

POLSKA AKADEMIA NAUK
Wydział Nauk Medycznych
Komitet Zdrowia Publicznego

Rekomendacje strategiczne na lata 2023-2027:
**PRZYGOTOWANIE NOWEJ POLITYKI SENIORALNEJ
W ZAKRESIE ZDROWIA I FUNKCJONOWANIA SPOŁECZNEGO**
– Polskie Zdrowie 2.0

Autorzy (w kolejności alfabetycznej):

Tomasz Grodzicki

Tomasz Kostka

Rekomendacje przygotowano w ramach realizacji Projektu KZP PAN pt.:
„Ocena wybranych elementów systemu zdrowia w Polsce w oparciu
o dowody naukowe i dobre praktyki innych krajów – Polskie Zdrowie 2.0”

Policy Brief nr I.4
wersja preprint

Warszawa, czerwiec 2023 r.

POLICY BRIEF

Wobec oczekiwanego wzrostu liczby osób starszych konieczna jest organizacja kompleksowego wsparcia seniorów i ich opiekunów nieformalnych oraz formalnych, zatrudnionych w służbach społecznych i prywatnych firmach. Niezbędne w związku z tym wydaje się wprowadzenie rozwiązań systemowych, obejmujących zarówno opiekę w aspekcie zdrowotnym, jak i społecznym. Z punktu widzenia organizacji wsparcia dla osób starszych oraz realizacji idei deinstytucjonalizacji pomocy społecznej i opieki długoterminowej, duże znaczenie ma dostosowanie warunków mieszkaniowych i warunków zamieszkiwania do potrzeb osoby starszej. Niezależnie od ustawowej granicy wieku emerytalnego należy stworzyć starszym pracownikom atrakcyjne możliwości kontynuowania zatrudnienia po jej przekroczeniu.

Najważniejsze rekomendacje wynikają z realizacji programu PolSenior2 i z innych badań. PolSenior2 to ogólnopolskie badanie stanu zdrowia starszych Polaków, ich sytuacji społeczno-ekonomicznej oraz jakości życia realizowane w ramach Narodowego Programu Zdrowia 2016-2020 ze środków Ministerstwa Zdrowia (MZ). Badanie reprezentatywnej próby 5 987 mieszkańców Polski w wieku 60+ prowadzono w okresie od września 2018 do grudnia 2019 r. Jego wyniki umożliwiają dokładną ocenę stanu zdrowia i sytuacji społecznej starszych Polaków, zaś ich porównanie z wynikami badania PolSenior1 wskaże na główne zmiany w ostatniej dekadzie w Polsce. Realizacja projektu PolSenior2 pozwoliła na uzyskanie interdyscyplinarnej wiedzy na temat populacji osób w wieku 60+ w Polsce i zmian w ostatniej dekadzie, ze szczególnym uwzględnieniem najstarszych seniorów, a więc grupy której liczebność rośnie najszybciej. Zarówno wyniki badania PolSenior2, jak i doświadczenia krajów, w których proces demograficznego starzenia się ludności jest bardziej zaawansowany, wskazują, że starzenie się i starość ze względu na ich wieloaspektowy charakter wymagają szczególnej uwagi władz publicznych.

Wyniki badania PolSenior2, a także wyniki innych badań wykazują, że system opieki zdrowotnej i społecznej w populacji senioralnej (60+) w Polsce znacznie odbiega od standardów w najbardziej rozwiniętych krajach. Niezbędne są zmiany systemowe w organizacji opieki zdrowotnej i społecznej oraz ich integracja i koordynacja. Koordynację i nadzór nad pomocą społeczną i opieką medyczną

starzejącego się społeczeństwa należy uznać za jedno z najważniejszych wyzwań zdrowia publicznego w naszym kraju. Proponujemy w związku z tym ulokowanie zadań związanych z koordynacją polityki senioralnej na poziomie ponadministerialnym. Zagwarantuje to wielowymiarową politykę senioralną i stworzy warunki dla osiągnięcia synergicznych efektów tej polityki na wszystkich szczeblach administracji państwowej i samorządowej oraz opieki zdrowotnej. Za naczelne wyzwanie dla polityki senioralnej należy uznać stworzenie systemu usług dla osób starszych. Usługi te powinny ułatwiać seniorom zaspokajanie potrzeb bytowych oraz społecznych i zdrowotnych.

Analizując formy sprawowania opieki nad osobami starszymi zgodnie z zasadą subsydiarności, wskazujemy w pierwszej kolejności rodzinę, następnie społeczeństwo i instytucje publiczne i prywatne. Sytuacją pożądaną jest jak najdłuższe utrzymanie pełnej niezależności (lecz gdy taka potrzeba już zaistnieje, źródła opieki powinny być komplementarne wobec siebie).

Działania konieczne do stworzenia spójnego systemu polityki senioralnej

1.	Ulokowanie zadań związanych z nadzorem i koordynacją polityki senioralnej na poziomie ponadministerialnym
2.	Stworzenie systemu usług ułatwiających zaspokojenie potrzeb bytowych, psychologicznych, społecznych i zdrowotnych seniorów z jednoczesnym kompleksowym wsparciem dla opiekunów nieformalnych oraz formalnych
3.	Wprowadzenie do systemu ochrony zdrowia podstawowej opieki geriatrycznej (POG) w postaci lekarza geriatry lub lekarza rodzinnego z pogłębionym wykształceniem w zakresie geriatry oraz systematyczne i konsekwentne koordynowanie POG z opieką szpitalną, rehabilitacją, wsparciem psychologicznym i opieką środowiskową
4.	Zorganizowanie systemu ambulatoryjnych Centrów Opieki Senioralnej (COS) obejmujących Domy Opieki Medycznej, Geriatryczny Zespół Opieki Domowej oraz rehabilitację geriatryczną, które będą ściśle współpracować oddziałami szpitalnymi. Zadaniem COS będzie prowadzenie opieki dziennej i domowej oraz koordynowanie pomocy społecznej z medyczną (minimum jedno COS w każdym powiecie)
5.	Stałe monitorowanie stanu zdrowia i uwarunkowań społecznych w populacji senioralnej (60+) w Polsce, m.in. powtarzanie co 10 lat projektu typu PolSenior jako kompleksowego badania stanu zdrowia i uwarunkowań społecznych
6.	Zainicjowanie akcji społecznych mających na celu edukację do starości oraz edukację w starości

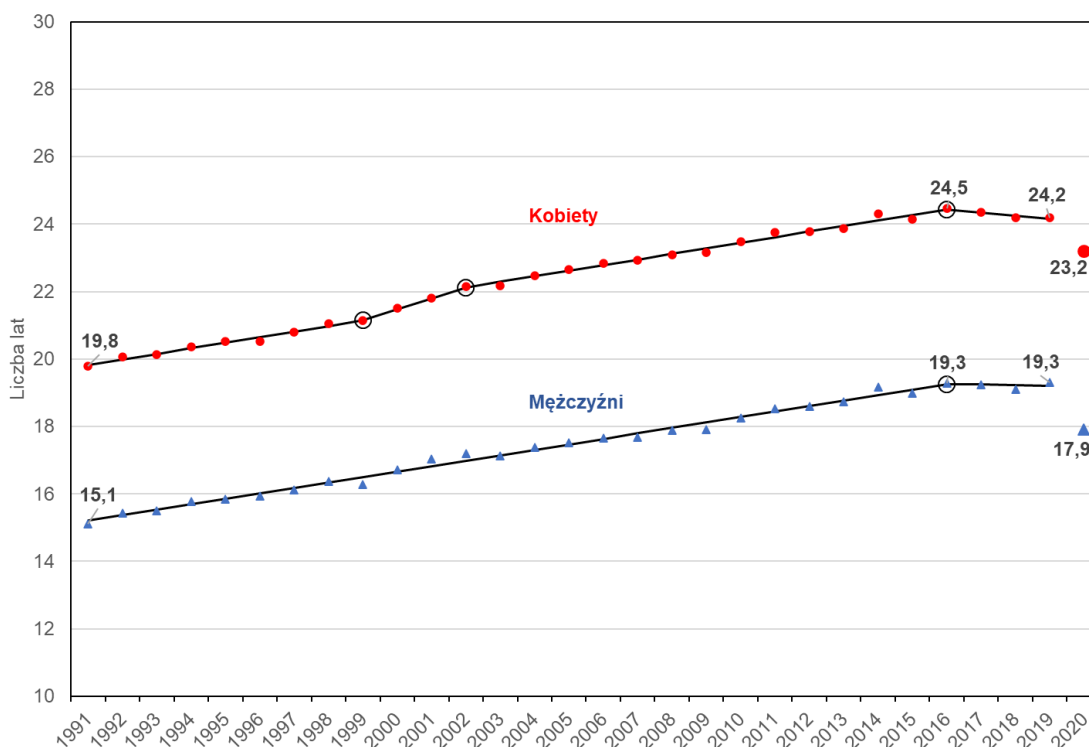
Starzenie się ludności Polski – wyzwania dla opieki zdrowotnej i pomocy społecznej

Zmiany demograficzne, jakie obserwuje się w Polsce w ostatnich latach, charakteryzują się m.in. wchodzeniem w wiek senioralny osób urodzonych w okresie powojennego wyżu demograficznego, a także wzrostem długości życia osób w wieku senioralnym. W konsekwencji zaczęła systematycznie zwiększać się liczba ludności Polski w starszym wieku i obserwujemy nasilający się proces starzenia się ludności. O ile w 1990 r. liczba osób w wieku 60+ wynosiła 5,712 mln (15,0% ogółu populacji) to w końcu 2020 r. już 9,800 mln i osoby te stanowiły 25,6% ogółu ludności. Zgodnie z ostatnią prognozą Urzędu Statystycznego Unii Europejskiej (Eurostat) liczba osób w starszym wieku w Polsce będzie systematycznie wzrastała i jest bardzo prawdopodobne, że do roku 2030 wzrośnie o blisko milion do poziomu 10,5 mln, a w 2050 r. może wynieść 12,9 mln. Osoby te będą stanowiły wówczas około 38% ogółu ludności Polski. Natomiast liczba osób w wieku 75+ w 2050 r. może wynosić 5,2 mln (15,2%), a w wieku 85+ – 1,9 mln, co oznacza 2,5-krotny wzrost w stosunku do roku 2019 i osiągnięcie poziomu 5,7% ogółu ludności. Warto zwrócić uwagę, że w najbliższym czasie czeka nas przede wszystkim wzrost liczby seniorów w wieku 75-84 lata, natomiast dopiero między rokiem 2030 i 2040 będzie zwiększać się liczba najstarszych seniorów w wieku 85+.

W 2020 r. przeciętna dalsza oczekiwana długość życia mężczyzn w wieku 60 lat wynosiła 17,9 lat, a kobiet – 23,2 lat. Długość życia starszych mieszkańców Polski systematycznie zwiększała się po roku 1991 aż do roku 2016 i w przypadku mężczyzn wzrosła o 4,2 lat, a w przypadku kobiet o 4,7 lat, ale w kolejnych trzech latach długość życia mężczyzn nie zwiększyła się, a kobiet uległa nawet skróceniu. Pandemia COVID-19 w 2020 r. spowodowała skrócenie dalszego trwania życia mężczyzn i kobiet w wieku 60 lat w stosunku do roku 2019 odpowiednio o 1,4 roku i 1,0 rok (wykres 1).

Do najważniejszych konsekwencji zmniejszenia wielkości rodziny i zmian form życia rodzinnego należy powiększający się odsetek osób starszych pozostających w jednoosobowych gospodarstwach domowych. Poza poczuciem osamotnienia niekorzystnie wpływającym na jakość życia wielu seniorów, w gospodarstwach jednoosobowych (podobnie jak jednopokoleniowych) mniejsza jest możliwość samodzielnego zaspokajania potrzeb. W badaniu PolSenior2 4% stale potrzebujących pomocy i aż ponad 12% potrzebujących jej raz dziennie twierdziło, że w ogóle nie otrzymuje wsparcia. Wpływa to niekorzystnie nie tylko na jakość życia tych osób, ale może przyczynić się także do wcześniejszej utraty zdrowia oraz pogłębienia uzależnienia od pomocy innych osób.

Ważnym celem polityki senioralnej powinno być zapobieganie wykluczeniu cyfrowemu, które wpływa na rozmiary nierówności w zdrowiu. Ich główną przyczyną są różnice w poziomie wykształcenia. Badania wskazują, że osoby o niższym statusie edukacyjnym charakteryzują się gorszym stanem zdrowia. Niższy poziom wykształcenia jest również skorelowany z rzadszym korzystaniem z komputera i Internetu, także w odniesieniu do e-zdrowia.



Wykres 1. Przeciętne dalsze trwanie życia kobiet i mężczyzn w wieku 60 lat w Polsce w latach 1991-2020 – jego wartości i trendy

Źródło: dane GUS i obliczenia własne

W polskim systemie ochrony zdrowia od wielu lat występuje problem braku równowagi między stale rosnącym popytem na usługi zdrowotne a ich podażą, w tym szczególnie dostępności wyszkolonej kadry niezbędnej do zaspokojenia potrzeb zdrowotnych seniorów. Lekarze POZ nie posiadają wystarczających narzędzi, czasu, a często również kompetencji do sprawowania kompleksowej opieki nad starszym pacjentem. Regularne kierowanie pacjenta do szeregu specjalistów nie zapewnia odpowiedniej opieki (długi czas oczekiwania, segmentacja leczenia, brak koordynacji). Oddziały specjalistyczne kardiologii, neurologii, a nawet chorób wewnętrznych nie zapewniają całościowej opieki nad starszym pacjentem. W systemie opieki zaczyna brakować lekarzy chorób wewnętrznych z powodu stworzenia możliwości kształcenia w wąskim zakresie z pominięciem tej podstawowej specjalizacji. Tzw. „mapy zdrowotne” nie uwzględniają starszego pacjenta z wielochorobowością.

Do najistotniejszych problemów geriatry w Polsce wobec stałego wzrostu zapotrzebowania na świadczenie lecznicze, rehabilitacyjne, pielęgnacyjne i opiekuńcze związane ze wzrostem liczby osób w wieku starszym należą:

- niedostateczne finansowanie geriatry,
- stały wzrost zapotrzebowania na świadczenie lecznicze, rehabilitacyjne, pielęgnacyjne i opiekuńcze związane ze starzeniem się ludności i wzrostem liczby osób w wieku starszym,

- brak wystarczającej liczby personelu i placówek świadczących usługi medyczne i pielęgniarstwo-opiekuńcze,
- brak systemu wsparcia opiekunów rodzinnych osób starszych, których praca odciąża niedofinansowane i niewydolne instytucje.

Rekomendacje dotyczące zakresu i metod monitorowania stanu zdrowia i uwarunkowań społecznych w populacji senioralnej (60+) w Polsce

1. Integracja wyników badań prowadzonych u starszych mieszkańców Polski przez główne polskie instytucje państwowe, rządowe, publiczne: GUS – zgony, EU-SILC, EHIS; NIZP-PZH – chorobowość szpitalna; MZ – PolSenior2; bazy danych NFZ, ZUS i Centrum e-Zdrowia (CeZ). Dostęp dla zespołów analitycznych do ww. danych statystyki publicznej oraz uzupełniających je danych z instytucji państwowych.
2. Powtarzanie projektu typu PolSenior1 i PolSenior2 (badanie przekrojowe) jako kompleksowego badania stanu zdrowia i uwarunkowań społecznych co 10 lat. W razie potrzeby zapewnienie możliwości realizacji podprojektów szczegółowych w krótszych odstępach czasu, np. po 5 latach, lub jak obecnie w sytuacji szczególnej, tj. po pandemii COVID-19.
3. Potrzeba realizacji badania wzdłużnego (*follow-up*) nie później niż 5 lat od zakończenia projektu głównego, np. PolSenior2, na tej samej próbie badawczej.
4. Wyznaczenie stałych źródeł finansowania analiz i badań epidemiologicznych na co najmniej 20 lat (jak projekt NHANES w USA na podstawie ustawy) oraz zapewnienie finansowania i wsparcie udziału Polski w ważnych projektach międzynarodowych w dziedzinie gerontologii i geriatryi.
5. Przygotowanie i przeprowadzenie wybranych interwencji edukacyjnych, organizacyjnych i zdrowotnych w populacji seniorów w Polsce na poziomie powiatów – model z powiatami objętymi interwencją oraz bez interwencji (powiaty kontrolne).

Rekomendacje dla sfery społecznej

1. Stworzenie przy maksymalnym zaangażowaniu władz samorządowych **systemu usług dla osób starszych**, zwłaszcza mieszkających samotnie. Sam dostęp do usług bytowych i społecznych nie polega wyłącznie na fizycznej możliwości skorzystania z nich w miejscu świadczenia, ale obejmuje także zapewnienie transportu, możliwości przekazania i odebrania przedmiotu usługi oraz – w przypadku zastosowania kryterium dochodowego – finansowanie jej w części lub

w całości. Wiele z usług bytowych adresowanych jest do odbiorców niezależnie od ich wieku, toteż należałoby odpowiednio przygotować usługodawców do specyfiki świadczeń dla seniorów. Usługi na poziomie powiatu powinny być realizowane przez Centra Opieki Senioralnej (COS), koordynujące pomoc społeczną i medyczną.

2. Zwiększenie roli władz samorządowych w organizowaniu dostosowanych do potrzeb i możliwości osób starszych usług społecznych, które powinny obejmować:

- edukację, zwłaszcza dotyczącą zdrowia, korzystania z urządzeń elektronicznych, gospodarowania budżetem gospodarstwa domowego, praw osób starszych i praw obywatelskich,
- organizację czasu wolnego, w tym kulturę, rekreację i turystykę,
- zapobieganie osamotnieniu dzięki wizytom, kontaktom na drodze elektronicznej, pomocy formalnej i nieformalnej,
- wyposażenie starszych niepełnosprawnych osób w urządzenia informujące o upadkach i umożliwiające wezwanie pomocy; udział w stworzeniu tego rodzaju systemu wsparcia,
- stworzenie, z wykorzystaniem istniejących już zakładów opiekuńczo-leczniczych (ZOL) i domów pomocy społecznej (DPS), ogólnopolskiego systemu opieki długoterminowej (domowej i instytucjonalnej), zapewniającego zaspokojenie potrzeb zdrowotnych i społecznych, finansowanego – przynajmniej w podstawowym zakresie – ze środków publicznych i zapewniającego dostęp do świadczeń i usług opiekuńczych w miejscu lub blisko miejsca zamieszkania,
- rozbudowę sieci placówek opieki dziennej i zapewnienie dostępu do nich (poziom odpłatności, transport) osobom starszym,
- wsparcie dla opiekunów rodzinnych i nieformalnych, organizacji pozarządowych i wolontariatu w zakresie opieki nad osobami starszymi.

3. Stworzenie dzięki zaangażowaniu podmiotów polityki rynku pracy oraz polityki oświatowej **możliwości kontynuowania pracy zawodowej po osiągnięciu wieku emerytalnego**. Wymaga to m.in. opracowania i wdrożenia dostosowanych do specyfiki zawodów zasad zarządzania wiekiem w miejscu pracy, wprowadzenia rozwiązań finansowych motywujących pracodawców do zatrudniania starszych pracowników, jak również zapewnienia takiego funkcjonowania placówek świadczących usługi opiekuńcze, by ich działanie ułatwiało łączenie obowiązków opiekuńczych z pracą zawodową. Potrzebne jest szersze wprowadzanie elastycznych zasad zatrudnienia, pracy w niepełnym wymiarze czasu oraz zasad *job sharing*.

4. Dążenie do **dostosowywania warunków mieszkaniowych i warunków zamieszkiwania** do potrzeb osoby starszej. Jakkolwiek zaangażowanie podmiotów administracji publicznej jest w tym przypadku limitowane przez różne stosunki własnościowe, celowe jest wprowadzenie systemu poradnictwa dla osób starszych i ich rodzin w zakresie zapewnienia właściwych warunków mieszkaniowych. Realizowane w ramach programu Dostępność Plus działania zmierzające do ułatwienia osobom starszym i niepełnosprawnym dostępu do przestrzeni zamieszkiwania wymagają intensyfikacji.

5. Uwzględnianie celów polityki senioralnej we wszystkich obszarach funkcjonowania administracji publicznej. Idea *mainstreamingu* powinna znaleźć tu pełne zastosowanie. W związku z tym należy zalecić stworzenie w każdej gminie **biur seniora**, których zadaniem będzie m.in. zbieranie informacji o lokalnych inicjatywach na rzecz seniorów, informowanie starszych mieszkańców o przysługujących im uprawnieniach oraz możliwościach korzystania z usług i świadczeń, kreowanie rozwiązań polityki senioralnej w skali lokalnej i koordynacja – w zakresie akceptowanym przez partnerów – działań różnych podmiotów polityki senioralnej.

Rekomendowane zmiany w organizacji opieki zdrowotnej i społecznej oraz ich integracji

1. Stworzenie systemu łączącego opiekę podstawową (geriatra lub lekarz rodzinny z solidnym wykształceniem geriatrycznym – **podstawowa opieka geriatryczna – POG**) z opieką szpitalną (oddział geriatryczny lub internistyczno-geriatryczny, oddział lub pododdział rehabilitacji geriatrycznej, szpital dzienny, hospitalizacja domowa) z rehabilitacją geriatryczną stacjonarną i ambulatoryjną oraz z opieką środowiskową.

2. Stworzenie systemu rozwoju zawodowego i możliwości kształcenia kadry specjalistów. Szacuje się, że 30% populacji w wieku 65+ wymaga opieki geriatrycznej, a każdy specjalista geriatry może mieć pod opieką 700 podopiecznych. W Polsce, aby sprostać tym wymogom, już obecnie powinno być prawie 3 000 praktykujących geriatrów, a w najbliższej przyszłości ok. 4 500 lekarzy pracujących w tej specjalności. Za pilne minimum należy uznać osiągnięcie co najmniej średniej europejskiej, czyli 2,5 lekarza geriatry na 100 tys. mieszkańców, czyli około 1 000 praktykujących geriatrów.

3. Stworzenie sieci oddziałów geriatrycznych w skali odpowiadającej rzeczywistym potrzebom. Proponowanym w najbliższym czasie realistycznym minimum powinna być w Polsce sieć 100-120 oddziałów geriatrycznych. Oddziały powinny realizować hospitalizacje zarówno „ostre” i planowe, jak również hospitalizacje jednodniowe. W celu poprawy dostępności do świadczeń geriatrycznych konieczne wydaje się tworzenie kontraktowanych łóżek geriatrycznych w obrębie oddziałów internistycznych oraz przekształcenia oddziałów internistycznych w internistyczno-geriatryczne (z kontraktem geriatrycznym).

4. Stworzenie systemu **Centrów Opieki Senioralnej (COS)**, z którymi ściśle współpracować będą oddziały geriatryczne. Zadaniem COS będzie prowadzenie opieki dziennej, i domowej oraz koordynowanie pomocy społecznej z medyczną (minimum jedno COS w każdym powiecie).

Działanie Podstawowej Opieki Geriatrycznej i Centrów Opieki Senioralnej

Oddział geriatryczny jest miejscem, gdzie osoby starsze wymagające hospitalizacji w związku z nagłym zachorowaniem mogą otrzymać najbardziej kompleksową opiekę wychodzącą naprzeciw ich właściwie zdiagnozowanym potrzebom i deficytom. To właśnie na oddziałach geriatrycznych w ramach przyjęć planowych przeprowadzana jest Całościowa Ocena Geriatryczna (COG), czyli procedura diagnostyczna pozwalająca na dokonanie rzetelnej oceny stanu zdrowia osoby w wieku podeszłym, uwzględniająca różne poważne deficyty, które rozwijają się często w sposób skryty klinicznie lub niecharakterystyczny. Zmniejsza to ryzyko wystąpienia różnych typowych dla tego wieku powikłań hospitalizacji, takich jak chociażby zespół majaczeniowy, istotne pogorszenie sprawności funkcjonalnej, odleżyny czy upadki. Tym samym poprzez hospitalizację na oddziale geriatrycznym zamiast na oddziale chorób wewnętrznych zwiększyć można szansę na powrót do zdrowia i do stanu funkcjonalnego sprzed zachorowania.

Dzięki COG możliwe jest pełne rozpoznanie stanu pacjenta. Częścią diagnostyki jest także rozpoznanie tych zaburzeń, które długo nierozpoznane, istotnie pogarszają funkcjonowanie, jakość życia i rokowanie starszego pacjenta. Ważnym elementem COG jest również ocena zasobów socjalnych seniora, a więc sytuacji ekonomicznej, sieci wsparcia społecznego, czy mobilności, co ma kluczowe znaczenie dla wypełniania zaleceń lekarskich i dobrej współpracy na linii pacjent–profesjonaliści ochrony zdrowia. Kolejnym ważnym obszarem działania oddziału geriatrycznego jest szkolenie przed- i podyplomowe lekarzy oraz innych pracowników systemu ochrony zdrowia, w tym fizjoterapeutów, pielęgniarek, opiekunów czy dietetyków.

Lekarz POZ (POG) powinien posiadać środki i kompetencje do wykonania i interpretacji stosownego panelu badań oraz wdrożenia i kontynuacji leczenia większości schorzeń typowych dla wieku podeszłego. Przy gwałtownie rosnącej liczbie seniorów konsultacje specjalistyczne będą z konieczności musiały być realizowane o wiele rzadziej niż obecnie. Wskazane będzie wypracowanie algorytmu potrzeb konsultacyjnych z danym specjalistą (np. prowadzenie pacjenta z kontrolowaną niedoczynnością tarczycy, cukrzycą, niedokrwistościami niedoborowymi, nadciśnieniem tętniczym, przewlekłą chorobą nerek, zmianami zwyrodnieniowymi stawów czy zespołami otępiennymi).

Oddział geriatryczny powinien realizować diagnostykę i leczenie z zakresu chorób wewnętrznych, neurologii, psychiatrii i rehabilitacji. Podobnie jak w przypadku POZ, ograniczy to liczbę realizowanych konsultacji. Wraz z rozwojem kompleksowej opieki geriatrycznej niezbędne będzie wypracowanie algorytmu niezbędnych potrzeb konsultacyjnych z innymi specjalistami (np., konieczność konsultacji psychiatrycznej w przypadku wielolekowej farmakoterapii psychiatrycznej, myśli samobójczych, choroby afektywnej dwubiegunowej).

Nowym elementem systemu opieki nad pacjentami w wieku podeszłym będą COS-y, umożliwiające integrację realizacji zadań związanych z zaspokajaniem potrzeb społecznych, bytowych i zdrowotnych. Zgodnie z Ustawą z dnia 19 lipca 2019 r. „O realizowaniu usług społecznych przez centrum usług społecznych” (Dz.U. 2019 poz. 1818), od stycznia 2020 r. mogą działać Centra Usług Społecznych. **COS** jako jednostki przy Centrach Usług Społecznych byłyby doskonałą integracją służb medycznych i społecznych. Równocześnie **COS** powinny koordynować działalność z omawianymi wyżej **biurami seniora**, działającymi w każdej gminie. Celowym wydaje się również koordynowanie działań ze szpitalną i ambulatoryjną opieką hospicyjną. W obrębie **COS** wskazane jest tworzenie Poradni Podstawowej Opieki Geriatrycznej. Lekarz geriatra pracujący w POZ miałby pod opieką seniorów (optymalnie 75+), sprawując opiekę łączącą POZ i ambulatoryjną opiekę specjalistyczną (AOS). Umożliwiłoby to skuteczniejsze i tańsze dla systemu leczenie seniorów w jednym miejscu. **COS** powinny umożliwiać wszechstronną diagnostykę (laboratorium biochemiczne, RTG, TK, USG, EKG metodą Holtera). Centra powinny zapewniać specjalistyczną opiekę ambulatoryjną. Umożliwi to diagnozowanie problemów zdrowotnych seniorów w jednym miejscu. Centra powinny prowadzić Dienne Domy Opieki Medycznej, Geriatryczny Zespół Opieki Domowej oraz rehabilitację geriatryczną. Podopiecznymi powinni być seniorzy w wieku 75+ oraz ewentualnie również seniorzy młodszy ze stwierdzoną wielochorobowością i niepełnosprawnością.

Podopieczni **COS** powinni podlegać corocznym okresowym badaniom z uwzględnieniem COG, w celu wczesnego wykrywania typowych problemów geriatrycznych (zespół słabości, niesprawność funkcjonalna, upadki, demencja, depresja, interakcje lekowe, ryzyko polipragmazji). Odpowiednio organizowana przez COS opieka pozwoli uniknąć poważnego problemu chorób zakaźnych – połowa hospitalizacji wśród seniorów wynika z infekcji. Zakażenia wirusowe i bakteryjne u osób starszych, zwłaszcza obarczonych wielochorobowością, często mają ciężki przebieg i wiążą się z większym ryzykiem powikłań i zgonu. Dlatego stosowanie szczepień ochronnych u osób w podeszłym wieku jest rekomendowane w zaleceniach licznych towarzystw naukowych. Wśród szczepień zalecanych seniorom, niezwiązanych z ekspozycją (i potencjalną ekspozycją) na patogen, znajdują się szczepienia przeciwko grypie, pneumokokom, wirusowemu zapaleniu wątroby typu B oraz tężcowi. Szczepienia powinny być realizowane przez poradnie POZ lub POG.

W celu usprawnienia organizacji opieki nad osobami starszymi niepełnosprawnymi konieczne jest wprowadzenie koordynatora opieki – osoby odpowiedzialnej za koordynację opieki medycznej i socjalnej. W przypadku osób starszych często „wyłączonych” z możliwości korzystania z Internetu, wprowadzenie takiego opiekuna jest nieodzowne, aby sprawować właściwą opiekę medyczną i socjalną.

Edukacja do starości oraz edukacja w starości

Edukacja społeczeństwa (edukacja do starości) powinna być realizowana wielotorowo. Po pierwsze należy przeprowadzić szeroko zakrojoną kampanię w mediach informującą o stopniowo zwiększającym się odsetku osób w wieku podeszłym w naszym społeczeństwie. Takich informacji w środkach masowego przekazu jest bardzo mało. Osoby w młodszym wieku muszą być odpowiednio przygotowane na podjęcie trudu opieki nad osobami starszymi, zwłaszcza stanowiącymi część ich najbliższej rodziny. Rodzina jest bowiem podstawowym źródłem i miejscem funkcjonowania dla seniorów. Dlatego też w edukacji społeczeństwa należy położyć bardzo silny nacisk na promowanie modelu uwzględniającego również miejsce dla seniorów. Edukacja społeczeństwa dotycząca potrzeb ludzi starszych wiąże się również z celowym uwzględnieniem potrzeb seniorów we wszystkich aspektach życia, m.in. ułatwień w środkach komunikacji, budownictwie, organizacji pracy systemu ochrony zdrowia, pomocy socjalnej, w programach badań i działań profilaktycznych, wsparcia psychologicznego. Edukacja społeczeństwa dotycząca potrzeb ludzi w podeszłym wieku, często z różnym stopniem niepełnosprawności, z pewnością przyczyni się do uwzględnienia tych potrzeb w organizacji funkcjonowania współczesnego społeczeństwa. Różne formy prowadzenia edukacji społecznej dotyczące szeroko pojętej polityki senioralnej powinny być stałym elementem wpisanym w działalność prowadzoną na szczeblach administracji lokalnej i centralnej.

Edukacja dotycząca zagadnień związanych ze starością (edukacja w starości) powinna się rozpocząć już w znacznie wcześniej – zanim te osoby osiągną wiek senioralny. Jednym z najważniejszych elementów edukacji prozdrowotnej w starszym wieku jest promocja regularnej aktywności fizycznej. Głównym korzystnym oddziaływaniem aktywności ruchowej u osób starszych jest wydłużenie okresu fizycznej sprawności i niezależności – poprawa jakości życia. Aktywność ruchowa u osób starszych oddziałuje na trzy podstawowe elementy sprawności fizycznej: wydolność tlenową (aerobową), masę i siłę mięśni oraz poprawia gibkość, równowagę i koordynację ruchów. Aktywność ruchowa odgrywa istotną rolę w prawidłowym odżywianiu i stanie odżywienia u osób starszych. Oprócz tych korzystnych efektów fizjologicznych i psychologicznych bardzo ważne są społeczne efekty zwiększonej aktywności fizycznej u osób w wieku starszym: zmniejszenie kosztów opieki zdrowotnej, zwiększenie zdolności do pracy osób starszych i promocja pozytywnego i aktywnego obrazu osób starszych.

Podsumowanie

Prognozy GUS i Eurostatu wskazują, że w ciągu najbliższych kilku lat liczba osób w starszym wieku w Polsce przekroczy 10 mln osób, a w perspektywie roku 2050 lat seniorzy (osoby w wieku 60+) będą stanowili około 38% ogółu ludności Polski. Według ostatniej prognozy Eurostatu przeciętne dalsze trwanie życia polskich seniorów będzie się wydłużało i w okresie

2019-2050 może wzrosnąć w przypadku 60-letnich mężczyzn o 4,8 lat, a w przypadku kobiet o 4,0 lata.

Badanie PolSenior2 unaocznia, że wśród osób starszych w naszym kraju zdecydowana większość cierpi z powodu wielochorobowości i wymaga pomocy w czynnościach dnia codziennego, a wsparcie ze strony systemu opieki zdrowotnej i społecznej jest w dalekim stopniu niewystarczające, co sprawia, że jakość życia wielu osób starszych w Polsce jest zła. Z tego względu poprawa systemu pomocy społecznej i opieki medycznej nad seniorami stanowi jedno z najważniejszych wyzwań zdrowia publicznego w najbliższych latach i powinna stać się priorytetowym celem działania władz państwowych i samorządowych. Sprostanie związanym z tym wyzwaniom oraz wykorzystanie towarzyszących im szans wymagają konsekwentnego, kompleksowego i skoordynowanego działania na różnych poziomach i w różnych sektorach administracji publicznej.

Konkludując, można stwierdzić, że przewidywany znaczny wzrost liczebny populacji osób starszych, jak również zwiększający się jej udział w ogólnej liczbie ludności będą stanowiły bez wątpienia coraz większe wyzwanie dla organizacji i funkcjonowania całego systemu ochrony zdrowia i pomocy społecznej w naszym kraju.

Opieka geriatryczna, aby spełniała właściwie swoje funkcje, powinna być rozwijana równolegle w zakresie wyspecjalizowanej opieki ambulatoryjnej i szpitalnej. Za docelowy model opieki należy uznać system łączący POG z opieką szpitalną, a także z rehabilitacją geriatryczną stacjonarną i ambulatoryjną oraz z opieką środowiskową. System opieki geriatrycznej powinien dążyć do modelu, w którym osoba starsza i niepełnosprawna po pobycie w szpitalu (na oddziale geriatrycznym lub innym) zostałaby objęta rehabilitacją geriatryczną, a następnie optymalnie powróciła do swojego środowiska domowego. Jeśli pacjent wymaga pomocy w codziennych czynnościach, należy zapewnić mu możliwie pełną dostępność do usług pracowników pomocy społecznej, pielęgniarce rodzinnej i systematycznych zajęć rehabilitacyjnych. Oddziały szpitalne powinny ściśle współpracować z ambulatoryjnymi COS prowadzącymi opiekę dzienną, domową oraz koordynującymi pomoc społeczną z opieką zdrowotną. Centra prowadziłyby Dzielne Domy Opieki Medycznej, Geriatryczny Zespół Opieki Domowej oraz rehabilitację geriatryczną, a ich podopiecznymi byłiby seniorzy w wieku 75+, oraz ewentualnie młodszy ze stwierdzoną wielochorobowością i niepełnosprawnością. Taka organizacja umożliwi również optymalizację farmakoterapii u osób starszych, właściwą organizację i promocję szczepień w populacji senioralnej oraz systematyczną edukację zdrowotną seniorów i ich rodzin. Za sprawne realizowanie opieki medycznej i socjalnej nad osobami starszymi niepełnosprawnymi odpowiedzialni będą koordynatorzy.

Rekomendowane piśmiennictwo

- American Geriatrics Society. *Geriatrics workforce by the numbers*. [Online] 19.09.2021. <https://www.americangeriatrics.org/geriatrics-profession/about-geriatrics/geriatrics-workforce-numbers>
- Banks James i in. [red.]. *The dynamics of ageing. Evidence from the English Longitudinal Study of Ageing 2002-15*. London: The Institute for Fiscal Studies, 2016.
- Bień Barbara i in. Standardy postępowania w opiece geriatrycznej. *Gerontol. Pol.* 2013, t. 21, nr 2, s. 33-47.
- Bledowski Piotr i in. Medical, psychological and socioeconomic aspects of aging in Poland: assumptions and objectives of the PolSenior project. *Exp. Gerontol.* 2011, t. 46, nr 12, s. 1003-1009.
- Chodzko-Zajko Wojtek J i in. American College of Sports Medicine position stand. Exercise and physical activity for older adults. *Med. Sci. Sports Exerc.* 2009, 41, nr 7, s. 1510-1530.
- Cruz-Jentoft Alfonso J i in. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. *Age Ageing* 2019, t. 48, nr 1, s. 16-31.
- Fiore Anthony E i in. Prevention and control of influenza with vaccines: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), 2010. *MMWR Recomm. Rep.* 2010, t. 59, nr RR-8, s. 1-62.
- GUS. *Dochody i warunki życia ludności Polski – raport z badania EU-SILC 2019*. Warszawa: GUS, 2021. [Online] 07.02.2023. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/warunki-zycia/dochody-wydatki-i-warunki-zycia-ludnosci/dochody-i-warunki-zycia-ludnosci-polski-raport-z-badania-eu-silc-2019,6,13.html>
- GUS. *Informacja o sytuacji osób starszych na podstawie badań Głównego Urzędu Statystycznego*. Warszawa: GUS, 2018. [Online] 07.02.2023. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/osoby-starsze/osoby-starsze/informacja-o-sytuacji-osob-starszych-na-podstawie-badan-glownego-urzedu-statystycznego,1,2.html>
- GUS. *Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2016 r.* Warszawa: GUS, 2018. [Online] 07.02.2023. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/ochrona-zdrowia-w-gospodarstwach-domowych-w-2016-r-,2,6.html>
- GUS. *Stan zdrowia ludności Polski w 2019 r.* Warszawa: GUS, 2021. [Online] 07.02.2023. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/stan-zdrowia-ludnosci-polski-w-2019-r-,26,1.html>
- Hartleb Marek i in. Serological prevalence of hepatitis B virus and hepatitis C virus infection in the elderly population: Polish nationwide survey – PolSenior. *Eur. J. Gastroenterol. Hepatol.* 2012, t. 24, nr 11, s. 1288-1295.
- Kostka Joanna, Kostka Tomasz i Borowiak Ewa. Physical activity in older adults in relation to place of residence and coexistent chronic diseases. *J. Phys. Act. Health* 2017, t. 14, nr 1, s. 20-28.
- Matanock Almea i in. Use of 13-valent pneumococcal conjugate vaccine and 23-valent pneumococcal polysaccharide vaccine among adults aged ≥65 years: updated recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2019, t. 68, nr 46, s. 1069-1075.
- Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej. *Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za 2018 r.* Warszawa: MRPiPS, 2019. [Online] 19.09.2021. <https://www.gov.pl/web/rodzina/informacja-o-sytuacji-osob-starszych-w-polsce-za-rok-2018>
- Ministerstwo Zdrowia. *Opieka nad osobami starszymi*. [Online] 19.09.2021. <http://www.archiwum.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/opieka-nad-osobami-starszymi/>
- Ministerstwo Zdrowia. *Zdrowie osób starszych*. [Online] 19.09.2021. <https://www.gov.pl/web/zdrowie/zdrowie-osob-starszych>
- Ministerstwo Zdrowia. *Raport końcowy Zespołu do spraw opracowania koncepcji zmian w zakresie systemu leczenia uzdrowiskowego*. Warszawa: MZ, 2017. [Online] 19.09.2021. <https://www.gov.pl/web/zdrowie/raport-końcowy-zespołu-do-spraw-opracowania-koncepcji-zmian-w-zakresie-systemu-leczenia-uzdrowiskowego>

- pl/documents/292343/436711/Raport_ko%C5%84cowy_Zespo%C5%82u_do_spraw_opracowania_koncepcji_zmian_w_zakresie_lecznictwa_uzdrowiskowego.pdf/34a88390-1769-ce79-6e42-19325cc41e28
- Opieka medyczna nad osobami w podeszłym wieku u progu rewolucji demograficznej. *Kontrol Państw.* 2016, nr 1 spec., s. 1-113. [Online] 07.02.2023. <https://www.nik.gov.pl/plik/id,10370.pdf>
- Naczelna Izba Lekarska. *Centralny Rejestr Lekarzy. Informacje statystyczne.* [Online] 19.09.2021. <https://nil.org.pl/rejestry/centralny-rejestr-lekarzy/informacje-statystyczne>
- Romanowska Ewa. Stan zdrowia osób starszych w Polsce: wyzwania edukacyjne. *Konteksty Społ.* 2017, t. 5, nr 1, s. 12-26.
- Rowiński Rafał, Dąbrowski Andrzej i Kostka Tomasz. Gardening as the dominant leisure time physical activity of older adults from a post-communist country. The results of the population-based PolSenior Project from Poland. *Arch. Gerontol. Geriatr.* 2015, t. 60, nr 3, s. 486-491.
- Rudnik Anna. Edukacja w starości – życzenie czy szansa na przeciwdziałanie marginalizacji osób starszych? *Pedagog. Społ.* 2017, t. 16, nr 1, s. 111-128.
- Szybalska Aleksandra i in. Utilization of medical rehabilitation services among older Poles – results of the PolSenior study. *Eur. Geriatr. Med.* 2018, t. 9, nr 5, s. 669-677.
- Tolonen Hanna i in. European health examination surveys – a tool for collecting objective information about the health of the population. *Arch. Public Health* 2018, t. 76, art. 38. doi: 10.1186/s13690-018-0282-4.
- Uchwała nr 161 Rady Ministrów z dnia 26 października 2018 r. w sprawie przyjęcia dokumentu Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. BEZPIECZEŃSTWO – UCZESTNICTWO – SOLIDARNOŚĆ. *Monitor Polski* 2018, poz. 1169.
- Uchwała Nr 238 Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2013 r. w sprawie przyjęcia dokumentu Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014-2020. *Monitor Polski*, 2014, poz. 118.
- Wierucki Łukasz i in. Health status and its socio-economic covariates of the older population in Poland – assumptions and methods of the nationwide, cross-sectional PolSenior2 survey. *Arch. Med. Sci.* 2020, t. 18, nr 1, s. 92-102.
- Wojtyniak Bogdan i Goryński Paweł [red.]. *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania – synteza.* Warszawa: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego Państwowy Zakład Higieny, 2018. [Online] 19.09.2021. <http://bazawiedzy.pzh.gov.pl/wydawnictwa>