego, czyli sytuacji, gdy np. pracownik firmy czy odchodząca z rynku pracy osoba dzieli się specjalistyczną wiedzą i doświadczeniem ze swojej branży z podmiotami niedziałającymi dla zysku, zwłaszcza organizacjami pozarządowymi. Wolontariat kompetencji warto jednak traktować szerzej jako dzielenie się wszelkiego rodzaju doświadczeniem, nie tylko zawodowym, ale także tym związanym z pełnionymi rolami rodzinnymi, funkcjami publicznymi czy umiejętnościami związanymi z realizacją zainteresowań.⁷¹

Wydaje się, że duża liczba organizacji działających w trzecim sektorze nie odkryła jeszcze potencjału starszych wiekiem wolontariuszy. Może to wynikać z dość upowszechnionego stereotypu, zgodnie z którym osoby starsze to przede wszystkim odbiorcy działań ludzi młodych. Starość, a nawet już wiek dojrzały kojarzą się z mniejszą sprawnością i niesamodzielnością. Podstawowa obawa, jaka wiąże się z zaangażowaniem osób starszych to ich stan zdrowia i słabsza kondycja fizyczna. Niepokój może budzić także konieczność poświęcenia więcej czasu na wprowadzenie seniorów w sprawy merytoryczne i sposób działania danej organizacji. Ponadto istnieją duże zastrzeżenia, co do umiejętności osób starszych, w szczególności w zakresie nowoczesnych technologii, a także ich otwartości na nowe doświadczenia i metody pracy.⁷²

Równolegle jednak doświadczenia organizacji i instytucji, które zdecydowały się na współpracę z wolontariuszami – seniorami są bardzo dobre. Osoby starsze mają, przede wszystkim, więcej czasu na wolontariat i na dłużej wiążą się z organizacją, w której

⁶⁸ *Active Ageing Report*, Special Eurobarometer 378, s. 93, http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_378_en.pdf (dostęp: 15.07.2013 r.)

⁶⁹ Warto zwrócić uwagę na szczególne przykłady pracy niezarobkowej osób starszych w ramach organizacji, np. w ramach organizacji kościelnych i wyznaniowych, jak np. parafialne (diecezjalne) zespoły Caritas. Z danych uzyskanych od organizacji wynika, że osoby w wieku 60+ stanowią większość ze 120 tys. zaangażowanych wolontariuszy. Innym przykładem jest działalność seniorów w ramach hufców harcerskich. Według danych przekazanych przez Wydział Seniorów i Starszyny Harcerskiej ZHP w sumie w hufcach w całej Polsce działa ok. 3 tys. seniorów.

⁷⁰ GUS, *Wolontariat w organizacjach...*, op. cit., s. 71.

⁷¹ *Strategia rozwoju wolontariatu 50+ w Poznaniu*, Poznań, luty 2013 r., s. 7.

⁷² Opracowanie własne na podstawie: *Współpraca z wolontariuszami 50+. Poradnik dla organizacji i instytucji*. Akademia Rozwoju Filantropii w Polsce, 2007.

działają. Ponadto świetnie sprawdzają się w zadaniach, które wymagają specjalistycznych umiejętności, doświadczenia życiowego, cierpliwości. Organizacje współpracujące ze starszymi wolontariuszami, zarówno publiczne jak i pozarządowe, wskazują na ich liczne zalety: dyspozycyjność, odpowiedzialność, cierpliwość, rzadkie wycofywanie się z raz podjętych zobowiązań, a więc możliwość długotrwałej współpracy, a nie działań o charakterze akcyjnym. Wolontariusze seniorzy najczęściej angażują się w działania interpersonalne związane z opieką, nauką, animacją czasu wolnego innych osób.⁷³

W ekspertyzie *Wolontariat osób dojrzałych w Polsce*⁷⁴ przygotowanej dla Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej zwrócono uwagę na fakt, że przy tworzeniu oferty wolontariatu dla osób starszych należy przede wszystkim uwzględnić duże zróżnicowanie wewnętrzne tej grupy społecznej, zarówno pod względem stanu zdrowia i wynikających z tego możliwościach i ograniczeniach zaangażowania się w działania wolontarystyczne, jak również specyfikę lokalnych problemów społecznych. Tak na przykład duży udział w społeczności niesamodzielnymi osobami powyżej 80-go roku życia będzie determinować potrzebę rozwoju wolontariatu opiekuńczego.

Z powyższego wynika, że wolontariat osób starszych jest obszarem wymagającym jak najszybszego rozwoju. Dojrzałym wolontariuszom mają cenne zasoby doświadczenia i wiedzy, a także wolny czas, którymi mogą się z powodzeniem dzielić z potrzebującymi. Ich zaangażowanie jest wysoko cenione przez otoczenie. Świadczenie wolontariatu przynosi również oczywiste korzyści samym wolontariuszom-seniorom: są aktywni fizycznie i intelektualnie, czują się potrzebni i mają satysfakcję z wykonywanej pracy i okazywanego uznania, rozwijają nowe kompetencje, w tym te niezbędne we współczesnym świecie. Efektem tych działań jest poprawa jakości ich życia.

Celem głównym polityki senioralnej w obszarze wolontariatu jest zwiększenie udziału osób starszych w różnych formach wolontariatu pozwalającej na zagospodarowanie potencjału tych osób oraz na rozwój nowych kompetencji.

Kierunki interwencji – rekomendacje:

- tworzenie warunków do systematycznego rozwoju wolontariatu osób starszych w Polsce (na podstawie diagnozy sytuacji społecznej w tym obszarze, ustalenia niezbędnych warunków, dostosowania rozwiązań organizacyjnych do potrzeb i potencjału starszych wolontariuszy)⁷⁵
- budowanie społecznego zaufania do starszych wolontariuszy i promowanie zalet wolontariatu seniorów
- rozwój kadry przygotowującej do specyfiki współpracy z osobami starszymi (przygotowanie koordynatorów i animatorów wolontariatu)
- rozwój instytucjonalny wolontariatu - stwarzanie lokalnych struktur organizacyjnych umożliwiających diagnozowanie potrzeb pracy wolontarystycznej, rozpoznanie potencjału lokalnych wolontariuszy, ich przygotowanie do pracy i właściwy dobór zajęć do wykonania do możliwości wolontariusza

⁷³ *Wolontariat seniorów w województwie mazowieckim* za: D. Mól, *Na Mazowszu seniorzy mało angażują się w wolontariat*, <http://wiadomosci.ngo.pl/wiadomosci/866042.html> (dostęp: 06.05.2013 r.).

⁷⁴ F. Pazderski, P. Sobiesiak-Penszko, *Wolontariat osób dojrzałych w Polsce. Ekspertyza dla MPiPS*, Warszawa czerwiec 2012, s. 55.

⁷⁵ Warto odwołać się do projektu *Długofalowej polityki rozwoju wolontariatu w Polsce*, który stanowi pierwszy tak przekrojowy dokument zawierający całościowe, strategiczne podejście do wspierania rozwoju wolontariatu w politykach publicznych. Waga dokumentu została dostrzeżona m.in. poprzez bezpośrednie odwołanie w Strategii Rozwoju Kapitału Społecznego (Kierunek działań: 2.2.2. Rozwijanie indywidualnej i korporacyjnej filantropii oraz wolontariatu).

- zachęcanie instytucji publicznych, takich jak biblioteki, domy kultury, muzea, ośrodki i domy pomocy społecznej oraz instytucje opieki nad dziećmi w wieku do lat 3 i instytucji wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej, do inicjowania działań wolontarystycznych osób starszych w ramach swojej działalności, w tym min. tworzenie programów tym zakresie
- wzmocnienie współpracy i komunikacji pomiędzy organizatorami wolontariatu osób starszych z organizatorami wolontariatu młodzieżowego (tworzenie projektów międzypokoleniowych)
- promowanie wolontariatu jako elementu uczenia się przez całe życie, szczególnie w obszarze uczenia się nieformalnego – skutecznego sposobu nabywania nowych kompetencji zarówno na etapie przygotowania doświadczenia wolontariatu (szkolenia z nowych umiejętności, praw wolontariusza, itp.) jak i podczas samej pracy

4.3 AKTYWNOŚĆ W OBSZARZE KULTURY

Kultura stanowi przestrzeń dla partycypacji społecznej, budowania sieci relacji między ludźmi i tworzenia więzi wewnątrz i międzypokoleniowych, zaś uczestnictwo w kulturze jest intensywną formą społecznego włączenia się, sprzyja pełnemu wykorzystaniu intelektualnych zasobów twórczych, którymi dysponują osoby starsze i stwarza im możliwości udziału w innych obszarach aktywności społecznej wpływając istotnie na jakość i poczucie satysfakcji z życia.

Kształtowanie warunków umożliwiających seniorom prowadzenie aktywnego trybu życia, ze specjalnym uwzględnieniem uczestnictwa w kulturze i w jej upowszechnianiu pozwala na wykorzystanie ich intelektualnych zasobów twórczych jako czynnika rozwoju potencjału społecznego.

Analizując wyniki ogólnopolskich badań CBOS z 2012 r. obejmujących swoim zakresem wybrane aspekty uczestnictwa w kulturze można zaobserwować możemy, iż *uczestnictwo w kulturze rośnie wraz z wykształceniem, pozycją materialną i miejscem zamieszkania badanych. Im są oni lepiej wykształceni, lepiej oceniają własne warunki materialne, a także im większa jest miejscowość, w której mieszkają, tym częściej chodzą do kina, do teatru, czytają książki. Zauważalny jest też wpływ wieku: wraz z wiekiem maleje skłonność do uczestniczenia w kulturze.*⁷⁶

Uczestnictwo w formach aktywności kulturalnej, np. takich jak kino dla grupy wieku 15-24 wynosi 82%, a dla 55+ już tylko 24%, korzystania z bibliotek publicznych wynosi odpowiednio 55% oraz 24%, podobnie w przypadku muzeów i galerii 48% wobec 34% dla starszej grupy wieku (55+).⁷⁷

Uczestnictwo w kulturze, jak i jej współtworzenie sprzyja uwalnianiu i aktywizowaniu potencjałów, którymi dysponują osoby starsze; sprzyja także rozwojowi późniejszej aktywności nie tylko na płaszczyźnie artystycznej czy kulturalnej, ale też w innych obszarach m.in. aktywności obywatelskiej, społecznej, wolontariackiej, gospodarczej, fizycznej.

Podczas badań przeprowadzonych przez Regionalne Obserwatorium Kultury UAM (projekt „Po co seniorom kultura? Badania kulturalnych aktywności osób starszych”, grudzień 2012r.)

⁷⁶ Komunikat z badań, *Uczestnictwo w kulturze i niektóre inne formy spędzania czasu wolnego w 2003 roku*, CBOS, Warszawa 2004, s. 3, http://www.cbos.pl/spiskom.pol/2004/k_020_04.pdf.

⁷⁷ EUROBAROMETER *European Cultural Values* 2007.

określono najistotniejsze czynniki utrudniające osobom starszym uczestnictwo w kulturze. Należą do nich: brak pieniędzy, wewnętrzne opory przed zetknięciem się z odmiennymi względem własnego stylami życia i otwarciem się na istniejącą rzeczywistość, problemy ze zdrowiem, a także brak potrzeb kulturalnych oraz brak wolnego czasu.

Należy również zwrócić uwagę na różnice w dostępie do kultury dla mieszkańców miast oraz małych miejscowości i wsi. Jak wynika z badania „Stan i zróżnicowanie kultury wsi i małych miast w Polsce” osoby na emeryturze są jedną z ważniejszych grup mieszkańców wsi, które aktywnie korzystają i współtworzą lokalną ofertę kulturalną. W zakresie wspierania aktywności społecznej poprzez kulturę na obszarach wiejskich istotną rolę (obok instytucji kultury) odgrywają inicjatywy oddolne, sformalizowane i nieformalne — cieszące się dużą popularnością i akceptacją mieszkańców — jak orkiestry, zespoły kultury ludowej, chóry, koła gospodyń wiejskich. Osoby biorące udział w tych inicjatywach nie są traktowane jako odrębna grupa społeczna, ale część lokalnej społeczności.

Celem głównym polityki senioralnej w obszarze kultury jest zwiększenie uczestnictwa osób starszych w kulturze zarówno jako jej odbiorców jak i twórców.

Cel 1. Podnoszenie kompetencji kulturowych

Kierunki interwencji – rekomendacje:

- wyposażanie osób starszych w narzędzia ułatwiające uczestnictwo w kulturze oraz wspomaganie ich w działaniu na rzecz międzypokoleniowego współtworzenia rodzinnych zasobów kultury w powiązaniu z tradycją i dziedzictwem kultury
- wspieranie nieformalnej edukacji kulturalnej i artystycznej dla rozwijania talentów osób starszych oraz upowszechnianie ich twórczości, w tym specjalnie różnorodnych dziedzin kultury ludowej i rzemiosła artystycznego

Cel 2. Integrowanie działań instytucji i organizacji

Kierunki interwencji – rekomendacje:

- propagowanie współpracy podmiotów sektorów kultury, edukacji i nauki z organizacjami pozarządowymi na rzecz realizacji przedsięwzięć służących uczestnictwu w kulturze osób starszych oraz wykorzystywanie w tym działaniu potencjalnych zasobów infrastrukturalnych i osobowych na poziomie lokalnym
- dostosowywanie instytucjonalnej infrastruktury lokalnej do pełnienia roli ośrodków kultury i dialogu z udziałem osób starszych oraz przygotowywanie ofert sprzyjających ich uczestnictwu w kulturze, zwłaszcza na terenach wiejskich

Cel 3. Promowanie animacji kulturalnej

Kierunki interwencji – rekomendacje:

- wzmacnianie pozycji liderów - osób starszych działających na rzecz uczestnictwa w kulturze w społeczności lokalnych oraz ich aktywności w przestrzeni publicznej sprzyjającej dialogowi wewnątrz i międzypokoleniowemu
- współtworzenie z seniorami kultury warunków dla działalności obywatelskiej oraz dla propagowania ich dorobku w ramach partnerskiej współpracy i wymiany środowisk twórczych z kraju i zagranicy na rzecz upowszechniania dóbr kultury

5 SREBRNA GOSPODARKA

Starzenie się społeczeństwa sprawia, że wyłania się duża grupa osób o różnorodnych, choć specyficznych potrzebach. Ta zmiana jest szansą na pojawienie się nowych produktów i usług skierowanych do tej grupy konsumentów. Są to z jednej strony produkty związane z kulturą i rozrywką, ale też ułatwiające życie codzienne, opiekę i rehabilitację oraz rekreację.

Rozwój tego segmentu rynku może być szansą dla lokalnych firm, przyczyną wzrostu zatrudnienia w sektorze usług, w tym tzw. „białych miejsc pracy”.

Warunkiem powodzenia tego procesu jest uwzględnienie zachodzących zmian demograficznych w planowaniu na poziomie lokalnym.

Srebrna gospodarka (*silver economy*) to system ekonomiczny ukierunkowany na wykorzystanie potencjału osób starszych i uwzględniający ich potrzeby.⁷⁸ Stąd też do pojęcia *silver economy* (*srebrna gospodarka*) należy podchodzić dualnie, bowiem z jednej strony jest to podejście skoncentrowane na potrzebach starszego pokolenia w kontekście potrzeb i popytu, a z drugiej strony na wykorzystaniu specyficznych cech ludzi starszych, dla zwiększenia ich aktywności i wykorzystania ich potencjału.⁷⁹

Wpisanie (realizacja) „silver economy” w system ekonomiczny jest tylko wtedy możliwe jeśli starość traktuje się nie jako obciążenie, ale jako naturalny, nieunikniony i nieodwracalny proces, i przyjmuje się że zachodzące procesy demograficzne, zwłaszcza zmniejszającą się liczbę urodzin, spadek umieralności i wydłużanie się przeciętnego trwania życia niosą określone konsekwencje, z którymi trzeba sobie poradzić.

Silver economy została zainicjowana w 2005 r. w Niemczech (Nadrenia Północna-Westfalia), jako wspólna inicjatywa europejskich regionów. Głównym przekazem programu jest traktowanie starzenia się społeczeństwa nie jako zagrożenia, lecz jako wyzwania i szansy dla osiągnięcia wzrostu gospodarczego i poprawy konkurencyjności Europy. Natomiast celem nadrzędnym jest poprawa jakości życia osób starszych, stymulowanie działalności gospodarczej na rzecz wzrostu, tworzenie miejsc pracy i spójności, wsparcie i integracja różnych regionów Unii Europejskiej. Takie podejście zwłaszcza w kontekście długofalowym przyczynia się do podnoszenia świadomości w społeczeństwie, wymiany doświadczeń i efektywniejszej komunikacji w tym obszarze. W realizację srebrnej gospodarki zostali włączeni nie tylko seniorzy, ale także przedsiębiorcy i partnerzy gospodarczy, administracja, politycy, lokalne podmioty i sektor NGO.

„Białe miejsca pracy”

Jednym z kluczowych elementów srebrnej gospodarki są tzw. białe miejsca pracy – sektor usług opiekuńczych i zdrowotnych świadczonych głównie dla osób starszych, którego znaczenie wzrasta wraz ze zwiększającą się liczbą osób starszych w populacji. W dokumencie przedstawionym przez Komisję Europejską w 2010 r.⁸⁰ podkreślono potrzebę zwiększenia „białych miejsc pracy” w Europie oraz dopasowania kształcenia zawodowego do potrzeb rynku pracy. Podobne założenia zostały uwzględnione w unijnym wniosku w sprawie

⁷⁸ Zob. www.silvereconomy-europe.org

⁷⁹ Zob. S. Golinowska, „Srebrna gospodarka” i miejsce w niej sektora zdrowotnego. *Koncepcja i regionalne przykłady zastosowania*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” vol. 1/2011, s. 76-85.

⁸⁰ Program na rzecz nowych umiejętności i zatrudnienia (2010).

kwalifikacji zawodowych. Największy przyrost miejsc pracy jest oczekiwany w sektorze usług medycznych i opiekuńczych.

W Polsce znaczącą część opieki świadczą opiekunowie nieformalni. Rolę tę pełnią najczęściej kobiety w wieku 50-69 lat. W 37% są to córki, a w jednej piątej przypadków żony osób niesamodzielnych. Około jedna trzecia opiekunów łączy troskę o bliskich z regularną pracą zawodową. Część pozostałych to osoby bezrobotne, część musiała zrezygnować z pracy z powodu opieki nad członkami rodziny. Obecnie nie ma bowiem dostępnych rozwiązań pozwalających na łączenie opieki nad osobą niesamodzielną z pracą zawodową. W rezultacie, oprócz utraconego dochodu, osoba rezygnująca z pracy w celu opieki nad bliskim otrzyma niższe świadczenie emerytalne. Wiąże się to z ryzykiem ubóstwa i niemożnością zaspokojenia własnych potrzeb opiekuńczych w przyszłości.

Opieka sprawowana prywatnie lub poza oficjalnym rynkiem pracy nie jest obecnie monitorowana. Opiekunowie nie mają najczęściej przeszkolenia dotyczącego opieki nad osobą starszą ani w zakresie ergonomii pracy opiekuna.

Włączenie tych osób w rynek pracy jest szansą na zmniejszenie bezrobocia, ubóstwa i przyszłego obciążenia systemu zabezpieczenia społecznego. Zwiększyłoby to też popyt na usługi szkoleniowe w tej dziedzinie.

Celem głównym polityki senioralnej w obszarze srebrnej gospodarki jest wspieranie rozwoju efektywnych rozwiązań dostosowanych do potrzeb i oczekiwań osób starszych.

Kierunki interwencji – rekomendacje:

- rozwój alternatywnych form opieki dla osób starszych
- promocja pracy - zawodu w sektorze opiekuńczym
- promocja działalności gospodarczej w sektorze opieki nad osobami starszymi (w tym rozwój podmiotów ekonomii społecznej jako narzędzia aktywizacji społecznej i zawodowej osób starszych)
- podnoszenie kwalifikacji opiekunów (w tym opiekunów nieformalnych)
- promocja rozwoju oferty usług, sprzętu i oprogramowania dostosowanego do możliwości i potrzeb osób starszych

6 RELACJE MIĘDZYPOKOLENIOWE⁸¹

Badania postaw wobec starości prowadzone przez CBOS wskazują na poczucie rosnącego dystansu międzypokoleniowego. Jedynie co czwarty badany postrzega młode pokolenie jako życzliwe wobec seniorów, 49% badanych wskazało na dominującą postawę obojętności. Warto jednak podkreślić, że sami seniorzy znacznie częściej niż inni dostrzegają u młodzieży życzliwość (40%), a rzadziej obojętność lub niechęć. Z obserwacji badanych wynika, że w Polsce osoby w starszym wieku są bardzo różnie traktowane. Konieczne są też działania na rzecz pozytywnego wizerunku osób starszych i ich roli w społeczeństwie.

Pozytywny **wizerunek osób starszych** to taki, który zakłada spojrzenia na starość jako na naturalny etap życia człowieka. Ważne jest również, aby w debacie publicznej przedstawiać osoby starsze jako grupę zróżnicowaną, twórczą, wnoszącą istotny wkład w życie społeczne i ekonomiczne. Tworzenie pozytywnego wizerunku osób starszych jest procesem długofalowej zmiany społecznej, która wymaga zaangażowania i współpracy wielu

⁸¹ Opracowano na podstawie materiałów przygotowanych przez Towarzystwo Inicjatyw Twórczych „e”.

podmiotów m.in.: mediów, organizacji seniorskich, samorządów lokalnych, szkół i uczelni wyższych, pracodawców.

Życzliwy stosunek do seniorów zdecydowanie dominuje w rodzinie (79%), w środowisku sąsiedzkim (68%) oraz w parafii (64%). Osoby starsze rzadziej spotykają się z życzliwością w sklepach (46%) i w byłym miejscu pracy (41%). Postawy negatywne dominują w placówkach służby zdrowia, w urzędach, na ulicy, w środkach komunikacji miejskiej⁸².

Charakterystyczne dla relacji międzypokoleniowych w polskich rodzinach jest zjawisko asymetryczności świadczeń, polegające na pomocy płynącej od pokoleń starszych ku młodszy. Pomoc dorosłym dzieciom czy wnukom świadczona jest przez ponad 1/5 ludzi starszych, w tym prawie 6% osób udziela jej w sposób stały. Pomoc idąca w odwrotnym kierunku jest znacznie mniejsza. Transfer w postaci rzeczowej bądź pieniężnej płynie przede wszystkim od rodziców do dzieci, od starszych do młodszych. Jedynie bilans międzypokoleniowego transferu w postaci usług bytowych wypada korzystnie dla starszego pokolenia⁸³. Badanie Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego pokazało, że 60% osób starszych korzysta ze wsparcia młodego pokolenia w zakresie prac domowych, niemal co druga osoba starsza korzysta z pomocy w robieniu zakupów i załatwianiu spraw urzędowych, 41% w zakresie opieki pielęgnacyjnej⁸⁴.

W sferze międzypokoleniowych relacji rodzinnych szczególne miejsce zajmują relacje pomiędzy dziadkami i wnukami. Wyniki badania „*Rola dziadków w naszym życiu*” przeprowadzonego w 2012 roku przez CBOS wskazują, że blisko trzy czwarte dorosłych Polaków (72%) ma poczucie, że coś zawdzięcza swojej babci lub dziadkowi. Prawie dwie piąte badanych przyznało, że dzięki dziadkom zdobyli praktyczne umiejętności (44%), znajomość niektórych wydarzeń historycznych (43%) i nauczyli się miłości do ojczyzny (38%). W co czwartym odpowiadającym na to pytanie badanym dziadkowie rozbudzili jakieś zainteresowania.

O ile rodzina tworzy naturalną przestrzeń do spotkania pokoleń, o tyle wyzwaniem pozostaje inicjowanie współpracy międzypokoleniowej⁸⁵, tworzenie przestrzeni do spotkania młodych ze starszymi w społecznościach lokalnych, w sąsiedztwie. Jest to tym trudniejsze, że osoby starsze w Polsce są mało aktywne społecznie, rzadko angażują się w wolontariat, sport, kulturę czy działania lokalnych organizacji. Ich aktywność zamyka się najczęściej w kręgu rodzinnym. Z badań Eurostatu przeprowadzonych w 2009 wynika, że 64% osób w wieku 15+ uważa, że młodzi i starsi mają mało okazji do wspólnego spotkania się i współpracy przy inicjatywach kierowanych do społeczności lokalnych⁸⁶.

Należy zauważyć, że zarówno po stronie seniorów jak i osób młodych funkcjonuje wiele stereotypów odnoszących się do wieku. Utrwalanie ich może przyczynić się do poszerzania

⁸² Czy zmienia się stosunek Polaków do starości, CBOS, 2007.

⁸³ E. Bojanowska, *Ludzie Starsi w rodzinie i społeczeństwie*, w: J. Hryniewicz (red.), *O sytuacji ludzi starszych*, Warszawa 2012, s. 22-23.

⁸⁴ P. Czekanowski, *Rodzina w życiu osób starszych i osoby starsze w rodzinie*, w: B. Synak (red.), *Polska starość* Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk, 2003, s. 164; Również Fundusz Inicjatyw Obywatelskich wspierał działania w omawianym obszarze

⁸⁵ Przykładem zmian i popularyzowania współpracy i integracji międzypokoleniowej mogą być projekty realizowane w ramach Programu ASOS (z 4 priorytetów 50% projektów jest realizowana w jednym z nich –dedykowanym współpracy międzypokoleniowej).

⁸⁶ *Aktywność osób starszych i solidarność międzypokoleniowa. Statystyczny obraz Unii Europejskiej 2012*, Eurostat, tłum. Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, s. 111.

się zjawiska gerontofobii⁸⁷ oraz ageizmu⁸⁸. To w konsekwencji sprzyjać może hermetyzacji obu grup i nawiązywaniu kontaktów tylko w obrębie swojej grupy wieku⁸⁹.

Solidarność międzypokoleniowa⁹⁰ może być definiowana jako spójność społeczna pomiędzy różnymi grupami wieku (spójność międzypokoleniowa).

Budowanie międzypokoleniowych relacji opartych na dialogu jest trudne, wymaga dobrego moderatora⁹¹. Zwracają także uwagę na to, że więcej barier, obaw odnośnie relacji międzypokoleniowych występuje po stronie osób starszych. Młodzi w kontaktach międzypokoleniowych najczęściej przyjmują rolę słuchacza, osoby starsze raczej rolę głównego mówcy, nauczyciela. Młodzi wchodzą w kontakt z osobami starszymi z szacunkiem, jednak często brak odwrotnej relacji (szacunek osób starszych wobec młodych) osłabia tą postawę. Bardzo szybko pojawia się też rezygnacja związana z niepowodzeniem nawiązania z osobą starszą dialogu, rozmowa najczęściej przeradza się w monolog osoby starszej. Starsi natomiast w kontaktach z młodymi są często dyrektywni. Przekonanie o wielkim, życiowym bagażu doświadczeń sprawia, że często narzucają swoją wolę młodszemu, bardziej chcą ich nauczyć niż wysłuchać. Pojawia się wobec młodych postawa roszczeniowości. Oczekuje się od młodzieży posłuszeństwa; często w kontekście młodych pada zwrot „powinni...”, a każde odstępstwo od ogólnie przyjętych zasad traktowane jest jako brak szacunku, naruszenie godności i złe wychowanie⁹².

Zarówno w przekazie telewizyjnym jak i radiowym brakuje neutralnego języka mówienia o starości. Z jednej strony jest sporo eufemizmów określających starość (np. druga młodość, trzeci wiek), z drugiej strony funkcjonuje sporo negatywnych określeń. Brakuje niewartościującego języka określającego starość jako kolejny etap w cyklu życia człowieka. Starzenie się społeczeństwa prezentowane jest jako, „katastrofa demograficzna”, co pogłębia jeszcze negatywny obraz osób starszych. We współczesnym przekazie medialnym dominuje „kult młodości”, co negatywnie wpływa na samoakceptację starzejącego się ciała. Nieadekwatność własnego fizycznego wyglądu do tego promowanego wpływa na obniżenie poczucia wartości osób starszych oraz stanowi przeszkodę w podejmowaniu aktywności fizycznej, społecznej oraz w korzystaniu z usług medycznych⁹³.

Ważną rolę w kształtowaniu postaw wobec starości powinna odgrywać szkoła, zagadnienia związane ze starością, starzeniem się społeczeństw i dialogiem pokoleń powinny być włączane do programu szkolnego. Z badań przeprowadzonych przez Towarzystwo Edukacji Antydyskryminacyjnej z 2011 r. wynika, że w polskim systemie edukacji formalnej w niewielkim stopniu rozwija się kompetencje uczniów jeżeli idzie o edukację antydyskryminacyjną. Uczniowie i uczennice niewiele wiedzą o zjawisku dyskryminacji

⁸⁷ Gerontofobia- irracjonalny strach przed starszymi ludźmi, nienawiść do nich i wrogość.

⁸⁸ Ageism - systematyczna stereo typizacja, uprzedzenia i dyskryminacja ukierunkowana na osoby starsze.

⁸⁹ T. D. Nelson, *Psychologia uprzedzeń*, Gdańsk 2003, s. 235; P. Czekanowski, *Spoleczne aspekty starzenia się ludności w Polsce. Perspektywa socjologii starości*, Gdańsk 2012, s. 158.

⁹⁰ *Intergenerational Solidarity: Strengthening Economic and Social Ties*, ONZ, 2007.

⁹¹ „Konflikt międzypokoleniowy to rodzaj kulturowego konfliktu nasilający się w okresach dynamicznych przemian kulturowych. Występuje wtedy, gdy pokolenie młodsze internalizuje nowe wzory kulturowe różne od wzorów kulturowych obowiązujących w pokoleniu starszym.”, P. Sztompka, *Socjologia Analiza Społeczeństwa*, Wydawnictwo „Znak”, Kraków 2005, s. 237.

⁹² *Osoby starsze w oczach młodzieży.....* op.cit, s. 24.

⁹³ A. Chabiera, B. Tokarz- Kamińska, op.cit., s. 124-125.

i sposobach reagowania. Nie mają też odpowiedniej wiedzy dotyczącej dyskryminowanych grup⁹⁴.

Cel główny polityki senioralnej w obszarze relacji międzypokoleniowych to solidarność pokoleń jako norma kierunkowa w społeczeństwie, polityce społecznej, kulturze oraz na rynku pracy.

Kierunki interwencji – rekomendacje:

- upowszechnianie współpracy i wymiany doświadczeń między samorządowymi komisjami /radami, organizacjami pozarządowymi działającymi dla osób młodych i starszych
- wykorzystanie istniejącej infrastruktury społecznej dla tworzenia i rozwoju przyjaznych, łatwo dostępnych przestrzeni do spotkań międzypokoleniowych i wymiany doświadczeń dla osób młodych i starszych w środowiskach lokalnych, sąsiedzkich, miejscach pracy
- wspieranie projektów międzypokoleniowych poprzez konkursy dotacyjne na inicjatywy międzypokoleniowe, kampanie edukacyjne
- wprowadzenie do systemu edukacji formalnej i nieformalnej zagadnień związanych ze starością, starzeniem się społeczeństw oraz komunikacji i współpracy międzypokoleniowej
- otwieranie uczelni wyższych i szkół na współpracę z organizacjami seniorskimi (wspólne projekty, staże studenckie, wolontariat osób młodych, badania poświęcone współpracy pokoleń realizowane we współpracy z organizacjami seniorskimi etc.)
- wypracowanie i upowszechnienie narzędzi wspierających współpracę różnych grup wieku z uwzględnieniem m.in. metod mentoringu i zarządzania wiekiem
- współpraca organizacji pozarządowych, samorządów, dziennikarzy oraz przedsiębiorców w przygotowywaniu kampanii, programów, akcji promujących pozytywny wizerunek osób starszych
- zmiana języka mówienia i pisania o starości oraz o osobach starszych poprzez prowadzenie szkoleń zawodowych i edukacji młodszego pokolenia
- wprowadzenie tematyki promowania współpracy pokoleń i pozytywnego wizerunku starości jako zadania misyjnego mediów publicznych

⁹⁴Towarzystwo Edukacji Antydyskryminacyjnej, *Wielka nieobecna- o edukacji antydyskryminacyjnej w systemie edukacji formalnej w Polsce*, Warszawa 2011, s. 291.

PODSUMOWANIE

Planowane kierunki interwencji wynikają z kompleksowego ujęcia problematyki senioralnej, charakteryzującego się syntetycznym podejściem od strony merytorycznej oraz zintegrowanym od strony operacyjnej. W sferze merytorycznej należy objąć wsparciem aktualnie tego wymagające obszary (zatrudnienie, zdrowie i opieka, aktywność obywatelska i społeczna, edukacja i kultura) i zachować elastyczność, wynikającą z możliwości otwierania się nowych. W wymiarze operacyjnym, należy wziąć pod uwagę integrację i koordynację działań różnego typu podmiotów, mających bezpośredni kontakt z seniorami, jak i pośrednio oddziaływujące na to środowisko, od jednostek administracji publicznej, przez jednostki edukacyjne oraz kultury, po organizacje i inicjatywy obywatelskie. Konieczna jest rozbudowa sieci tych podmiotów oraz wytworzenie mechanizmów współpracy, prowadzących także do popularyzacji tzw. „dobrych praktyk”.

Równie istotne jest znaczne wzmocnienie infrastruktury dla tego typu działań. Jednak najczęściej nie wiąże się to z potrzebą budowy nowych obiektów, lecz z wykorzystaniem istniejącej infrastruktury, np. szkół czy bibliotek, a także obiektów pełniących funkcje środowiskowe (szczególnie w ośrodkach wiejskich, w małych miastach czy w niemających innych możliwości osiedlach mieszkaniowych).

Kontekst koordynacyjny i integrujący dotyczy także środków przeznaczanych przez administrację publiczną na politykę senioralną. Warto podkreślić, że nie można tej polityki traktować jako zadania nowego, ale jako restrukturyzację zadań i skumulowanie środków dotychczas występujących w różnych obszarach. Ta zmiana jest naturalnym skutkiem zmian zachodzących w naszym społeczeństwie.

Realizacja Programu powinna możliwie szybko doprowadzić do poczucia się przez osoby starsze pełnoprawną grupą społeczną i zapobiec pojawiającemu się wykluczeniu społecznemu. W pierwszym rzędzie oznacza to:

(1) szeroko rozumiane poczucie bezpieczeństwa (socjalne, zdrowotne, fizyczne, prawne i konsumenckie);

(2) szansę nabywania niezbędnych we współczesnym świecie kompetencji, rozwijania zainteresowań, oraz kreatywności;

(3) możliwość integracji w wymiarze zarówno wewnątrz- jak i między- pokoleniowym.

Kolejny etap to pełna partycypacja w sferze obywatelskiej i aktywność społeczna.

Wskazane jest również podjęcie kroków formalnych, zmierzających do wprowadzenia zobowiązania dla gminnych i powiatowych, a nawet wojewódzkich jednostek samorządu terytorialnego do tworzenia polityki senioralnej i sporządzania z jej realizacji sprawozdań. Można przyjąć analogiczne rozwiązania obowiązujące w odniesieniu do programów współpracy z organizacjami pozarządowymi. Wymaga to jednak podjęcia działań legislacyjnych z udziałem Parlamentu RP, a wcześniej konsultacji w ramach Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego.

Elementem ważnym, a nawet kluczowym, warunkującym odpowiedni efekt podczas realizacji polityki będzie jej bieżące i cykliczne monitorowanie. Wskazane jest, by oprócz jednostek za to formalnie odpowiedzialnych, brali w tym udział partnerzy społeczni, w tym organizacje obywatelskie, podobnie jak to jest w przypadku tworzenia ZDPS przez Radę, w skład której wchodzi przedstawiciele różnych resortów, urzędów i partnerów społecznych.

7 Spis tabel i wykresów

Tabela 1.....	6
Tabela 2.....	7
Tabela 3.....	7
Tabela 4.....	7
Tabela 5.....	8
Wykres 1.....	6