

AZ ÖREGEDÉS AKTUÁLIS KÉRDÉSEI

Iván László

az orvostudományok kandidátusa, PhD egyetemi tanár (Simmelweis Egyetem) ivanlas@kut.sote.hu

Az öregedés többtényezős és többdimenziós életfolyamat, amelynek kialakításában és kimenetelében érvényesül a biológiai, pszichológiai és szociológiai meghatározottság. Megismerése és értelmezése rendszerszemléletet igényel, azzal a megközelítési móddal, hogy ezen belül egyéni, korcsoportos és nem különbségek figyelembe vétele szükséges. Az öregedés imázsa kultúrafüggő, nehezen befolyásolható, de a következetes tudományos felvilágosítás és a nevelés pozitív hatása érvényesülhet. A biológiailag, genetikailag megalapozott, egyéni életprogram személyes pszichoszociális meghatározottsággal „fejlődik” az emberi fajra jellemző végső öregségi élethatárig. Ez a pszichoszociális meghatározottság kultúra-, társadalom- és személyiségfüggő rendszerben valósul meg. Az öregedés minősége és tartalma a kihívásokkal való megküzdés eredménye. Napjainkban, amikor az átlag életkilátás növekszik, és az ember tovább él mint valaha, az emberiség tömeges gondjainak meghatározójává vált az öregedés és az öregkor, ugyanakkor kimondhatjuk, hogy a legújabb kor „hosszabb életűsége” egyben az emberi civilizáció diadala is!

Az öregedés rendszerszemléleti megközelítéséhez és megértéséhez a globális adatok, valamint a magyar demográfiai jellemzők és előrejelzések feldolgozása szükséges. Nem nélkülözhetjük a pszichoszociális, gazdasági, társadalmi és társadalompolitikai tényezők értékelését sem. Az öregedés „mutatóinak” kialakításában közreműködik a relatíve változatlan genetikai háttérstruktúra, a folyamatosan változó társadalom vagy

társadalmi környezet és a jellemző környezet. A más-más évjáratban születettek eltérő „mintáit” nem lehet csupán az emberi genom evolúciós változásaival magyarázni, amely kohorszról-kohorszra lényegében ugyanaz marad.

A világot globálisan három nagy robbanás rázkódtatja a XXI. század elejére: a népességrobbanás, a hosszabbélettűség és az információrobbanás. A demográfiai adatok jelzik, hogy 2001-re a világ népessége elérte a 6,1 milliárdot, és évente 1,3 %-kal, közel 80 millióval gyarapodik. Ennek a növekedésnek a felét hat nagynépességű ország adja, sorrendben: India (21 %), Kína (12 %), Pakisztán (5 %), Nigéria (4 %), Banglades (4 %) és Indonézia (3 %). 2050-re a világ népessége 7,9-10,9 milliárd lehet. A fejlett régiókban jelenleg 1,2 milliárd ember él, és a következő 50 évben érdemi gyarapodásuk nem várható, mert a termékenység elmarad a szükséges reprodukciótól. Századunk közepére 39 fejlett ország népessége csökkenhet. Ezek között nevesíthetők: Japán és Németország (14 %-kal), Olaszország és Magyarország (25 %-kal), Oroszország, Grúzia és Ukrajna (28 és 40 %-kal). Az idősebb népességet elfogadottan a 60 éves és idősebbek rétegeként tartjuk számon, és az előrejelzések szerint ez a réteg arányában valamint létszámában kifejezett növekedési ütemet mutat. A mai 606 millióról 2050-re létszámuk közel 2 milliárdra gyarapodik. Az életszakaszok beosztását a WHO újabban a következőképpen adja meg: 50-60-ig áthajlás kora, 60-75-ig idősödés kora, 75-90-ig időskor, 90 fölött aggkor és 100 év felett matuzsálemi kor.

Magyarországon mára minden ötödik ember betöltötte 60. életévét, arányuk elérte a 20 %-ot, számszerűen ez 2 millió lakost jelent. A 100 gyermekkorúra eső időskorúak száma, melyet az „öregedési index” fejez ki, Pest megyében a legmagasabb, mintegy 145, és megyénként, régióként 90-től 145-ig fejeződik ki. Összességében a magyar népesség öregedési indexe 108-110 között van. Az EU tagországainak többségében ennél kedvezőtlenebb a helyzet, ily módon nem tartozunk a legöregebb kormegoszlású európai országok közé. Ugyanakkor hangsúlyozható, hogy a magyar népesség egyszerre öregszik, de fogyatkozik is, reprodukciónk jelenleg 3,2 – 3,5 ezrelékes. Miként a fejlett országokban, úgy Magyarországon is az időződés demográfiai jellemzői közül kiemelhető a „feminizáció”, ami azt jelenti, hogy a korban előrehaladva, a férfiak halálózása kifejezettebb, mint a nőké. A születéskor várható átlagos életkor Magyarországon jelenleg nagy nemek közötti különbséget mutat: férfiaknál 66 év, nőknél 75 év. Az EU-ban a skandináv országokban legmagasabbak ezek az adatok: a férfiak 78-79 évet, a nők 79-81 évet várhatnak. Még a déli-délnyugati tagországokban is közelítenek a nő-férfi születéskor várható élettartamok egymáshoz. A világon jelenleg a születéskor várható élettartam Japánban a legmagasabb, mindkét nemnél eléri a 82-82,5 évet.

Idős népességünkre kifejezett heterogenitás jellemző: életutak, lakóhely, családi viszonyok, anyagi-gazdasági helyzetük, egészségi állapotuk, aktivitás, önellátás, rászorultság, igények, kapcsolatok, szerepek szerint, és nem utolsósorban tanultság, képzettség és képesség, továbbá kreativitás és illetékesség vonatkozásában. Arányuk terület és település típusok szerint eltérő. A népességen belül az idősek aránya az átlagosnál nagyobb a fővárosban és a kisebb községekben (az 1000-nél kevesebb lakosú településeken) elérve a 25 %-ot. A nemek arányát

tekintve az 1000 férfira jutó nők száma a korosodással fokozatosan emelkedik: 60-64 éveseknél 1295, 85 éven felülieknél eléri a 2372-t. Az 1981 óta csökkenő népességszámunk két alapvető folyamat következménye: 1. A női termékenység nem éri el a reprodukciós szintet. 2. Nagymértékben romlottak a halandósági viszonyok.

Már a 60-as évek elejétől veszélyesen romlottak a halálózási mutatók. Az 1000 lakosra jutó meghaltak száma 40 %-kal emelkedett, és összességében elérte 13-14/1000 lakos szintet, (férfiaknál 16, nőknél 13). Kifejezetten kedvezőtlen a halandósági szint az egy főre jutó GDP-vel jellemzett gazdasági fejlettségünkhöz viszonyítva is. A morbiditási jellemzők tovább súlyosbították a helyzetet. A 60 éven felüli időseink 51 %-a (1,1 millió) egy krónikus megbetegedésben szenved, két ilyen megbetegedés 10 %-ukat (200 ezer) érinti és három vagy több krónikus megbetegedés 3 %-os gyakorisággal (60-70 ezer ember) fordul elő.

Az előrejelzések szerint növekszik az egyedül élő idősök száma – jelenleg még csökken a családok száma –, növekszik a válások száma, és kifejezetten elmarad az EU országokhoz viszonyítva a nyugdíj melletti munkavállalás és munkatevékenység. Ugyancsak nagy eltérés mutatható ki a szubjektív megélt és objektív jellemzett állapotuk minősítésében. Magyarország az időskorúak és nyugdíjasok társadalma lett, kockázatközösséggé is.

Összefoglalva demográfiai jellemzőinket, a következők emelhetők ki:

(1) Öregedő és fogyó népesség, (2) fogyó családok, (3) növekvő számú válás, (4) csökkenő gyermekszám, (5) növekvő női arány, (6) növekvő férfi-halálózás, (7) növekvő női krónikus betegségek, (8) növekvő rászorultság, (9) növekvő regionális különbözőségek és (10) egészség és életminőség vonatko-

zásában növekvő esélyszóródás és kockázatfokozódás.

E jellemzők következtében a ma idős-korba kerülőknek egyre kevesebb gyermekük, egyre kevesebb unokájuk van, ők maguk is különböző gyermekszámú családokból származnak, kevesebb hozzájuk hasonló korú testvérük és unokatestvérük van, a kiterjedt családi támogató rendszer egyre kevesebb személyre korlátozódik, a megnövekedett földrajzi mobilitás pedig még ezt a kisebb létszámú családot is megosztja földrajzilag és végül, de nem utolsó sorban a kapcsolatok szűkülésével a szubjektív, informális és érzelmi alapon nyújtott támasz fogyatkozik, és ez csupán anyagi eszközökkel nem helyettesíthető.

Az időskorúak idült, nem fertőző betegségek miatti *halálzási kockázata* a felmérések szerint a következőképpen alakult: 1. életmód: 40 %, 2. környezeti ártalom: 15-20 %, 3. genetikai ártalom: 20-25 %, 4. az egészségügyi ellátás hiányossága: 15 %.

Kifejezetten veszélyeztetett idősök: 1. 80 év felettiek, 2. az egyedül élők, 3. akit családi gyász ért vagy depressziós, 4. akik szellemileg elesodottak, 5. akik számos alkalommal károsultak, 6. akik inkontinensek (vizelet és/székkeltartási zavarokkal küzdenek), 7. akik az elmúlt időszerkezet eseményeivel nem tudnak kielégítően, illetve sikeresen megbirkózni.

Elfogadott állásfoglalás, hogy az idősödés és idős-kor nem egységes mintaként kezelhető, és a harmadik életszakasz nem a „szürkék tömege”, hanem az egyedi idősödés normál és kóros elváltozásainak sokfélesége. Az is hangsúlyozható, hogy nem a „napközi évek” szerint idősödünk, és igen nagy különbségek vannak a vizsgálatok és felmérések adatai szerint az egyes idős emberek egészségét és életminőségét kifejező jellemzők között. Mivel az idősödés az egész életút folyamataival összefüggésben alakul, fontos jellemzője a teljes életút úgynevezett

funkcionális kapacitásának (FK) alakulása. Az FK a személyes testi, lelki és szociális működések kapacitásait jelenti. Vizsgálatok szerint a „normál idősödés” jellegzetességei a testi működések vonatkozásában 30-90 éves korig a következők:

- az izmok tömege és ereje 30 %-kal csökken,
- az idegrostok ingerületvezetése 15-25 %-kal lassul,
- az agy tömege mintegy 300 grammal csökken (30 dkg),
- a nyelven, az ízlelőbimbók száma a fiatal-kori 240-250 egységről 40-50 egységre csökken,
- a testen átfolyó vér mennyisége felére csökken,
- a tüdő vitál kapacitása 75 éves korra már felére csökken,
- a vese kiválasztó működése több mint felével csökken,
- a látás és a hallás 70-80 %-ban érintett.

Ezeknek a változásoknak, mint „normál idősödési folyamatoknak” a jellegzetessége, hogy az egyedileg programszerűen zajló sejt-, szöveti, szervi, szervrendszeri időbeni változások a működési kapacitásokat csupán beszűkítik, de mindenkor homeosztázisuk egyensúlya megmarad. Ily módon a „fenn tartható egészség” kielégítő és relatív szintje az élet késői időszakáig megmaradhat. Minden olyan változás, amely a homeosztázist károsítja, egyensúlyát felborítja: kóros folyamat. Ezek korai felismerése meghatározza befolyásolásuk lehetőségeit. Az idősödés legnagyobb kihívása éppen az egyedi normál változások és a kapcsolódó kóros folyamatok kombinációinak szakszerű felismerése, szükség szerinti ellátása. Lényegében az egyedi és kohorsz „esélyek és kockázatok” arányának feltárása és befolyásolása, szükség szerint „kezelése” képezi az idősödés és idős-kor korszerű, rendszerszemléletű értelmezését és természetszerűen ellátását is.

A gerontológia, mint az idősödés és idős-kor tudománya, a geriátria pedig, mint az idősödés és idős-kor gyógyászata (megelő-zéssel, gyógyítással, rehabilitálással és ápo-lással, gondozással, valamint gondoskodás-sal) szükségszerűen vált meghatározóvá, mint az idősödés és idős-kor kutatása, az idő-sek életminőségének, egészségének tudo-mányává. Feladatai között hangsúlyozható a problémafeltáró, problémamegoldó alkal-mazott módszerek fejlesztése, szakmai okta-tása, képzése és továbbképzése. Ennek megfelelően a gerontológia és geriátria mul-tidiszciplináris, interdiszciplináris és multi-faktoriális tudomány, de mára már önálló-sodott rendszerszemléletű és specializált gyakorlatú tudomány is. Ilyen megközelítés-ben az emberi öregedést oly módon jel-lemzik a biológiai, pszichológiai és szocioló-giai változások, hogy a genetikailag hozott és megalapozó életani programok a szo-cializációval egyedileg szerveződő nyitott programok révén válnak sikeressé vagy si-kertelenné. Ma már nem csupán arról beszél-ünk, hogy életet adjunk az éveknek, vagy éveket adjunk az életnek, hanem minél hosszabban biztosítsuk a normál idősödés relatív egészségét – függőség, tehetetlenség és kiszolgáltatottság nélkül. Ez az idősödési modell magában foglalja a Descartes által 1619-ben már megfogalmazott „Létezési Négy Pillért”: 1. hatékonyságot, 2. kreati-vitást, 3. illetékességet és 4. képességet. Ezek megvalósításában a következő tényezők meghatározók: az aktivitás; az érzelmi, hangulati és összességében lelki stabilitás; az anyagi, egészségügyi, szociális, kapcsolati- és támasz-biztonsági feltételek alakulása. E meghatározó tényezők alapján érthetően előtérbe kerül a *Személyiség* szerepe és jelentősége az idősödésben. Már több mint 2000 évvel ezelőtt állította Hippokratész, hogy amilyen életstílusunk volt ifjúkorunkban, olyan idős-korra számíthatunk. A személyiség strukturális

elemzései az életkilátások vonatkozásában jelentős adatokkal szolgálnak. Többféle módszer alkalmazásával egyértelművé vált, hogy a személyiség döntő szerepet játszik az egészség megőrzésében, a betegségek kialakulásában, gyógyításában, rehabilitálásában – az idősödés és idős-kor egészség- és életminőségének, mintegy „személyiség-markerként” való al-kalmazásában. Az elmondottak figyelembe vételével az idős-kor minőségét leginkább veszélyeztető megbetegedések számbavé-tele, idős-kori jellegzetességeinek feltárása és elemzése, elkülönítésük a normál idősö-dés változásaitól, ily módon speciális dia-gnosztikájuk, speciális gyógyszerelésük, re-habilitációjuk a fejlett társadalmak dilemmáit és konfliktusait is meghatározza. Az „orvosi-lag lehetséges és gazdaságilag megenged-hető” konfliktusa számos tényezővel össze-függésben az idősellátás, így hazai idősellá-tásunk legnagyobb problémáját jelenti. Mor-biditási és mortalitási adataink egyaránt jelzik az idős-kori kardiovaszkuláris, cerebrovasz-kuláris, általános vaszkuláris megbetegede-sek súlyát (ezek adják összességében az idős-kori mortalitások 60 %-át, morbiditások 45-55 %-át). A krónikus megbetegedések sorában szerepelnek: diabetes, daganatok, krónikus obstruktív tüdőbetegségek, a csont-izületi-izom betegségek, a lelki egészség zavarai és megbetegedései, továbbá látás-csökkenés, vakság és hallás zavarok.

Az idős-kori életminőség vonatkozásá-ban a következő szempontok kiemelése indokolt:

1. az egyének a korról mindinkább kü-lönböznek egymástól, nincs úgynevezett egységes öregedési minta.

2. Egy szervrendszer vagy funkció gyors leromlása mindig valamilyen kóros változás, nem pedig a normál öregedés követke-zménye.

3. A kapacitás beszűkülésével járó öre-gedés, azonban megnöveli a kockázatok

kialakulását, ezért fontossá válik a személyes életmód és adaptáció.

4. Az idősök azért betegek, mert kóros folyamatok alakultak ki, s nem azért mert idősök.

5. Az idősebbeknél egy új betegség kezdete általában az egyén szervezeti rendszerének legérzékenyebb, illetve legsérülékenyebb „láncszemét” érinti. Ennek felismerése meghatározza az ellátás programjait.

6. Az idősödéssel mindinkább megjelenik az ún. „5 i”: immobilitás, inkontinencia, instabilitás, intellektuális hanyatlás és az iatrogenia.

7. Mivel több működés homeosztázisának egyensúlya gyakran egyidejűleg változik meg, többféle panasz megjelenésével és egyidejű kifejeződésével kell számolnunk. Ugyanakkor a változó meghatározás befolyásolása az egész rendszer zavarának javulását eredményezheti.

8. Több olyan tünet, mely fiatalabb korban betegségnek tekinthető, az idősebb korban csupán a normál idősödésből származó panasz, illetve jelenség.

9. Az idősebbeknél gyakori, hogy a kialakult tünetek mögött többféle ok is meghúzódik, ezért az értékelésnél és a diagnosztikánál takarékoskodni nem tanácsos.

10. Az idősebbeknél a már említett legzetességek miatt a diagnosztikai, terápiás, rehabilitációs stratégiák szakigényes specialitást követelnek, idősegeségügyi fejlesztési konzekvenciákkal.

Az idősor legnagyobb problémáit a krónikus megbetegedések képezik. Nemcsak otthoni ellátásuk, ápolásuk, gondozásuk, hanem szakszerű ellátásuk extramurális és intramurális kapacitás szűkössége és hiányossága miatt is. Ma már nem azt mondjuk, hogy korfüggő betegségek jellemzik az idős-kort, a rendszerszemléletnek megfelelően helyesebb az *idősödéssel gyakoribbá váló megbetegedésekről* beszélni. Kétségtelen tény azonban, hogy leginkább a krónikus

betegségek rontják az idős-korúak önállóságát, tevékenységét, kapcsolatvilágát, öngondoskodását és nem utolsósorban lelki egészségét. Mind az idős-kori normál változások, mind velük kapcsolódó betegségeik, mind pedig a civilizáció társadalmi változásai jelentősen hozzájárulnak az idős-kori „magányosság” kialakulásához. A magányosság elsődlegesen lélektani zavarként jelenik meg akkor, ha az egyén az emberi szükségletek harmadik rendjében, a valakihez, valamihez és valahová tartozásának szükségleti megvalósítását nem tudja biztosítani. Az így kialakuló frusztrációs feszültség megbonthatja a testi-lelki-szociális egészség homeosztázisát, és elindíthat a normál idősödési változások mellett ún. *magány-betegségeket*; depressziót, pszichoszomatikus károsodásokat ezek különböző változataival és szövődményeivel.

Az idős-kori, akutan kialakuló, de még inkább a krónikussá váló megbetegedések egyszerre halmoznak fel (személyre szabott különbségekkel, de a korban előrehaladva mind gyakrabban) „szociál-egészségügyi és egészség-szociálügyi” feladatokat, és ezekkel össz-szefüggésben egyénre, közösségre, intézményre és társadalomra egyaránt kiható gondokat és dilemmákat. Olyan következményekkel kell számolni, melyek miatt az idősödők és idősök egészségügyi és szociális ellátásának költségei soha nem látott mértékben, rohamosan nőnek. Egyes adatok szerint egy 28 éves korúhoz viszonyítva egy 73 éves férfi:

- négyszer gyakrabban vesz igénybe járóbeteg szolgáltatást
- tízszer gyakrabban kórházi ellátást
- tizenkétszer gyakrabban írnak fel részére gyógyszert

Átfogó elemzések az idősök egészségügyi szolgáltatásainak igénybevételét négy szempont köré csoportosították:

- a beteg-orvos találkozások
- a gyógyszerhasználat
- a formális és informális, valamint intézeti segítségnyújtás, gondozás, gondoskodás
- a kórházi gyógykezelés akut betegsége miatt.

Egyes elemzők szerint a 70 éves és idősebbek 85 %-a jár rendszeresen orvoshoz, 96 %-a használ legalább egy gyógyszert. Jól megszervezett, széleskörű és jól dokumentált vizsgálatok során az EU-ban két fontos kérdésre kerestek választ: 1. milyen terjedelmű és kihatású az idősok egészségügyi szolgáltatásainak igénybevétele; 2. milyen össz-szefüggéseket lehet igazolni a testi egészség, a lelki egészség, az egészség-attitűd és szociális kultúra meghatározó tényezői között, különös tekintettel a szolgáltatások elérhetőségére, igénybevétele és választható változataira.

A magyarországi egészség- és életminőség időskori adatai felhívják a figyelmet arra, hogy az idősödés és idősok értelmezése, értékelése, esély-kockázatainak feltárása és a szükséges és igényelt ellátások kialakítása olyan rendszerszemléletet tesz szükségessé, mely az elmondottak figyelembevételével biztosítja az idősödés és idősok egyéni és közösségi egészségmegőrzését; a kockázatok korai felismerését; a kóros változások korai feltárását; személyre szabott ellátást a gyógyításban és rehabilitálásban; és végül, de nem utolsósorban biztosítja az idősok ápolását, gondozását, gondoskodását és emberi méltóságuk megőrzését az életvégi ellátásokban. Magyarországi vonatkozásban áttörést jelentenek a következők:

1. Működik a Szociális és Családügyi Tárcá mellett az 1996-ban megalakult, majd 1998-ban megújított Idősügyi Tanács.

2. 1997-ben az Európai Unió Szakorvosi Bizottsága felvette szakmai listájára a Geriátriát, majd ezt követően Magyarországon is befogadottá vált a gerontológia tudománya

mellett, annak gyógyítási ágazataként a Geriátria. Bekerült az egyetemi és főiskolai, valamint egészségügyi szakiskolai oktatásba, a képző és továbbképző programokba; nem utolsósorban ráépített szakvizsgával geriáter szakorvosi képesítés lehetőségével. (Belgyógyászatra, pszichiátriára és házi orvosi szakokra építhetően).

3. Az Idősügyi Tanács, mint 1. sz. Rétegtanács, tagja a Szociális Tanácsnak,

4. 2001-re az Idősügyi Tanács elkészítette az idősödési és idősok életminőségét meghatározó szempontrendszer nyilatkozatát, az ún. Idősügyi Kartát, amely négy fejezetben rögzíti a legfontosabb szempontokat: (a) részvétel a társadalmi tevékenységben, (b) az anyagi és szociális biztonság, (c) az egészségügyi és gondozási feladatok és (d) a jogbiztonság és jogvédelem. (Idősügyi jogvédők hálózata).

5. 2001. végén az egészségügyi miniszter „Idősegeségügyi Miniszteri Biztost” nevezett ki, és megbízta az Idősegeségügy koordinálásának és az Idősegeségügyi Karta előkészítésének feladataival. Az Idősegeségügyi Karta rögzíti az Idősügyi Karta 3. pontjára vonatkozóan, de szélesebb kiterjesztéssel és részletes programmal a magyarországi idősödés és idősok egészségügyi specialításait, fejlesztésének szempontjait, szakmai követelményeit és minőségbiztosítását, valamint az idősok egészségügyi ellátásának szociálegészségügyi feladatait és végül, de nem utolsósorban egészségük és egészségügyi ellátásuk emberi méltóságának jogbiztonsági szempontjait.

6. Mindkét Karta tárcaközi egyeztetés után beterjesztésre kerül a Kormányhoz és az Országgyűléshez, azzal a céllal, hogy megalkotson egy jövőbeni Idősügyi Törvényt.

Összefoglalás

A XXI. század küszöbén álló emberiséget a népességrobbanás, a hosszabbélettűség és

az információ robbanás globálisan érinti egy soha nem látott technikai civilizáció előnyeivel és ártalmaival együtt. Befolyásolja ez a globális öregedés a gazdaságot, a kultúrát, az emberi magatartást és nem utolsósorban a politikát. Különösen fontossá vált az egészség és az életminőség, valamint a nemzedékek közötti kapcsolódások, továbbá az esélyegyenlőség, az idősödés és idősor motíválásának kérdés- és problémásora. Megállapítható, hogy jelenleg a világon jelentős térségi és helyi különbségek alakultak ki, soha nem észlelt módon polarizálva az „esélykockázati” arányokat, közösségek és személyek, idősebbek és fiatalabbak, gazdagok és szegények valamint önállóak és függőbbek között. Az is megfogalmazható, hogy az idősödés olyan új változásokat és feladatokat eredményezett, melyek kezelése valódi paradigmaváltást igényel, nevezetesen a régebbi fogalmainkkal már kevésbé lehet megválaszolni ezeket az új jelenségeket, tehát a gerontológia és geriátria tudományos megalapozásával rendszerszemléletű és rendszergyakorlatú módszereket kell bevezetni egészségügyben, szociális ügyben, pénzügypolitikában, foglalkoztatásban és ellátó rendszerekben egyaránt. Szükséges az idősödés és idősor tudományos kutatásának, egészségmegőrzésének, kockázatkezelésének és értékeinek figyelembe vételével

vel idősügyi és idősegeszségügyi fejlesztési programok kialakítása kormányzati és civil társadalmi közmegegyezéssel, egy Idősügyi Törvény előkészítésével.

Az évezredvég idősügyi helyzetének jellemző megfogalmazását adta Gro Harlem Brundtland, az Egészségügyi Világszervezet főigazgatója az Időskorúak Nemzetközi Éve – 1999 alkalmából készült WHO kiadvány előszavában, miszerint: „A világ népességének előregedése az egyik legnagyobb olyan kihívás, amely világunk előtt áll a következő évszázadban, ugyanakkor óriási lehetőség is rejlik benne. Az időskorúak ugyanis nagyon sok mindenben lehetnek valamennyiünk szolgálatára”. E gondolat jegyében született a WHO legújabb állásfoglalása, hogy az államoknak *aktív idősügyi politikát és programot* kell bevezetni és fejleszteni, azzal az attitűddel, hogy *a hosszabbéletűség az emberiség haladásának diadala*. Figyelmet érdemel, hogy a 2002. év az ENSZ 1982-ben elfogadott, „előregedésről” szóló nemzetközi intézkedési tervének 20. éve, így ennek közösségi megemlékezése indokolt.

*

(Részletes irodalom a szerzőnél. Címe: Prof. Dr. Iván László Semmelweis Egyetem ÁOK, Kútvölgyi Klinikai Tömb, Bp., 1125 Kútvölgyi út 4. VI.em. E-mail: ivanlas@kut.sote.hu)

