



**UNIWERSYTET KARDYNAŁA
STEFANA WYSZYŃSKIEGO
W WARSZAWIE**



POTRZEBY OSÓB STARSZYCH W ZAKRESIE ZDROWIA PUBLICZNEGO

Prof. dr hab. Stanisława Golinowska

Projekt „Łagodzenie skutków pandemii wśród grup wysokiego ryzyka – osoby 60+”
finansowany ze środków Ministerstwa Edukacji i Nauki na podstawie Decyzji Nr 41/WFSN/2021

WPROWADZENIE

Zdrowie publiczne stanowi tę część systemu ochrony zdrowia, która jest zorientowana na: 1) kontrolowanie bezpieczeństwa zdrowotnego populacji, 2) zapobieganie występowaniu głównych chorób (prewencja), 3) inwestycje w zdrowe środowisko i 4) promocję zdrowia.

W drugiej połowie XX wieku dokonał się ogromny postęp w zwalczaniu chorób zakaźnych, dzięki wykryciu i zastosowaniu antybiotyków w leczeniu bakteryjnych chorób zakaźnych oraz masowym szczepieniom przeciwko wielu chorobom wirusowym, dlatego uwaga w medycynie oraz w polityce zdrowotnej została skupiona na leczeniu przewlekłych chorób niezakaźnych, których występowanie narastało wraz z wydłużaniem przeciętnego trwania ludzkiego życia. Wraz z transformacją demograficzną (starzeniem się populacji) następowała transformacja epidemiologiczna – wzrost występowania przewlekłych chorób niezakaźnych.

W opiece medycznej nastąpiła koncentracja na leczeniu chorób przewlekłych: sercowo-naczyniowych, nowotworowych, cukrzycy i kostno-stawowych. Medycyna zaczęła odnosić wyraźne sukcesy, ale koszty leczenia chorób przewlekłych, zwanych też chorobami stylu życia, zaczęły wzrastać bardzo dynamicznie.

W XXI wieku ponownie problemem stają się choroby zakaźne, rozwlekane po całym świecie. Mimo głównego kierunku transformacji epidemiologicznej te choroby całkowicie nie zniknęły. Epidemie wybuchały nadal, ale jednak w miejscach bardziej odległych, przynajmniej od światowych centrów rozwoju ekonomicznego i dobrobytu. Dzisiaj natomiast epidemie wybuchają w światowych centrach – wielomilionowych miastach, skupiających ludzi na ograniczonej powierzchni i stale się stykających: na ulicach, w środkach komunikacji miejskiej, w centrach handlowych, biurach, szkołach i świątyniach.

Przebieg transformacji epidemiologicznej przestał być jednokierunkowy, czyli od chorób zakaźnych do przewlekłych niezakaźnych. Ponownie w statystyce umieralności i zachorowalności zwiększył się udział chorób zakaźnych, a także podłoże wielu chorób niezakaźnych ma swe pierwotne źródło w zakażeniach, na przykład wirusowe zapalenie wątroby czy nowotwór wywołany brodawczakiem ludzkim (Wróblewska, 2009 i 2022).

Celem prezentowanego tu opracowania jest próba wyjaśnienia dramatycznej sytuacji zdrowotnej starszej populacji (60+) w okresie wybuchu pandemii COVID-19. Podstawą jest analiza zmian procesów demograficzno-społecznych oraz epidemiologicznych w dłuższym okresie (ostatnich dwóch dekad) i skonfrontowanie ich z podejmowanymi działaniami w polityce zdrowia publicznego wobec osób starszych. To stanowi uzasadnienie

proponowanych kierunków niezbędnej poprawy funkcjonowania instytucji zdrowia publicznego oraz niezbędnych do tego zasobów.

DEMOGRAFICZNY OBRAZ POPULACJI 60 +

W Polsce w 2020 roku, początkowym roku pandemii COVID-19, osoby starsze, przyjmując za początek starości granicę 60 lat¹, stanowiły 1/4 populacji: mężczyźni 22,0%, a kobiety 28,8%, w mieście zamieszkiwało 27,8% takich osób, a na wsi 22,3%. Udział osób starszych w całkowitej liczbie ludności jest najwyższy w pięciu województwach: łódzkim, świętokrzyskim, śląskim, dolnośląskim i opolskim, i odpowiednio wynosi: 28,0; 27,7; 27,2; 27,0; 26,8. W tych województwach najwyższy jest także współczynnik demograficznego obciążenia osobami starszymi (GUS, 2021).

Tabela 1 *Struktura populacji 60+ wg wieku, płci oraz miejsca zamieszkania*

Osoby starsze	Udział w populacji osób 60+ %	Kobiety	Mężczyźni	W miastach	Na wsi
60-65 (jeszcze aktywni)	27,3	24,9	30,7	26,3	29,3
65 – 80 (emeryci)	55,5	54,6	56,5	56,6	53,3
80+ (wymagający opieki)	17,1	20,4	12,7	17,0	17,5
Razem w populacji ogółem %	25,6	28,8	22,2	27,8	22,3

Źródło: na podstawie GUS 2021

Osoby starsze stanowią populację zróżnicowaną ze względu na przebieg procesów biologicznych, a zarazem zmiany w pełnieniu ról społecznych, co odzwierciedla struktura według wieku². Osoby starsze i aktywne zawodowo w większym stopniu mieszkają w miastach (bliżej 1/3) niż na wsi (około 1/5).

W zbiorowości osób 60+ odnotowuje się systematyczny wzrost liczby osób mających ustalone prawo do emerytury, ale nadal pracujących. Według danych pochodzących z eksperymentalnego badania dotyczącego pracujących w gospodarce narodowej (na podstawie administracyjnych źródeł danych), na koniec 2019 roku liczba pracujących w wieku 60 lat i więcej, mających jednocześnie ustalone prawo do emerytury wyniosła 503,7 tys., z czego 56,2% stanowiły kobiety. W ogólnej liczbie pracujących w gospodarce narodowej grupa ta stanowiła 3,4% (GUS, 2021).

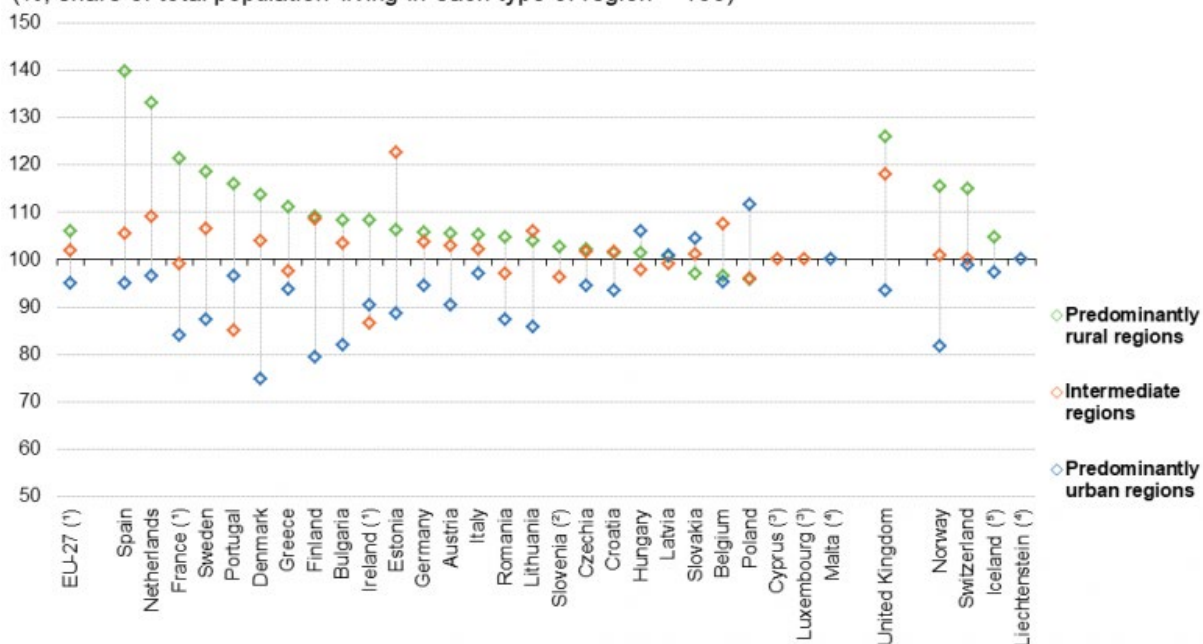
¹ 60 lat przyjęto w polskiej statystyce w związku z Ustawą z dnia 11 września 2015 r. o osobach starszych (Dz.U. 2015 poz. 1705). W statystyce międzynarodowej oraz europejskiej (Eurostat) za tę granicę przyjęto 65 lat. Ta różnica w podejściu jest niepotrzebnym utrudnieniem, nie tylko dla badaczy problemu.

² Przyjmuje się, że populację tę można podzielić na trzy grupy: 55-65 (osoby jeszcze aktywne zawodowo), 65-80 (osoby na emeryturze), 85+ (osoby wymagające wsparcia i opieki). (Golinowska i inni, 2017).

Z punktu widzenia szacowania potrzeb opiekuńczych istotne znaczenie ma miejsce zamieszkania osób starszych. W Polsce częściej zamieszkują miasta (ludność miejska żyje dłużej). Podobna prawidłowość występuje na Słowacji i Węgrzech, natomiast w większości krajów UE seniorzy mieszkają na wsi (na obszarach wiejskich).

People aged ≥65 years, by urban-rural typology, 2019

(%, share of total population living in each type of region = 100)



Note: the indicator is calculated as the share of older people (aged ≥65 years) living in different types of regions (predominantly urban, intermediate and predominantly rural), divided by the same share for the total population, expressed as a percentage.

(*) Estimates and/or provisional.

(*) Predominantly urban regions: not applicable.

(*) Predominantly urban and predominantly rural regions: not applicable.

(*) Intermediate and predominantly rural regions: not applicable.

(*) Intermediate regions: not applicable.

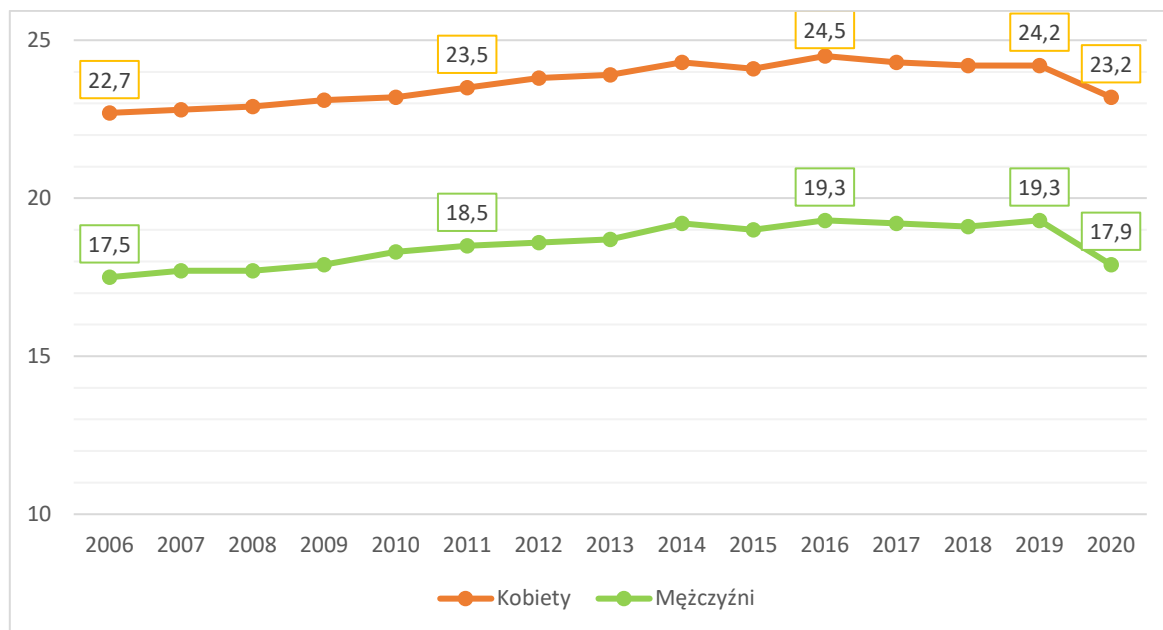
Source: Eurostat (online data code: urt_pjangrp3)

eurostat

EPIDEMIOLOGICZNY OBRAZ POPULACJI 60+

Do czasu pandemii obserwowano wzrost długości dalszego przeciętnego trwania życia coraz liczniejszych grup ludności, szczególnie w krajach dobrobytu, a także w Polsce. Kryzys zdrowotny wywołany pandemią COVID-19 już w pierwszym roku jego wybuchu doprowadził do niebywałego wzrostu zgonów wśród osób starszych. W konsekwencji wskaźnik dalszego przeciętnego trwania życia dla kobiet 60+ tylko w ciągu jednego roku obniżył się o jeden rok, a dla mężczyzn – o półtora roku. Na poniższym wykresie widoczny jest 15-letni trend kształtowania się wskaźnika, odzwierciedlający systematyczną poprawę do połowy minionej dekady, następnie zatrzymanie i gwałtowne obniżenie w roku 2020.

Wykres 1. Przeciętne dalsze trwanie życia kobiet i mężczyzn w wieku 60+ w latach 2005-2020.



Źródło: na podstawie danych GUS (2021)

Dłuższe życie nie zawsze jest przeżywane w zdrowiu. Co najmniej u połowy starszej populacji jest obarczone chorobami. Występowanie chorób w okresie starości jest wynikiem naturalnego procesu starzenia się organizmu i jego organów, ale także wynikiem kumulacji zaburzeń zdrowotnych i chorób występujących na wcześniejszych etapach życia. Szczególne znaczenie mają skutki leczenia chorób nowotworowych, zdarzeń sercowo-naczyniowych i urazów. Badania epidemiologiczne rejestrujące to zjawisko pojawiły się stosunkowo niedawno, wraz z rozwojem badań longitudinalnych i kohortowych, pozwalających na wieloletnią obserwację stanu zdrowia różnych grup populacyjnych w kontekście zmiany ich warunków życia i behawioralnych czynników ryzyka.

Osoby starsze cierpią głównie na niezakaźne choroby przewlekłe, w tym: choroby układu krążenia (z niedokrwinną chorobą serca na czele), cukrzycę typu 2, choroby nowotworowe, chroniczne choroby układu oddechowego, choroby kostno-stawowe, zaburzenia psychiczne i choroby otępienne (demencję). Choroby przewlekłe (z definicji trwające sześć miesięcy i dłużej) są główną przyczyną niepełnosprawności i śmierci, nierzadko przedwczesnej i częściej odnotowywanej w przypadku mężczyzn niż kobiet. Szacuje się, że pięć z nich (niedokrwinną chorobą serca, choroby nowotworowe, cukrzyca typu 2, przewlekła choroba płuc i zaburzenia psychiczne) stanowi 77% obciążeń chorobami, a 86% odpowiada za zgony na świecie (The Lancet, 2021 – GBD).

Dla oceny obciążenia populacji chorobami stosowany jest wskaźnik DALY (*disability adjusted life year*). Wskaźnik ten odzwierciedla dwa zjawiska. Z jednej strony utracone lata życia z powodu przedwczesnej śmierci (poniżej 70 lub 75 lat), a z drugiej – gorszą jakość życia z powodu niepełnosprawności. W szacowaniu DALY niepełnosprawność jest definiowana przez ocenę stopnia pogorszenia zdrowia na skali od 0 (doskonale zdrowie) do 1 (zgon). Jeden DALY można uznać za jeden rok utraconego życia w pełnym zdrowiu. Szacowanie DALY jest przedmiotem prac trwających już około trzy dekady³. W poniżej zamieszczonej tabeli zawarte są dane o zmianach obciążenia głównymi chorobami (w DALY) w ciągu minionych 29 lat (1990–2019), czyli do czasu wybuchu pandemii COVID-19.

Tabela 2 Zmiany w obciążeniu chorobami w latach 1990–2019; różnice w DALY – punkty procentowe

Schorzenia	Wzrost dla populacji ogółem	Wzrost w wieku 50+	Wzrost w wieku 75+
Sercowo-naczyniowe	50,4	46,1	66,6
Udar	32,4	31,5	60,5
Obturacyjna choroba płuc	25,6	12,0	63,6
Cukrzyca	147,9	156,1	190,7
Przewlekła choroba nerek	130,2	130,2	196,0
Ograniczenia słuchu	100,8	102,5	137,8
Ograniczenia widzenia	88,8	88,8	124,7
Wypadki drogowe	72,9	72,9	110,0
Mięśniowo-szkieletowe	172,9	172,0	
Upadki	88,3	88,3	166,4
Depresja	107,3	156,1	
Nowotwór płuc	64,3	64,3	164,3
Nowotwór jelita grubego	107,3	95,1	126,9
Nowotwór piersi	85,0	85,0	
Kostno-stawowa	113,6	113,6	139,5
Alzheimer	-	-	189,0
Parkinson	-	-	153,7
Rak prostaty	-	-	117,0

Źródło: *The Lancet* 2021

Szacunki DALY dla Polski dotyczące okresu 1990–2019 przedstawiamy w tabeli poniżej. Wysoka dynamika utraconych lat życia w dobrym zdrowiu związana jest z wysoką dynamiką starzenia się populacji. Wzrostowi przeciętnego trwania życia w ciągu ostatnich trzech dekad towarzyszył wzrost dobrobytu i konsumpcji wraz ze wszystkimi cechami zmian stylu życia w kierunku wzrostu czynników ryzyka zdrowia: nieprawidłowego jedzenia niezdrowej żywności, ograniczenia aktywności ruchowej, palenia tytoniu, używania alkoholu.

³ Dla całej populacji szacunki na świecie prowadzone są przez amerykański ośrodek – IHME (Institute of Health Metrics and Evaluation). Publikuje je między innymi prestiżowe czasopismo medyczne *The Lancet*. Szacunki dla Polski wykonywane są między innymi przez Katarzynę Kissimovą-Skarbek (2015) oraz ostatnio także przez zespół AOTMiT (Topór-Mądry i inni, 2020).

Zaznaczył się także wpływ zmian klimatycznych i zanieczyszczeń powietrza, a pośrednio także gleby i wody (*via* niezdrowa żywność i napoje).

Tabela 3 *Wzrost wskaźnika DALY w latach 1990–2019 w Polsce*

Schorzenia	Wzrost w punktach procentowych
Choroba Alzheimera	+ 93
Nowotwór jelita grubego	+ 67
Cukrzyca typu 2	+ 66
Utrata słuchu	+ 38
Zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu	+ 36
Nowotwór płuc	+ 31
Upadki	+ 20
Ból dolnego odcinka płaców (schorzenie kostno-stawowe)	+ 18
Migrena	+ 7
Infekcje dolnego układu oddechowego	+ 5

Źródło: na podstawie Topór-Mądry, Wojtyniak, 2021

W krajach Europy Środkowo-Wschodniej tendencje dotyczące obciążenia chorobami są podobne do występujących w Polsce. Także na Słowacji czy Węgrzech 75–80% osób powyżej 60 roku życia uskarża się na schorzenia przewlekłe, co znacznie obniża dobrostan osób starszych (z badań i analiz europejskiego projektu Chrodis).

Somatyczne schorzenia przewlekłe

Starzenie, przynosząc regresywne zmiany w organizmie, obejmuje w dużej mierze układ sercowo-naczyniowy i prowadzi do wystąpienia chorób układu krążenia, w tym nadciśnienia tętniczego, choroby niedokrwiennej serca, migotania przedsionków i udaru mózgu. Niewydolność serca, a szczególnie **niedokrwienna choroba serca** należą do grupy chorób przyczyniających się najczęściej do śmierci i stąd niewydolność serca nazywana bywa największym zabójcą.

Wysoki poziom występowania chorób serca, a następnie zgonów zaczyna się już w czwartej dekadzie życia ludzi, a większość rozpoznań niewydolności serca przypada na dekadę siódmą (Grodzicki, Fedyk-Łukasik, 2017).

Choroby układu krążenia odpowiadają w Polsce za 46% wszystkich zgonów, gdy przeciętnie w krajach UE za 37%. Podobnie jak w innych krajach Europy Środkowej i Wschodniej znaczna część zgonów w Polsce przypada na lata przed 65 rokiem życia, co oznacza przedwczesną umieralność z powodu tych chorób. Mimo znaczącej różnicy między Polską a krajami starej UE, w Polsce dokonał się znaczny postęp w leczeniu niedokrwiennej choroby serca. Przyczyniły się do tego takie działania, jak: zmiana organizacji opieki nad chorymi ze świeżym zawałem serca, wprowadzenie nowych technik rewaskularyzacyjnych,

zmiany w farmakoterapii (statyny, leki przeciw płytkowe i przeciwzakrzepowe, ACEI i sartany) (Grodzicki, Golinowska, Tobiasz-Adamczyk, 2022)..

W przypadku chorób sercowo-naczyniowych problemem są nadal ograniczone efekty działań profilaktycznych na rzecz zmniejszania ryzyka zachorowań. Około 50% populacji starszej osiąga wartości ciśnienia tętniczego poniżej 140/90 mmHg, a około 25% cholesterol LDL poniżej 70 mg. Do głównych behawioralnych czynników ryzyka należy palenie tytoniu, nadmierna konsumpcja niezdrowej żywności oraz brak aktywności fizycznej. Pewne sukcesy przyniosły działania na rzecz ograniczenia palenia (Zatoński, 2003). Z tego powodu poprawiły się wskaźniki DALY dla Polski w przypadku choroby niedokrwiennej serca: o około 4 punkty procentowe zmniejszyła się liczba utraconych zdrowych lat życia.

Kolejne schorzenia, które występują częściej wraz ze starzeniem się organizmu, stanowią **choroby nowotworowe**. Dlatego mówi się, że starość stanowi największe ryzyko zachorowania na raka⁴. Według raportu GUS z 2019 roku, wśród przyczyn zgonów w grupie osób w wieku do 75 roku życia w Polsce dominowały nowotwory – odpowiedzialne za około 38% zgonów, a choroby układu krążenia były na drugim miejscu (około 33% zgonów)⁵.

Co drugi przypadek nowotworów złośliwych w Polsce wykrywany jest u osób w wieku 65+. Standaryzowane współczynniki zgonów na raka płuc są w tej grupie dziesięciokrotnie wyższe niż u osób poniżej granicy 65 lat. Najczęściej są to: nowotwór tchawicy, oskrzela i płuca oraz jelita grubego (według Krajowego Rejestru Nowotworów w Polsce). W krajach UE najczęściej występuje rak jelita grubego, piersi, prostaty i płuc, przy czym wśród mężczyzn jako przyczyna zgonu dominuje rak płuc i rak jelita grubego, a wśród kobiet – rak piersi i rak płuc.

W przypadku populacji seniorów specjalną grupę stanowią osoby, które przeżyły chorobę nowotworową w dzieciństwie lub w wieku średnim, a w starości cierpią z powodu konsekwencji stosowanych metod terapeutycznych. Zastosowane leczenie, takie jak chemioterapia, radioterapia lub procedury chirurgiczne są często przyczyną innych chorób somatycznych: nowotworów lub urazów psychicznych na dalszych etapach życia (Sulicka-Grodzicka i inni, 2019).

⁴ Badania biologiczne wskazują jednak, że starzenie się i powstawanie komórek nowotworowych nie jest tożsame (Aunan i inni, 2017).

⁵ Tendencja ta ulegała odwróceniu w okresie późnej starości i po 85 roku życia. 53% zgonów było spowodowane chorobami serca i naczyń, a 12,4% nowotworami. W krajach Europy Zachodniej wskaźniki w tej dziedzinie są istotnie korzystniejsze. Standaryzowany współczynnik zgonów z powodu chorób sercowo-naczyniowych na 100 tys. mieszkańców przed 65 rokiem życia w Polsce wynosi 86, gdy przeciętnie w krajach europejskich 46.

Przewlekła choroba nerek została uznana w ostatnich latach za jedną z najczęściej występujących chorób niezakaźnych na świecie. W ciągu 20 lat (1990–2019) obciążenia tą chorobą na świecie wzrosły o 130% (mierzone w DALY, patrz tabela 3), a w przypadku osób najstarszych (75+) o 200%.

W Polsce, w badaniu PolSenior1 (przeprowadzonym w 2010 roku) wykazano, że częstość występowania przewlekłej choroby nerek (PChN) w wieku powyżej 65 lat wynosiła średnio 29%, a po 80 roku życia choroba ta dotyczyła ponad 50% populacji. Tylko 3% osób było świadomych rozpoznania u nich PChN⁶. W badaniu prowadzonym 10 lat później⁷ rozpoznanie PChN było nieco rzadsze (21,3%), ale podobnie jak wcześniej istotnie rosło wraz z wiekiem, przekraczając 50% u 90-latków.

Cukrzyca (typu 2) jest kolejnym schorzeniem, obok przewlekłej choroby nerek, o bardzo wysokiej dynamice obciążenia wśród osób starszych (patrz tabela 3). Wpływa na ryzyko powikłań sercowo-naczyniowych, zgonu oraz pogarsza jakość życia.

Rozpowszechnienie cukrzycy w Polsce u osób po 60 roku życia wynosi u kobiet 20%, a u mężczyzn 24% (badania PolSenior2). Należy zwrócić uwagę, że stan przedcukrzycowy u osób starszych występuje u 19% kobiet i 23% mężczyzn. Wskaźniki te rosną z wiekiem i osiągają szczyt u kobiet w grupie wieku 85–89 lat (32%), a u mężczyzn w grupie wieku 75–79 lat (30%).

Choroby narządów ruchu (układu kostno-stawowego i tkanki łącznej stanowią grupę chorób przewlekłych najczęściej występujących u osób starszych. Należy do niej około 200 jednostek chorobowych. Jedną z nich jest choroba zwyrodnieniowa stawów. Pojawia się już u osób w wieku 40–60 lat, powodując pogorszenie jakości życia i znaczne koszty: nieobecności w pracy, długotrwałego leczenia, permanentnych rehabilitacji i w końcu – ograniczeń ruchu i niepełnosprawności. Etiologia tej choroby nie jest dostatecznie wyjaśniona. Uważa się, że jest dziedziczna, chociaż takie czynniki ryzyka, jak nadwaga i obciążanie stawów oraz urazy sprzyjają jej powstaniu i rozwojowi (Kwaśny-Krochin, Korkosz, 2017).

Typowe dla wieku podeszłego schorzenia reumatologiczne, takie jak polimialgia reumatyczna lub olbrzymiokomórkowe zapalenie tętnic, występują relatywnie rzadko. Dzięki ogromnemu postępowi w zakresie farmakoterapii coraz więcej chorych z rozpoznaniem w

⁶ Podstawowe wyniki badania PolSenior1 opublikowano w książce pod red. Małgorzaty Mossakowskiej, Andrzeja Więcka i Piotra Błędowskiego (2012).

⁷ Wyniki badania PolSenior2 opublikowano w 2021 r. na Gdańskim Uniwersytecie Medycznym w pracy pod red. Piotra Błędowskiego, Tomasza Grodzickiego, Małgorzaty Mossakowskiej i Tomasza Zdrojewskiego.

młodości lub wieku średnim reumatoidalnym zapaleniem stawów lub zeszywniającym zapaleniem stawów kręgosłupa osiąga wiek podeszły.

W późniejszym okresie biologicznej biografii człowieka pojawiają się problemy zdrowotne wynikające z redukcji masy mięśniowej i osłabienia mięśni (sarkopenia) oraz zmiany w strukturze kości (osteoporoza i inne zmiany). **Sarkopenia i osteoporoza** stanowią istotny czynnik kruchości organizmu osób starszych oraz główne ryzyko upadków i złamań, prowadzących do poważnych powikłań, niepełnosprawności i zgonów, więc coraz więcej uwagi poświęcają temu zagadnieniu naukowe gremia, chociaż nie na poziomie krajowym, lecz międzynarodowym. W UE działa Grupa Robocza ds. Sarkopenii u Osób Starszych (European Working Group on Sarcopenia in Older People, EWGSOP), której ustalenia stanowią wskazówki dla diagnozowania i podejmowania odpowiednich działań zapobiegawczych oraz terapii.

Sarkopenia jest jedną z wiodących przyczyn upadków, których przynajmniej raz w roku podczas zwykłej aktywności doświadcza ponad 1,5 mln osób, a w Polsce urazów wskutek upadków doznaje rocznie około 0,5 mln seniorów (PolSenior2).

Redukcja masy mięśniowej i osłabienia mięśni (sarkopenia) oraz zmiany w strukturze kości są współzależne i stanowią istotny czynnik występowania tzw. zespołu kruchości (*frailty*). Rozpoznanie zespołu kruchości pomaga przede wszystkim w ocenie zagrożenia niepełnosprawnością, konieczności sprawowania opieki zinstytucjonalizowanej oraz zgonu. Dane pochodzące z badania PolSenior2 wskazują, że częstość występowania zespołu kruchości w populacji osób po 60 roku życia w Polsce wynosi 16% (po 80 roku przekracza 40%), a ponad połowa starszej populacji (56%) jest klasyfikowana jako *pre-frail*.

Zaburzenia psychiczne

W krajach europejskich, należących do zasobniejszych ekonomicznie regionów świata, tak zwanych krajach o wysokich dochodach (*high income countries*), których mieszkańcy cieszą się dłuższym życiem, szczególnie trudnym problemem zdrowotnym starszego wieku są zaburzenia psychiczne, a przede wszystkim depresja, której występowanie stale wzrasta, przede wszystkim wraz z wiekiem.

Choć rozpoznanie depresji w wieku starszym jest relatywnie trudne ze względu na znaczną częstość zaburzeń poznawczych, to szacunki na temat występowania objawów depresyjnych wskazują na ponad 20% populacji osób starszych w Polsce. Osłabienie aktywności życiowych, brak odczuwania radości, kłopoty ze snem i pojawiające się często bóle (np. głowy) bywają traktowane jako skutek choroby somatycznej, a w starszym wieku

wzrost niedomagań fizycznych jest zjawiskiem typowym. W rezultacie chorzy leczeni są w zgodzie ze standardami postępowania medycznego danej choroby, bez łączenia z postępowaniem wobec depresji. Niejednokrotnie długotrwałe przyjmowanie leków na schorzenia somatyczne prowadzi do pogłębienia zaburzeń depresyjnych. W ostatnich latach można obserwować pewien postęp w rozpoznawaniu i leczeniu zaburzeń psychicznych, także w odniesieniu do depresji osób starszych.

Część badań dotyczących depresji wśród seniorów koncentruje się na przyczynach, wśród których wskazuje się na tak zwane stresory warunków życia osób starszych. Należą do nich takie wydarzenia jak: 1) utrata partnera, innych bliskich i przyjaciół, 2) zaprzestanie pracy zawodowej i koleżeńskich kontaktów, 3) występowanie choroby (chorób) przewlekłej, 4) ograniczone kontakty z rodziną (przede wszystkim z dziećmi i wnukami), 5) przeprowadzka (np. do domów opieki instytucjonalnej), 6) zubożenie i inne. Kombinacja stresorów oddziałujących na występowanie depresji jest zróżnicowana zarówno pod względem kulturowym, jak i społeczno-ekonomicznym.

Badania europejskie wskazały, że w krajach Europy Środkowej i Wschodniej zaburzenia psychiczne występują częściej niż w *starych* krajach UE (Hansen, Slagsvold, 2017). Wydawałoby się, że mieszkańcy Europy Środkowej i Wschodniej są mniej narażeni na depresję ze względów kulturowych (mniejsza indywidualizacja i trwanie rozwiązań kolektywnych z poprzedniego ustroju, niższa laicyzacja). Tymczasem wysoka dynamika oddziaływania czynników społeczno-ekonomicznych, takich jak wzrost wartości materialnych w młodej gospodarce rynkowej, emigracja zarobkowa, osłabienie więzi związanych z pracą i zawodem, szybko zmieniła obraz społeczeństw w tej części Europy.

Choroby otępienne

Demencja, czyli otępienie (z łaciny *bez rozumu*), oznaczające obniżenie sprawności intelektualnej i pogorszenie funkcji umysłu jest zespołem objawów spowodowanych chorobą mózgu o charakterze przewlekłym i postępującym, która zaburza funkcje poznawcze: pamięć, myślenie, rozumienie, orientację, kontrolę nad emocjami, zachowanie społeczne, zdolność do porównywania, oceniania, dokonywania wyborów. Najczęstszą przyczyną otępienia jest choroba Alzheimera, rzadziej demencja naczyniowa, czołowo-skroniowa czy związana z chorobą Parkinsona (Klich-Rączka, 2019).

Wskaźniki występowania demencji nie są precyzyjne, co utrudnia porównania. Dane na temat występowania demencji wskazują wysoką dynamikę wzrostu zachorowań,

spotęgowaną dwukrotnie wraz z wiekiem, ze skokiem co kolejne 6 lat (Alzheimer's Disease International – ADI 2015).

W badaniach PolSenior2 symptomy otępienia stwierdzono u 16% badanych (około 1,5 miliona mieszkańców Polski), a łagodne zaburzenia poznawcze u 17 % osób po 60 roku życia. Wśród osób 90-letnich objawy otępienia były obecne u ponad 40% badanych.

Coraz bardziej widoczne społecznie występowanie choroby Alzheimera wywołało rosnące zainteresowanie problemem – tak w wymiarze badawczym, jak i polityki społecznej. W WHO przygotowano raporty o występowaniu demencji w kontekście starzenia się populacji świata. Należy zauważyć, iż mimo wielu lat badań nie udało się odkryć leku na demencję, a aktualnie stosowane medykamenty tylko w nieznacznym stopniu spowalniają jej przebieg. W tej sytuacji najistotniejszą rolę odgrywa profilaktyka demencji w postaci zapobiegania chorobie naczyniowej mózgu przez podnoszenie poziomu oświaty zdrowotnej (*health literacy*) społeczeństwa i w konsekwencji zmianę zachowań.

Inne schorzenia lub dolegliwości wpływające istotnie na jakość życia seniorów

Z perspektywy jakości życia oraz zdrowia publicznego należy zwrócić uwagę na objawy lub schorzenia, które są powszechnie uważane za banalne i choć nie wywierają równie silnego wpływu na śmiertelność jak choroby układu sercowo-naczyniowego lub nowotwory, to jednak w ogromnym stopniu wpływają na nastrój, liczbę i intensywność kontaktów społecznych, zwiększając ryzyko depresji i zaburzeń poznawczych.

Jednym z problemów gorszego samopoczucia osób starszych jest występowanie **bólu przewlekłego**. W badaniach PolSenior2 częstość występowania bólu przewlekłego zgłaszało 48% Polaków w wieku co najmniej 60 lat. Zjawisko to zgłaszały częściej kobiety, osoby z wykształceniem podstawowym, pracownicy fizyczni oraz seniorzy zamieszkali na wsi. Najczęstszą lokalizacją bólu były okolice krzyża, a następnie nóg, w tym w szczególności stawów kolanowych. Ból o charakterze przewlekłym wiąże się z ograniczeniami w zakresie podstawowych i złożonych czynności dnia codziennego oraz ograniczoną mobilnością.

Do typowych ograniczeń podeszłego wieku należą ograniczenia słuchu i wzroku. Wzrost obciążeń (mierzony w DALY) w latach 1990–2019 był bardziej dynamiczny ze względu na niedosłyszenie niż niedowidzenie; odpowiednio prawie 140 i 125 punktów procentowych.

Badanie PolSenior2 ujawnia, że częstość zaburzeń słuchu rośnie systematycznie wraz z wiekiem. W wieku powyżej 60 roku życia połowa seniorów cierpi także z powodu zaburzeń widzenia, a częstość i stopień upośledzenia wzroku przekracza 70% u osób 90-letnich.

Postęp technologiczny w rekompensowaniu ograniczeń słuchu i wzroku odpowiednimi narzędziami jest duży. Nowe produkty (aparaty słuchowe, okulary, szkła kontaktowe) są jednak drogie i osoby starsze z niskimi dochodami często nie korzystają z tych o odpowiedniej jakości, co ogranicza ich jakość życia.

Niesprawność

Zdolność do wykonywania podstawowych i złożonych czynności dnia codziennego jest czynnikiem warunkującym samodzielne funkcjonowanie i co za tym idzie – czynnikiem determinującym pozytywne starzenie. Deficyt w jakimkolwiek obszarze w skali oceniającej aktywność życia codziennego (Activities of Daily Living ADL) oraz funkcjonowanie (Instrumental Activities IADL) wskazuje na znaczące potrzeby opiekuńcze, a w zakresie IADL na obecność ograniczeń utrudniających samodzielne funkcjonowanie (Golinowska, 2021). Wśród osób starszych w Polsce 10% wykazuje co najmniej jeden deficyt w zakresie ADL – znacząco częściej kobiety (11%) niż mężczyźni (7%)⁸. Te uśrednione dane nie pokazują jednak rzeczywistego obrazu, gdyż na przykład wśród osób w przedziale wieku 80–84, jedynie 83% mężczyzn i 80% kobiet było w pełni sprawnych, a wśród 90-latków odpowiednie wskaźniki wynosiły 61% i 41%.

Analiza złożonych czynności (IADL) takich jak: korzystanie z telefonu, komunikacji publicznej, robienie zakupów, przygotowywanie posiłków, wykonywanie prac domowych, robienie prania, przyjmowanie leków i gospodarowanie finansami nie sprawia trudności 75% kobiet oraz 77% mężczyzn po 65 roku życia. Równocześnie jedynie jedna na pięć osób, które przekroczyły 85 rok życia, wykonuje wszystkie powyższe czynności samodzielnie.

Podatność na choroby zakaźne

Choroby zakaźne nie stanowiły dotychczas (od połowy XX wieku) zasadniczego problemu epidemiologicznego w skali ponadlokalnej, o czym wspominamy wcześniej, ale w ostatnich latach pojawiły się nowe ich odmiany oraz zmniejszyła się skuteczność leczenia dotychczasowych. Jest to, z jednej strony, wynik globalizacji, która umożliwiła bezpośrednie kontaktowanie się ludzi na wszystkich kontynentach, a z drugiej – nadużywania leków, głównie antybiotyków, przeznaczonych na leczenie tych chorób, a także stosowania ich profilaktycznie, również w hodowli zwierząt.

⁸ Wyniki badań na temat niesprawności mierzonej wskaźnikami ADL oraz IADL zidentyfikowano i zestawiono w artykule *Polityki Społecznej* No X/2021 (Golinowska).

WHO każdego roku podaje komunikaty o głównych zagrożeniach zdrowia na świecie, i w ostatnich latach na pierwszym miejscu wśród 10 głównych sytuacji zagrożenia związane z masowym występowaniem sezonowej grypy (Scheres, Kuszewski, 2019).

Lokalne epidemie grypy, powodowane rozprzestrzenianiem się mutujących wirusów wywołujących tę chorobę, mogą przekształcać się w globalne pandemie. Każdego roku w krajach Unii Europejskiej wirusami grypy zakaża się blisko 100 milionów osób w każdym wieku, ale u starszych (65+) przebieg choroby jest cięższy i grozi powikłaniami prowadzącymi do stanów zagrożenia życia. Osoby starsze, o słabszej odporności i z chorobami przewlekłymi, są najbardziej zagrożone kolejnymi falami grypy.

Zagrożeniem dla zdrowia w skali globalnej jest też patogen pochodzenia zwierzęcego o dużej zaraźliwości – SARS, który w latach 2002–2003 wywołał epidemię nazwaną ptasią gripą. Obecnie masowym zagrożeniem dla zdrowia jest wirus SARS-CoV-2. Mimo że źródła zakażeń znajdują się w odległych rejonach świata (Hongkong, Wietnam, Chiny), to powiązania gospodarcze i bezpośrednie kontakty, możliwe dzięki niebywałemu rozwojowi linii lotniczych, stają się pasem transmisyjnym koronawirusa na cały świat.

Pandemia COVID-19 przyczyniła się do eksploatacji zasobów ochrony zdrowia na niebywałą skalę oraz ogromnych strat ludnościowych.

Wielochorobowość

Charakterystyczną cechą statusu zdrowotnego osób w starszym wieku jest jednoczesne występowanie kilku chorób przewlekłych. Zjawisko to, zwane wielochorobowością, stanowi przedmiot zarówno badań, jak i formułowania ustaleń, dotyczących postępowania medycznego i opieki. Zgodnie z sugestią WHO (2016) oraz wytycznymi NICE wielochorobowość charakteryzuje obecność dwóch lub więcej chorób czy zdarzeń, do których zaliczamy choroby somatyczne i psychiczne, zaburzenia poznawcze, niesprawność, przewlekły ból, zespół słabości, zaburzenia zmysłów (słuchu, wzroku) oraz uzależnienia (alkohol, leki). Zgodnie z tą definicją w populacji osób starszych w Polsce na podstawie badania PolSenior2 występowanie wielochorobowości dotyczy prawie 70% seniorów najmłodszych, a najstarszych do około 90%. Wielochorobowość w krajach europejskich występuje u około 40% osób w wieku 65+. W Polsce dochodzi do 60%. Częściej występuje u kobiet.

Wielochorobowość stanowi jedno z największych wyzwań dla systemu ochrony zdrowia zarówno obecnie, jak i w przyszłości. Najczęściej towarzyszy głównym schorzeniom

cywilizacyjnym, które są przyczyną umieralności (głównym zabójcą), a przede wszystkim chorobom układu krążenia, ale także zaburzeniom psychicznym.

W badaniach PolSenior2 prowadzonych w Polsce w 2019 roku w populacji osób starszych zjawisko wielochorobowości obserwowano u prawie 70% osób w przedziale 60–65 lat do około 90% wśród 80- i 90-latków. Wielochorobowość narastała z wiekiem oraz była nieco częstsza u kobiet, a mediana liczby chorób przewlekłych wyniosła 3 w całej populacji i wzrastała do 5 powyżej 75 roku życia.

Reasumując, występowanie chorób przewlekłych oraz jednocześnie współwystępowanie wielu schorzeń, stanowią immanentny element życia w starszym wieku, a zarazem wyzwanie dla systemów ochrony zdrowia i opieki długoterminowej. W okresie pandemii COVID-19 ta cecha stanu zdrowia seniorów była główną przyczyną ich zmniejszonej odporności na zakażenia i w konsekwencji – znacznie wyższej umieralności w porównaniu z młodszymi grupami ludności.

SPÓLECZNY OBRAZ STAROŚCI

Osoby starsze traktowane są jak homogeniczna grupa społeczna i główną (jeśli nie jedyną) troską państwa staje się zapewnienie im przyzwoitych dochodów (godnej emerytury). Z tego powodu zabezpieczenie dochodów na okres starości ułatwia przesuwanie osób starszych z przestrzeni publicznej do prywatnej. W przestrzeni prywatnej zmniejsza się odpowiedzialność za usługi publiczne adresowane do osób starszych – w tym także zdrowotne i opiekuńcze. W konsekwencji kwestią społeczną związaną z sytuacją osób starszych w niektórych krajach *welfare state* obecnie (w tym także w Polsce) staje się nie tyle ubóstwo dochodowe, co ograniczony dostęp do opieki zdrowotnej i brak systemowych rozwiązań w zakresie opieki długoterminowej.

Ageizm

Mimo różnicowania możliwości i potrzeb osób uznawanych ze względu na wiek za osoby starsze, nadal obecny jest w społeczeństwie stereotypowy i w zasadzie niezmienny od wielu lat obraz człowieka starszego (Szukalski, 2008; Tobiasz-Adamczyk, 2009).

Funkcjonujący w świadomości społecznej stereotypowy obraz osób starszych jest negatywny i ma wpływ na zachowania społeczne wobec seniorów, stanowiąc przejaw ageizmu. Badania wskazują na następujące postawy wobec osób starszych:

- lekceważenie – uznawanie, iż opinie, wyznawane wartości i potrzeby osób starszych są mniej ważne i mniej cenne oraz w konsekwencji przemilczane, co prowadzi do zaniedbywania ich potrzeb i praw;
- protekcjonalność – skłonność do traktowania człowieka w podeszłym wieku jako osoby niezdolnej do funkcjonowania bez wsparcia zarówno materialnego, jak i psychicznego oraz opiekuńczego;
- odsuwanie (i odsuwanie się) ludzi starszych od reszty społeczeństwa i społeczności w środowiskach ich życia, a nawet członków rodziny z intencją nieobarczania ich problemami starszego pokolenia;
- paternalizm/nadopiekuńczość – skłonność do wyręczania osoby starszej w wykonywaniu niektórych czynności dnia codziennego, nawet w sytuacji, gdy daje sobie radę i nie widzi potrzeby odwoływania się do pomocy innych;
- nadużycia finansowe – skłonność do użycia, niezgodnego z prawem lub pod wpływem psychicznej presji, zasobów materialnych, tytułów własności i uprawnień znajdujących się w posiadaniu seniora;
- nadużycia cielesne – występowanie przejawów fizycznej agresji w stosunku do osób starszych, przybierające formy od względnie łagodnej (popychanie, szturchanie) do form brutalnych (bicie).

Postawy społeczne wobec osób starszych, wynikające zarówno z negatywnych stereotypów, jak i ujawnianych faktów złego traktowania, są zwykle w przestrzeni publicznej oficjalnie potępiane, a polityczny wzór traktowania seniora jest raczej pełen szacunku i sympatii. Jednocześnie podejmowane są decyzje sytuujące osobę starszą bardziej w przestrzeni prywatnej niż publicznej, w imię jakoby jej dobra i potrzeby życiowego odpoczynku, a *de facto* działające wykluczająco.

Samotność

W zachodnich krajach dobrobytu ujawniły się dodatkowe problemy starszej populacji, które powodują jej zmniejszony dobrostan. Związane jest to z ograniczeniem kontaktów oraz brakiem więzi rodzinnych z powodu życia w samotności. Samotność stała się plagą społeczeństw (WHO, 2021). Samotnie żyje 1/4 lub 1/3 populacji, zależnie od poziomu zaawansowania procesu starzenia, chociaż w ostatnich latach zwiększył się udział tak zwanych singli, czyli osób żyjących pojedynczo przez całe życie. Samotność jest zagrożeniem dla ich zdrowia, a jej wysoka skala generuje wysokie koszty społeczne usług zdrowotnych i opiekuńczych.

Problem samotności jako ogólny problem społeczny i ekonomiczny współczesnych czasów opisała Noreena Hertz (2020) w bestsellerowej książce *Wiek samotności (The Lonely Century)*. Wskazała, co i jak napędza osobne życie, a przecież człowiek jest istotą społeczną. Gdy dzieci w małych rodzinach mają przede wszystkim zdalny kontakt z innymi, a to doświadczenie było częste także przed pandemią COVID-19, to nie są w stanie otworzyć się później na innych i *chorują z samotności*. Autorka uznała, że samotność jest czynnikiem ryzyka chorób przewlekłych, nawet większym niż palenie papierosów.

STRATEGIE AKTYWIZACJI OSÓB STARSZYCH

Koncepcja aktywnego starzenia sformułowana została zarówno jako strategia zdrowotna, jak i społeczno-ekonomiczna.

W dziedzinie zdrowia zwrócono uwagę na pozytywny związek długiej aktywności w przebiegu życia i zdrowia, czego dowodziły coraz bardziej pogłębiane i w długim okresie prowadzone badania. Zdrowie i aktywność w dłuższym życiu sprzyja utrzymaniu w równowadze zdrowia fizycznego i psychicznego oraz sprawności, a w perspektywie społecznej – możliwości pełnienia także w starszym wieku funkcji społecznych, co dobrze wpływa na jakość życia i ogólny dobrostan.

Jednocześnie wskazywano na korzyści społeczno-ekonomiczne z wykorzystania coraz większych liczebnie grup starszych zasobów ludzkich do pracy, dostosowanej do możliwości i posiadanych kompetencji. Dłuższa praca sprzyjałaby utrzymaniu dochodów na dotychczasowym poziomie, zwiększała możliwości wsparcia rodziny oraz społeczności lokalnej. W szerszej skali zmniejszałaby redystrybucję dochodów na rzecz osób starszych, zwiększając podstawy finansowe poprawy warunków bytu młodszego pokolenia. Kierunek wspierania starszego pokolenia poprzez dłuższą pracę nie może być jednak strategią wdrażaną na siłę. Biografie pracownicze są bowiem bardzo różne i duże grupy ludności, zarówno w okresie PRL, jak i w okresie transformacji doświadczały tak dużego trudu pracy, że marzyły o przejściu na emeryturę. Przyjęcie strategii na wydłużanie okresu pracy wymaga więc dłuższego okresu wdrażania zmiany oraz zdecydowanej poprawy warunków i stosunków pracy.

Aktywne starzenie się w zdrowiu jako plan działania zostało sformułowane przez WHO już w 2002 roku w dokumencie *Madrycki Międzynarodowy Plan Działania wobec Starzenia się (International Plan of Action on Ageing, MIPAA)*. Podkreślano w nim równe prawa osób starszych do aktywnego życia: pracy, działalności społecznej i politycznej,

uczestnictwa w kulturze itp. W koncepcji aktywnego starzenia przyjmuje się (również w formie postulatów), że osoby starsze nadal będą produktywne: będą pracować zarobkowo, uczyć się, udzielać społecznie oraz rodzinie w miarę swoich sił i potrzeb. Dzięki temu będą dłużej samodzielne, będą utrzymywać relacje z innymi (w integracji społecznej), i będą mieć większą satysfakcję z życia. Jednocześnie prowadzone będą polityki, które umożliwią tę aktywność od strony instytucjonalnej i infrastrukturalnej, sprzyjając znoszeniu barier społecznych w dalszej aktywności.

W Komisji Europejskiej koncepcja starzenia się w zdrowiu była związana z podjętymi badaniami i działaniami promocyjnymi na drugą dekadę XXI wieku. Europejski projekt badawczy MOPACT (Mobilising The Potential of Active Ageing in Europe) realizowany w latach 2013–2017 w ramach Fp7 ukierunkowany został na zbadanie, czy i pod jakimi warunkami dłuższe życie może być czynnikiem sprzyjającym rozwojowi społeczno-gospodarczemu, a nie go ograniczającym. Teza o zdrowiu i aktywności w dłuższym życiu jako o cennych aktywach została w badaniach tego projektu raczej potwierdzona (Walker, 2018). Pozostało tylko pytanie, jak tego dokonać; jak zmobilizować polityków i społeczeństwa do realizacji strategii aktywnego i zdrowego starzenia.

Problem demencji

W badaniach na temat aktywności w dłuższym życiu zwrócono uwagę na to, że najbardziej ograniczającym czynnikiem aktywności osób starszych są choroby otępienne (Klich-Rączka, 2019). Uznano, że działania skoncentrowane na ograniczeniu demencji powinny stanowić priorytet ochrony zdrowia w odniesieniu do seniorów, i w 2017 roku przyjęto globalny plan działań dotyczących zdrowia publicznego na lata 2017–2025 w odpowiedzi na wzrost występowania demencji (WHO, 2017). Plan zaadresowano do organizacji międzynarodowych, rządów krajowych i samorządów regionalnych oraz organizacji społecznych i towarzystw naukowych. Wskazano, z jednej strony na potrzebę pogłębiania badań nad przyczynami demencji i podejmowania działań zapobiegawczych, a z drugiej – na wypracowanie odpowiednich systemów zdrowotnych i opieki nad osobami chorymi z zastosowaniem innowacji technologicznych.

W UE realizowano liczne projekty badawcze na temat zaburzeń neurodegeneracyjnych, z których wynikają postulaty i plany działań. Kraje członkowskie podejmuje je w sposób wielce zróżnicowany. Nieznane są jeszcze sposoby skutecznego medycznie postępowania w przypadkach demencji, a opieka nad osobami z otępieniem jest bardzo trudna.

System ochrony zdrowia w Polsce nie obejmuje w stopniu nawet minimalnie zadowalającym ani badań, ani leczenia chorych z demencją. Także w opiece nad osobami chorymi, spoczywającej przede wszystkim na barkach rodziny, nie stworzono jeszcze odpowiedniego rozwiązania wspierającego. Stanowi to jedno z czołowych wzywań zdrowia publicznego i opieki nad osobami starszymi na najbliższe lata.

PROMOCJA ZDROWIA

W latach 70. i 80. ubiegłego wieku w krajach dobrobytu coraz bardziej zdawano sobie sprawę, że nawet największe inwestowanie w system ochrony zdrowia, ukierunkowane głównie na działania medyczne, nie przynosi oczekiwanych korzyści dla poprawy stanu zdrowia populacji.

Potrzeby zdrowotne wzrastały wraz z nowymi technologiami medycznymi i sukcesami w wydłużaniu przeciętnego trwania życia. Problemem do rozwiązania stał się wzrost jakości dalszego życia, tak by zmniejszyć koszty leczenia i uczynić życie ludzkie także w okresie starości satysfakcjonującym i z poczuciem ogólnospołecznej przydatności. Wskazówki, jak to osiągnąć zawarto w koncepcji WHO (1986) na temat promocji zdrowia. Strategia na rzecz zdrowia w koncepcji *health promotion* oznacza większą uwagę skierowaną na warunki życia: uwarunkowania społeczne, instytucjonalne, relacje między ludźmi, a także na warunki ekologiczne (środowiska naturalnego). Obejmuje także postulat powszechności edukacji zdrowotnej, prowadzącej do wzrostu świadomości na temat zachowań prozdrowotnych.

Promocja zdrowia adresowana do osób starszych początkowo wzbudzała wątpliwości, czy na uruchomienie odpowiednich aktywności nie jest za późno. Czy seniorzy są na te działania podatni i jakie będą efekty społeczne? Odpowiedzi poszukiwano w stosunkowo licznych badaniach ostatnich lat (np. Golinowska i inni, 2017), a wnioski wskazują, że osoby starsze są na ogół populacją chętną do poddawania się działaniom aktywizującym, aczkolwiek pod pewnymi warunkami. Należą do nich głównie zdrowie, wystarczające zabezpieczenie dochodowe oraz warunki do mobilności (np. transport⁹).

Znaczącym działaniem w promocji zdrowia jest edukacja zdrowotna. Jednak ta adresowana do osób starszych nie ma ani formalnych rozwiązań organizacyjnych, ani

⁹ Problem mobilności i transportu wydobły badania realizowane w ramach wspomnianego projektu MOPACT.

odpowiednich zasobów publicznych. W Polsce jest często przedmiotem w programach działania uniwersytetów trzeciego wieku (UTW).

Promocja zdrowia obejmuje także konkretne interwencje związane z zapobieganiem chorobom (prewencja pierwotna), w tym między innymi szczepienia.

Promocja zdrowia jest realizowana przez wiele instytucji: zarówno profesjonalnych w ramach systemu ochrony zdrowia, jak i przez wiele organizacji społecznych oraz przez media, w tym media społecznościowe. Powszechność korzystania z mediów społecznościowych jest z jednej strony dużą szansą dla interwencji z zakresu promocji zdrowia i komunikacji zdrowotnej, ale z drugiej strony zagrożeniem. Ujawniła to sytuacja pandemii COVID-19, kiedy w przestrzeni cyfrowej szerzyła się informacja fałszywa, niepotwierdzona czy plotka. Zjawisko to zwane jest infodemią,

ZDROWIE PUBLICZNE W PODSTAWOWEJ OPIECE ZDROWOTNEJ

Podstawowa opieka zdrowotna (POZ) stanowi tak zwane drzwi do systemu ochrony zdrowia i ma do spełnienia trzy ważne funkcje – w praktyce z trudem realizowane w sposób zrównoważony.

Funkcją główną, najbardziej oczywistą, jest oferowanie opieki leczniczej mieszkańcom, którzy zapisali się do lekarza pierwszego kontaktu, aby zapewnić sobie stałą opiekę medyczną w środowisku lokalnym (na miejscu). To daje poczucie bezpieczeństwa, szczególnie wtedy, gdy lekarz pierwszego kontaktu jest też tak zwanym lekarzem rodzinnym¹⁰. Tradycyjny lekarz rodzinny funkcjonuje jednak przede wszystkim w małych miejscowościach. W dużych miastach POZ nie wykształcił *rodzinnosci* w sprawowaniu opieki.

Kolejna funkcja POZ, eksponowana od czasu reformy 1999 roku, polega na kontrolowaniu wejścia do pozostałych obszarów systemu ochrony zdrowia, co związane jest z dążeniem do osiągnięcia większej racjonalności (*de facto* oszczędności) w funkcjonowaniu ochrony zdrowia. Z angielska zwana *gate keeping*, oznacza, że lekarz pierwszego kontaktu *trzyma lekko uchylone drzwi* na przypadki, które wymagają specjalistycznej opieki lekarskiej zarówno ambulatoryjnej, jak i stacjonarnej. To oznacza, że aby leczyć się u specjalisty należy otrzymać skierowanie od lekarza POZ. Pacjent bez odpowiedniego skierowania, chcący otrzymać specjalistyczną poradę, badania czy usługi rehabilitacyjne, a także zabieg w opiece

¹⁰ Instytucja lekarza rodzinnego POZ jest zbliżona do instytucji lekarza rejonowego w systemie zdrowotnym sprzed 1999 r., a w mniejszych miejscowościach obszary działania obu rozwiązań się pokrywają. Różnice dotyczą dużych miast.

stacjonarnej może (musi) skorzystać z oferty prywatnych gabinetów specjalistycznych. Z badań na temat funkcjonowania POZ (Bogusławski i inni, 2020) przeprowadzonych w 2018 roku wynika, że skierowania na leczenie szpitalne stanowią około 2% wszystkich porad udzielanych w POZ.

Trzecia funkcja POZ polega na koordynowaniu spraw *swojego pacjenta* w całym systemie ochrony zdrowia, a także koordynowaniu spraw *zdrowia swojej grupy pacjentów* w środowisku pracy¹¹ oraz lokalnym (miejsca zamieszkania) poprzez współpracę z innymi podmiotami¹²: pielęgniarką środowiskową, miejscowym szpitalem, ośrodkiem pomocy społecznej, ośrodkami opiekuńczymi, placówkami oświaty, służbami porządkowymi i bezpieczeństwa mieszkańców.

Od 2017 roku przygotowano w Polsce kilka programów tzw. opieki koordynowanej (patrz ramka 1.). Wdrażane są stopniowo, zaczynając od pilotażu. Jako że rozszerzone funkcje POZ obejmują też koordynację spraw zdrowia publicznego, to w końcówce dekady lat 2010–2020 rozpoczęto pilotaż programu POZ Plus, w którym widoczne są mocniejsze akcenty dotyczące roli POZ jako koordynatora w sprawach zdrowia publicznego.

Ramka 1. Programy opieki koordynowanej.

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ✓ Szybka ścieżka onkologiczna ✓ Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży (KOC I-III) ✓ Dziecięca opieka koordynowana (DOC) ✓ Kompleksowa opieka nad świadczeniobiorcą ze stwardnieniem rozsianym (KOSM) ✓ Koordynowana opieka specjalistyczna (KOS-zawał) ✓ Koordynowana opieka psychiatryczna ✓ POZ Plus - projekt pilotażowy NFZ |
|---|

Źródło: Ministerstwo Zdrowia

Usługi opieki podstawowej mają zasadnicze znaczenie dla osób starszych. Z badań wynika, że 25 % populacji w wieku 65+ korzysta z opieki swego lekarza pierwszego kontaktu w ciągu co najmniej jednego roku. Odsetek porad lekarskich w tej grupie pacjentów wynosił 34,3% (pielęgniarskich 44%). Średnia liczba porad lekarskich w roku wynosiła 7, a pielęgniarskich – 5 (Bogusławski i inni, dane badania z 2018 roku).

¹¹ Najwyższa Izba Kontroli w 2018 r. postulowała przygotowanie rozwiązań legislacyjnych mających na celu włączenie lekarzy medycyny pracy w profilaktykę wtórną i wczesną diagnostykę chorób cywilizacyjnych, w tym nowotworów, z zapewnieniem jej odrębnego finansowania, które nie obciążą pracodawców.

¹² Jak piszą eksperci Banku Światowego ds. zdrowia: z *praktycznej perspektywy, koordynowany system realizacji świadczeń można określić mianem bliskich, roboczych relacji między różnymi służbami i usługami, takimi jak szpitale, policja, opieka domowa, zdrowie publiczne, opieka społeczna i inne związane ze zdrowiem* (WBG 2017).

Pandemia COVID-19 ograniczyła wizyty pacjentów w przychodniach POZ. Wprowadzono system teleporad, który miał bardzo zróżnicowane oceny. Z jednej strony pozytywne, ponieważ ograniczony kontakt eliminował ryzyko wzajemnego zakażenia. Z drugiej strony uznano, że w pierwszym roku pandemii lekarze nadużywali teleporad. Zmieniono więc zasady (marzec 2021) i to pacjent decydował, w jakiej formie chciałby skorzystać z usługi lekarskiej. Po ponad półtorarocznych doświadczeniach z funkcjonowaniem teleporad, jesienią 2021 roku przygotowywano kolejne zmiany. Teleporady zapewne na stałe wejdą do systemu POZ. Doświadczenia minionego okresu wykazały jednak, że w odniesieniu do osób starszych, jest to rozwiązanie ograniczone.

Pandemia COVID-19 przyspieszyła wdrażanie funkcji koordynacyjnej w POZ. W ośrodkach opieki podstawowej prowadzone są działania prewencji pierwotnej, w tym przede wszystkim szczepienia ochronne oraz instruktaż dotyczący codziennych zachowań ochronnych; ograniczania kontaktów, dystansu fizycznego w miejscach publicznych, noszenia odpowiednich maseczek, a nawet sposobu dbania o higienę miejsc przebywania, w tym szczególnie wietrzenia pomieszczeń¹³.

REHABILITACJA

Usługi rehabilitacyjne w ochronie zdrowia stanowią zarówno część zdrowia publicznego w ramach prewencji pierwotnej, jak i część medycyny naprawczej jako prewencja trzeciorzędowa oferowana po terapii podstawowej w celu przywrócenia pacjentowi powrotu do pełnego zdrowia.

Na usługi rehabilitacyjne w ramach prewencji pierwotnej kieruje lekarz POZ i pacjent ma prawo do świadczeń bezpłatnych raz na dwa lata. Usługi te realizowane są w systemie ambulatoryjnym oraz stacjonarnym: wówczas głównie w miejscowościach uzdrowiskowych.

W okresie pandemii COVID-19 świadczenia rehabilitacyjne zostały istotnie ograniczone. W pierwszych miesiącach 2020 roku oraz przy kolejnych falach pandemii były okresowo wstrzymywane, a następnie realizowane w zakresie na jaki pozwalały dostosowywane regulacje. W części placówek rehabilitacyjnych i sanatoriów zorganizowano tak zwane izolatoria: dla chorujących na COVID-19 niewymagających leczenia szpitalnego.

Pod koniec 2020 roku, po przejściu drugiej fali pandemii, uruchomiono pilotażowy program rehabilitacji leczniczej dla pacjentów po przebytej chorobie COVID-19,

¹³ Transmisja koronawirusa dokonuje się drogą kropelkową i patogen przez pewien czas pozostaje w powietrzu, stąd tzw. świeże powietrze ma ogromne znaczenie w jego rozpraszaniu.

finansowany przez NFZ. W następnym roku rozpoczęto już kompleksowy program rehabilitacji pocovidowej. Pozostałe świadczenia rehabilitacji uzdrowiskowej ulegały redukcji. Sami pacjenci także rezygnowali z ustalonych wcześniej świadczeń. Nasiliło się zjawisko tzw. niedojazdów, które osiągnęło poziom 50% wcześniej ustalonych zgłoszeń. Przeciętny spadek usług uzdrowiskowych w ciągu 2020 roku oszacowano na około 60% (Mrozek-Gąsiorowska, Okarmus, 2021).

Potrzeby w zakresie świadczeń rehabilitacyjnych będą w kolejnych latach narastać. Odkładane ze względu na pandemię (dług zdrowotny), jak i związane z konsekwencjami przebiegu choroby COVID-19, zwiększą popyt na ten rodzaj usług zdrowotnych.

Dla osób starszych usługi te mają znaczenie nie do przecenienia. Systematyczne korzystanie z nich stanowi warunek aktywności, podtrzymującej zdrowie i dobrostan.

ZDROWIE PUBLICZNE ADRESOWANE DO OSÓB NAJSTARSZYCH

Okres starości kończy faza ograniczonej samodzielności. Z biologicznego punktu widzenia można wskazać ten moment – po przekroczeniu 80 roku życia, aczkolwiek w indywidualnym przypadku granica ta może wystąpić wcześniej, na co ma wpływ gorszy stan zdrowia i niekorzystne dla dalszej aktywności warunki bytu. Może też wystąpić znacznie później, kiedy stan zdrowia, aktywność ruchowa oraz dobre warunki bytu ciągle umożliwiają samodzielność¹⁴.

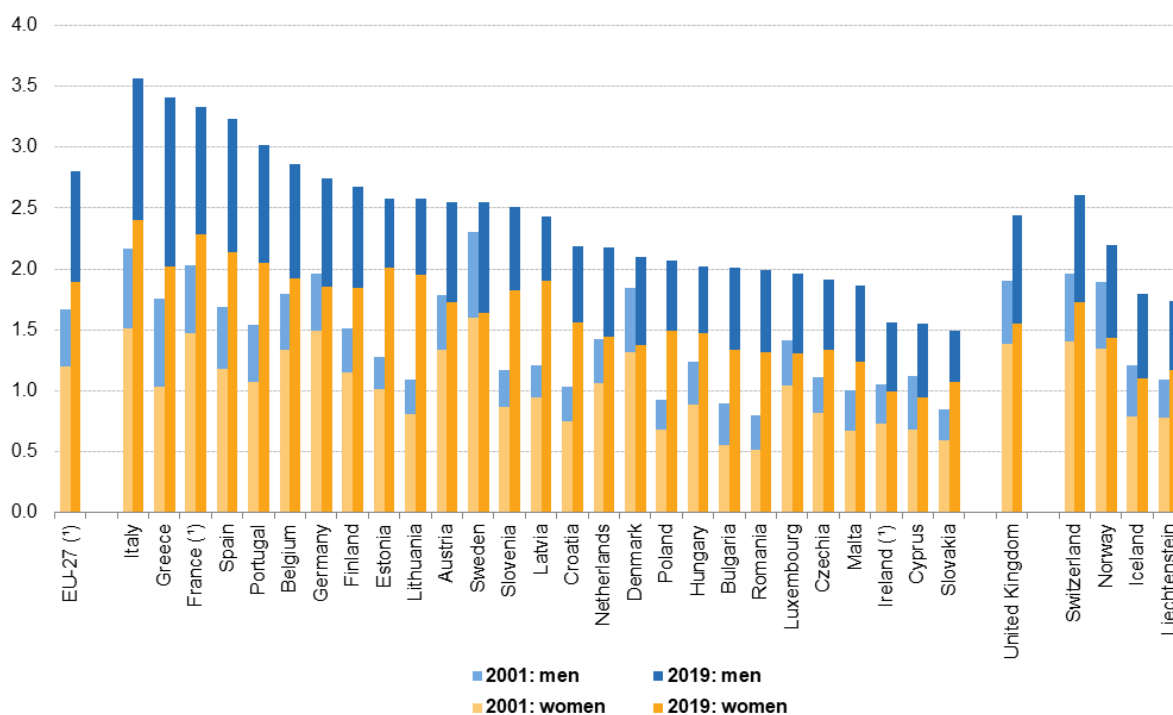
Także porównawczo (między krajami) sytuacja jest istotnie zróżnicowana. Największy i rosnący udział osób najstarszych występuje w krajach śródziemnomorskich: we Włoszech, w Grecji, południowych regionach Francji oraz w Hiszpanii i Portugalii. W tych krajach ludzie żyją najdłużej i w relatywnie dobrym zdrowiu oraz raczej samodzielnie. W krajach Europy Środkowej i Wschodniej sytuacja jest trudniejsza. Udział najstarszej grupy ludności jest znacznie niższy (w porównaniu do Włoch nawet dwukrotnie), ponieważ seniorzy żyją krócej i mają gorsze zdrowie (z niepełnosprawnościami).

Wśród najstarszych seniorów istnieje bardzo duże zróżnicowanie w przekroju płci. Najniższy udział mężczyzn występuje w krajach Europy Środkowej i Wschodniej: Polsce, na Litwie, w Rumunii, na Słowacji, w Bułgarii i Chorwacji. W dwóch krajach skandynawskich: Szwecji i Danii różnice te są już bardzo małe.

¹⁴ Osobiście znam osobę 95-letnią, która żyje samodzielnie w małym domku jednorodzinny z ogrodem. Korzysta z różnych usług: domowych, ogrodniczych i od czasu do czasu pielęgnarskich. Na co dzień odwiedzają ją sąsiedzi, a od święta – wnuki.

W Polsce około 1,7 % populacji ma 85 lat i więcej. Jest to grupa wielkości średniego (półmilionowego) miasta europejskiego. Jej potrzeby opiekuńcze są duże. Jak wskazują badania porównawcze¹⁵, organizacja i finansowanie opieki długoterminowej są zapewnione na wysokim poziomie w krajach Europy Zachodniej, a w krajach Europy Wschodniej istnieją duże ograniczenia. Opieka nad osobami starszymi w tych krajach (także w Polsce) ma głównie charakter nieformalny (rodzina lub/i usługi zatrudnianych opiekunek, niejednokrotnie w ramach szarej strefy).

People aged ≥85 years, by sex, 2001 and 2019
(% share of total population)



(*) 2019: estimates and/or provisional.

Source: Eurostat (online data code: demo_pjangroup)

eurostat 

W pierwszym roku pandemii, na skutek wzrostu liczby zgonów osób w wieku 60+ o ponad 18% w stosunku do roku poprzedniego, udział tej grupy w całej populacji w Polsce obniżył się. Współczynnik zgonów (liczba zgonów na 1000 osób w danym wieku) dla osób najstarszych (85+) wyniósł 169,2 (GUS, 2021). Najliczniej umierały osoby w przedziale wieku 70–74 lata.

Opieka stacjonarna

¹⁵ W ujęciu porównawczym – patrz numer monotematyczny *Challenges in long-term care in Europe - Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie No 17 /2019* (Pavlova M., Praznovszky L., Tambor M., Golinowska S., Groot W.).

W opiece stacjonarnej przebywa rocznie niecałe dwa procent osób starszych (60+). Populacja najstarsza (85+) korzysta z opieki stacjonarnej w skali znacznie większej. Szacując, możemy założyć, że jest to wielkość zbliżona do 20%, uwzględniając placówki publiczne i niepubliczne.

Publiczna opieka stacjonarna jest podzielona między sektor zdrowotny i socjalny; z odrębnymi kryteriami dostępu, mechanizmami finansowania, organizacją i zarządzaniem.

Największą liczbą miejsc (łóżek) dysponują domy pomocy społecznej – około 60%, przy czym w DPS-ach przebywają nie tylko osoby starsze, lecz także w młodszym wieku, chore przewlekle i z różnego rodzaju niepełnosprawnościami. Wszystkie placówki posiadają łącznie 119,3 tys. miejsc. W 2020 roku mieszkało w nich 105,2 tys. osób. Ponad 24% przebywało w placówkach dla osób w podeszłym wieku (powyżej 80 lat) – było to 25 357 osób.

W sektorze ochrony zdrowia funkcjonują trzy rodzaje placówek dla osób starszych i niesamodzielnych: zakłady opiekuńczo-lecznicze (ZOL), zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze (ZPO) i zakłady opieki paliatywnej (patrz ramka 2). Zapotrzebowanie na ten rodzaj opieki wzrasta i na wolne miejsce czeka się kilka miesięcy (NIK, 2020). W 2020 roku ZOL i ZPO dysponowały blisko 35 tys. łóżek (GUS, 2021). W ciągu roku zajmowało je około 60 tys. podopiecznych. Przeciętny czas pobytu wynosił kilka miesięcy (około 8).

Placówki finansowane przez NFZ były przedmiotem kontroli NIK (2020), która wykazała, że podstawowy problem ich funkcjonowania sprowadzał się do niedostatecznych zasobów: finansowych i kadrowych. To ograniczało ich rozwój mimo zgłaszanego zapotrzebowania. Ponadto, w skontrolowanych zakładach, zwłaszcza w większych miastach, systematycznie wydłużał się czas oczekiwania na umieszczenie w nich pacjentów. W okresie analizowanym przez NIK część osób oczekujących na miejsce w ZOL bądź ZPO zmarła nie doczekawszy miejsca w placówce.

Ramka 2. Zakłady opieki długoterminowej w sektorze zdrowotnym.

Zakłady opiekuńczo-lecznicze (ZOL)

Do ZOL kwalifikowane są osoby, które zakończyły proces leczenia szpitalnego, są w pełni zdiagnozowane, nie wymagają dalszej hospitalizacji, a jednocześnie potrzebują, ze względu na stan zdrowia, kontynuacji leczenia oraz całodobowych świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych oraz rehabilitacyjnych. W ocenie w skali Barthel otrzymały 40 punktów lub mniej.

Zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze (ZPO)

Jednostka organizacyjna zakładu leczniczego, w którym udziela się stacjonarnych i całodobowych świadczeń pielęgnacyjnych, opiekuńczych i rehabilitacyjnych pacjentów niewymagających hospitalizacji. W ZPO zapewnienia się produkty lecznicze potrzebne do

kontynuacji leczenia oraz odpowiednie wyżywienie.

Placówki hospicyjno-paliatywne

Działają jako placówki stacjonarne lub ambulatoryjne (prywatne i publiczne). Usługi paliatywne udzielane są także w ramach opieki domowej. Główne działania obejmują pielęgnację, uśmierzanie bólu, zapobieganie powikłaniom, terapię psychologiczną.

W odpowiedzi na ograniczenia podaży usług opieki stacjonarnej rozwija się sektor prywatny: o różnym standardzie, legalny i nielegalny, droższy i tańszy. Domy prywatne to zarówno domy komercyjne, jak i działające non-for-profit. Te ostatnie prowadzone są przez organizacje pozarządowe (stowarzyszenia i fundacje) oraz przez Kościół, w tym Caritas, związki wyznaniowe i placówki zakonne. Kilka procent placówek niepublicznych (około 5%) stanowią spółki z udziałem jednostek samorządu terytorialnego.

Rozwój placówek prywatnych jest dostosowany do różnych zasobów finansowych podopiecznych, co wpływa na zróżnicowaną jakość sprawowanej opieki. Nadzór nad standardami jakości w funkcjonowaniu sektora prywatnego jest ograniczony. Uwzględnia ilość zasobów niezbędnych do udzielania świadczeń, natomiast ich realne standardy oraz efekty pozostają poza kontrolą.

Działania wobec stacjonarnej opieki długoterminowej w okresie pandemii COVID-19

Rozszerzanie się zakażeń koronawirusem w opiece stacjonarnej było zjawiskiem powszechnym. Chorowali podopieczni i personel. Z zakażonych placówek ewakuowano pensjonariuszy do innych miejsc, w tym także do szpitali¹⁶.

Problemem w Polsce stało się utrzymanie zatrudnienia. Kadra placówek borykała się z trudnościami: deficytem środków ochrony osobistej, środków dezynfekcyjnych, a przede wszystkim brakiem testów na obecność wirusa SARS-CoV-2. Dlatego w obawie o własne zdrowie wykorzystywała możliwości niestawiania się do pracy (otrzymując zwolnienie lekarskie) lub ją wręcz porzucała.

Reakcja władz na rozszerzanie się zakażeń w placówkach opiekuńczych i opuszczanie miejsc pracy była początkowo represyjna. Minister sprawiedliwości zapowiadał wprowadzenie nakazów pracy, a personelowi przebywającemu na kwarantannach oferowano obniżone wynagrodzenie (do 80% podstawowego w formie zasiłku chorobowego). Na szczęście uruchomiono środki (w ramach NFZ wspartym EFS – Europejskim Funduszem Społecznym) i przyznano granty na podniesienie wynagrodzeń załogom ZOL, ZPO i

¹⁶ Np. w Kanadzie (w prowincji Ontario) oddelegowano 150 zespołów szpitalnych, aby załagodzić niedobory personelu w domach opieki (Bielska, 2021). W kilku przypadkach włączono także pomoc kanadyjskich sił zbrojnych. To ostatnie działanie miało miejsce również w Polsce, w przypadkach ewakuacji placówek, władz administracyjnych i służb sanitarnych

hospicjów, a także domów pomocy społecznej (!!!) oraz na poprawę organizacji pracy¹⁷. Warunkiem przyznania grantu była taka organizacja pracy, aby zatrudnieni pracowali tylko w jednym miejscu pracy.

WNIOSKI

Interwencje zdrowia publicznego adresowane do osób starszych nie stanowiły dotychczas szczególnie eksponowanego problemu w ochronie zdrowia. Powoli natomiast zyskiwała uwagę promocja zdrowia. Na finansowanie jej działań zaczęto przyznawać skromne środki. Główny ich strumień był skierowany na szczepienia przeciw grypie, ale dotyczyło to zaledwie kilku procent osób w wieku 60 + (GUS, 2021).

Pandemia COVID-19 wydobyla generalne słabości całego systemu ochrony zdrowia, także w odniesieniu do osób starszych. Niedostateczne leczenie chorób przewlekłych i wielochorobowości, istotnie ograniczone z powodu niedoboru zasobów w systemie, spowodowało, że koronawirus stał się dodatkowym czynnikiem niepowodzeń opieki medycznej wobec seniorów. Tylko w ciągu jednego roku wskaźniki przeciętnego dalszego trwania życia osób w wieku 60+ obniżyły się prawie o dwa lata. Kilka dekad starań o dłuższe trwanie życia populacji w Polsce zniweczył rok pandemii, która z powodu niepełnej wyszczepialności populacji ciągle trwa.

Pandemia Covid-19 wydobyla także słabość i niekompletność polityki zdrowotnej i społecznej wobec seniorów. Tę politykę można by podsumować następująco:

- wsparcie osób starszych jest zorientowane głównie na świadczenia pieniężne;
- sytuacja życiowa osób najstarszych w wielu obszarach nie jest przedmiotem lokalnego monitorowania, na przykład w dziedzinie warunków mieszkaniowych czy sytuacji rodzinnej: nie wiadomo więc czy osoba starsza prowadząca jednoosobowe gospodarstwo domowe ma opiekę rodzinną, czy funkcjonuje samodzielnie i jak sobie radzi;
- podstawowa opieka zdrowotna nie pełni funkcji koordynacyjnej wobec promocji zdrowia i prewencji pierwotnej chorób starszego wieku, aczkolwiek pierwsze programy – jako pilotażowe – są powoli podejmowane, na przykład POZ+;
- działania zdrowia publicznego w zakresie nadzorowania bezpieczeństwa zdrowotnego osób starszych są niedostateczne ze względu na słabość funkcjonowania służb

¹⁷ Zarządzenia Prezesa NFZ z maja i września 2021 r. dotyczące projektu *Zapewnienie bezpieczeństwa i opieki pacjentom oraz bezpieczeństwa personelowi zakładów opiekuńczo-leczniczych, domów pomocy społecznej, zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych i hospicjów na czas COVID-19*, <https://www.nfz.gov.pl>.

inspekcji sanitarnej oraz ograniczone jej współdziałania z innymi instytucjami ważnymi dla wspierania osób starszych, a szczególnie POZ oraz pomocy społecznej;

– publiczny system opieki długoterminowej jest niewystarczająco rozwinięty, rozproszony i nieskoordynowany;

– jakość stacjonarnej opieki długoterminowej nad osobami starszymi i niesamodzielnymi jest zróżnicowana i w wielu przypadkach substandardowa, przez co utrudnia zapobieganie i wychodzenie z kryzysu zdrowotnego;

– brakuje systemowego współdziałania instytucji sektora zdrowotnego z instytucjami sektora socjalnego, a taka koordynacja jest kluczowa w rozpoznawaniu kompleksu potrzeb życiowych osób starszych i udzielaniu skutecznego wsparcia¹⁸.

Wyzwaniem o ogromnym znaczeniu dla zdrowia publicznego obecnie, to znaczy w okresie pandemii COVID-19, stało się kontrolowanie bezpieczeństwa zdrowotnego osób starszych. O podjęcie takich działań apelujemy do instytucji nadzoru sanitarnego, podstawowej opieki zdrowotnej oraz pomocy społecznej. Potrzebne jest rozpoznawanie sytuacji życiowej osób starszych w środowiskach lokalnych. Osoby starsze żyją coraz częściej w samotności i bez pomocy, i w samotności nadmiernie umierają.

Bibliografia

- Aunan J.R., Cho W.C., Søreide K. (2017). The Biology of Aging and Cancer: A Brief Overview of Shared and Divergent Molecular Hallmarks. *Aging and Disease*, Vol. 8, No 5: 628–642.
- Błądowski P., Grodzicki T., Mossakowska M., Zdrojewski T. (red.). (2021). *Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem PolSenio2*. Gdańsk: Gdański Uniwersytet Medyczny.
- Bogusławski S., Burlński P., Smaga A., Nowak S., Kijowska V., Juszczyk G. (2020). *Podstawowa opieka zdrowotna w Polsce – rola w systemie a dostępne narzędzia informacyjne*. W: B. Wojtyniak, P. Goryński, *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2020* (s. 581–585). Warszawa: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny.
- GUS. (2021). *Sytuacja osób starszych w Polsce w 2020 r. Analizy Statystyczne*. Białystok.
- GUS. (2021). *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2020 r. Analizy statystyczne*. Kraków.
- GUS. (2021). *Zakłady stacjonarne pomocy społecznej w 2020 r. Informacje Sygnalne*.

¹⁸ Problem potrzeby koordynacji spraw usytuowanych w resorcie zdrowia i polityki społecznej został przedstawiony w książce *O łączeniu spraw zdrowotnych i społecznych w przebiegu życia* (Golinowska, Tambor, 2020).

- Golinowska S. (red.). (2017). *Promocja zdrowia dla osób starszych. Podręcznik dla promotorów zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Golinowska S., Tambor M. (2020). *O łączeniu spraw zdrowotnych i społecznych w przebiegu życia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Golinowska S. (2021). O powstawaniu i zapobieganiu niepełnosprawności, *Polityka Społeczna* No 10.
- Grodzicki T., Fedyk-Łukasik M. (2004). Niewydolność serca u osób w podeszłym wieku. W: J.S. Dubiel, J. Korewicki, T. Grodzicki (red.), *Niewydolność serca* (s. 153–161). Gdańsk: Via Media.
- Grodzicki T., Golinowska S., Tobiasz-Adameczyk B. (2022). Zdrowie osób starszych. W: *Zdrowie publiczne. Wymiar społeczny i epidemiologiczny*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar (w druku).
- Gryglewska B., Grodzicki T. (red.). (2017). *Vademecum geriatrici dla lekarza praktyka*. Gdańsk: Via Medica.
- Hansen T., Slagsvold B. (2017). The East–West divide in late-life depression in Europe: Results from the Generations and Gender Survey, *Scandinavian Psychologist*, 4, e4. DOI:10.15714.
- Kissimova-Skarbek K. (2015). Koszty obciążenia chorobami. W: S. Golinowska, *Od ekonomii do ekonomiki zdrowia* (s. 354–391). Warszawa: PWN.
- Klich-Rączka A. (2019). Otepienie jako współczesne wyzwanie dla ochrony zdrowia starzejącej się populacji. *Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, nr 1.
- Kwaśny-Krochin B., Korkosz M. (2017). Choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa i stawów obwodowych. W: B. Gryglewska, T. Grodzicki (red.), *Vademecum geriatrici dla lekarza praktyka* (s. 90–97). Gdańsk: Via Medica.
- Mossakowska M., Więcek A., Błędowski P. (red.). (2012). *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*. Poznań: Termedia Wydawnictwa Medyczne.
- Mrożek-Gąsiorowska M., Okarmus P. (2021). Ocena wpływu pandemii Covid-19 na realizację świadczeń rehabilitacyjnych finansowanych przez NFZ w Polsce w 2020 roku. *Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, nr 1.
- NIK. (2020). *Dostępność opieki długoterminowej finansowanej ze środków NFZ*, <https://www.nik.gov.pl/>.
- Scheres J., Kuszewski K. (2019). The Ten Threats to Global Health in 2018 and 2019. A welcome and informative communication of WHO to everybody. *Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, nr 1 s. 2–8.
- Sulicka-Grodzicka J., Surdacki A., Grodzicki T. (2019). Przewlekły stan zapalny i zaburzenia immunologiczne u młodych dorosłych po leczeniu choroby nowotworowej w dzieciństwie. W: *Onkologia w Praktyce Klinicznej – Edukacja, tom 5, suplement E*.

- Szukalski P. (2008). Ageizm – dyskryminacja ze względu na wiek. W: J.T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Starzenie się ludności Polski – między demografią a gerontologią społeczną*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- The Lancet. (2021). *Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019*.
- The World Bank Group. (2017). *Opieka Koordynowana: Projekt modeli do programu pilotażowego. Strategia wdrożenia*, Washington DC.
- Tobiasz-Adamczyk B. (red.). (2009). *Przemoc wobec osób starszych*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Topór-Mądry R., Wojtyniak B. i inni (2020). *Główne problemy dotyczące zdrowia Polaków w świetle najnowszych wyników badania „Global Burden of Disease Study (GBD)” 2019*. Warszawa: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny.
- Webb P., Bain Ch., Page A. (2021). *Epidemiologia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- WHO. (2017). *Global action plan on the public health response to dementia 2017–2025*. Geneva: WHO.
- Wojtyniak B, Goryński P. (red.). (2020). *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2020*. Warszawa: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny.
- Walker A. (2018). *MOPACT (Mobilising The Potential of Active Ageing in Europe). Final Report Summary - List of Websites*, <http://mopact.group.shef.ac.uk/>.
- Wróblewska W. (2009). Teoria przejścia epidemiologicznego oraz fakty na przełomie wieków w Polsce. *Studia Demograficzne 1(155)* (s.110–159). <https://econjournals.sgh.waw.pl/SD/article/view/2600>.
- Zatoński W. (2003). *Droga do zdrowia. Historia przeciwdziałania epidemii chorób tytoniowych w Polsce*. Warszawa: Centrum Onkologii-Instytut.