

## ARTYKUŁY POGLĄDOWE (REVIEW PAPERS)

# Starzejące się społeczeństwo jako problem interdyscyplinarny cz.1.

(Ageing society as an interdisciplinary issue, part 1)

A Muzyczka<sup>1,A,B,D</sup>, Z Kopański<sup>2,3,E</sup>, I Brukwicka<sup>1,B,F</sup>, M Kochman<sup>1,B</sup>, B Bajger<sup>1,B,C</sup>,  
S Jastrzemska<sup>4,B</sup>

1. Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna w Jarosławiu
2. Wydziału Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum Uniwersytet Jagielloński
3. Collegium Masoviense – Wyższa Szkoła Nauk o Zdrowiu
4. Państwowy Uniwersytet Medyczny im. I. Ja. Horbaczewskiego w Tarnopolu

**Abstract**— Old age as a social phenomenon can be analysed from many viewpoints. The entire Europe is gradually ageing. In Poland, this trend is accelerating. The increase in the average life expectancy is undoubtedly a civilisational success, as social development is usually related to the improved economic conditions. Social development is a proof of improved living conditions, as a result of which the possibilities to maintain and improve health appear. In turn, health is essential for sustained social development.

**Key words** — demography, old age, health.

**Streszczenie**— Starość jako zjawisko społeczne można analizować z wielu punktów widzenia. W całej Europie postępuje proces sukcesywnego starzenia demograficznego. Polska jest społeczeństwem, w którym to zjawisko postępuje bardzo szybko. Wydłużenie średniej długości życia jest niezaprzeczalnym sukcesem cywilizacyjnym, rozwój społeczny jest bowiem zwykle powiązany z poprawą sytuacji gospodarczej i ekonomicznej, i świadczy o polepszaniu warunków życia społeczeństwa, w wyniku czego tworzą się możliwości dla utrzymania i poprawy zdrowia, które jednocześnie jest niezbędne dla trwałego rozwoju społecznego.

**Słowa kluczowe**— demografia, starość, zdrowie.

**Wkład poszczególnych autorów w powstanie pracy**— A-Koncepcja i projekt badania, B- Gromadzenie i/lub zestawianie danych, C-Analiza i interpretacja danych, D-Napisanie artykułu, E-Krytyczne zrecenzowanie artykułu, F-Ostateczne zatwierdzenie artykułu

**Adres do korespondencji** — Prof. dr Zbigniew Kopański, Collegium Masoviense – Wyższa Szkoła Nauk o Zdrowiu, Żyrardów, ul. G. Narutowicza 35, PL-96-300 Żyrardów, e-mail: zkopanski@o2.pl

**Zaakceptowano do druku:** 05.12.2016.

## WSTĘP

Starzejące się społeczeństwo będzie w istotny sposób kształtować sytuację ekonomiczną krajów i wiele najważniejszych procesów rynkowych w przyszłości. Ludzie starsi zawsze w historii naszej cywilizacji cieszyli się szacunkiem i uznaniem w społeczności. Jednak „wraz z postępem medycyny oraz rozwojem przemysłu spadła użyteczność starszych ludzi” [1]. W Polsce koniec XX wieku

przyniósł wiele zjawisk negatywnych, które zdevaluowały starość i przełożyły się na obniżenie poziomu życia ludzi starych i pogorszenie ich statusu społecznego. Starość zaczęto widzieć przez pryzmat straty, ciężaru i kosztu. [2]

Proces wycofywania się z aktywności zawodowej i przechodzenia na emeryturę w Polsce często powoduje marginalizację i pogłębianie się trudnych warunków życia seniorów, zwiększa poczucie osamotnienia i pozbawia sensu życia. Kult młodości powoduje obniżenie pozycji społecznej ludzi

starszych, co często w odbiorze społecznym sprowadza ten etap życia człowieka do stereotypów o zabarwieniu negatywnym zarówno w sensie biologicznym, jak i psychospołecznym, a szczególnie często do problemu ekonomicznego. W sektorze ochrony zdrowia seniorzy są największą i jedną z najbardziej dyskryminowanych grup świadczeniobiorców. [3]

## DEMOGRAFIA A ZDROWIE

Brak efektywnych i kompleksowych rozwiązań systemowych w zakresie organizacji systemu opieki nad seniorami oraz zaniechanie działań ze strony państwa dodatkowo pogłębia w stosunku do tej grupy obywateli zjawisko marginalizacji.

Sposobem na rozwiązanie tej trudnej rzeczywistości demograficznej jest zdrowe społeczeństwo. To warunek konieczny, aby innowacyjne rozwiązania organizacyjne i metody terapeutyczne pozwoliły znacznie ograniczyć koszty związane z hospitalizacją czy niezdolnością do pracy. Działania zmierzające do wydłużenia czasu, gdy ludzie pozostają zdrowi i aktywni, a przebieg procesu starzenia się ulega skutecznemu spowolnieniu, to główny cel dzięki któremu wzrasta uczestnictwo w życiu społecznym przy jednoczesnym ograniczeniu kosztów związanych z chorobą. Głównym celem opieki winno być zatem dążenie do jak najdłuższego utrzymania ludzi starych w pełnej sprawności życiowej, umożliwiającej samodzielne funkcjonowanie w środowisku zamieszkania i poprawę jakości ich życia. A to zadanie nie tylko dla systemu ochrony zdrowia. [1,3]

Szacuje się, że system ochrony zdrowia nie upora się z galopującym starzeniem się społeczeństwa, a świadczenia opieki zdrowotnej nie poprawią ogólnego stanu zdrowia populacji. Starość w Polsce przeżywa się niestety z reguły będąc chorym. Jak pokazują badania OECD (za 2014 rok) zakładany czas życia w zdrowiu dla przeciętnego 50-letniego Polaka wynosi ok. 15,4 roku, a więc jeszcze w czasie aktywności zawodowej rozpocznie się etap życia związany z chorobą. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego publikuje dane wg których kobieta urodzona w Polsce w roku 1977 (obecnie w wieku blisko 40 lat) miała przeciętne prognozowane trwanie życia wynoszące 75,02 lat, z czego planowane przeżycie w zdrowiu wynosiło 84%. Odpowiednio, dla mężczyzn odsetek ten wynosi 67,27 roku, z czego przeżyją oni w zdrowiu 86% życia. Dane Narodowego Instytutu

Zdrowia Publicznego obrazują bardzo negatywne zjawisko, polegające co prawda na wydłużaniu życia jako całości ale jednocześnie skracaniu tej fazy życia, która przeżywana jest w zdrowiu.

Niepokojący jest również fakt, że spada ogólna liczba ludności Polski<sup>1</sup>, a szczególnie obniża się przyrost naturalny i zmniejsza się liczebność osób w wieku produkcyjnym, co zwolna będzie miało przełożenie na tempo spowolnienia gospodarczego w przyszłości.

Prognozy demograficzne GUS mówią, że do 2035 r. populacja ludzi powyżej 65 lat i więcej w Polsce wzrośnie o 62% w porównaniu do 2010 r., obecnie populacja ta stanowi ok. 14,7%, a w roku 2035 ich udział w ogólnej populacji wzrośnie do ponad 23%. [4]

Do 2060 r. na 3 osoby pracujące będzie przypadało 2 emerytów, a liczba osób powyżej 80 r. ż. wzrośnie blisko pięciokrotnie. Koszty opieki nad osobami starszymi wzrosną do 1,1 proc. PKB, a łączne koszty w obszarze polityki zdrowotnej i społecznej wyniosą ok. 15 mld euro rocznie<sup>2</sup>. Charakter tych procesów pokazuje pewne tendencje, a mianowicie pogłębiające się zjawisko podwójnego starzenia się ludności [5] oraz długofalowość procesu. Wzrost liczby osób najstarszych, tych mających 80 lat i więcej ma największy wpływ na wielkość zapotrzebowania na świadczenia opiekuńcze i pielęgnacyjne [6,7], bowiem z typową dla tej grupy wieku przewlekłą wielochorobowością, a często i niezdolnością do samodzielnej egzystencji oraz niesprawnością fizyczną i upośledzeniem funkcji poznawczych, następuje wzrost potrzeb zdrowotnych, rehabilitacyjnych i opiekuńczych. [8]

Ustalenia wynikające z raportu Najwyższej Izby Kontroli z 2015 r. wskazują [9], że w Polsce nie ma systemu geriatrycznej opieki medycznej nad osobami w podeszłym wieku. „Dostępność opieki geriatrycznej jest niewystarczająca, brakuje powszechnych, kompleksowych i wystandaryzowanych procedur postępowania w opiece medycznej nad osobami w podeszłym wieku. Nie realizowane są Założenia

<sup>1</sup> *Starzenie się ludności w Polsce, podobnie jak w większości krajów europejskich, nie wydarza się w sposób nieoczekiwany. Demografowie przewidywali te zmiany już wiele lat wcześniej, niemniej jednak rozmiar zjawiska okazał się większy, niż zakładano. W Polsce najważniejszą przyczyną nasilenia zjawiska są procesy migracyjne oraz niski przyrost naturalny. Efektem tego jest przyspieszenie tempa wzrostu odsetka ludzi starych w społeczeństwie.*

<sup>2</sup> W „*Starzejące się społeczeństwo jako wyzwanie ekonomiczne dla europejskich gospodarek*” autorzy raportu podkreślają przede wszystkim ekonomiczne konsekwencje zmian demograficznych dla polskiej gospodarki i budżetu państwa. Zgodnie z prognozami GUS liczba osób w wieku 65+ zwiększy się z 5,1 mln w 2010 roku (13% populacji) do 8,35 mln w 2035 roku (23% populacji).

Długofalowej Polityki Senioralnej. Przygotowanie lekarzy do opieki nad osobami w podeszłym wieku jest niedostateczne, brakuje również lekarzy geriatrów. Obecny system rozliczania przez NFZ świadczeń medycznych (JGP) stanowi kolejną barierę w rozwoju oddziałów geriatrycznych. Raport NIK ocenia, że dostępność do opieki geriatrycznej w latach objętych kontrolą pogorszyła się. Zmniejszyła się liczba poradni i oddziałów geriatrycznych, do których pacjenci przyjmowani są bez konieczności oczekiwania. Mimo wzrostu nakładów na świadczenia opieki zdrowotnej dla osób w podeszłym wieku, wzrosła liczba oczekujących i rzeczywisty czas oczekiwania na udzielenie świadczenia” [9]. Dodatkowo brak jest ustalonych kryteriów dotyczących finansowania świadczeń dla tej grupy wiekowej, co dodatkowo ogranicza dostępność do opieki specjalistycznej.[10]

Obserwowany już i prognozowany wzrost kosztów opieki zdrowotnej nad osobami starszymi będzie związany przede wszystkim z upowszechnianiem się m.in. takich chorób jak cukrzyca, choroby nowotworowe oraz choroby układu kostnego, które już dzisiaj stanowią znaczny koszt dla systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Choroby przewlekłe powodują duże wydatki w systemie ochrony zdrowia, zarówno po stronie pacjenta (wydatki prywatne z kieszeni pacjenta) jak i po stronie systemu oraz generują koszty w wymiarze społecznym. Procesy chorobowe o długotrwałym przebiegu uniemożliwiają właściwe wykorzystanie potencjału człowieka i rzutują nie tylko na jego sytuację aktualną, ale również na jego przyszłe możliwości. Wpływają na każdy aspekt życia człowieka i jego rodziny oraz ograniczają bądź uniemożliwiają realizację jego celów w przyszłości.

Interdyscyplinarne podejście do problemu opieki nad osobami starszymi może zostać wykorzystane do przeciwdziałania chorobom przewlekłym i wdrożenia programów prewencji na każdym etapie życia człowieka. Zwróci uwagę na wiele innych przyczyn złego stanu zdrowia, które wynikają z warunków życia, pracy czy organizacji systemów ochrony zdrowia i wynikającej z tego braku dostępności do niektórych świadczeń. Dodatkowo niskie wydatki publiczne na opiekę zdrowotną powodują często niską jakość świadczeń, a niefinansowanie zdrowego stylu życia, gorsze wykształcenie (nieposyłanie dzieci do szkół), praca w trudnych warunkach, brak skutecznych działań zapobiegających chorobom

wpływa na pojawienie się i pogłębianie nierówności szans, które utrwalają ubóstwo [11].

Wyeliminowanie bądź ograniczenie występowania takich sytuacji, albo chociażby dostrzeżenie ich krytycznego znaczenia dla zdrowia pozwoli skoncentrować się na poszukiwaniu synergicznych sposobów jego umacniania i zapobiegania chorobie. Pozwoli jednocześnie dostrzec istnienie powiązań występujących w bardzo szerokim otoczeniu zewnętrznym, które muszą być uwzględniane jako konieczny warunek rozwoju zarówno społecznego jak i gospodarczego oraz zdrowego starzenia się i zapobiegania wykluczeniu społecznemu osób starszych [12].

Złożoność procesu opieki nad osobami starszymi w obliczu zjawisk demograficznych, których jesteśmy świadkami spowoduje konieczność budowy systemu, w którym wokół pacjenta i jego problemów skupią się profesjonaliści medyczni oraz przedstawiciele różnych dziedzin życia społecznego i gospodarczego. Pozwoli to na stworzenie funkcjonalnej opieki medycznej dla osób w podeszłym wieku, wzorem wdrażanych na świecie od kilkudziesięciu lat rozwiązań.[8,10,11]

Byłaby to działalność zajmująca się zdrowiem, chorobami, opieką i pomocą dla starszych pacjentów, która obejmowałaby fizyczne, psychiczne, funkcjonalne i społeczne problemy osób w podeszłym wieku przy poszanowaniu ich odrębności typowych dla wieku.

Zintegrowanie różnych dziedzin medycyny, skupienie działań na problemach pacjenta pozwoli na całościową ocenę złożonych problemów wieku podeszłego typowych dla tej fazy rozwoju człowieka i pozwoli zaoferować pacjentowi holistyczną opiekę interdyscyplinarnego zespołu fachowców. Jego zadaniem będzie optymalizacja stanu zdrowia osób starszych, poprawa ich samodzielności i jakości życia poprzez stworzenie systemu opieki specjalistycznej stacjonarnej (oddziały i poradnie geriatryczne, oddziały dzienne), środowiskowej oraz systemu wsparcia społecznego (zapewniające łączność z instytucjami opieki społecznej i opieką domową). Taka multidyscyplinarna organizacja umożliwi lepszą i skuteczniejszą opiekę oraz pomoże rozwiązywać problemy zdrowotne osób starszych, pozwalając im na bardziej komfortowe i aktywne funkcjonowanie.

Warunkiem kluczowym planowanych działań jest wsparcie systemu kształcenia personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej. Tymczasem (zgodnie z raportem NIK) wykłady z geriatryki na wielu

uczelniah medycznych prowadzone były jako przedmiot fakultatywny, a zajęcia praktyczne w realizowane były jedynie w pięciu spośród jedenastu uczelni medycznych. Raport odnosi się również do kształcenia ustawicznego, które należy zmodyfikować w zakresie modelu opieki nad osobami starszymi na poziomie Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ), a szczególnie w zakresie rozwiązania problemów w środowisku zamieszkania osób starszych.[12]

Biorąc pod uwagę fakt, że to do lekarzy POZ w pierwszej kolejności trafiają pacjenci w starszym wieku ważne jest aby lekarze byli szkoleni w zakresie opieki geriatrycznej. Brak jest jednak systemowych rozwiązań w tym zakresie.

„Na podstawie przeprowadzonej analizy kosztów leczenia pacjentów po 60. r.ż., w podziale na trzy grupy wiekowe, NIK stwierdziła, iż leczenie pacjentów opuszczających oddziały geriatryczne jest dla płatnika publicznego tańsze – jednostkowo o 1 380 zł na pacjenta na rok - niż leczenie pacjentów po pobycie w oddziałach chorób wewnętrznych. Ma to szczególnie duże znaczenie w obliczu zachodzących zmian demograficznych i rosnącego udziału pacjentów w wieku podeszłym w całym systemie ochrony zdrowia” [9].

Cytowany już wcześniej raport NIK z 2015 r. nie pozostawia wątpliwości, że rozwiązania w zakresie kształcenia kadry medycznej dedykowanej opiece seniorów należy uprościć. Nie sprzyja temu jednak niewystarczająca liczba łóżek geriatrycznych, co ogranicza możliwości kształcenia, „a z kolei brak stosownej wyceny procedur geriatrycznych skutecznie uniemożliwia powiększanie bazy łóżek geriatrycznych”[9].<sup>3</sup> Dodatkowo bardzo powoli zmienia się profil łóżek szpitalnych. Można założyć, że koszt nadmiaru łóżek „ostrych” (liczba łóżek w Polsce wynosi ok. 6,5 na 1 tys. mieszkańców, podczas gdy w większości krajów „Starej Unii” jest ich o ok. połowę mniej, np. w Danii- 3,5 na 1 tys. mieszkańców) wykorzystany na zorganizowanie opieki długoterminowej i prewencji w ciągu całego życia człowieka oraz położenie nacisku na leczenie środowiskowe mogłyby rozwiązać część problemów opieki nad seniorami.

Optymistyczne w tym zakresie mogą być wskaźniki dotyczące pobytu chorego w szpitalu (liczba przyjęć i

średni czas pobytu), które pokazują jak zmieniał się na przestrzeni ostatnich kilkunastu lat system zarządzania chorobą, świadomość kosztów wśród managerów ochrony zdrowia, efekty bodźców finansowych za przenoszenie kosztów do leczenia ambulatoryjnego, oddziałów dziennych czy do środowiska chorego [6,10,12]. Również w Polsce rośnie świadomość kosztów leczenia szpitalnego co wpłynąć powinno na zmianę profilu i struktury łóżek<sup>4</sup>. [4]

Zespołowe i interdyscyplinarne współdziałanie wszystkich profesjonalistów geriatrycznych – lekarza, pielęgniarki, fizjoterapeuty, psychologa, terapeuty środowiskowego, pracownika socjalnego, opiekuna medycznego, a w razie potrzeby również dietetyka, logopedy, farmaceuty czy duchownego pozwala na ocenę potrzeb pacjenta w sposób profesjonalny, a tak zdefiniowane problemy są rozwiązywane przez poszczególnych członków zespołu w ramach interdyscyplinarnej współpracy [12]. Wymaga to od wszystkich posiadania wiedzy na temat następstw procesu starzenia i najważniejszych zjawisk związanych z tą fazą życia, szczególnie tych, wpływających na utrzymanie niezależności w każdym wymiarze życia. Spojrzenie na osobę starszą z wielu punktów widzenia umożliwi wczesne wykrywanie czynników obniżających lub ograniczających samodzielność, a całościowa opieka w istotny sposób wpłynie na wyższą jakość życia pacjenta. [13]

Interdyscyplinarne i zespołowe działanie to nie tylko działanie w obrębie specjalności medycznych lub pokrewnych. To również konieczność rzeczywistego włączenia innych sektorów gospodarki, w tym poza medycyną specjalistów ds. socjologii, demografii, finansów, ochrony środowiska, edukacji i innych.[14,15]

## PIŚMIENNICTWO

1. Huget P. Poczucie sensu życia ludzi młodych i ich stosunek do starości. Państw Społ 2007;3:107-112.
2. Panek A, Szarota Z. Zrozumieć starość. Kraków; Oficyna Wydawnicza TEXT, 2000.
3. Mossakowska M, Więcek A, Błędowski P. Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce. Poznań; Termedia, 2012.
4. Hryniewicz J. O sytuacji ludzi starszych. Warszawa; Rządowa Rada Ludnościowa, 2012.
5. Biuro Analiz i Dokumentacji. Starzenie się społeczeństwa polskiego i jego skutki. Kancelaria Senatu, kwiecień 2011.
6. Szweda – Lewandowska Z. Prognoza zapotrzebowania

<sup>3</sup> W obowiązującym systemie rozliczeń zgodnie z JGP nie istnieją możliwości rozliczenia pacjenta z wielochorobowością, bowiem system ten nie odzwierciedla całości powodów hospitalizacji i przyczyn zgonów w tej grupie wieku.

<sup>4</sup> Dane finansowe NFZ za 2014 r. dowodzą, że na najdroższą formę opieki, czyli szpitale wydatkowanych zostało 43% wszystkich środków NFZ., W: Mędrala A. Szpitale Polskie, 2015 r.

7. na miejsca w domach pomocy społecznej dla osób w wieku 75 lat i więcej. W: Kleer J. Konsekwencje ekonomiczne i społeczne starzenia się społeczeństwa. Warszawa; PAN; 2008: 125-141.
8. Szweda-Lewandowska Z. Formy pomocy osobom starszym w wybranych krajach Unii Europejskiej. W: Kleer J. Konsekwencje ekonomiczne i społeczne starzenia się społeczeństwa. Warszawa; PAN; 2008:174-189.
9. Szatur-Jaworska B. Strategie działania w starzejącym się społeczeństwie. Tezy i rekomendacje. Warszawa; Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, 2012.
10. NIK. Informacja o wynikach kontroli, Opieka medyczna nad osobami w wieku podeszłym, raport NIK opublikowany 10.03.2015 r.
11. Szatur-Jaworska B, Szweda-Lewandowska Z, Kubicki P. Raport na temat sytuacji osób starszych w Polsce. Warszawa; Instytut Pracy i Spraw Socjalnych,2012.
12. Debaty Parlamentu Europejskiego. środa, 22września, 2010.  
<http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P7-TA-2010-0340+0+DOC+XML+V0//PL>
13. Bień B, Broczek K. Pomocnicze materiały szkoleniowe dla uczestników szkoleń z zakresu opieki geriatrycznej. Warszawa; Europejski Fundusz Społeczny, 2012.
14. Ciesek M. Dyskursy dyskryminacji i tolerancji we współczesnej polskiej przestrzeni publicznej (wartości, postawy, strategie). Katowice; Uniwersytet Śląski, Wydział Filologiczny, 2015.
15. Kazura R, Cichá M, Brukwicka I, Kopański Z, Marczewska S, Kurowski A. Jakość w opiece zdrowotnej i pielęgniarstwie. JPHNMR 2011; (1):9-12.
16. Szymańczak G, Lishchynskyy Y, Kozłowska D, Kopański Z, Brukwicka I, Wojciechowska M. Profesjonalizacja pielęgniarstwa polskiego. JPHNMR 2012; (1):3-6.