

ELŻBIETA TRAFIAŁEK*

Usługi społeczne w polityce senioralnej. Rola, stan, wyzwania

Social Services in Senior Citizen Policy: Their Role, Conditioning and Challenges

Abstrakt

Głównym wyznacznikiem efektywnej polityki senioralnej – obecnie i w przyszłości – są ogólnodostępne, zróżnicowane usługi społeczne. Ich znaczenie zyskuje szczególną rangę w warunkach takich tendencji demograficznych, jak starość demograficzna, wzrost liczebności populacji 80+ i depopulacja. Ważnym zjawiskiem jest również nowy styl życia rodzin oraz popularność gospodarstw jednoosobowych. Coraz dłuższemu życiu często towarzyszy niepełnosprawność, wielochorobowość, samotność – kojarzone głównie z domami opieki społecznej, szpitalami i hospicjami. Z dobrych praktyk wynika, że zróżnicowane zakresowo dostępne usługi w środowisku lokalnym dają seniorom większe gwarancje pomyślnego starzenia się i bezpieczeństwa społecznego. Dlatego traktowanie ich w kategoriach niezbędnych rozwiązań systemowych stanowi obecnie ważkie wyzwanie wobec polityki publicznej, instytucji pomocy społecznej i pracy socjalnej.

Słowa kluczowe: bezpieczeństwo społeczne, demografia, polityka senioralna, usługi społeczne

Abstract

The main determinant of an effective senior citizen policy – present and future – are publicly available and diversified social services. Their significance is gaining special importance in the conditions of such demographic trends as: demographic aging, a growing population proportion with citizens aged 80+ and depopulation. Another important phenomenon is a new family lifestyle as well as the increase in single-member households. An increasingly longer life-span is often accompanied by disability, multimorbidity, loneliness – associated with social care centres, hospitals and hospices. Best practices in the field prove that diversified services, available in the local environment give seniors stronger guarantees of successful aging and social security. Therefore, treating these services in terms

* Prof. dr hab. Elżbieta Trafiałek – Instytut Pedagogiki, Staropolska Akademia Nauk Stosowanych w Kielcach, e-mail: etrafialek@estsw.edu.pl, ORCID: 0000-0002-7745-6191.

of indispensable systemic solutions is currently an important challenge to public policy, institutions of social assistance and social work.

Keywords: social security, demography, senior citizen policy, social services

Wstęp

Zjawisko starzenia się społeczeństw, określane w opracowaniach przedmiotowych jako demograficzny niż, regres, tsunami, zapaść, deformacje pokoleniowe, odwrócona piramida wieku lub piąta faza przejścia demograficznego, od kilkudziesięciu lat cechuje większość państw europejskich. Jego trwanie może przedłużyć się o kolejne trzy lub cztery dekady, przy czym najszybsze tempo wzrostu populacji seniorów jest prognozowane w grupie wiekowej 80+, która według szacunków Europejskiego Urzędu Statystycznego w 2060 roku w Unii Europejskiej może zwiększyć swą liczebność aż trzykrotnie¹. Nasilenie tendencji jest prognozowane głównie w krajach o ujemnych wartościach współczynnika przyrostu naturalnego. Do nich należy też Polska, gdzie od ponad dwóch dekad rejestrowane są niekorzystne zmiany demograficzne, czyli stopniowy spadek liczby ludności, ujemny przyrost naturalny, ujemne saldo migracji zagranicznych, wzrost wskaźnika nasycenia starością, coraz większa liczebność grupy wiekowej 80+, przy jednoczesnym braku zastępowalności pokoleń². Równoległe do przekształceń demograficznych są redukowane funkcje wspólnot rodzinnych, ponadto znaczącą cechą podwójnego starzenia się społeczeństwa staje się singularyzacja starości. W nowym stylu życia i preferencjach aksjologicznych popularność domów pomocy społecznej (DPS) czy placówek opieki całodobowej ustępuje wszelkim formom wsparcia w miejscu zamieszkania. Z tych racji ogromna rola przypada polityce senioralnej, w ramach której od 10 lat podejmowane są próby budowania przyjaznej przestrzeni życiowej dla osób starszych, z uwzględnieniem potrzeb, problemów zdrowotnych i ekonomicznych – zmieniających się równoległe do kolejnych przedziałów wiekowych deficytów życiowych. Najpopularniejszą, skuteczną, sprawiedliwą i sprawdzoną formą wychodzenia im naprzeciw są powszechnie dostępne usługi instytucjonalne i pozainstytucjonalne, refundowane i odpłatne, dające możliwość zaspokajania potrzeb w swoim domu, swoim środowisku, w otoczeniu znanym i rozumianym. Dostępność usług społecznych adresowanych do seniorów determinuje

¹ M. Grewiński, *Usługi społeczne we współczesnej polityce społecznej. Przegląd problemów i wizja przyszłości*, Dom Wydawniczy Elipsa, Warszawa 2021, s. 435.

² *Depopulacja. Uwarunkowania i konsekwencje*, red. J. Hryniewicz, G. Ślusarz, Główny Urząd Statystyczny, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2020; *Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2019-2020*, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2020, s. 16, 34–44.

poczucie bezpieczeństwa społecznego tych, którzy wkraczają w trzecią czy czwartą fazę życia. Dlatego traktowanie ich w kategoriach niezbędnych rozwiązań systemowych stanowi obecnie ważne wyzwanie wobec polityki społecznej, polityki senioralnej, instytucji pomocy społecznej i pracy socjalnej oraz szeroko rozumianych polityk publicznych.

Przekształcenia demograficzne – stan i tendencje

W latach 2011–2020 polskie potencjalne zasoby kapitału ludzkiego w wieku aktywności zawodowej (15–64 lata) zmalały z 71,1% do 66%, przy jednoczesnym wzroście liczebności populacji 65+ z 13,8% do 18,6% ogółu społeczeństwa. W kategoriach grup ekonomicznych w 2020 roku populacja w wieku przedprodukcyjnym stanowiła 18,2%, w wieku produkcyjnym 59,5%, a w wieku poprodukcyjnym, czyli po 60. lub 65. roku życia, 22,3% ogółu społeczeństwa. Cała zbiorowość w wieku produkcyjnym w obydwu subpopulacjach (wiek mobilny: 18–44 lata i niemobilny: 45–64 lata) malała w ciągu ostatniej dekady. W subpopulacji w wieku mobilnym spadek osiągnął poziom 7,8% (z 15,4 mln do 14,2 mln osób)³.

Zakłócenie reprezentacji pokoleniowej dotyczyło też relacji między liczbą dzieci (0–14 lat) i seniorów (65+). O ile w 2011 roku na 1000 dzieci przypadało 915 osób starszych, to w 2020 roku już 1211⁴. Malejący udział procentowy dzieci w ogólnej liczbie ludności i stale rosnący odsetek populacji w wieku 65+ (w latach 2011–2020 z 13,8% do 18,6%) potwierdzają tezę o nasilającym się w kraju procesie demograficznego starzenia się ludności⁵. Tendencje wzrostowe wskazanych trendów demograficznych dotychczas nie zostały zahamowane. Przebiegają podobnie jak w innych krajach europejskich, w wielu przypadkach starszych od Polski pod względem demograficznym, jak Włochy, Niemcy, Grecja, Francja, Szwecja, Dania, Holandia czy Czechy, Węgry, Litwa, gdzie udział grup wiekowych 65+ w ogólnej strukturze społecznej oscyluje między 23,2% a 19,5%⁶. Czasowe wahania i spadki w omawianych trendach w latach 2019–2020 spowodowała wyższa od rejestrowanej wcześniej śmiertelność z powodu pandemii COVID-19. W Polsce nastąpił wówczas wzrost liczby zgonów, a w konsekwencji

³ Opracowanie własne na podstawie: *Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2020-2021*, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2021, s. 20, 39, 48–51, 153.

⁴ *Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2020-2021...*, s. 7.

⁵ Tamże, s. 33.

⁶ Opracowanie własne na podstawie bazy danych Europejskiego Urzędu Statystycznego: <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view> (dostęp: 10.06.2021).

także skrócenie czasu przeciętnego trwania życia: dla mężczyzn o 1,5 roku, dla kobiet o 1 rok (spadek odpowiednio do 71,1 i 79,7 lat)⁷.

W 2021 roku Rządowa Rada Ludnościowa, systematycznie monitorująca procesy demograficzne, opracowała katalog rekomendacji ukierunkowanych na zahamowanie lub odwrócenie niekorzystnych trendów. W odniesieniu do zdiagnozowanych w raporcie deficytów związanych z trwaniem życia stwierdzono, że najważniejsze jest „tworzenie warunków prawnych, finansowych i organizacyjnych w systemie ochrony zdrowia”⁸, poprawa dostępności do opieki zdrowotnej, edukacja, poradnictwo, profilaktyka, leczenie geriatryczne, rehabilitacja i – co należy uznać za nowość – „wdrażanie programu zapobiegania umieralności przedwczesnej”⁹. Uwzględniając ekonomiczne skutki zmian, podkreślono, że poza rosnącym zapotrzebowaniem na miejsca w domach pomocy społecznej, „rozwój infrastruktury i różnego rodzaju usług związanych z obsługą osób starszych będzie pozostawał pod silną presją czynnika demograficznego”¹⁰. Jest to jednak tylko wstęp do koniecznych innowacji, ponieważ rejestrowane i prognozowane zmiany demograficzne w trzeciej dekadzie XXI wieku rodzą pilną potrzebę przebudowy instytucjonalnego systemu wsparcia rodziny i usprawnienia organizacji pomocy społecznej na poziomie środowisk lokalnych.

Polityka senioralna

Polityka senioralna jest syntetyczną wersją inicjatyw praktycznych i poszukiwań badawczych określanych wcześniej mianem polityki społecznej wobec starzenia się i starości. Skonstruowanie jej z wykorzystaniem dorobku eksploracyjnego nauk o polityce i szeroko rozumianej polityki społecznej wiązało się zarówno z bezprecedensowym tempem przemian demograficznych, jak i z potrzebą nadania jej aktualnego, instytucjonalnego wymiaru. Kształtowanie wielostronnych ram współczesnej polityki senioralnej zainicjowano w 2012 roku, czyli w Europejskim Roku Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej, uruchomieniem w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej Departamentu Polityki Senioralnej, a także opracowaniem na lata 2012–2013 Rządowego Programu na Rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych (ASOS) oraz Programu Solidarność Pokoleń – Działania na Rzecz Zwiększania Aktywności Zawodowej Osób w Wieku 50+. W ramach kolejnych inicjatyw resortowych wdrożono Wieloletni Program Senior-WIGOR na lata 2015–2020, opracowano prawne podstawy funkcjonowania rad seniorów w sa-

⁷ *Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2020–2021...*, s. 7–15.

⁸ Tamże, s. 18–19.

⁹ Tamże, s. 19.

¹⁰ Tamże, s. 42.

morządach gminnych, utworzono również Narodowy Instytut Geriatrii, Radę ds. Polityki Senioralnej oraz Sejmową Komisję Polityki Senioralnej. W 2015 roku na Międzynarodowym Kongresie Zdrowego Starzenia podkreślono znaczenie integracji środowisk naukowych, obywatelskich i senioralnych, jaką zdołano uzyskać w wyniku przedsięwzięć podejmowanych dla budowania optymalnych warunków pomyślnego starzenia się, godnego i zdrowego życia w starości. Zaplanowano także ich dalszy, systematyczny rozwój. Mimo nieprzewidywalnych wówczas trudności (pandemia, *lockdown*, ograniczenia przestrzeni życiowej osób starszych, wojna na Ukrainie, problemy finansowe samorządów lokalnych, inflacja) upowszechnianie i realizacja większości inicjatyw prosenioralnych w środowisku zamieszkania osób starszych nie straciły ani na aktualności, ani na popularności. Zweryfikowano jedynie sens kontynuacji przedsięwzięć doraźnych, spektakularnych, ale nieprzynoszących samorządom i ich mieszkańcom wymiernych efektów, choćby w postaci aktywizacji czy systemowego, trwałego wsparcia seniorów. Za takie uznano np. Program Senior-WIGOR. Krytyce poddano też słabe zaangażowanie instytucji odpowiedzialnych za wdrażanie polityki senioralnej w proces edukacji społeczeństwa do starości i o starości. Tym samym po raz kolejny wskazano na deficyty edukacji gerontologicznej.

Wielkim błędem kreatorów życia społecznego jest ignorowanie kapitału ludzkiego skumulowanego w populacji seniorów, w tym cennej dla rynku pracy zdolności do kontynuowania aktywności zawodowej po przekroczeniu ustawowych progów wiekowych. O ile wiek emerytalny można administracyjnie przesunąć, to nie można zakładać, że stanowi on jednakową dla wszystkich granicę starości – starości według polskiego stereotypu: niesprawnej, nieprzystosowanej do wyzwań współczesności, wymagającej opieki innych, spauperyzowanej i zmarginalizowanej. Mimo że współcześnie ludzie w wieku 60+ z reguły są mobilni, kreatywni, aktywni, wykształceni, chętni pełnienia licznych ról społecznych, chętni bycia użytecznymi. Starość, tak jak i poprzednie fazy życia, jest niehomogenna. Nie ma reguły, że przekroczenie progu wieku emerytalnego dla wszystkich jest jednoznaczne z chęcią wyjścia z rynku pracy, odejścia od aktywności zawodowej i związanej z tym wszechstronnej aktywności społecznej. Nie wszyscy też wymagają opieki, wsparcia instytucji, ale chcą realizować swoje zainteresowania i pasje, podejmować nowe role społeczne, czyli normalnie żyć w swoim środowisku, korzystając w razie potrzeby – także odpłatnie – z dostępnych form aktywności, rekreacji, wypoczynku czy edukacji, np. wolontariat, organizacje pozarządowe, samorządy lokalne, koła, kluby, stowarzyszenia, świetlice, uniwersytety, biblioteki. Zróżnicowania te potwierdzają wyniki najnowszych badań Anny Urbaniak: w latach sześćdziesiątych XX wieku emeryturę uważano za czas wycofywania się, a emerytów traktowano jako ludzi o ograniczonej aktywności, bez ról – a dziś popularne

jest rozgraniczenie na emerytów w stagnacji i nowofalowych¹¹, czyli ludzi wycofanych z życia społecznego, konsumentów świadczeń społecznych oraz ludzi mobilnych, kreatywnych, zainteresowanych partycypacją, nowościami technicznymi, postępem i szeroko rozumianą współczesnością. W świetle analiz Głównego Urzędu Statystycznego obecnie co dziesiąty polski emeryt (12,6% pobierających świadczenia) pozostaje aktywny zawodowo, dorabiając do emerytury¹². Emerytów nowofalowych, czyli wykształconych, aktywnych, mobilnych przedstawicieli populacji 60–65+ będzie przybywać. Tendencje te potwierdzono w raporcie PolSenior2, w którego świetle co trzeci Polak w wieku 60–64 lata, co czwarty w wieku 65–69 i co szósty w wieku 70–74 deklaruje zainteresowanie podjęciem pracy, także w niepełnym wymiarze lub w formie on-line¹³. Jest to trend dobrze rokujący dla rynku pracy obciążonego deficytami niżej demograficznego i utrzymujących się przez ostatnie lata niskich współczynników aktywności zawodowej osób w wieku emerytalnym, np. w 2020 roku, przy średniej krajowej 56,5%, współczynnik aktywności zawodowej w grupie wiekowej 65+ wynosił 5,9%, z czego w grupie kobiet zaledwie 3,8%¹⁴. Przyczyn tego zjawiska można upatrywać zarówno w zróżnicowanych według płci progach wieku emerytalnego, jak i w standardowych oczekiwaniach społecznych wobec kobiet w pełnieniu ról opiekuńczych wobec wnuków, starszych rodziców i innych niesprawnych, niesamodzielnych członków wspólnot rodzinnych. Nie bez znaczenia pozostaje brak w wielu środowiskach dostępu lub utrudniony dostęp do usług opiekuńczych, rehabilitacyjnych i pielęgnacyjnych w miejscu zamieszkania. Według Piotra Błędowskiego w 90% przypadków zapotrzebowania seniorów na opiekę jest ona udzielana przez rodzinę¹⁵. W sytuacji braku wsparcia instytucjonalnego czy chociażby poradnictwa pielęgnacyjnego, kobiety pełnią trudne role opiekunów rodzinnych lub nieformalnych, np. jako sąsiadka, koleżanka. Z tego powodu opuszczają rynek pracy ponosząc podwójne ryzyko

¹¹ A. Urbaniak, *(Re)production of Inequalities in Retirement Practices and Meanings Assigned to the Term „Retiree” in Post-Communist Context*, „Frontiers in Sociology” 2021, vol. 6, s. 1–15. DOI: 10.3389/fsoc.2021.686674.

¹² *Z niemal 6 mln emerytów, 754 tys. jest aktywnych zawodowo. To zbawienie dla rynku pracy*, <https://portalstatystyczny.pl/z-niemal-6-mln-emerytow-754-tys-jest-aktywnych-zawodowo-to-zbawienie-dla-ryнку-pracy/> (dostęp: 9.10.2022).

¹³ P. Szukalski, *Aktywność zawodowa*, w: *Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem.*, red. P. Błędowski i in., Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk 2021, s. 887–898.

¹⁴ Główny Urząd Statystyczny, *Rocznik Statystyczny Pracy 2021*, Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa 2021, s. 101.

¹⁵ P. Błędowski, *Potrzeby opiekuńcze*, w: *Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem*, red. P. Błędowski i in., Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk 2021, s. 922–928.

braku profesjonalizmu w wypełnianiu roli opiekuna osoby niepełnosprawnej oraz obniżenia standardu życia.

Polityki senioralnej nie można zatem ograniczać do funkcjonowania systemu zabezpieczenia społecznego, usług zdrowotnych, socjalnych i pomocy społecznej. Katalog potrzeb współczesnej i przyszłej populacji seniorów jest o wiele szerszy, gdyż dotyczy grupy zróżnicowanej pod względem płci, wieku, wykształcenia, miejsca zamieszkania, statusu rodzinnego, cywilnego i finansowego, kondycji zdrowotnej i psychicznej, rodzaju starzenia się oraz etapu starości biologicznej. Każdy starzeje się inaczej, inny jest też zakres jego potencjalnych potrzeb: od chęci bycia aktywnym, niezależnym – w tym chęci dalszego wykonywania zawodu w wymiarze podyktowanym sprawnością – przez instytucjonalną i środowiskową pomoc w utrzymywaniu samodzielności w miejscu stałego zamieszkania aż po stałą opiekę medyczną, rehabilitacyjną czy hospicyjną obejmującą ulgę w cierpieniu i pomoc w godnym odchodzeniu. Efektywna i niezmiernie cenna w starzejącym się społeczeństwie polityka senioralna nie może być ograniczana do działań spektakularnych, realizowanych głównie w miastach. Nie powinna też być rozproszona kompetencyjnie i instytucjonalnie, promowana dla popularności organizatorów czy poklasku, ale bez systematycznej weryfikacji kosztów i oceny skuteczności. Prakseologiczne pojmowanie jej zadań, funkcji i celów leży w interesie całego społeczeństwa finansującego ostatecznie wszelkie działania przedmiotowe.

Usługi społeczne w środowisku lokalnym seniorów

W opracowaniach przedmiotowych usługi społeczne odróżniane są od usług socjalnych, materialnych, choć podobnie jak one służą zaspokajaniu szeroko rozumianych potrzeb ludzkich. Usługi socjalne mają jednak znacznie węższy zasięg zadaniowy i stanowią tylko jeden z segmentów rozległych usług społecznych. Te, niezależnie od źródeł i sposobu finansowania (podmioty publiczne lub niepubliczne), są formami świadczeń uruchamianych dla kompensowania określonych deficytów życiowych. Służą wzmacnianiu potencjału, aktywizacji, uruchamianiu mechanizmów mobilizujących do odzyskiwania samodzielności życiowej, ekonomicznej, psychicznej. Zadaniowo łączy się je z działaniami instytucji publicznych, przy czym katalog ich form, potencjalnych adresatów i realizatorów coraz częściej jest lokowany także w przestrzeni rynkowej, handlowej, a nawet komercyjnej.

W codziennej praktyce usługi społeczne odnoszone są głównie do pomocy społecznej i pracy socjalnej, a stan ich prawnych regulacji (ustawowych, resortowych, samorządowych) nadal należy uznać za skromny i mało dostępny, głównie ze względu na interdyscyplinarne rozproszenie materiałów, statystyk,

analiz, wyników badań, a także luki w przedmiotowym piśmiennictwie gerontologicznym, politologicznym oraz socjologicznym. Warto dodać, że ranga usług społecznych w polityce społecznej jeszcze do niedawna pozostawała wiele do życzenia. Przynajmniej do 2017 roku ani w polskim systemie pomocy społecznej, ani w strategiach rozwoju regionalnych rynków pracy usługom społecznym nie nadawano dużego znaczenia, uznając za priorytet polityki prorodzinnej transfery i świadczenia socjalne¹⁶. Jednak usługi społeczne w coraz bardziej zróżnicowanych formach i zakresie stanowią swoisty symbol nowego modelu organizacji życia jednostek, rodzin i całych społeczności lokalnych. Obejmują wszelkie formy opieki – od specjalistycznej opieki psychiatrycznej i pielęgnacyjnej po opiekę wytchnieniową, w prowadzeniu gospodarstwa, w załatwianiu spraw urzędowych, aktywność edukacyjną, towarzyską i pomoc w organizacji czasu wolnego. W literaturze przedmiotu klasyfikowane są według takich kryteriów, jak rodzaj lub specyfika, obszar działania, miejsce świadczenia usługi (mieszkanie, instytucja, placówka, środowisko lokalne). Błędowski dzieli je na cztery grupy usług dostępnych bądź to w konkretnych placówkach, bądź w miejscu zamieszkania adresatów. Są to usługi związane z ochroną zdrowia, terapią i pielęgnacją, pomocą w prowadzeniu gospodarstwa i utrzymywaniu samodzielności funkcjonalnej, zapobieganiem izolacji i osamotnieniu przez podtrzymywanie kontaktów towarzyskich, sąsiedzkich, a także z pomocą prawną, poradnictwem dotyczącym stylu życia, higieny, żywienia, dostępnych form wsparcia¹⁷.

W Polsce organizacja systemu profesjonalnych usług adresowanych głównie do seniorów jest dopiero na etapie poszukiwania rozwiązań adekwatnych do oczekiwań społecznych. Potrzeby instytucjonalnego i środowiskowego wsparcia starszych, niepełnosprawnych, gospodarujących samodzielnie są ogromne, gdyż Polska pod wieloma względami pozostaje w tyle za państwami europejskimi tak pod względem nakładów na opiekę zdrowotną, geriatryczną, edukację gerontologiczną, organizację kompleksowego wsparcia środowiskowego, jak i pod względem nasycenia wskaźnikami symbolizującymi jakość życia i poziom bezpieczeństwa życiowego, np. w świetle analiz porównawczych Światowej Organizacji Zdrowia w 2021 roku na 10 tys. mieszkańców w Polsce statystycznie przypadało zaledwie 23,8 lekarzy, podczas gdy w krajach sąsiednich, nawet mniejszych i słabszych ekonomicznie, wskaźnik ten był wyższy i wynosił: 29,9 na Ukrainie, 35,1 na Słowacji, 41,1 w Czechach, 43,0 w Niemczech, 44,4 w Rosji,

¹⁶ Więcej na ten temat: G. Firlit-Fesnak, M. Grewiński, *Polityka społeczna w okresie członkostwa Polski w Unii Europejskiej 2004-2017*, w: *Stulecie polskiej polityki społecznej 1918-2018*, red. E. Bojanowska i in., Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Narodowe Centrum Kultury, Warszawa 2018, s. 156–178; M. Książkowski, P. Michoń, *Scenariusze rozwoju polskiej polityki społecznej w perspektywie kilku najbliższych dekad*, w: *Stulecie polskiej polityki społecznej...*, s. 601–615.

¹⁷ Zob. P. Błędowski, *Lokalna polityka społeczna wobec ludzi starych*, Oficyna Wydawnicza Szkoły Głównej Handlowej, Warszawa 2002, s. 220–230.

50,4 na Litwie i 51,9 na Białorusi¹⁸. Według Krzysztofa J. Filipiaka problemy z funkcjonowaniem polskiego systemu ochrony zdrowia pogłębiają się systematycznie. U źródeł tkwi narastające zadłużenie szpitali, braki kadrowe w grupie lekarzy, pielęgniarek, ratowników medycznych, personelu pomocniczego. Diagnozowanym problemom ekonomicznym i organizacyjnym towarzyszy utrzymujący się trend migracyjny wysoko kwalifikowanych kadr medycznych i równoległe do starości demograficznej rosnące zapotrzebowanie na usługi medyczne populacji trzeciej i czwartej generacji¹⁹. Diagnozowane od lat i wskazywane przez gerontologów w kolejnych raportach deficyty w sferze opieki geriatrycznej stanowią niemal modelowy przykład zaniedbań systemowych²⁰. W warunkach narastania starości demograficznej sieć placówek stacjonarnej opieki zdrowotnej rozwija się w sposób niezauważalny, a łóżek geriatrycznych i geriatrów nawet ubywa, np. w latach 2010–2020 sieć zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych rozbudowano ze 137 do 171 placówek, a liczbę miejsc zwiększono z 5688 do 7904, przy czym liczba leczonych w nich zmalała z 13613 do 13404 osób. Podobnie liczba łóżek geriatrycznych w szpitalach z 1097 w 2019 roku zmniejszyła się do 1045 w 2020 roku²¹. Zdaniem specjalistów obecnie w Polsce 30% populacji 60+ wymaga opieki geriatrycznej, jednak liczba aktywnych zawodowo geriatrów ulega systematycznej redukcji ze względu na niski poziom opłacalności tej specjalizacji. Według Tomasza Kostki nie ma w Polsce zintegrowanego systemu opieki nad ludźmi starszymi. Z grona 499 lekarzy geriatrów (stan z 2020 roku) zaledwie połowa pracuje w specjalności, a przy zachowaniu średniej europejskiej, czyli 2,5 lekarzy geriatrów na 100 tys. mieszkańców, powinno ich praktykować około 3 tys., w przyszłości nawet 4,5 tys.²²

Na szczególną uwagę zasługuje fakt, że polska służba zdrowia przynajmniej przez dwie dekady będzie konfrontowana z rosnącymi potrzebami medycznymi pokolenia powojennego wyżu demograficznego (1947–1955). W latach 2011–2020 liczebność grupy wiekowej 65–79 lat wzrosła o 38,2%, a populacji 80+,

¹⁸ K.J. Filipiak, *Za chwilę zabraknie w Polsce chirurgów, a nawet lekarzy rodzinnych*, <https://portal.abczdrowie.pl/prof-filipiak-za-chwile-zabraknie-w-polsce-chirurgow-a-nawet-lekarzy-rodzinnnych-jak-przekonac-mlodych-medykow-zeby-zostali-w-polsce> (dostęp: 30.08.2022).

¹⁹ Tamże.

²⁰ Więcej na ten temat: E. Trafiałek, *Dylematy i wyzwania polityki senioralnej. Opieka geriatryczna – wsparcie – usługi społeczne*, „Praca Socjalna” 2017, nr 6, s. 128–140; *Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem*, red. P. Błędowski i in., Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk 2021, s. 19–114, 851–1118; L. Buliński, *Rok 2020/2021. Koronawirus SARS-COV-2. Opieka zdrowotna. Ludzie starsi*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2021, s. 120–130, 176–183.

²¹ Główny Urząd Statystyczny, *Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2021*, Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa 2021, s. 381–383.

²² T. Kostka, *Organizacja opieki zdrowotnej nad osobami starszymi w Polsce*, w: *Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem*, red. P. Błędowski i in., Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk 2021, s. 59–68.

z naturalnych przyczyn narażonej na wielochorobowość i niepełnosprawność, o 21,1%²³. To istotne sygnały rosnącego zapotrzebowania na usługi zdrowotne, opiekuńcze i pomocowe, tym bardziej, że w świetle *Raportu o samotności II*, co trzeci Polak w wieku 75+ prowadzi gospodarstwo jednoosobowe²⁴. *Lockdown* ujawnił wielkie rozmiary skutków singularyzacji starości, potrzeb samotnie mieszkających osób starszych – nierzadko anonimowych dla otoczenia, bezradnych, niesamodzielnych. Im w najtrudniejszym czasie izolacji pomagały przeżyć właśnie usługi społeczne – czy to świadczone przez pomoc społeczną, czy wolontariuszy.

Za organizację usług społecznych adekwatnych do potrzeb określonych środowisk w głównej mierze odpowiadają jednostki samorządu terytorialnego. Z poziomu lokalnego o wiele łatwiej jest identyfikować potrzeby mieszkańców, ale też o wiele trudniej niż z poziomu centralnego (państwowego) wyjść im naprzeciw w postaci instytucjonalnego, profesjonalnego wsparcia. Praktyka wskazuje na wielkie zróżnicowanie stosowanych dotychczas rozwiązań w poszczególnych miastach, powiatach, czy nawet regionach kraju. W Kielcach specjalistyczne usługi opiekuńcze gwarantowane niepełnosprawnym mieszkańcom miasta są realizowane w ramach konkretnych programów ministerialnych. Ich finansowanie jest pokrywane w 50% przez gminę i w 50% przez budżet państwa, np. w ramach edycji 2020 opiekuńczymi i specjalistycznymi usługami w tym mieście objęto 278 osób w wieku do 75 roku życia, a usługami zawartymi w pakiecie opieka wychnieniowa – kolejne 242 osoby. Z usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej (celowych, w całości finansowanych z budżetu państwa) skorzystało kolejnych 1036 osób²⁵. Roczny koszt tego typu usług w skali roku zamknięto w kwocie 10 678 171 zł, z czego refundacje budżetowe pokryły ponad 78% kosztów realizowanych przedsięwzięć. Inne przykłady dobrej organizacji pracy służb społecznych w tym środowisku to stały rozwój sieci mieszkań chronionych, dobra dostępność seniorów do usług opiekuńczych, pielęgnacyjnych, związanych z organizacją żywienia i dbałością o zdrowie oraz szybkie tempo prac przy tworzeniu centrów usług społecznych. Mianem wzorca dobrych praktyk w działaniach usługowych rzecz osób starszych należy określić mazowiecką Fundację na rzecz Bezpieczeństwa „Feliks”, na której koncie od 2021 roku figuruje ponad 100 projektów, z czego połowa adresowana była do seniorów. Tytułem przykładu można wymienić projekty: „Pasja – recepta na

²³ *Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2020-2021...*, s. 34–35.

²⁴ *Raport o samotności II. Pierwszy rok pandemii*, Stowarzyszenie Wiosna, Warszawa 2021, https://www.szlachetnapaczka.pl/wp-content/uploads/2021/03/raport_o_samotnosci_2021.pdf (dostęp: 12.06.2021).

²⁵ Dane statystyczne na podstawie materiałów wewnętrznych Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Kielcach za rok 2020.

wieczną młodość”, „Senior kierowca doskonały”, „Bezpieczeństwo”, „Nie daj się oszukać, znieważać”, „Z Alzheimerem za pan brat”²⁶.

W całym kraju wielką popularnością cieszą się uniwersytety trzeciego wieku (UTW), gminne centra i kluby seniora. Stale ich przybywa, ale i to nie wypełnia narastających oczekiwań, np. sieć UTW obejmuje niemal 650 placówek, choć na początku XXI wieku było ich zaledwie 125. Spełniają one kilka ważkich funkcji: edukacyjną, integracyjną, aktywizacyjną i kompensacyjną. Mają zróżnicowaną strukturę organizacyjno-prawną, funkcjonując przy szkołach wyższych, domach i ośrodkach kultury, bibliotekach, centrach kształcenia ustawicznego, stowarzyszeniach, fundacjach, muzeach, urzędach, sołectwach, a nawet przy instytucjach pomocy społecznej. Część kosztów ich działalności zróżnicowanej w formach (wykłady, seminaria, kursy specjalistyczne, zajęcia na pływalniach, wycieczki, zajęcia rekreacyjne, wyjazdy turystyczne, uczestnictwo w imprezach kulturalnych itp.) ponoszą sami słuchacze, w małych środowiskach lokalnych tworząc przyjazną atmosferę solidarności pokoleniowej, poczucia użyteczności oraz otwartości na postęp. Społeczność słuchaczy UTW skupia niejako elitę populacji seniorów, zasługując na wszechstronne wsparcie profesjonalnych instytucji społecznych. Jako przykład dobrych praktyk w zakresie wzmocnienia i rozwoju usług edukacyjnych dla seniorów warto przywołać wspólną inicjatywę Oddziału Polskiego Towarzystwa Polityki Społecznej (PTPS) w Krakowie, Zakładu Edukacji Dorosłych w Instytucie Pedagogiki Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach, jego Uniwersytetu Seniorów, a także Fundacji Restart – zorganizowania w Kielcach I Kongresu UTW, na którym we wrześniu 2022 roku powołano do życia Świętokrzyski Klaster UTW, skupiający 17 placówek działających w regionie. Dla skutecznego organizowania wszelkich form środowiskowego wsparcia najcenniejsza jest trafna diagnoza deficytów społecznych i umiejętnie organizowana współpraca instytucji i placówek pomocowych wszystkich szczebli administracji publicznej. Zatem niezmiernie ważkim wyznacznikiem efektywności prowadzenia dobrej działalności opiekuńczej na rzecz mieszkańców środowisk lokalnych jest profesjonalna praca socjalna i kompetentna kadra pracowników socjalnych oraz służb społecznych.

Zadania na przyszłość

Zdaniem analityków procesów społecznych przekształcenia w polskiej strukturze demograficznej i dysproporcje reprezentacji pokoleniowych w kolej-

²⁶ I. Szczęsna, *Dobre praktyki – projekt edukacyjno-profilaktyczny dla seniorów „Pasja – recepta na wieczną młodość”*, w: *Uczenie się w trakcie życia – aspekty, postulaty, uzasadnienia*, red. A. Przygoda, K. Potaczała-Perz, S. Kowalski, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2021, s. 327–333.

nych latach będą narastać i pogłębiać się. Według prognoz w 2050 roku liczba ludności w Polsce może spaść do 35,2 mln, a w dalszych latach do 24 mln²⁷. W ciągu trzech najbliższych dekad reprezentacja populacji 60+ prawdopodobnie wzrośnie do 40,4% (z obecnych 24,8%), nastąpi także wzrost populacji 80+ do niemal 6% (z 4,1% w 2015 roku)²⁸. Kolejne fazy procesu podwójnego starzenia się, czyli znacznego przyrostu tzw. czwartej generacji powojennego wyżu demograficznego zmieni polską piramidę wieku i postawi nowe wyzwania przed sektorowymi politykami publicznymi. Konsekwencją przewidywanych trendów demograficznych, wzmaganych ujemnym saldem migracji zewnętrznych, będzie stała redukcja zasobów pracy i narastające obciążanie populacji w wieku produkcyjnym kosztami utrzymania pozostałych reprezentacji wiekowych. Z racji coraz większej popularności alternatywnych form życia małżeńsko-rodzinnego i singularyzacji starości skurczy się też potencjał opiekuńczy rodziny jako podstawowej grupy odniesienia dla osób w starszym wieku, najcenniejszej dla nich przestrzeni życiowej kojarzonej z bezpieczeństwem społecznym.

Biorąc zatem pod uwagę dotychczasowe i możliwe formy aktywności osób w wieku 60+, zróżnicowane w obrębie każdego kolejnego pięcioletniego przedziału, oraz sprawdzone praktyką działania kompensacyjne na rzecz wzmocnienia ich relacji środowiskowych, pokoleniowych, interakcji społecznych, warto pamiętać o naturalnych potrzebach ludzkich, a także jednostkowych i społecznych zagrożeniach powodowanych ich ignorowaniem. Należą do nich m.in.: izolacja społeczna, osamotnienie, marginalizacja, stereotypizacja, pauperyzacja, pustoszenie rynków pracy, nadmierne obciążenia systemu zabezpieczenia społecznego, brak poczucia solidaryzmu pokoleniowego, chorobotwórczy bezruch i smutek, brak sensu i celu życia oraz szereg polaryzacji społecznych, pokoleniowych, terytorialnych, ekonomicznych czy edukacyjnych²⁹.

Odpowiedzią na te zdiagnozowane lub prognozowane ryzyka winna być systematyczna rozbudowa sieci wewnątrzśrodowiskowego wsparcia najstarszych mieszkańców – tak instytucjonalnego, jak i pozainstytucjonalnego. Wsparcia wielopłaszczyznowego, zróżnicowanego w specyfice, formie, kosztach, a oferowanego przez organizacje pozarządowe, wolontariuszy, sąsiadów, ludzi dobrej woli oraz profesjonalnych pracowników socjalnych i specjalistów (rehabilitant,

²⁷ G. Uścińska, *Problemy migracji w zakresie zatrudnienia i ubezpieczenia społecznego*, w: *Migracje a sytuacja demograficzna Polski*, red. J. Hrynkiwicz, J. Witkowski, A. Potrykowska, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2019, s. 100; G. Dyjak, *Alarmujące prognozy dla Polski. Populacja spadnie do 24 mln w tym stuleciu*, <http://www.zielonalinia.gov.pl/-/alarmujace-prognozy> (dostęp: 27.07.2021).

²⁸ *Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2019-2020...*, s. 16, 34–44; por. G. Uścińska, *Problemy migracji...*, s. 101; L. Kostrzewski, *Katastroficzne prognozy demograficzne dla Polski*, <https://www.euractiv.pl/section/rolnictwowpr/news/katastrofalne-prognozy-demograficzne-dla-polski/> (dostęp: 26.07.2021).

²⁹ J.K. Wawrzyniak, *Starość człowieka – szanse i zagrożenia*, Wydawnictwo CeDeWu, Warszawa 2017, s. 7.

opiekun osoby niepełnosprawnej, asystent rodziny, fryzjer, kosmetyczka, terapeuta, animator kultury). Wsparcia opartego na współpracy przynajmniej dwóch systemów – medycznego (lekarz geriatra, pielęgniarka środowiskowa) i społecznego (pracownik socjalny, opiekun nieformalny, rodzinny). Poza wsparciem potrzebna jest aktywizacja wszelkich dostępnych stymulatorów jak najdłuższego trwania fazy samodzielności fizycznej i ekonomicznej przedstawicieli trzeciej generacji:

- promowanie instrumentów zachęty do aktywności zawodowej, pracy zarobkowej po osiągnięciu uprawnień emerytalnych, emeryci bowiem skutecznie wypełniają rynkowe luki niżu demograficznego oraz migracji zarobkowych ludzi młodych;
- wzmacnianie rangi i rozbudowa sieci placówek kształcenia ustawicznego, świadczących usługi edukacyjne, rozwojowe, adaptacyjne, integracyjne, sprzyjające budowaniu dobrych relacji międzyludzkich i poczuciu bezpieczeństwa społecznego w miejscu zamieszkania;
- dążenie do dalszej deinstytucjonalizacji wsparcia seniorów, uznania ich praw do autonomii i podmiotowości, do samodzielnego decydowania o miejscu i przebiegu starzenia się i życia w starości;
- dostęp do profilaktyki gerontologicznej i usług geriatrycznych dla systematycznego redukcji kosztów związanych z leczeniem seniorów, dla promocji modelu starzenia się w zdrowiu, pomyślnego starzenia.

Zdaniem Mirosława Grewińskiego „ocena dorobku polityki społecznej w dziedzinie rozwoju usług społecznych ostatnich trzech dekad jest umiarkowanie pozytywna – wiele jest jeszcze do zrobienia”³⁰. W konkluzji przeprowadzonej analizy krytycznej autor ten dobrze ocenia działania podejmowane na rzecz aktywizacji, integracji, rozwoju ekonomii społecznej i znacznie słabiej osiągnięcia w organizowaniu usług senioralnych, w tym wspierających rodzinę seniora. Odpowiedź na te wyzwania wymaga uzupełnienia dotychczasowych strategii o nowe formy, o szerszy zakres działań we wszystkich środowiskach, o uruchomienie większego potencjału finansowego, jak i tkwiącego w kapitale ludzkim.

Zakończenie

Źródła diagnozowanych obecnie zmian demograficznych tkwią zarówno w kondycji zdrowotnej, ekonomicznej obywateli, wydolności instytucjonalnej podmiotów państwa, jak i w znamienych dla XXI wieku przemianach kulturowych, aksjologicznych i społecznych. Osiągnięcia medycyny, postęp cywili-

³⁰ M. Grewiński, *Usługi społeczne...*, s. 450–451.

zacyjny, zmiany preferowanych postaw i zachowań z jednej strony zwiększają potencjalne szanse dożycia starości sędziwej, z drugiej zmieniają architekturę bezpiecznej przestrzeni życiowej – oczekiwanej i dostępnej dla seniorów. Terażniejszość i prognozowana przyszłość rodzą kolejne wyzwania wobec polityki społecznej, a nade wszystko wobec polityki senioralnej, otwartej na skutki kolejnego przejścia demograficznego. Wyzwaniom tym sprostać może tylko sprawnie funkcjonujący system usług, także skomercjalizowanych, rynkowych, instytucjonalnych i mobilnych, wykraczających poza tradycyjne ramy pomocy społecznej. W społeczeństwie obywatelskim stanowią one ważki stymulator rozwoju, integracji i bezpieczeństwa społecznego, a także inkluzji społecznej. Tworzą stabilny fundament innowacyjnej polityki społecznej, polityki senioralnej, inwestycyjnej i aktywizującej, promowanej w XXI wieku na całym świecie. Polityka senioralna oceniana z perspektywy minionych 10 lat, zwłaszcza jej zdefiniowania, ustrukturalizowania oraz zinstytucjonalizowania, nadal wymaga korekty, weryfikacji dokonywanych z wykorzystaniem wniosków praktycznych. Jest ona kosztowna, przy tym zbyt rozproszona administracyjnie, finansowo, kompetencyjnie i zadaniowo. Niezbędne zatem jest zainicjowanie kolejnej debaty nad jej optymalnym modelem wspierania seniorów usługami społecznymi – debaty, w której swoje racje i sugestie będą mogli prezentować przedstawiciele środowisk naukowych i opiniotwórczych, praktycy, organizatorzy życia społecznego w małych środowiskach lokalnych, a także sami seniorzy i ich bliscy oraz politycy odpowiedzialni za stanowienie aktów prawnych. Niezbędne jest uznanie rangi podmiotowości i prawa do partycypacji adresatów wszelkich działań. Trzeci wiek nie musi być utrwalaniem stereotypu marginalizacji, lecz świadomym dopasowywaniem możliwości do form aktywności i ustawicznego rozwoju. Inne potrzeby artykułują starsi mieszkańcy wsi, inne małych miasteczek, inne osoby samotne, inne gospodarujące z rodziną, inne w wieku 60–69 lat, inne powyżej 70 lat, a jeszcze inne – dożywający późnej starości. Starość jest zróżnicowana i wymagająca profesjonalizmu. Muszą ją rozumieć ci, którzy jej doświadczają i ci, którzy odpowiadają za kompensowanie jej deficytów. To zadania i wyzwania, jakie rzeczywistość demograficzna, zdrowotna i gospodarcza stawia przed współczesnym społeczeństwem. Trzeba jednak spełniać warunki odpowiedniej rangi kształcenia ustawicznego, profilaktyki zdrowotnej, inwestowania w siebie, promocji samodzielności ekonomicznej, współdziałania instytucji odpowiedzialnych za programy, strategie, założenia, inicjatywy realizowane w ramach szeroko rozumianej innowacyjnej, a także aktywnej polityki społecznej na szczeblu samorządowym, lokalnym i państwowym.

Bibliografia

- Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem*, red. P. Błędowski i in., Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk 2021.
- Błędowski P., *Lokalna polityka społeczna wobec ludzi starych*, Oficyna Wydawnicza Szkoły Głównej Handlowej, Warszawa 2002.
- Błędowski P., *Potrzeby opiekuńcze*, w: *Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem*, red. P. Błędowski i in., Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk 2021, s. 922–928.
- Buliński L., *Rok 2020/2021. Koronawirus SARS-COV-2. Opieka zdrowotna. Ludzie starsi*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2021.
- Depopulacja. Uwarunkowania i konsekwencje*, red. J. Hryniewicz, G. Ślusarz, Główny Urząd Statystyczny, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2020.
- Dyjak G., *Alarmujące prognozy dla Polski. Populacja spadnie do 24 mln w tym stuleciu*, <http://www.zielonalinia.gov.pl/-/alarmujace-prognozy> (dostęp: 27.07.2021).
- Eurostat, *Data Browser*, <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view> (dostęp: 10.06.2021).
- Filipiak K.J., *Za chwilę zabraknie w Polsce chirurgów, a nawet lekarzy rodzinnych*, <https://portal.abczdrowie.pl/prof-filipiak-za-chwile-zabraknie-w-polsce-chirurgow-a-nawet-lekarzy-rodzinnych-jak-przekonac-mlodych-medykow-zeby-zostali-w-polsce> (dostęp: 30.08.2022).
- Firlit-Fesnak G., M. Grewiński, *Polityka społeczna w okresie członkostwa Polski w Unii Europejskiej 2004–2017*, w: *Stulecie polskiej polityki społecznej 1918–2018*, red. E. Bojanowska i in., Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Narodowe Centrum Kultury, Warszawa 2018, s. 156–178.
- Główny Urząd Statystyczny, *Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2021*, Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa 2021.
- Grewiński M., *Usługi społeczne we współczesnej polityce społecznej. Przegląd problemów i wizje przyszłości*, Dom Wydawniczy Elipsa, Warszawa 2021, s. 431–460.
- Kostka T., *Organizacja opieki zdrowotnej nad osobami starszymi w Polsce*, w: *Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem*, red. P. Błędowski i in., Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk 2021, s. 59–68.
- Kostrzewski L., *Katastroficzne prognozy demograficzne dla Polski*, <https://www.euractiv.pl/section/rolnictwowpr/news/katastrofalne-prognozy-demograficzne-dla-polski/> (dostęp: 26.07.2021).
- Książkowski M., Michoń P., *Scenariusze rozwoju polskiej polityki społecznej w perspektywie kilku najbliższych dekad*, w: *Stulecie polskiej polityki społecznej 1918–2018*, red. E. Bojanowska i in., Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Narodowe Centrum Kultury, Warszawa 2018, s. 601–615.
- Raport o samotności II. Pierwszy rok pandemii*, Stowarzyszenie Wiosna, Warszawa 2021, https://www.szlachetnapaczka.pl/wp-content/uploads/2021/03/raport_o_samotnosci_2021.pdf (dostęp: 12.06.2021).
- Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2019–2020*, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2020.
- Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2020–2021*, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2021.
- Szczęśna I., *Dobre praktyki – projekt edukacyjno-profilaktyczny dla seniorów „Pasja – recepta na wieczną młodość”*, w: *Uczenie się w trakcie życia – aspekty, postulaty, uzasadnienia*, red. A. Przygoda, K. Potaczała-Perz, S. Kowalski, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2021, s. 327–333.
- Szukalski P., *Aktywność zawodowa*, w: *Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem*, red. P. Błędowski i in., Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk 2021, s. 887–898.
- Trafiałek E., *Dylematy i wyzwania polityki senioralnej. Opieka geriatryczna – wsparcie – usługi społeczne*, „Praca Socjalna” 2017, nr 6, s. 128–140.
- Urbaniak A., *(Re)production of Inequalities in Retirement Practices and Meanings Assigned to the Term „Retiree” in Post-Communist Context*, „Frontiers in Sociology” 2021, vol. 6, s. 1–15. DOI: 10.3389/fsoc.2021.686674.

Uścińska G., *Problemy migracji w zakresie zatrudnienia i ubezpieczenia społecznego*, w: *Migracje a sytuacja demograficzna Polski*, red. J. Hryniewicz, J. Witkowski, A. Potrykowska, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2019, s. 100–101.

Wawrzyniak J.K., *Starość człowieka – szanse i zagrożenia*, Wydawnictwo CeDeWu, Warszawa 2017.
Z niemal 6 mln emerytów, 754 tys. jest aktywnych zawodowo. To zbawienie dla rynku pracy, <https://portalstatystyczny.pl/z-niemal-6-mln-emerytow-754-tys-jest-aktywnych-zawodowo-to-zbawienie-dla-ryнку-pracy/> (dostęp: 9.10.2022).