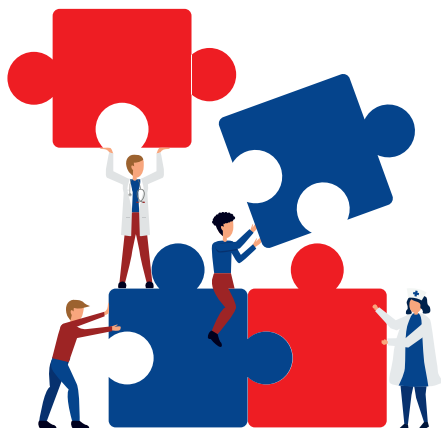


REKOMENDACJE STRATEGICZNE

DLA RZĄDU I SAMORZĄDÓW

Rekomendacje przygotowane w ramach realizacji zadania z zakresu zdrowia publicznego dot. punktu 4.2 Celu Operacyjnego nr 5, pn. PolSenior2–Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem, sfinansowanego w ramach Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020 ze środków otrzymanych od Ministerstwa Zdrowia.



Autorzy:

Piotr Błędowski, Jerzy Chudek, Tomasz Grodzicki, Kacper Jagiełło (analizy statystyczne), Tomasz Kostka (redaktor), Adrian Lange (sekretarz zespołu), Małgorzata Mossakowska, Katarzyna Wieczorowska-Tobis, Andrzej Więcek, Bogdan Wojtyniak, Tomasz Zdrojewski.



Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych,
w tym jakości życia związanej ze zdrowiem

REKOMENDACJE STRATEGICZNE DLA RZĄDU I SAMORZĄDÓW

Rekomendacje adresowane są do Rządu i Samorządów. Powstały na podstawie wyników ogólnopolskiego badania *PolSenior2*, z uwzględnieniem innych źródłowych danych krajowych i międzynarodowych wymienionych w piśmiennictwie. Dokument został przygotowany wspólnie przez wszystkich autorów – ekspertów z zakresu epidemiologii, zdrowia publicznego, geriatry i gerontologii społecznej.

Projekt pt. „Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem” [*PolSenior2*] został sfinansowany ze środków Ministerstwa Zdrowia, w ramach Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020. Umowa nr 6/5/4.2/NPZ/2017/1203/1257 na realizację tego zadania została zawarta w dniu 7 listopada 2017 r.



Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk, 2022

ISBN 978-83-67147-26-2 (druk)

ISBN 978-83-67147-27-9 (pdf)

ISBN 978-83-67147-28-6 (e-book)

Autorzy

prof. dr hab. Piotr Błędowski

Szkoła Główna Handlowa w Warszawie

prof. dr hab. Jerzy Chudek

Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

prof. dr hab. Tomasz Grodzicki

Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie

prof. dr hab. Tomasz Kostka

redaktor dokumentu, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

mgr Adrian Lange

sekretarz zespołu, Gdański Uniwersytet Medyczny

dr hab. Małgorzata Mossakowska

Międzynarodowy Instytut Biologii Molekularnej i Komórkowej w Warszawie

prof. dr hab. Katarzyna Wieczorowska-Tobis

Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

dr Bogdan Wojtyniak, prof. NIZP PZH – PIB

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy

prof. dr hab. Andrzej Więcek

Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

prof. dr hab. Tomasz Zdrojewski

kierownik projektu *PolSenior2*, Gdański Uniwersytet Medyczny

Analizy statystyczne:

mgr Kacper Jagiełło, Gdański Uniwersytet Medyczny

Spis treści

Streszczenie	7
Przedstawienie aktualnej sytuacji osób starszych w Polsce	11
1. Zarys sytuacji demograficznej	11
2. Aspekty społeczne	14
3. Aspekty medyczne	18
Charakterystyka badania <i>PolSenior2</i>. Wybrane wyniki	23
Najważniejsze rekomendacje wynikające z badania <i>PolSenior2</i>	39
1. Rekomendacje dotyczące zakresu i metod monitorowania stanu zdrowia i uwarunkowań społecznych w populacji senioralnej (60+) w Polsce	39
2. Propozycje rozwiązań społecznych i prawnych	47
3. Potrzebne zmiany w organizacji opieki zdrowotnej i społecznej oraz ich integracji	52
4. Problemy farmakoterapii i jej bezpieczeństwa w starszym wieku	57
5. Organizacja i promowanie szczepień w populacji senioralnej	59
6. Edukacja społeczeństwa, w tym w szczególności osób w starszym wieku i opiekunów	63
Podsumowanie	67
Rekomendowane piśmiennictwo	69
Załączniki	73
1. Prawa osób starszych. Wybrane aspekty	75
2. Streszczenie Monografii <i>PolSenior2</i>	79
3. Podsumowanie wyników i wnioski części medycznej projektu <i>PolSenior2</i>	91
4. Podsumowanie wyników i wnioski części społecznej projektu <i>PolSenior2</i>	139

Streszczenie

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.

Badanie **reprezentatywnej próby 5987 mieszkańców Polski w wieku 60 i więcej lat** (zakres 60–106 lat) prowadzono w okresie od września 2018 r. do grudnia 2019 r. Jego wyniki umożliwiają dokładną ocenę stanu zdrowia i sytuacji społecznej starszych Polaków, zaś ich porównanie z wynikami badania *PolSenior* wskaże na główne zmiany w ostatniej dekadzie w Polsce.

Podstawową zaletą badania było wykonanie, oprócz badań ankietowych, także najważniejszych testów i kwestionariuszy stosowanych wspólnie w geriatricy, które wchodzi w skład Całościowej (Kompleksowej) Oceny Geriatrycznej (COG), oraz bezpośrednich pomiarów antropometrycznych i ciśnienia krwi, a także zestawu 36 badań laboratoryjnych krwi i moczu.

Kwestionariusz medyczny zawierał pytania dotyczące przebytych i rozpoznanych przez lekarza chorób oraz objawów chorobowych. Dodatkowo pytano o wszystkie przyjmowane leki i suplementy diety, co pozwoliło na analizę występowania polipragmazji, czyli zjawiska przyjmowania wielu leków i związanego z tym ryzyka ich interakcji.

Kwestionariusz społeczno-ekonomiczny obejmował ocenę sytuacji rodzinnej, potrzeb w zakresie opieki i pielęgnacji respondentów, aktywność społeczną seniorów, wsparcie społeczne, korzystanie ze świadczeń pomocy społecznej, formy spędzania czasu wolnego, aktywność rekreacyjną i turystyczną, oraz jakość życia i wykluczenie cyfrowe. Pytano o przemoc w stosunku do seniorów, ich sytuację materialną oraz mieszkaniową. Oceniano też zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne i usługi opiekuńczo-pielęgnacyjne oraz dostęp do opieki medycznej.

Realizacja projektu *PolSenior2* pozwoliła na uzyskanie interdyscyplinarnej wiedzy na temat populacji osób w wieku 60+ w sferze zdrowia i polityki społecznej, 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.

Koordinację 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 **ulożenie zadań związanych z koordynacją polityki senioralnej na poziomie ponadministerialnym, najlepiej w zakresie kompetencji Wiceprezesa Rady Ministrów**. Zagwarantuje to wielowymiarową politykę senioralną i stworzy warunki dla osiągnięcia synergicznych efektów tej polityki na wszystkich szczeblach administracji państwowej i samorządowej oraz opieki zdrowotnej. Celem są **niezbędne zmiany w organizacji opieki zdrowotnej i pomocy społecznej oraz ich integracja**. Za naczelne wyzwanie dla polityki senioralnej należy uznać **stworzenie systemu usług dla osób starszych**. Usługi te powinny ułatwiać zaspokojenie potrzeb bytowych oraz społecznych i zdrowotnych.

Wobec oczekiwanego wzrostu liczby osób starszych konieczna jest organizacja kompleksowego wsparcia seniorów i ich opiekunów nieformalnych oraz formalnych. Niezbędne w związku z tym wydaje się być 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.

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 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 jako nowy tryb udzielania świadczeń ze sprawdzonymi, dobrymi praktykami w innych krajach), z rehabilitacją geriatryczną stacjonarną i ambulatoryjną oraz z opieką środowiskową.

System **opieki geriatrycznej** powinien dążyć do modelu, w którym niepełnosprawna osoba starsza potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu po pobycie w szpitalu zostałaby objęta rehabilitacją geriatryczną, a następnie powróciła do swojego środowiska domowego. Jeśli pacjent wymaga pomocy w codziennych czynnościach, należy zapewnić mu możliwie pełną dostępność do usług pracowników pomocy społecznej, pielęgniarzy rodzinnej i systematycznych zajęć rehabilitacyjnych. Oddziały szpitalne powinny ściśle współpracować z ambulatoryjnymi Centrami Opieki Senioralnej (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 i więcej lat 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. W celu usprawnienia organizacji opieki nad osobami starszymi niepełnosprawnymi konieczne jest wprowadzenie koordynatora opieki – osoby odpowiedzialnej za koordynację opieki medycznej i socjalnej.

Przedstawienie aktualnej sytuacji osób starszych w Polsce

1. Zarys sytuacji demograficznej

Zmiany demograficzne, jakie obserwuje się w Polsce po 1990 r. charakteryzują się między innymi wchodzeniem w wiek senioralny¹ 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 i więcej lat wynosiła 5,7 mln (15,0% ogółu populacji), to w końcu 2020 r. już 9,8 mln i osoby te stanowiły 25,6% ogółu ludności². Zgodnie z ostatnią prognozą Urzędu Statystycznego Unii Europejskiej (Eurostat)³, liczba osób w starszym wieku w Polsce będzie systematycznie wzrastała i jest bardzo prawdopodobne, że do 2030 r. wzrośnie do poziomu 10,5 mln, a w 2050 r. może wynieść 12,9 mln. Osoby te będą stanowiły wówczas około 38% ogółu ludności Polski. Liczba osób w wieku 75 i więcej lat w 2050 r. może wynosić 5,2 mln (15,2%), a w wieku 85 i więcej lat – 1,9 mln (2,5-krotny wzrost w stosunku do 2019 r., 5,7% ogółu ludności) (ryc. 1).

Warto zwrócić uwagę, że w najbliższym czasie czeka nas przede wszystkim wzrost liczby seniorów w wieku 75–84 lata, natomiast dopiero w okresie od 2030 r. do 2040 r. będzie zwiększać się liczba najstarszych seniorów w wieku 85 i więcej lat.

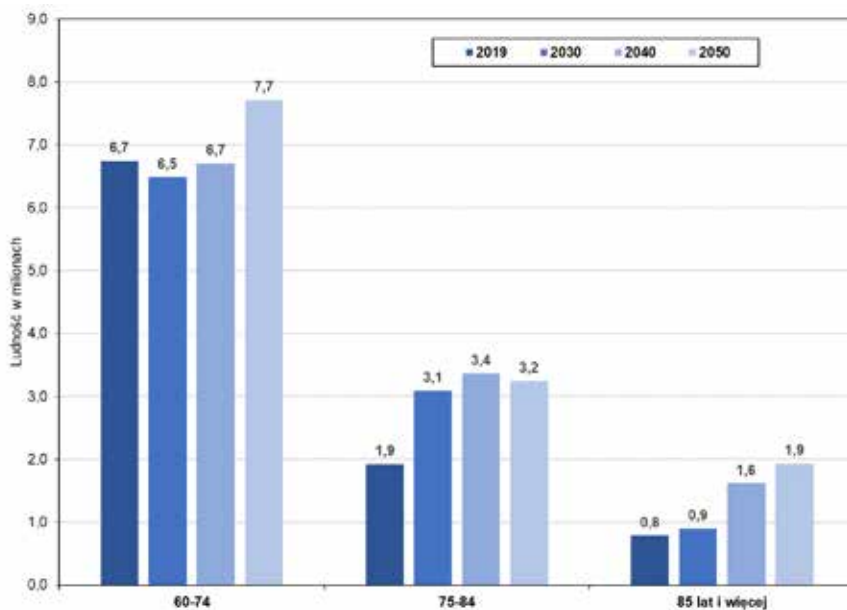
W populacji seniorów dominują kobiety. W 2020 r. udział kobiet wśród osób starszych wyniósł 58,1%, czyli na 100 mężczyzn przypadało 139 kobiet. Przewaga liczebna kobiet w stosunku do mężczyzn znacząco zwiększa się wraz z wiekiem i wśród osób w wieku 75 i więcej lat kobiety stanowią obecnie już 66,2%, a więc na 100 mężczyzn przypada aż 196 kobiet. Zgodnie ze wspomnianą prognozą ludności według Eurostatu w następnych dziesię-

¹ Dla spójności z populacją badania *PolSenior2* za wiek senioralny przyjmujemy 60 i więcej lat, co jest zgodne z definicją przyjętą w Ustawie z dnia 15 września 2015 r. o osobach starszych.

² GUS, Rocznik Demograficzny 2021. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny, 2021.

³ <https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>.

Rycina 1. Ludność w wieku 60–74 lata, 75–84 lata oraz 85 i więcej lat w Polsce w 2019 r. i prognozowana w latach 2030, 2040 i 2050 (na podstawie danych Eurostat – EUROPOP2019)



cioleciach ta przewaga liczebna kobiet nad mężczyznami będzie się powoli zmniejszać i w 2050 r. na 100 mężczyzn w wieku 60 i więcej lat będą przypadały 124 kobiety, a w wieku 75 i więcej lat – 152. Będzie to następstwem trochę szybszego wydłużania się trwania życia mężczyzn niż kobiet.

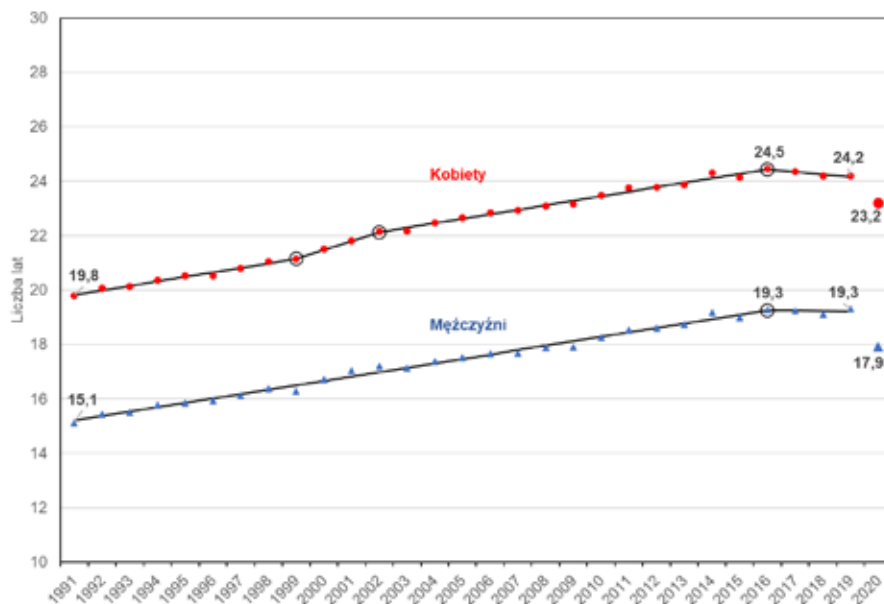
Większość osób w wieku senioralnym zamieszkuje w miastach. W 2020 r. wskaźnik urbanizacji dla osób w wieku 60 i więcej lat ukształtował się na poziomie 65,0%, podczas gdy dla ogółu ludności wynosił 59,9%. Wśród mieszkańców miast osoby w wieku senioralnym stanowiły 27,8%, a w populacji osób zamieszkałych na wsi – 22,3%. W 2050 r. według prognozy GUS odsetki seniorów będą wynosiły odpowiednio 42,4% w miastach i 37,8% na wsi⁴.

W 2020 r. przeciętna dalsza oczekiwana długość życia mężczyzn w wieku 60 lat wynosiła 17,9 lat, a kobiet – 23,2 lata⁵. Długość życia starszych mieszkańców Polski systematycznie zwiększała się po 1991 r. aż do 2016 r.

⁴ <http://demografia.stat.gov.pl/bazademografia/Prognoza.aspx>.

⁵ GUS, Rocznik Demograficzny 2021. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny, 2021.

Rycina 2. Przeciętne dalsze trwanie życia kobiet i mężczyzn w wieku 60 lat w Polsce w latach 1991–2020 – jego wartości i trendy (dane GUS i obliczenia własne)

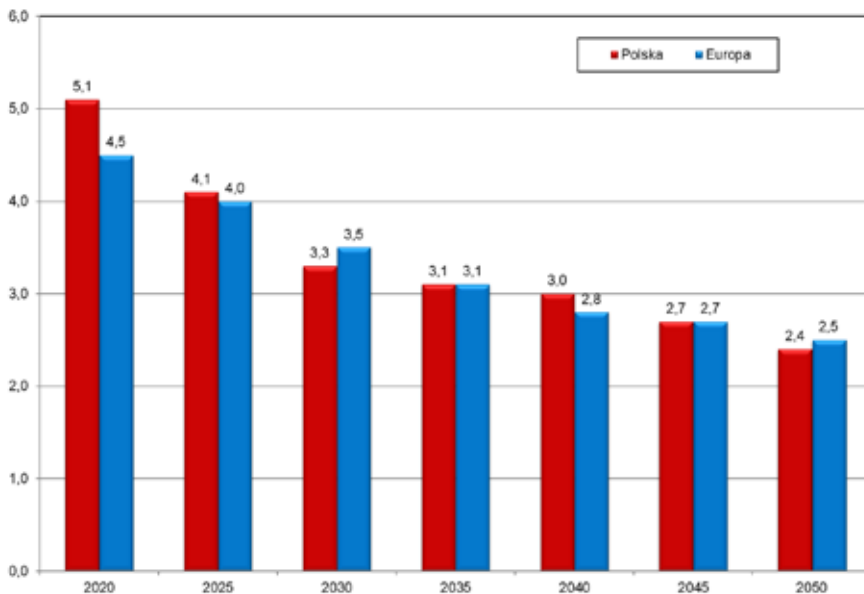


i w przypadku mężczyzn wzrosła o 4,2 lata, a w przypadku kobiet o 4,7 lata, ale w kolejnych trzech latach długość życia mężczyzn nie zwiększyła się, a kobiet uległa nawet skróceniu. Pandemia COVID-19 w 2020 r. spowodowała skrócenie dalszego trwania życia mężczyzn i kobiet w wieku 60 lat w stosunku do 2019 r. odpowiednio o 1,4 roku i 1,0 rok (ryc. 2).

Według najnowszej prognozy Eurostatu przeciętne dalsze trwanie życia polskich seniorów będzie zwiększało się i w okresie 2019–2050 może wzrosnąć w przypadku 60-letnich mężczyzn o 4,8 lata, a w przypadku kobiet o 4,0 lata. Można mieć uzasadnioną obawę, że negatywne konsekwencje zdrowotne i wzrost umieralności spowodowany pandemią COVID-19, szczególnie nasilone wśród osób starszych, znajdą swoje odbicie w spowolnieniu wzrostu oczekiwanej dalszej długości życia polskich seniorów.

Zachodzące zmiany w strukturze wieku ludności i problem starzenia się populacji znajdują swoje odbicie w ważnych wskaźnikach demograficzno-społecznych. Jednym z nich jest tzw. wskaźnik potencjalnego wsparcia, pokazujący, ile osób w wieku aktywnym (25–69 lat) przypada na osobę w wieku 70 i więcej lat. Jak wynika z ryciny 3, w kolejnych dekadach będziemy obserwować dramatyczne zmniejszanie się wartości tego wskaźni-

Rycina 3. Wskaźnik potencjalnego wsparcia w Polsce i przeciętny w Europie w 2020 r. oraz prognozowany na lata 2020–2050 (UN, World Population Prospects: The 2019 Revision).



ka zarówno w Polsce, jak i w całej Europie, ale w Polsce ta zmiana będzie znacznie większa i zapewne bardziej odczuwalna.

Konkludując, można stwierdzić, że przewidywany znaczny wzrost liczby 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.

2. Aspekty społeczne

Sytuacja dochodowa, aktywność zawodowa

Jednym z istotnych czynników kształtujących sytuację życiową osób starszych są ich dochody. O ile liczba seniorów nieposiadających własnych dochodów jest marginalna, o tyle powszechnym problemem są niskie dochody. W 2019 r. przeciętna emerytura pracownicza brutto wynosiła 2421 zł, a przeciętna emerytura brutto z Kasy Rolniczego Ubezpiecze-

nia Społecznego – 1305 zł (*Rocznik Statystyczny 2020*). Dane statystyczne potwierdzają wyniki badania *PolSenior2*, że mediana dochodów⁶ lokuje się poniżej średniej. Według GUS, ponad połowa emerytur wypłacanych w 2019 r. przez ZUS nie przekraczała 2200 zł. Świadczenia emerytalne otrzymywane przez kobiety są znacznie niższe niż te, z których korzystają mężczyźni. Szczególnie trudna jest sytuacja osób owdowiałych, które ze swojego świadczenia muszą ponieść koszty eksploatacji mieszkania i koszty egzystencji. Dotyczy to zwłaszcza kobiet. Połowa kobiet otrzymywała świadczenia emerytalne z ZUS nieprzekraczające 2000 zł, podczas gdy połowa mężczyzn korzystała z emerytury pracowniczej do 2800 zł brutto. Konsekwencją niskich świadczeń emerytalnych jest niezaspokojenie ważnych potrzeb, w tym zakupu leków. W badaniu *PolSenior2* 13,5% kobiet oraz 8,1% mężczyzn twierdziło, że miewa problemy z wykupieniem zapisanych na receptę lekarstw. Stopniowo postępujące wykluczenie finansowe może stać się przyczyną ekskluzji w innych obszarach życia.

Na podkreślenie zasługuje fakt, że niemal 3/4 respondentów (73%) uznało swoją sytuację finansową za co najmniej dobrą. Tę sprzeczność w porównaniu do danych statystycznych na temat bezwzględnej wysokości dochodów osób starszych można zapewne wyjaśnić tym, że seniorzy, zachowując dyscyplinę finansową, dostosowują swoje potrzeby do materialnych możliwości ich zaspokojenia, wypierając niejako te, których zaspokojenie jest niemożliwe.

Duże znaczenie dla sytuacji dochodowej seniorów ma ich status zawodowy. Współczynniki aktywności zawodowej osób w wieku przedemerytalnym i emerytalnym od wielu lat kształtują się na bardzo niskim poziomie. Tymczasem wyniki badania *PolSenior2* wskazują, że ponad 1/3 osób przechodzących na emeryturę byłaby skłonna kontynuować pracę zarobkową, o ile stworzone zostaną ku temu odpowiednie warunki. Perspektywa ograniczenia podaży zasobów pracy powinna motywować menedżerów do rozwijania technik zarządzania wiekiem. Wydłużenie okresu zatrudnienia jest również istotne ze względów makroekonomicznych oraz dla finansów publicznych.

Rodzina

Zmiany w strukturze rodziny przebiegają dwutorowo. Po pierwsze, rodzina staje się mniej liczna i mniej trwała. Ze spadkiem współczynnika

⁶ Mediana to wartość, poniżej i powyżej której znajduje się połowa badanej populacji.

dziethności zmniejsza się przeciętna liczba osób w rodzinie. Ponadto coraz częściej funkcje opiekuńcze wobec osób starszych muszą pełnić osoby aktywne zawodowo, co niekorzystnie wpływa na ich zaangażowanie w pracy i produktywność. Rodzina nuklearna (dwupokoleniowa, złożona z rodziców i dzieci) staje się mniej liczna, co rzutuje na możliwości wypełniania przez nią między innymi funkcji wobec starszych jej członków, a w pierwszej kolejności funkcji opiekuńczej, ekonomicznej i socjalnej. Ponadto zwiększa się liczba gospodarstw domowych jednoosobowych oraz złożonych wyłącznie z par małżeńskich. Zgodnie z wynikami badania *PolSenior2* samotnie gospodaruje około 20% seniorów, a kolejne 40% zamieszkuje wyłącznie ze współmałżonkiem. Blisko 30% osób w wieku 90 i więcej lat pozostaje w gospodarstwach jednoosobowych. Ta grupa wymaga szczególnej uwagi ze strony służb społecznych.

W badaniu *PolSenior2* aż 36% respondentów stanowiły osoby nie pozostające w związku małżeńskim, z czego 7% deklarowało, że mają stałego partnera. Biorąc pod uwagę drugą ważną cechę współczesnych rodzin, a mianowicie spowodowane migracjami zarobkowymi ich przestrzenne rozproszenie, należy podkreślić zmniejszającą się rolę rodzin w zapewnieniu wsparcia dla osób starszych przy stopniowym wzroście liczby rodzin zrekonstruowanych (patchworkowych).

Pomimo zasygnalizowanych procesów, w 9 na 10 przypadków rodzina pozostaje głównym źródłem pomocy dla seniorów, zarówno w sprawach związanych z prowadzeniem gospodarstwa domowego czy pomocy finansowej, jak i wsparcia w przypadku choroby czy niepełnosprawności. Oznacza to jednak, że odbiorcami wsparcia udzielanego przez placówki podlegające administracji publicznej, a także organizacje pozarządowe powinny być nie tylko osoby starsze, lecz także ich rodziny jako opiekunowie nieformalni.

Potrzeby opiekuńcze osób w starszym wieku

Do najważniejszych konsekwencji zmniejszenia wielkości rodziny i zmian form życia rodzinnego należy powiększający się odsetek osób starszych pozostających w jednoosobowych gospodarstwach domowych. Poza możliwym, w takich okolicznościach, poczuciem osamotnienia niekorzystnie wpływającym na jakość życia wielu seniorów, w gospodarstwach jednoosobowych (podobnie jak jednopokoleniowych) mniejsza jest możliwość samodzielnego zaspokajania potrzeb.

Wraz ze wzrastającym wiekiem obserwuje się zwiększenie zapotrzebowania seniorów na różne formy wsparcia. Jest to spowodowane stopniowym lub nagłym ograniczeniem sprawności. Jakkolwiek wsparcie jest udzielane przede wszystkim przez rodzinę, zwiększa się zapotrzebowanie na pomoc ze strony pozarodzinnych opiekunów formalnych oraz nieformalnych. 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 przyczyniać się także do wcześniejszej utraty zdrowia oraz pogłębienia uzależnienia od pomocy innych osób.

Sytuacja mieszkaniowa i przemoc

Warunki mieszkaniowe osób starszych na ogół nie odbiegają od przeciętnych w Polsce, ale notuje się większy odsetek osób starszych zajmujących starsze i gorzej wyposażone w instalacje mieszkania. Trzeba jednak pamiętać, że mieszkania substandardowe, z barierami architektonicznymi utrudniającymi samodzielne funkcjonowanie, niedostosowane do potrzeb i możliwości seniorów pogarszają jakość ich życia oraz mogą przyczyniać się do obniżenia poziomu sprawności.

Wyposażenie i dostępność lokalu to tylko jeden z elementów oceny warunków życia osób starszych. Badania wskazują, że w pewnych przypadkach rodzina nie tylko nie jest źródłem wsparcia, ale dopuszcza się zachowań polegających na zaniedbaniu lub wręcz przemocy. Na zaniedbania ze strony rodziny uskarżało się co najmniej 8,5% seniorów badanej w ramach projektu *PolSenior2* populacji, natomiast przemoc dotknęła w ciągu ostatnich trzech lat co najmniej 3,6% osób starszych.

Wykluczenie cyfrowe, nierówności w zdrowiu

Ważnym celem polityki senioralnej powinno być zapobieganie wykluczeniu cyfrowemu. W coraz mniejszym stopniu wynika ono z braku komputera i braku umiejętności jego obsługi, ale powodowane jest brakiem dostępu do Internetu i nieumiejętnością obsługi aplikacji przydatnych czy wręcz niezbędnych w codziennym funkcjonowaniu. Ujawniło się to w sposób bardzo wyraźny w trakcie pandemii wywołanej wirusem SARS-CoV-2.

Wykluczenie cyfrowe pośrednio 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.

Jakość życia

Pomiar jakości życia osób starszych przy pomocy wystandaryzowanego kwestionariusza pozwala uznać, że na jego ogólną ocenę przez osoby starsze wpływ ma poczucie niezależności, możliwości podejmowania autonomicznych decyzji, realizowania dalszych planów życiowych, a także silne więzi społeczne oparte na rodzinie i przyjaźni. Wysoką ocenę jakości życia utrudnia natomiast niepomysłna sytuacja materialna, ograniczająca możliwość zaspokojenia potrzeb osób starszych.

3. Aspekty medyczne

Osoby starsze w Polsce mogą korzystać z wszystkich szczebli opieki ambulatoryjnej i stacjonarnej przeznaczonych dla osób dorosłych. Zasadniczą rolę w opiece ambulatoryjnej pełni lekarz rodzinny i poradnia Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ). Starsi pacjenci mogą leczyć się w poradniach specjalistycznych wszystkich specjalności. W praktyce osoby w zaawansowanym wieku, z wielochorobowością i niepełnosprawne, zwłaszcza zamieszkujące na terenach wiejskich, nie są w stanie dotrzeć do lekarzy specjalistów.

Osobom starszym przysługują także zabiegi z zakresu rehabilitacji leczniczej, które mogą odbywać się w warunkach ambulatoryjnych, domowych, ośrodka lub oddziału dziennego, oddziałów stacjonarnych oraz lecznictwa uzdrowiskowego. W praktyce dostępność jest ograniczona, a seniorzy w zaawansowanym wieku i z wieloma częstymi problemami zdrowotnymi (otępienie, odleżyny, znaczna niepełnosprawność) nie kwalifikują się według obecnych przepisów do leczenia uzdrowiskowego. Na takie leczenie mogą być kierowani jedynie pacjenci wystarczająco sprawni, by odbyć podróż do uzdrowiska, samodzielni, zdolni do samoobsługi i korzystania z zabiegów leczniczych. System rehabilitacji wymaga istotnych zmian tak by w pełni umożliwił powrót i funkcjonowanie seniora w środowisku domowym.

Z wiekiem rośnie zapotrzebowanie na usługi z zakresu opieki długoterminowej. Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze udzielane są zarówno w warunkach stacjonarnych, jak i domowych. Całodobowe świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej stacjonarnej są udzielane w zakładach opiekuńczo-leczniczych (ZOL) i zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych (ZPO), łącznie to ok. 440 zakładów. Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze udzielane są także w hospicjach i w mniejszym stopniu w placówkach prowadzonych przez różne organizacje pozarządowe (kościół i związki wyznaniowe, fundacje, stowarzyszenia, pracodawców, osoby fizyczne i prawne).

W warunkach domowych świadczeń udzielają pielęgniarki opieki długoterminowej domowej. Obok systemu opieki zdrowotnej, który jest w gestii Ministerstwa Zdrowia, równolegle funkcjonuje system pomocy społecznej podległy Ministerstwu Rodziny i Polityki Społecznej. W Polsce w ramach długoterminowej opieki stacjonarnej funkcjonują publiczne domy pomocy społecznej (DPS), których zgodnie z danymi GUS było w 2020 r. 871. W praktyce, profil pensjonariusza DPS jest bardzo podobny do pacjenta ZOL/ZPO – jest to osoba starsza potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, ze współistniejącymi wieloma chorobami. Dostęp do hospicjów jest natomiast ograniczony głównie do osób z chorobami nowotworowymi, neurodegeneracyjnymi i odleżynami.

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. Tymczasem w dokumencie Mapy Potrzeb Zdrowotnych w dziale leczenia szpitalnego nie uwzględniono w wystarczający sposób starszego pacjenta z wielochorobowością.

Opiekę ambulatoryjną pełni lekarz POZ, który często nie był szkolony w zakresie geriatrii w okresie studiów oraz odbył jedynie kilkumiesięczny staż w zakresie chorób wewnętrznych. Dopiero w 2016 r. wprowadzono do kształcenia lekarzy na studiach elementy szkolenia z geriatrii jako

obowiązkowe. Lekarz POZ jest przeciążony obowiązkiem przyjmowania nawet kilkudziesięciu pacjentów dziennie. Utrudnia to lub wręcz uniemożliwia rzetelne pochylenie się nad problemami pacjentów w starszym wieku, gdzie czas potrzebny na zebranie wywiadu, zbadanie i zaplanowanie dalszej opieki jest najczęściej o wiele dłuższy w porównaniu z osobami młodszymi. W 2018 r. dokonano zmiany w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia polegającej na zwiększeniu współczynnika korygującego bazową stawkę kapitulacyjną lekarza POZ dla grupy wiekowej 66–75 lat, z 2,4 do 2,7, zaś dla osób po 75 r.ż. do 3,1. Takie współczynniki obowiązują również aktualnie.

Opiekę zdrowotną dla seniorów świadczą specjaliści różnych dziedzin, jednak uznanym w większości krajów rozwiniętych jest model opieki uwzględniający lekarzy specjalistów geriatry – lekarzy przygotowanych do świadczenia kompleksowej opieki zdrowotnej dla osób starszych. Niestety, opracowane w 2013 r. przez powołany przy Ministrze Zdrowia Zespół do Spraw Gerontologii „Standardy postępowania w opiece geriatrycznej” nie zostały dotychczas wprowadzone przez Ministra Zdrowia w formie powszechnie obowiązującego prawa.

Liczba geriatrów (ok. 500) i łóżek geriatrycznych (ok. 900) w Polsce jest kilku- a nawet kilkunastokrotnie mniejsza niż w innych krajach europejskich. Determinuje to ograniczoną dostępność do świadczeń i powoduje, że pacjent w wieku podeszłym jest najczęściej hospitalizowany w oddziale innym niż geriatryczny. Finansowanie geriatry w Polsce to zaledwie około 1% budżetu NFZ. Tzw. sieć szpitali (system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej – „PSZ”) nie zapewnia opieki geriatrycznej na poziomie I i II. Należy podkreślić, że niska atrakcyjność finansowa w porównaniu z innymi specjalizacjami lekarskimi, a także brak wystarczającej liczby potencjalnych miejsc pracy (oddziałów i poradni geriatrycznych) powodują, że wielu geriatrów nie pracuje w swojej specjalności. Z powyższych powodów mimo zaliczenia geriatry do specjalizacji priorytetowych nie wszystkie miejsca specjalizacyjne są wykorzystywane.

Raport Najwyższej Izby Kontroli z 10.03.2015 r. pt. „Opieka medyczna nad osobami w wieku podeszłym” wskazuje, że w Polsce nie ma systemu opieki medycznej nad pacjentami w podeszłym wieku. Brakuje geriatrów, a specjalistycznych poradni i oddziałów szpitalnych jest zbyt mało. Główną barierą jest metoda rozliczania świadczeń medycznych przez NFZ, która zakłada finansowanie głównie jednej choroby, choć ludzie starsi z reguły cierpią na kilka schorzeń jednocześnie. Tymczasem z przeprowadzonej

przez NIK analizy wynika, że pacjent w podeszłym wieku kompleksowo prowadzony przez geriatrę funkcjonuje lepiej, a jego leczenie kosztuje mniej.

Do najistotniejszych problemów systemu opieki nad osobami w starszym wieku 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.

Charakterystyka badania

PolSenior2. Wybrane wyniki

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. Głównym realizatorem badania był Gdański Uniwersytet Medyczny (GUMed). W skład zespołu weszli zarówno doświadczeni pracownicy naukowcy GUMed, jak również najlepsi eksperci w dziedzinie geriatry i gerontologii z innych ośrodków naukowych w Polsce. Większość z nich była zaangażowana w realizację projektu *PolSenior*, który ukończono w 2011 r. Badanie *PolSenior2* jest prawdopodobnie największym tego typu projektem w Europie Środkowo-Wschodniej.

Badania **reprezentatywnej próby 5987 mieszkańców Polski w wieku 60 i więcej lat** (zakres 60–106 lat) prowadzono od września 2018 r. do grudnia 2019 r. Respondenci zostali wylosowani przez Ministerstwo Cyfryzacji. Badaniem objęto mieszkańców wszystkich województw. Wyniki umożliwiają zatem ocenę rozpowszechnienia analizowanych problemów zdrowotnych i społecznych starszych Polaków w skali całego kraju. Analizy przeprowadzono także pod względem miejsca zamieszkania (wieś, miasto < 20 tys., miasto 20–50 tys., miasto 50–200 tys., miasto 200–500 tys., miasto > 500 tys.) i poziomu wykształcenia. Porównanie z wynikami badania *PolSenior*, przeprowadzone w przyszłości w ramach odrębnych analiz, pozwoli na precyzyjne określenie głównych zmian w stanie zdrowia i sytuacji społeczno-ekonomicznej osób w wieku senioralnym w ostatniej dekadzie w Polsce.

Podstawową zaletą badania było wykonanie oprócz badań ankietowych, także najważniejszych testów i kwestionariuszy stosowanych wspólnie w geriatry, które wchodzi w skład Całościowej (Kompleksowej) Oceny Geriatrycznej (COG) oraz bezpośrednich pomiarów antropometrycznych i ciśnienia krwi, a także zestawu 36 badań laboratoryjnych krwi i moczu. Dokonano oceny stanu funkcjonalnego i sprawności fizycznej respondentów, ich funkcji poznawczych, występowania depresji, oraz stanu odżywienia i częstości występowania zespołu słabości. Badania były realizowane w całym kraju podczas trzech wizyt w gospodarstwach do-

mowych wylosowanych respondentów przez 513 specjalnie wyszkolonych pielęgniarek.

Kwestionariusz medyczny zawierał pytania dotyczące przebytych i rozpoznanych chorób oraz objawów. Dotyczył między innymi schorzeń układów krążenia, oddechowego, nerwowego, pokarmowego, moczowopłciowego, endokrynnego, cukrzycy, a także chorób nowotworowych, narządów zmysłu, psychicznych, oraz występowania upadków, urazów i bólu przewlekłego. Dodatkowo pytano o wszystkie przyjmowane leki i suplementy diety, co pozwoliło na analizę występowania polipragmazji, czyli zjawiska przyjmowania wielu leków i związanego z tym ryzyka ich interakcji.

Kwestionariusz społeczno-ekonomiczny obejmował zagadnienia dotyczące sytuacji rodzinnej, potrzeb w zakresie opieki i pielęgnacji respondentów, aktywności społecznej, wsparcia społecznego, korzystania ze świadczeń pomocy społecznej, form spędzania czasu wolnego, aktywności rekreacyjnej i turystycznej, a także jakości życia i kwestii wykluczenia cyfrowego. Pytano o przemoc w stosunku do seniorów, ich sytuację materialną oraz mieszkaniową. Oceniano również zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne i usługi opiekuńczo-pielęgnacyjne oraz dostęp do opieki medycznej.

Realizacja projektu *PolSenior2* pozwoliła zatem na uzyskaniu pełnej, interdyscyplinarnej wiedzy na temat populacji osób w wieku 60+ w Polsce. Umożliwi również ocenę zmian stanu zdrowia i sytuacji społeczno-ekonomicznej tej populacji w ostatniej dekadzie, ze szczególnym uwzględnieniem najstarszych seniorów, a więc grupy której liczebność rośnie najszybciej.

Szczegółowy opis badania *PolSenior2* oraz główne wyniki przedstawiono w **Załączniku nr 2** (Streszczenie Monografii *PolSenior2*), z kolei podsumowania i wnioski wynikające z części medycznej projektu w **Załączniku nr 3**, a z części społecznej – w **Załączniku nr 4**.

Wybrane wyniki badania *PolSenior2* przedstawiono w postaci tabelarycznej jako odsetki rozpowszechniania danej cechy, problemu czy choroby w populacji osób w wieku 60 i więcej lat dla całej grupy oraz oddzielnie dla kobiet i mężczyzn. Oszacowano także bezwzględną liczbę seniorów, których dotyczy analizowany problem. Szacunki przeprowadzono według stanu ludności na 31 grudnia 2020 r. Dla zobrazowania problemów nasilających się w późnej starości analizy zostały wykonane dla podgrupy w wieku 60–74 lata oraz 75 i więcej lat.

W **Tabelach 1 i 1A** przedstawiono rozpowszechnienie problemów geriatrycznych w populacji osób starszych z podziałem na osoby w wieku 60–74 oraz 75 i więcej lat z uwzględnieniem płci.

W **Tabelach 2 i 2A** oszacowano występowanie chorób przewlekłych.

Tabele 3 i 3A poza informacjami dotyczącymi uwarunkowań socjoekonomicznych istotnymi z punktu widzenia polityki społecznej i zdrowotnej wobec osób starszych zawierają także dane dotyczące zachowań prozdrowotnych i czynników ryzyka.

Tabela 1. Występowanie problemów geriatrycznych w populacji osób starszych z podziałem na osoby w wieku 60–74 oraz 75 i więcej lat z uwzględnieniem płci. Wyniki przedstawiono jako odsetki osób, których dotyczy dany problem w badanej populacji. W nawiasach podano 95% przedziały ufności uwzględniające złożony sposób losowania próby.

	60 i więcej lat			60–74 lata			75 i więcej lat		
	Razem	Mężczyźni	Kobiety	Razem	Mężczyźni	Kobiety	Razem	Mężczyźni	Kobiety
	% (95% CI)	% (95% CI)	% (95% CI)	% (95% CI)	% (95% CI)	% (95% CI)	% (95% CI)	% (95% CI)	% (95% CI)
VES-13 \geq 3 pkt ¹	39,7 (37,9–41,6)	33,7 (31,3–36,0)	44,1 (41,9–46,3)	23,9 (21,6–26,2)	22,7 (19,8–25,6)	24,9 (22,0–27,9)	79,4 (77,5–81,4)	70,1 (66,9–73,2)	84,2 (81,9–86,5)
Niesprawność w ADL ²	4,5 (3,8–5,2)	3,5 (2,7–4,4)	5,2 (4,1–6,2)	1,8 (1,1–2,6)	2,5 (1,4–3,7)	1,3 (0,2–2,3)	11,3 (9,8–12,8)	7,0 (5,6–8,3)	13,5 (11,5–15,5)
Niesprawność w IADL ³	11,2 (10,1–12,3)	10,0 (8,6–11,4)	12,1 (10,8–13,4)	4,3 (3,3–5,4)	5,9 (4,3–7,4)	3,1 (1,7–4,4)	28,7 (26,2–31,1)	23,9 (20,8–26,9)	31,1 (28,2–34,0)
Zespół słabości według Fried	15,9 (14,6–17,1)	13,8 (12,2–15,3)	17,4 (15,8–19,0)	8,0 (6,9–9,2)	8,2 (6,7–9,8)	7,9 (6,3–9,5)	35,5 (32,5–38,5)	32,0 (27,9–36,2)	37,3 (33,8–40,9)
Ryzyko sarkopenii ⁴	11,3 (10,3–12,4)	11,7 (10,0–13,3)	11,1 (9,5–12,7)	5,7 (4,6–6,8)	6,6 (4,5–8,6)	5,0 (3,6–6,5)	26,2 (23,8–28,5)	29,4 (26,3–32,6)	24,4 (21,3–27,6)
Upadki w ciągu 12 miesięcy	16,0 (14,6–17,3)	11 (9,4–12,5)	19,6 (17,6–21,5)	11,8 (10,2–13,4)	8,9 (7,1–10,7)	14,2 (11,7–16,6)	26,4 (24,5–28,3)	17,5 (15,0–20,0)	30,9 (28,1–33,8)
Ból przewlekły	47,6 (45,3–50,0)	41,4 (38,4–44,4)	52,1 (49,3–55,0)	44,6 (42,0–47,2)	39,8 (36,0–43,6)	48,4 (44,9–52,0)	55,7 (52,7–58,7)	46,8 (43,2–50,4)	60,3 (56,6–64,0)
Zaburzenia wzroku	41,7 (38,1–45,3)	41,5 (37,3–45,7)	41,9 (38,4–45,5)	36,7 (32,7–40,8)	38,2 (33,3–43,0)	35,6 (31,4–39,7)	54,8 (50,8–58,7)	53,6 (48,7–58,5)	55,4 (51,1–59,6)
Zaburzenia słuchu	9,7 (8,6–10,8)	10,1 (8,7–11,4)	9,5 (8,0–10,9)	4,4 (3,4–5,5)	5,7 (4,3–7,1)	3,4 (2,0–4,8)	23,1 (20,7–25,6)	24,5 (21,4–27,6)	22,5 (19,3–25,6)

Tabela 1 cd.

	60 i więcej lat			60–74 lata			75 i więcej lat		
	Razem	Mężczyźni	Kobiety	Razem	Mężczyźni	Kobiety	Razem	Mężczyźni	Kobiety
	% (95% CI)	% (95% CI)	% (95% CI)	% (95% CI)	% (95% CI)	% (95% CI)	% (95% CI)	% (95% CI)	% (95% CI)
Zaburzenia funkcji poznawczych ⁵	15,8 (14,4–17,1)	15,4 (13,5–17,4)	16,0 (14,4–17,6)	11,9 (10,4–13,5)	13,4 (11,3–15,5)	10,7 (8,8–12,6)	25,7 (23,1–28,3)	22,7 (19,3–26,0)	27,2 (23,8–30,6)
Objawy depresyjne ⁶	23,0 (21,5–24,5)	18,6 (16,7–20,6)	26,3 (23,9–28,7)	18,9 (17,2–20,5)	16,3 (14,1–18,6)	20,9 (18,2–23,7)	35,5 (32,6–38,3)	26,9 (23,6–30,2)	40,2 (36,5–43,9)
Zaburzenia kontroli zwieraczy	44,0 (41,9–46,2)	28,0 (25,2–30,7)	55,6 (52,5–58,7)	37,4 (35,0–39,9)	23,1 (20,0–26,3)	49,2 (45,3–53,0)	60,4 (58,0–62,9)	44,2 (40,3–48,1)	68,6 (65,5–71,7)
Ryzyko niedożywienia lub niedożywienie ⁷	26,8 (25,4–28,1)	23,3 (21,1–25,4)	29,3 (27,5–31,0)	20,7 (19,1–22,4)	21,0 (18,4–23,6)	20,6 (18,4–22,8)	42,3 (39,9–44,7)	31,6 (28,0–35,3)	47,7 (44,7–50,7)
Otyłość BMI ≥ 30	38,2 (36,0–40,4)	33,3 (30,9–35,7)	41,7 (38,8–44,7)	39,3 (36,4–42,3)	34,5 (31,4–37,6)	43,3 (39,0–47,5)	36,0 (33,7–38,4)	30,9 (28,0–33,9)	38,7 (35,3–42,1)

¹ Osoby kwalifikujące się według do Całościowej Oceny Geriatrycznej, które w skali VES-13 otrzymały 3 lub więcej punktów.

² Osoby, które w skali Oceny Podstawowych Czynności Życia Codziennego otrzymały 0–4 pkt. (wymagają pomocy w wykonaniu dwóch lub więcej analizowanych czynności).

³ Osoby, które w skali Oceny Złożonych Czynności Życia Codziennego otrzymały 0–18 pkt. (wymagają pomocy w wykonaniu dwóch lub więcej analizowanych czynności).

⁴ Ryzyko sarkopenii określone jako obniżenie siły uścisku ręki dla mężczyzn < 27 kg, dla kobiet < 16 kg.

⁵ Wynik skorygowany Krótkiej Skali Oceny Stanu Psychicznego (MMSE) <24 pkt.

⁶ Wynik 15-punktowej Geriatrycznej Skali Oceny Depresji (GDS) > 5 pkt.

⁷ Wynik MNA-SF 0–11 pkt.

Tabela 1A. Występowanie problemów geriatrycznych oraz chorób przewlekłych w populacji osób starszych z podziałem na osoby w wieku 60–74 oraz 75 i więcej lat z uwzględnieniem płci. Wyniki przedstawiono jako szacunkową liczbę seniorów w mln, których dotyczy dany problem. W nawiasach podano 95% przedziały ufności uwzględniające złożony sposób losowania próby. Szacunki przeprowadzono według stanu ludności na 31 grudnia 2020 r.

	60 i więcej lat			60–74 lata			75 i więcej lat		
	Razem	Mężczyźni	Kobiety	Razem	Mężczyźni	Kobiety	Razem	Mężczyźni	Kobiety
	mln (95% CI)	mln (95% CI)	mln (95% CI)	mln (95% CI)	mln (95% CI)	mln (95% CI)	mln (95% CI)	mln (95% CI)	mln (95% CI)
VES-13 \geq pkt ¹	3,89 (3,71–4,08)	1,38 (1,29–1,48)	2,51 (2,39–2,64)	1,70 (1,53–1,86)	0,72 (0,63–0,82)	0,97 (0,86–1,09)	2,14 (2,09–2,20)	0,64 (0,61–0,67)	1,50 (1,46–1,54)
Niesprawność w ADL ²	0,44 (0,37–0,51)	0,14 (0,11–0,18)	0,30 (0,23–0,35)	0,13 (0,08–0,18)	0,08 (0,04–0,12)	0,05 (0,01–0,09)	0,30 (0,26–0,35)	0,06 (0,05–0,08)	0,24 (0,21–0,28)
Niesprawność w IADL ³	1,10 (0,99–1,21)	0,41 (0,35–0,47)	0,69 (0,62–0,76)	0,31 (0,23–0,38)	0,19 (0,14–0,24)	0,12 (0,07–0,17)	0,77 (0,71–0,84)	0,22 (0,19–0,25)	0,56 (0,50–0,61)
Zespół słabości według Fried	1,56 (1,43–1,68)	0,57 (0,50–0,63)	0,99 (0,90–1,08)	0,57 (0,49–0,65)	0,26 (0,21–0,31)	0,31 (0,25–0,37)	0,96 (0,88–1,04)	0,29 (0,25–0,33)	0,67 (0,60–0,73)
Ryzyko sarkopenii ⁴	1,11 (1,01–1,22)	0,48 (0,41–0,55)	0,63 (0,54–0,72)	0,40 (0,33–0,48)	0,21 (0,14–0,27)	0,20 (0,14–0,25)	0,71 (0,64–0,77)	0,27 (0,24–0,30)	0,44 (0,38–0,49)
Upadki w ciągu 12 miesięcy	1,57 (1,43–1,70)	0,45 (0,39–0,51)	1,12 (1,00–1,22)	0,84 (0,72–0,95)	0,28 (0,23–0,34)	0,56 (0,46–0,65)	0,71 (0,66–0,76)	0,16 (0,14–0,18)	0,55 (0,50–0,60)
Ból przewlekły	4,66 (4,44–4,90)	1,70 (1,58–1,82)	2,97 (2,81–3,13)	3,17 (2,98–3,35)	1,27 (1,15–1,39)	1,89 (1,76–2,03)	1,50 (1,42–1,58)	0,43 (0,39–0,46)	1,08 (1,01–1,14)
Zaburzenia wzroku	4,09 (3,73–4,44)	1,70 (1,53–1,88)	2,39 (2,19–2,59)	2,61 (2,32–2,90)	1,22 (1,06–1,37)	1,39 (1,23–1,55)	1,48 (1,37–1,58)	0,49 (0,44–0,53)	0,99 (0,91–1,06)
Zaburzenia słuchu	0,95 (0,84–1,06)	0,41 (0,36–0,47)	0,54 (0,46–0,62)	0,31 (0,24–0,39)	0,18 (0,14–0,23)	0,13 (0,08–0,19)	0,62 (0,56–0,69)	0,22 (0,20–0,25)	0,40 (0,34–0,46)

Tabela 1A cd.

	60 i więcej lat			60–74 lata			75 i więcej lat		
	Razem	Mężczyźni	Kobiety	Razem	Mężczyźni	Kobiety	Razem	Mężczyźni	Kobiety
	mln (95% CI)	mln (95% CI)	mln (95% CI)	mln (95% CI)	mln (95% CI)	mln (95% CI)	mln (95% CI)	mln (95% CI)	mln (95% CI)
Zaburzenia funkcji poznawczych ⁵	1,55 (1,41–1,68)	0,63 (0,55–0,71)	0,91 (0,82–1,00)	0,85 (0,74–0,96)	0,43 (0,36–0,49)	0,42 (0,34–0,49)	0,69 (0,62–0,76)	0,21 (0,18–1,24)	0,49 (0,42–0,55)
Objawy depresyjne ⁶	2,25 (2,11–2,40)	0,76 (0,69–0,85)	1,50 (1,36–1,63)	1,34 (1,22–1,46)	0,52 (0,45–0,59)	0,82 (0,71–0,93)	0,96 (0,88–1,03)	0,25 (0,22–0,28)	0,72 (0,65–0,78)
Zaburzenia kontroli zwieraczy	4,31 (4,11–4,53)	1,15 (1,03–1,26)	2,53 (2,35–2,71)	2,66 (2,49–2,83)	0,74 (0,64–0,84)	1,92 (1,77–2,07)	1,63 (1,56–1,70)	0,40 (0,37–0,44)	1,22 (1,17–1,28)
Ryzyko niedożywienia lub niedożywnienie ⁷	2,63 (2,49–2,75)	0,96 (0,87–1,04)	1,67 (1,57–1,77)	1,47 (1,36–1,59)	0,67 (0,59–0,75)	0,81 (0,72–0,89)	1,14 (1,08–1,21)	0,29 (0,26–0,32)	0,85 (0,80–0,90)
Otyłość BMI ≥ 30	3,74 (3,53–3,96)	1,37 (1,27–1,47)	2,37 (2,21–2,55)	2,79 (2,59–3,00)	1,10 (1,00–1,20)	1,69 (1,52–1,86)	0,97 (0,91–1,04)	0,28 (0,26–0,31)	0,69 (0,63–0,75)

¹ Osoby kwalifikujące się według do Całościowej Oceny Geriatrycznej, które w skali VES-13 otrzymały 3 lub więcej punktów.

² Osoby, które w skali Oceny Podstawowych Czynności Życia Codziennego otrzymały 0–4 pkt. (wymagają pomocy w wykonaniu dwóch lub więcej analizowanych czynności).

³ Osoby, które w skali Oceny Złożonych Czynności Życia Codziennego otrzymały 0–18 pkt. (wymagają pomocy w wykonaniu dwóch lub więcej analizowanych czynności).

⁴ Ryzyko sarkopenii określane jako obniżenie siły uścisku ręki dla mężczyzn < 27 kg, dla kobiet < 16 kg.

⁵ Wynik skorygowany Krótkiej Skali Oceny Stanu Psychicznego (MMSE) < 24 pkt.

⁶ Wynik 15-punktowej Geriatrycznej Skali Oceny Depresji (GDS) > 5 pkt.

⁷ Wynik MNA-SF 0–11 pkt.

Tabela 2. Występowanie chorób przewlekłych w populacji osób starszych z podziałem na osoby w wieku 60–74 oraz 75 i więcej lat z uwzględnieniem płci. Wyniki przedstawiono jako odsetki osób, których dotyczy dany problem w badanej populacji. W nawiasach podano 95% przedziały ufności uwzględniające złożony sposób losowania próby.

Choroba	60 i więcej lat			60–74 lat			75 i więcej lat		
	Razem	Mężczyźni	Kobiety	Razem	Mężczyźni	Kobiety	Razem	Mężczyźni	Kobiety
	% (95% CI)	% (95% CI)	% (95% CI)	% (95% CI)	% (95% CI)	% (95% CI)	% (95% CI)	% (95% CI)	% (95% CI)
Cukrzyca	24,1 (22,4–25,9)	26,9 (24,5–29,3)	22,1 (20,0–24,3)	21,6 (19,2–24,1)	25,7 (22,7–28,6)	18,3 (15,2–21,5)	30,4 (28,2–32,7)	31,0 (27,5–34,4)	30,2 (27,2–33,1)
Stan przedcukrzycowy	20,7 (19,3–22,1)	23,5 (21,1–25,9)	18,7 (16,9–20,4)	20,9 (18,9–22,9)	24,3 (21,2–27,3)	18,2 (15,8–20,6)	19,4 (16,8–22,0)	20,1 (17,7–22,6)	19,0 (15,7–22,4)
Hipercholesterolemia	78,8 (77,1–80,4)	74,4 (71,8–77,0)	81,9 (79,7–84,1)	80,9 (79,0–82,7)	75,0 (71,9–78,1)	85,6 (83,2–88,0)	73,7 (71,2–76,2)	72,1 (68,8–75,4)	74,6 (71,3–77,8)
Nieświadomość hipercholesterolemii	40,1 (37,4–42,9)	47,1 (43,6–50,7)	35,6 (32,3–38,8)	37,4 (33,8–41,0)	45,7 (41,0–50,4)	31,5 (27,5–35,5)	47,9 (45,4–50,3)	53,2 (49,0–57,3)	45,2 (42,0–48,3)
Nadciśnienie (NT)	74,5 (73,0–76,0)	74,8 (72,4–77,2)	74,3 (72,4–76,3)	71,6 (69,7–73,4)	73,6 (70,5–76,7)	69,9 (67,5–72,3)	82,4 (79,7–85,1)	79,9 (77,0–82,9)	83,6 (80,2–87,1)
Nieświadomość NT	19,1 (17,2–20,9)	22,3 (19,7–25,0)	16,7 (14,4–19,0)	19,5 (17,4–21,7)	22,7 (19,2–26,2)	16,8 (14,1–19,4)	17,6 (15,1–20,1)	21,3 (18,2–24,4)	15,8 (12,6–18,9)
Choroba wieńcowa	13,4 (12,2–14,6)	17,4 (15,4–19,3)	10,5 (9,1–12)	10,8 (9,4–12,2)	14,8 (12,5–17,2)	7,5 (5,9–9,0)	19,9 (17,9–21,8)	25,6 (22,4–28,7)	16,9 (14,4–19,5)
Migotanie przedsionków	12,8 (11,6–14,1)	14,0 (12,1–15,9)	12,0 (10,5–13,4)	9,4 (8,0–10,9)	11,9 (9,5–14,3)	7,4 (5,6–9,2)	21,5 (19,3–23,6)	21,3 (18,3–24,2)	21,5 (18,7–24,4)
Niewydolność serca	13,9 (12,6–15,1)	16,6 (14,6–18,5)	11,9 (10,5–13,4)	9,6 (8,3–11,0)	13,4 (11,1–15,7)	6,6 (5,2–8,0)	24,3 (21,9–26,8)	27,1 (24,2–29,9)	22,9 (19,9–26,0)
Przebyty udar	7,9 (7,0–8,9)	9,2 (7,7–10,8)	7,0 (5,7–8,3)	6,4 (5,3–7,4)	7,7 (5,9–9,4)	5,3 (3,7–6,9)	12,1 (10,3–13,9)	14,5 (11,6–17,5)	10,9 (8,6–13,1)

Tabela 2 cd.

Choroba	60 i więcej lat			60–74 lat			75 i więcej lat		
	Razem	Mężczyźni	Kobiety	Razem	Mężczyźni	Kobiety	Razem	Mężczyźni	Kobiety
	% (95% CI)	% (95% CI)	% (95% CI)	% (95% CI)	% (95% CI)	% (95% CI)	% (95% CI)	% (95% CI)	% (95% CI)
Choroba Parkinsona	1,1 (0,8–1,4)	1,1 (0,6–1,6)	1,2 (0,8–1,5)	0,6 (0,3–1,9)	0,6 (0,1–1,1)	0,6 (0,2–1,0)	2,5 (1,7–3,3)	2,8 (1,5–4,1)	2,4 (1,4–3,3)
Przewlekłe choroby układu oddechowego	12,9 (11,7–14,0)	12,2 (10,7–13,7)	13,4 (11,7–15,0)	11,5 (10,1–12,9)	10,1 (8,2–11,9)	12,7 (10,7–14,6)	16,0 (14,0–17,9)	19,3 (16,2–22,5)	14,3 (11,7–16,8)
Choroba nowotworowa	8,3 (7,2–9,4)	8,1 (6,8–9,4)	8,5 (6,9–10,1)	7,6 (6,3–8,8)	7,1 (5,6–8,6)	8,0 (6,0–9,9)	10,2 (8,7–11,8)	10,9 (8,9–13,0)	9,9 (7,8–11,9)
Przewlekła choroba nerek	17,3 (16,1–18,5)	17,1 (15,1–19,0)	17,5 (16,0–19,0)	9,0 (7,7–10,3)	11,4 (9,0–13,7)	7,0 (5,6–8,5)	38,1 (35,6–40,6)	36,2 (32,8–39,7)	39,0 (35,9–42,1)
Niedoczynność tarczycy	13,9 (12,5–15,4)	6,3 (5,1–7,5)	19,4 (17,1–21,7)	13,6 (11,7–15,4)	6,1 (4,7–7,6)	19,6 (16,6–22,7)	14,1 (12,3–16)	6,8 (5,2–8,4)	18,0 (15,1–20,8)
Niedokrwistość	9,0 (8,2–9,8)	10,1 (8,6–11,5)	8,2 (7,1–9,3)	5,2 (4,4–6,0)	6,7 (5,2–8,3)	3,9 (2,7–5,2)	18,9 (17,1–20,7)	21,4 (18,5–24,3)	17,6 (15,4–19,7)
Choroby gruczołu krokowego	–	25,3 (23,1–27,4)	–	–	20,2 (17,8–22,6)	–	–	41,4 (37,4–45,3)	–
Zaburzenia snu	45,2 (43,1–47,3)	37,0 (34,5–39,5)	51,1 (47,8–54,4)	39,6 (36,8–42,4)	33,7 (30,6–36,8)	44,4 (39,8–49,0)	59,1 (56,6–61,6)	48,1 (44,4–51,9)	64,7 (61,7–67,7)
Wielochorobowość (≥ 3 choroby przewlekłe)	61,7 (59,2–64,2)	56,3 (53,4–59,3)	65,6 (62,7–68,5)	55,6 (52,7–58,5)	51,0 (47,5–54,5)	59,4 (55,8–63,0)	77,3 (74,8–79,9)	73,7 (70,4–76,9)	79,3 (76,0–82,5)

Tabela 2A. Występowanie chorób przewlekłych w populacji osób starszych z podziałem na osoby w wieku 60–74 oraz 75 i więcej lat z uwzględnieniem płci. Wyniki przedstawiono jako szacunkową liczbę seniorów w mln, których dotyczy dany problem. W nawiasach podano 95% przedziały ufności uwzględniające złożony sposób losowania próby. Szacunki przeprowadzono według stanu ludności na 31 grudnia 2020 r.

Choroba	60 i więcej lat			60–74 lat			75 i więcej lat		
	Razem	Mężczyźni	Kobiety	Razem	Mężczyźni	Kobiety	Razem	Mężczyźni	Kobiety
	mln (95% CI)	mln (95% CI)	mln (95% CI)	mln (95% CI)	mln (95% CI)	mln (95% CI)	mln (95% CI)	mln (95% CI)	mln (95% CI)
Cukrzyca	2,36 (2,20–2,54)	1,10 (1,01–1,20)	1,26 (1,14–1,38)	1,53 (1,36–1,71)	0,82 (0,72–0,91)	0,72 (0,59–0,84)	0,82 (0,76–0,88)	0,28 (0,25–0,31)	0,54 (0,49–0,59)
Stan przedcukrzycowy	2,03 (1,89–2,17)	0,96 (0,87–1,06)	1,06 (0,96–1,16)	1,48 (1,34–1,63)	0,78 (0,68–0,87)	0,71 (0,62–0,81)	0,52 (0,45–0,59)	0,18 (0,16–0,21)	0,34 (0,28–0,40)
Hipercholesterolemia	7,72 (7,56–7,88)	3,05 (2,95–3,16)	4,66 (4,54–4,79)	5,75 (5,61–5,87)	2,39 (2,30–2,49)	3,35 (3,25–3,44)	1,99 (1,92–2,06)	0,66 (0,63–0,69)	1,33 (1,27–1,39)
Nieświadomość hipercholesterolemii	3,93 (3,67–4,20)	1,93 (1,79–2,08)	2,03 (1,84–2,21)	2,66 (2,40–2,91)	1,46 (1,31–1,61)	1,23 (1,08–1,39)	1,29 (1,22–1,36)	0,49 (0,45–0,52)	0,81 (0,75–0,86)
Nadciśnienie (NT)	7,30 (7,15–7,45)	3,07 (2,97–3,17)	4,23 (4,12–4,35)	5,09 (4,95–5,21)	2,35 (2,25–2,45)	2,73 (2,64–2,83)	2,22 (2,15–2,30)	0,73 (0,70–0,76)	1,49 (1,43–1,55)
Nieświadomość NT	1,87 (1,69–2,05)	0,92 (0,81–1,03)	0,95 (0,82–1,08)	1,39 (1,24–1,54)	0,72 (0,61–0,84)	0,66 (0,55–0,76)	0,47 (0,41–0,54)	0,19 (0,17–0,22)	0,28 (0,22–0,34)
Choroba wieńcowa	1,31 (1,20–1,43)	0,71 (0,63–0,79)	0,60 (0,52–0,68)	0,77 (0,67–0,87)	0,47 (0,40–0,55)	0,29 (0,23–0,35)	0,54 (0,48–0,59)	0,23 (0,20–0,26)	0,30 (0,26–0,35)
Migotanie przedsionków	1,25 (1,14–1,38)	0,57 (0,50–0,65)	0,68 (0,60–0,76)	0,67 (0,57–0,77)	0,38 (0,30–0,46)	0,29 (0,22–0,36)	0,58 (0,52–0,64)	0,19 (0,17–0,22)	0,38 (0,33–0,44)
Niewydolność serca	1,36 (1,23–1,48)	0,68 (0,60–0,76)	0,68 (0,60–0,76)	0,68 (0,59–0,78)	0,43 (0,35–0,50)	0,26 (0,20–0,31)	0,66 (0,59–0,72)	0,25 (0,22–0,27)	0,41 (0,36–0,46)
Przebyty udar	0,77 (0,69–0,87)	0,38 (0,32–0,44)	0,40 (0,32–0,47)	0,45 (0,38–0,53)	0,25 (0,19–0,30)	0,21 (0,14–0,27)	0,33 (0,28–0,37)	0,13 (0,11–0,16)	0,19 (0,15–0,23)

Tabela 2A cd.

Choroba	60 i więcej lat			60–74 lat			75 i więcej lat		
	Razem	Mężczyźni	Kobiety	Razem	Mężczyźni	Kobiety	Razem	Mężczyźni	Kobiety
	mln (95% CI)	mln (95% CI)	mln (95% CI)	mln (95% CI)	mln (95% CI)	mln (95% CI)	mln (95% CI)	mln (95% CI)	mln (95% CI)
Choroba Parkinsona	0,11 (0,08–0,14)	0,05 (0,02–0,07)	0,07 (0,05–0,09)	0,04 (0,02–0,06)	0,02 (0,00–0,04)	0,02 (0,01–0,04)	0,07 (0,05–0,09)	0,03 (0,01–0,04)	0,04 (0,02–0,06)
Przewlekłe choroby układu oddechowego	1,26 (1,15–1,37)	0,50 (0,44–0,56)	0,76 (0,67–0,85)	0,82 (0,72–0,92)	0,32 (0,26–0,38)	0,50 (0,42–0,57)	0,43 (0,38–0,48)	0,18 (0,15–0,21)	0,26 (0,21–0,30)
Choroba nowotworowa	0,81 (0,71–0,92)	0,33 (0,28–0,39)	0,48 (0,39–0,58)	0,54 (0,45–0,63)	0,23 (0,18–0,27)	0,31 (0,23–0,39)	0,28 (0,23–0,32)	0,10 (0,08–0,12)	0,18 (0,14–0,21)
Przeciwciała antyHCV	0,11 (0,06–0,15)	0,03 (0,01–0,05)	0,07 (0,03–0,12)	0,09 (0,04–0,13)	0,03 (0,01–0,04)	0,06 (0,02–0,11)	0,02 (0,01–0,03)	0,00 (0,00–0,01)	0,01 (0,00–0,02)
Przewlekła choroba nerek	1,70 (1,58–1,81)	0,70 (0,62–0,78)	1,00 (0,91–1,08)	0,64 (0,55–0,73)	0,36 (0,29–0,44)	0,27 (0,22–0,33)	1,03 (0,96–1,10)	0,33 (0,30–0,36)	0,70 (0,64–0,75)
Niedoczynność tarczycy	1,36 (1,23–1,51)	0,26 (0,21–0,31)	1,10 (0,97–1,24)	0,97 (0,83–1,09)	0,19 (0,15–0,24)	0,77 (0,65–0,89)	0,38 (0,33–0,43)	0,06 (0,05–0,08)	0,32 (0,27–0,37)
Niedokrwistość	0,88 (0,80–0,96)	0,41 (0,35–0,47)	0,47 (0,40–0,53)	0,37 (0,31–0,43)	0,21 (0,17–0,27)	0,15 (0,11–0,20)	0,51 (0,46–0,56)	0,20 (0,17–0,22)	0,31 (0,27–0,35)
Choroby gruczołu krokowego	–	1,04 (0,95–1,12)	–	–	0,64 (0,57–0,72)	–	–	0,38 (0,34–0,41)	–
Zaburzenia snu	4,43 (4,22–4,64)	1,52 (1,42–1,62)	2,91 (2,72–3,10)	2,81 (2,61–3,01)	1,08 (0,98–1,18)	1,74 (1,56–1,92)	1,59 (1,53–1,66)	0,44 (0,41–0,47)	1,15 (1,10–1,21)
Wielochorobowość (≥ 3 choroby przewlekłe)	6,05 (5,80–6,29)	2,31 (2,19–2,43)	3,74 (3,57–3,90)	3,95 (3,74–4,16)	1,63 (1,52–0,74)	2,32 (2,18–2,46)	2,09 (2,02–2,16)	0,67 (0,64–1,70)	1,42 (1,36–1,47)

Tabela 3. Zachowania prozdrowotne, inne czynniki ryzyka i sytuacja społeczna populacji osób starszych z podziałem na osoby w wieku 60–74 oraz 75 i więcej lat z uwzględnieniem płci. Wyniki przedstawiono jako odsetki osób, których dotyczy dany problem w badanej populacji. W nawiasach podano 95% przedziały ufności uwzględniające złożony sposób losowania próby.

Analizowane parametry/zmienne	60 i więcej lat			60–74 lat			75 i więcej lat		
	Razem	Mężczyźni	Kobiety	Razem	Mężczyźni	Kobiety	Razem	Mężczyźni	Kobiety
	% (95% CI)	% (95% CI)	% (95% CI)	% (95% CI)	% (95% CI)	% (95% CI)	% (95% CI)	% (95% CI)	% (95% CI)
Szczepienie przeciw WZW B	45,0 (42,2–47,7)	40,8 (37,4–44,3)	48,0 (44,6–51,4)	47,1 (44,0–50,3)	41,3 (37,2–45,5)	51,9 (48,0–55,7)	39,1 (35,2–42,9)	38,2 (33,6–42,8)	39,5 (34,7–44,4)
Szczepienie przeciw grypie	17,7 (15,9–19,6)	19,0 (17,2–20,9)	16,8 (14,5–19,1)	15,0 (13,1–16,9)	16,1 (13,9–18,4)	14,1 (11,8–16,5)	23,9 (20,9–26,9)	27,7 (24,2–31,2)	21,9 (18,2–25,7)
Polipragmazja (≥ 5 substancji czynnych)	51,0 (48,7–53,2)	47,8 (44,9–50,7)	53,2 (50,5–56,0)	44,0 (41,2–46,7)	41,7 (38,0–45,5)	45,8 (42,5–49,1)	69,5 (66,1–72,8)	68,7 (65,7–71,7)	69,8 (65,5–74,2)
Osoby nieprzeznaczające czasu na aktywność ruchową	19,9 (17,9–21,9)	17,9 (15,3–20,4)	21,4 (19,1–23,6)	12,9 (10,9–15,0)	14,2 (11,4–17,0)	11,9 (9,4–14,4)	36,8 (33,9–39,6)	29,6 (25,8–33,5)	40,4 (37,2–43,6)
Palenie tytoniu (aktywni palacze)	14,1 (12,4–15,7)	18,0 (15,4–20,5)	11,3 (9,6–13,0)	17,7 (15,6–19,9)	20,8 (17,6–23,9)	15,3 (12,9–17,6)	5,1 (4,0–6,2)	9,1 (6,9–11,2)	3,1 (1,8–4,3)
Zła samoocena sytuacji materialnej ¹	6,1 (5,1–7,1)	5,5 (4,0–6,9)	6,5 (5,4–7,7)	5,9 (4,8–7,1)	5,6 (3,8–7,5)	6,2 (4,8–7,6)	6,5 (5,3–7,7)	4,6 (3,1–6,0)	7,5 (5,9–9,0)
Osoby zamieszkujące samotnie	20,0 (18,0–22,0)	10,9 (9,4–12,5)	26,6 (23,4–29,5)	15,8 (13,4–18,2)	9,0 (7,2–10,7)	21,4 (17,5–25,2)	29,7 (27,1–32,3)	17,0 (14,3–19,8)	36,3 (32,6–39,9)
Osoby zamieszkujące tylko z małżonkiem/partnerem	40,6 (38,4–42,8)	52,1 (48,4–55,8)	32,3 (29,8–34,8)	45,3 (42,8–47,9)	52,5 (48,1–56,9)	39,5 (36,4–42,6)	26,7 (24,1–29,3)	47,7 (43,6–51,7)	15,8 (12,9–18,7)
Poczucie osamotnienia często lub zawsze	6,7 (5,8–7,6)	4,4 (3,4–5,5)	8,3 (7,0–9,6)	4,7 (3,7–5,8)	3,3 (2,1–4,4)	5,9 (4,3–7,6)	11,1 (9,5–12,8)	8,0 (5,9–10,2)	12,7 (10,5–14,9)
Osoby nieużywające Internetu	56,6 (53,1–60,1)	52,7 (49,0–56,3)	59,4 (55,0–63,8)	44,4 (40,0–48,8)	44,1 (39,7–48,6)	44,6 (38,7–50,5)	87,1 (85,0–89,2)	81,2 (77,8–84,6)	90,1 (88,0–92,3)

Tabela 3 cd.

Analizowane parametry/zmienne	60 i więcej lat			60–74 lat			75 i więcej lat		
	Razem	Mężczyźni	Kobiety	Razem	Mężczyźni	Kobiety	Razem	Mężczyźni	Kobiety
	% (95% CI)	% (95% CI)	% (95% CI)	% (95% CI)	% (95% CI)	% (95% CI)	% (95% CI)	% (95% CI)	% (95% CI)
Osoby zdecydowanie wymagające pomocy	9,2 (8,2–10,1)	7,1 (6,0–8,3)	10,6 (9,3–11,9)	4,3 (3,3–5,2)	4,6 (3,3–5,9)	3,9 (2,6–5,3)	21,5 (19,4–23,7)	15,6 (13,3–18,0)	24,6 (21,6–27,6)
<i>w tym jej nieotrzymujące</i>	4,6 (1,4–7,7)	2,5 (0,4–4,7)	5,5 (1,1–10,0)	5,8 (0–14,5)	2,2 (0–5,1)	9,3 (0–25,7)	3,6 (1,5–5,8)	2,1 (0,3–3,9)	4,1 (1,3–7,0)
Osoby nie mające na kogo liczyć w chorobie	1,8 (1,2–2,3)	1,7 (0,8–2,6)	1,8 (1,2–2,4)	1,7 (1,1–2,3)	1,8 (0,8–2,8)	1,6 (0,9–2,3)	1,5 (0,8–2,1)	1,3 (0,5–2,0)	1,6 (0,8–2,4)
Osoby rzadko kontaktujące się z lekarzem rodzinnym (brak kontaktu > 1/2 roku)	11,2 (9,8–12,6)	14,0 (11,6–16,4)	9,2 (7,6–10,8)	12,3 (10,5–14,0)	15,5 (12,6–18,4)	9,7 (7,5–11,8)	7,8 (6,6–9,1)	8,4 (6,2–10,7)	7,5 (6,0–9,1)
Zła samoocena stanu zdrowia	3,7 (3,0–4,4)	3,3 (2,5–4,2)	4 (3,1–4,9)	2,5 (1,7–3,3)	2,7 (1,7–3,8)	2,3 (1,2–3,3)	7,2 (5,6–8,7)	4,9 (3,4–6,5)	8,4 (6,0–10,7)

¹ Osoby oceniające, że w ich gospodarstwie domowym pieniędzy wystarcza tylko na najtańsze jedzenie, nie wystarcza na ubranie lub nie wystarcza nawet na najtańsze jedzenie i ubranie.

Tabela 3A. Zachowania prozdrowotne, czynniki ryzyka i sytuacja społeczna populacji osób starszych z podziałem na osoby w wieku 60–74 oraz 75 i więcej lat z uwzględnieniem płci. Wyniki przedstawiono jako szacunkową liczbę seniorów w badanej populacji, których dotyka dany problem. W nawiasach podano 95% przedziały ufności uwzględniające złożony sposób losowania próby. Szacunki przeprowadzono według stanu ludności na 31 grudnia 2020 r.

Analizowane parametry/zmienne	60 i więcej lat			60–74 lat			75 i więcej lat		
	Razem	Mężczyźni	Kobiety	Razem	Mężczyźni	Kobiety	Razem	Mężczyźni	Kobiety
	mln (95% CI)	mln (95% CI)	mln (95% CI)	mln (95% CI)	mln (95% CI)	mln (95% CI)	mln (95% CI)	mln (95% CI)	mln (95% CI)
Szczepienie przeciw WZW B	4,41 (4,14–4,67)	1,68 (1,54–1,82)	2,73 (2,54–2,93)	3,35 (3,13–3,57)	1,32 (1,19–1,45)	2,03 (1,88–2,18)	1,05 (0,95–1,16)	0,35 (0,31–0,39)	0,71 (0,62–0,7)
Szczepienie przeciw grypie	1,73 (1,56–1,92)	0,78 (0,71–0,86)	0,96 (0,83–1,09)	1,07 (0,93–1,20)	0,51 (0,44–0,59)	0,55 (0,46–0,65)	0,64 (0,56–0,73)	0,25 (0,22–0,28)	0,39 (0,32–0,46)
Polipragmazja (≥ 5 substancji czynnych)	5,00 (4,77–5,21)	1,96 (1,84–2,08)	3,03 (2,88–3,19)	3,13 (2,93–3,32)	1,33 (1,21–1,45)	1,79 (1,66–1,92)	1,87 (1,78–1,96)	0,63 (0,60–0,65)	1,25 (1,17–1,32)
Osoby nieprzeznaczające czasu na aktywność ruchową	1,95 (1,75–2,15)	0,73 (0,63–0,84)	1,22 (1,09–1,34)	0,92 (0,77–1,07)	0,45 (0,36–0,54)	0,47 (0,37–0,56)	0,99 (0,91–1,07)	0,27 (0,24–0,31)	0,72 (0,66–0,78)
Palenie tytoniu (aktywni palacze)	1,38 (1,22–1,54)	0,74 (0,63–0,84)	0,64 (0,55–0,74)	1,26 (1,11–1,41)	0,66 (0,56–0,76)	0,60 (0,50–0,69)	0,14 (0,11–0,17)	0,08 (0,06–0,10)	0,06 (0,03–0,08)
Zła samoocena sytuacji materialnej ¹	0,60 (0,50–0,70)	0,23 (0,16–0,28)	0,37 (0,31–0,44)	0,42 (0,34–0,50)	0,18 (0,12–0,24)	0,24 (0,19–0,30)	0,18 (0,14–0,21)	0,04 (0,03–0,05)	0,13 (0,11–0,16)
Osoby zamieszkujące samotnie	1,96 (1,76–2,16)	0,45 (0,39–0,51)	1,51 (1,33–1,68)	1,12 (0,95–1,29)	0,29 (0,23–0,34)	0,84 (0,68–0,99)	0,80 (0,73–0,87)	0,16 (0,13–0,18)	0,65 (0,58–0,71)
Osoby zamieszkujące tylko z małżonkiem/partnerem	3,98 (3,76–4,19)	2,14 (1,99–2,29)	1,84 (1,70–1,98)	3,22 (3,04–3,40)	1,68 (1,54–1,82)	1,54 (1,42–1,67)	0,72 (0,65–0,79)	0,44 (0,40–0,47)	0,28 (0,23–0,33)
Poczucie osamotnienia często lub zawsze	0,66 (0,57–0,74)	0,18 (0,14–0,23)	0,47 (0,40–0,55)	0,33 (0,26–0,41)	0,11 (0,07–0,14)	0,23 (0,17–0,30)	0,30 (0,26–0,35)	0,07 (0,05–0,09)	0,23 (0,19–0,27)

Tabela 3A cd.

Analizowane parametry/zmienne	60 i więcej lat			60–74 lat			75 i więcej lat		
	Razem	Mężczyźni	Kobiety	Razem	Mężczyźni	Kobiety	Razem	Mężczyźni	Kobiety
	mln (95% CI)	mln (95% CI)	mln (95% CI)	mln (95% CI)	mln (95% CI)	mln (95% CI)	mln (95% CI)	mln (95% CI)	mln (95% CI)
Osoby nie używające Internetu	5,55 (5,20–5,89)	2,16 (2,01–2,31)	3,38 (3,13–3,63)	3,15 (2,84–3,47)	1,41 (1,27–1,55)	1,74 (1,51–1,97)	2,35 (2,29–2,41)	0,74 (0,71–0,77)	1,61 (1,57–1,65)
Osoby zdecydowanie wymagające pomocy	0,90 (0,80–0,99)	0,29 (0,25–0,34)	0,60 (0,53–0,68)	0,31 (0,23–0,37)	0,15 (0,11–0,19)	0,15 (0,10–0,21)	0,58 (0,52–0,64)	0,14 (0,12–0,16)	0,44 (0,39–0,49)
<i>w tym jej nieotrzymujące</i>	0,45 (0,14–0,75)	0,10 (0,02–0,19)	0,31 (0,06–0,57)	0,41 (0,00–0,03)	0,07 (0,00–0,16)	0,36 (0,00–0,00)	0,10 (0,04–0,16)	0,02 (0,00–0,04)	0,07 (0,02–0,12)
Osoby niemające na kogo liczyć w chorobie	0,18 (0,12–0,23)	0,07 (0,03–0,11)	0,10 (0,07–0,14)	0,12 (0,08–0,16)	0,06 (0,03–0,09)	0,06 (0,04–0,09)	0,04 (0,02–0,06)	0,01 (0,00–0,02)	0,03 (0,01–0,04)
Osoby rzadko kontaktujące się z lekarzem rodzinnym (brak kontaktu > 1/2 roku)	1,10 (0,96–1,23)	0,57 (0,48–0,67)	0,52 (0,43–0,62)	0,87 (0,75–0,99)	0,49 (0,40–0,59)	0,38 (0,29–0,46)	0,21 (0,18–0,25)	0,08 (0,06–0,10)	0,13 (0,11–0,16)
Zła samoocena stanu zdrowia	0,36 (0,29–0,43)	0,14 (0,10–0,17)	0,23 (0,18–0,28)	0,18 (0,12–0,23)	0,09 (0,05–0,12)	0,09 (0,05–0,13)	0,19 (0,15–0,23)	0,04 (0,03–0,06)	0,15 (0,11–0,19)

¹ Osoby oceniające, że w ich gospodarstwie domowym pieniędzy wystarcza tylko na najtańsze jedzenie, nie wystarcza na ubranie lub nie wystarcza nawet na najtańsze jedzenie i ubranie.

Najważniejsze rekomendacje wynikające z badania *PolSenior2*

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

Prowadzenie przez państwo racjonalnej, zintegrowanej polityki zdrowotnej wymaga posiadania aktualnej i rzetelnej wiedzy o sytuacji zdrowotnej społeczeństwa oraz o czynnikach na nią wpływających, przede wszystkim społecznych i ekonomicznych. Wiedzy takiej powinny dostarczyć dobrze działające systemy informacyjne, pozwalające na monitorowanie stanu zdrowia populacji za pomocą odpowiednich mierników. Cele monitoringu zdrowia to przede wszystkim pomiar rozmiaru problemów zdrowotnych, ich trendów i stopnia zróżnicowania pomiędzy różnymi grupami ludności i identyfikacja obszarów o priorytetowym znaczeniu dla zdrowia publicznego, medycyny naprawczej oraz polityki zdrowotnej i społecznej państwa.

Za najważniejsze rekomendacje w obszarze monitorowania stanu zdrowia i uwarunkowań społecznych należy uznać:

- a. integrację baz danych badań realizowanych ze środków publicznych i udostępnienie ich dla prowadzenia kompleksowych analiz instytucjom naukowo-badawczym w kraju,
- b. zapewnienie finansowania realizacji nie rzadziej niż co 10 lat badania przekrojowego typu *PolSenior* i *PolSenior2* jako kompleksowego badania stanu zdrowia i uwarunkowań społecznych,
- c. przygotowanie i realizację w latach 2023–2024 badania wzdłużnego (*follow-up*) na tej samej próbie badanych co w projekcie *PolSenior2*, oraz każdorazowo około 5 lat od zakończenia kolejnej edycji serii *PolSenior*,
- d. wykonanie analiz zmian (trendów) stanu zdrowia i czynników społecznych u osób starszych w latach 2009–2019 dzięki połączeniu odpowiednich modułów baz danych badań *PolSenior* i *PolSenior2*,

- e. przeprowadzenie w roku 2022 lub 2023 badania w celu oceny wpływu pandemii COVID-19 na dostęp do świadczeń zdrowotnych oraz zdrowie i zachowania zdrowotne seniorów w Polsce z porównaniem do sytuacji wyjściowej określonej w badaniu *PolSenior2*,
- f. integrację założeń, celów i metod realizacji przyszłych ogólnopolskich badań zdrowia starszych Polaków,
- g. zapewnienie finansowania i wsparcie udziału Polski i polskich ośrodków badawczych w projektach międzynarodowych w zakresie gerontologii i geriatrii,
- h. przygotowanie i przeprowadzenie badań pilotażowych dla wybranych interwencji organizacyjnych, edukacyjnych i zdrowotnych w populacji seniorów w Polsce na poziomie powiatów.

[Ad a] *Potrzeba integracji wyników badań prowadzonych u starszych mieszkańców Polski przez instytucje publiczne.*

Analizy stanu zdrowia ludności Polski prowadzone są przede wszystkim na podstawie danych pochodzących z rutynowych systemów informacyjnych działających w ramach Programu Badań Statystycznych Statystyki Publicznej zatwierdzanego co roku przez Prezesa Rady Ministrów. Główny Urząd Statystyczny oprócz badań stałych dotyczących m.in. zgonów, realizuje dwa cykliczne badania ankietowe poświęcone w całości problematyce zdrowia: Europejskie Ankiety Badanie Zdrowia oraz Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych.

Badania ankietowe GUS. Ogólnopolskie reprezentacyjne ankietowe badania stanu zdrowia ludności realizowane były przez GUS w latach 1996, 2004, 2009, 2014 i 2019. Od 2009 r. mają one formę **Europejskiego Ankiety Badania Zdrowia (EHIS)**, prowadzonego w krajach UE zgodnie z wytycznymi Eurostatu i powtarzanego co 5 lat. Ich realizacja wypełnia międzynarodowe zobowiązania naszego kraju wynikające z członkostwa w Unii Europejskiej i jest objęta unijną regulacją prawną. Wyniki badania są reprezentatywne na poziomie kraju, a wybrane dane – również na poziomie województw. Badanie jest realizowane w gospodarstwach domowych (0,2% w 2014 r.) i obejmuje wszystkich domowników.

Wspólna metodologia i cykliczna realizacja umożliwiają porównania między krajami i śledzenie trendów czasowych. Jednak dość długi okres

potrzebny na opracowanie wyników przez GUS wpływa niekorzystnie na aktualność danych. Ponadto doświadczenia związane z pandemią COVID-19 pokazują, że zmiany stanu zdrowia i zachowań zdrowotnych mogą podlegać wahaniom większym i częstszym niż dotychczas, w związku z czym okres przerwy między badaniami powinien być krótszy.

Celowe byłoby wykonanie oddzielnych analiz wyników badań EHIS dla osób w wieku 60 i więcej lat zbadanych w Polsce od 2009 r. Pozwoliłoby to na wspólne wykorzystanie projektów EHIS i *PolSenior*.

Badanie ankietowe „Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych” to badanie w cyklu Badań Modułowych poświęconym problematyce zdrowia. Przeprowadzane jest na podpróbie gospodarstw domowych (w 2017 r. 4393 gospodarstwa, 11,6 tys. osób), biorących udział w badaniach budżetów gospodarstw domowych.

Celem badania jest uzyskanie informacji o potrzebach zdrowotnych, stopniu ich zaspokojenia oraz wydatkach na opiekę zdrowotną. Cykliczność badania od 1994 r. pozwala na ocenę zmian w zapotrzebowaniu na usługi zdrowotne i stopnia ich zaspokojenia. Również w przypadku tego badania warto podjąć ocenę na ile jego wyniki można wykorzystać i integrować w docelowym wspólnym repozytorium informacji statystycznych o sytuacji zdrowotnej starszych Polaków.

Od 2004 r., prowadzone jest przez GUS coroczne **Europejskie Badanie Dochodów i Warunków Życia Ludności (EU-SILC)**. Jest ono realizowane pod nadzorem Urzędu Statystycznego Unii Europejskiej (Eurostat) w krajach Unii Europejskiej (UE). W badaniu EU-SILC respondentom w wieku 16 i więcej lat zadawane są trzy pytania dotyczące samooceny stanu zdrowia (SRH, *self-rated health*). W Polsce badanie EU-SILC jest prowadzone przez GUS od 2005 r. na losowej próbie mieszkańców pochodzącej z ok. 24 tys. wylosowanych mieszkań. Zgodnie z ustaleniami Eurostatu w badaniu EU-SILC od 2017 r. co kilka lat zawarty będzie moduł odnoszący się do zdrowia. W 2017 r. pytania dotyczyły przede wszystkim korzystania z opieki zdrowotnej oraz odżywiania i aktywności fizycznej (GUS, Dochody i warunki życia ludności Polski – raport z badania EU-SILC 2017, Warszawa, 2018).

Wymienione wyżej badania realizowane przez GUS obejmują również osoby w wieku starszym. Potencjalnie umożliwiają one ocenę ogólnego

stanu zdrowia tej populacji w odniesieniu do różnorodnych zmiennych społeczno-demograficznych. Niestety, publikowane cząstkowe raporty z tych badań nie pozwalają na bardziej złożone analizy. Ich przeprowadzenie wymaga bowiem dostępu do indywidualnych rekordów badanych osób. Problem ten powinien zostać uregulowany prawnie, tak by polskie instytucje naukowo-badawcze, a w szczególności Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – PIB, miały dostęp do zbiorów jednostkowych. Pozwoli to na dużo szersze i bardziej efektywne wykorzystanie danych dotyczących zdrowia Polaków, ze szczególnym uwzględnieniem populacji senioralnej, gromadzonych w ramach polskiej statystyki publicznej.

[Ad b] *Powtarzanie co 10 lat projektu typu PolSenior i Polsenior2 (badanie przekrojowe, cross-sectional) jako kompleksowego badania stanu zdrowia i uwarunkowań społecznych. W razie potrzeby realizacja podprojektów szczegółowych w krótszych odstępach czasu np. po 5 latach lub jak obecnie w sytuacji szczególnej tj. po pandemii COVID-19.*

Wyżej wymienione projekty realizowane przez **GUS** są oparte **wyłącznie na wywiadach ankietowych**. Nie pozwala to na analizy tych szczególnie ważnych problemów zdrowotnych, których diagnoza wymaga badania przedmiotowego – pomiarów antropometrycznych, ciśnienia tętniczego krwi i badań laboratoryjnych. Z powyższych powodów główne ośrodki badawcze w Polsce zwróciły się do Rządu RP już na początku XXI w., by rozpocząć w naszym kraju regularne badania przekrojowe (*cross-sectional*) na reprezentatywnych losowych próbach starszych Polaków z wykonaniem pomiarów ciśnienia tętniczego krwi, badań laboratoryjnych oraz skal i testów stosowanych w geriatricii. Starania te najpełniej i kompleksowo, w odniesieniu do standardów geriatricii i gerontologii, udało się zrealizować w badaniu *PolSenior*.

Badanie *PolSenior* należy uznać za krok milowy polskiej epidemiologii w ocenie rozpowszechnienia, wykrywania i kontroli wielu chorób niezakaźnych, ich czynników ryzyka, oraz uwarunkowań społecznych. Badanie jest równorzędne w porównaniu do najlepszych realizowanych wcześniej projektów w Europie i na świecie. Wieloletnie starania głównych autorów projektu *PolSenior* doprowadziły do pozytywnej decyzji Ministerstwa Zdrowia o realizacji po ok. 10 latach projektu *PolSenior2*. Projekt ten wpisano do głównych zadań Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020,

co z kolei było możliwe dzięki przyjęciu i wdrożeniu ustawy o zdrowiu publicznym.

Badania *PolSenior* w latach 2008–2009 i po dekadzie *PolSenior2* w latach 2018–2019 dostarczyły szczególnie ważnych informacji dla polityki senioralnej w naszym kraju. Projekty te nie zostały ograniczone do określonej wąskiej grupy problemów zdrowotnych, ale objęły całe spektrum problemów związanych ze zdrowiem osób starszych. **Badania te, ze względu na swoją wartość poznawczą zarówno w wymiarze naukowym, jak również w wymiarze praktycznych działań polityki zdrowotnej, powinny mieć zapewniony status badań cyklicznych, powtarzanych co 5 lat w węższym wymiarze (dla oceny wytypowanych problemów zdrowotnych i społecznych) oraz co 10 lat w szerokim i kompleksowym wymiarze, analogicznie do zrealizowanych dwóch edycji projektu *PolSenior*.**

Należy wziąć pod rozwagę taki czasokres realizacji badań serii *PolSenior*, by nie pokrywał się on z cyklem badań EHIS prowadzonych przez GUS. Pozwoliłoby to na lepsze i częstsze śledzenie zmian ważnych parametrów zdrowia seniorów w Polsce.

W opinii Komitetu Naukowego projektu *PolSenior2* powtarzane co 10 lat badanie kolejnych serii *PolSenior* na nowej reprezentatywnej próbie starszych Polaków w wieku 60 i więcej lat powinno mieć pod względem metodycznym, w tym dotyczącym doboru i struktury badanej próby, podobne założenia jak obecnie tj. równoliczne 5-letnie podgrupy badanych od zakresu wieku 60–64 lata po grupę najstarszą tj. 90 i więcej lat. Biorąc pod uwagę z jednej strony koszty projektu, a z drugiej precyzję oszacowań rozpowszechnienia badanych spraw zdrowotnych, nie znajdujemy specjalnego uzasadnienia dla realizacji przyszłych badań serii *PolSenior* na próbach większych niż 6000 osób.

Liczebność i zakres badań specjalnych w celu rozszerzenia lub bardziej szczegółowej analizy wybranych problemów z głównego badania *PolSenior* powinien każdorazowo podlegać eksperckiemu przygotowaniu i dyskusji, nie tylko pod względem merytorycznym, ale także organizacyjnym i finansowym. Takie dodatkowe badania planowano początkowo dla projektu *PolSenior2* na podgrupie około 600 osób, ale finalnie, po pilotażu i trudnościach w ustaleniu właściwych ścieżek finansowania, zaniechano jego realizacji. Dlatego realizacja badań specjalistycznych wymaga szczegółowego opracowania, aby środki przeznaczone na nie zostały efektywnie wykorzystane.

Z uwagi na **znaczenie czynników społecznych i ekonomicznych** udokumentowane współczesną wiedzą w zakresie geriatry i gerontologii badania stanu zdrowia starszych Polaków zawsze powinny zawierać moduły analizujące uwarunkowania społeczne i ekonomiczne. Przyszłe badania powinny też obejmować analizy i ocenę trendów w zakresie **nierówności w zdrowiu**.

[Ad c] *Potrzeba realizacji badania wzdluznego (follow-up) okolo 5 lat od zakonczenia kazdej edycji projektu PolSenior (na tej samej probie badanych).*

Wiele analiz, szczególnie w celu oceny znaczenia czynników ryzyka oraz prognozowania trendów i wielkości grup chorych, które trzeba będzie objąć opieką, możliwe jest tylko dzięki wynikom **badania wzdluznych (typu follow-up)**. Dopiero wieloletnia obserwacja tych samych starszych Polaków i ustalenie tempa narastania zaburzeń poznawczych umożliwi opracowanie modelu i przygotowanie wiarygodnych prognoz o przewidywanej liczbie chorych z otępieniem za 5, 10 czy więcej lat. Dlatego tak ważne **jest powtórzenie w latach 2024–2025 projektu PolSenior2** u tych samych respondentów, którzy zostali zbadani w latach 2018–2019.

Dobry wzór systematycznego monitorowania problemów związanych ze starzeniem się stanowi angielskie badanie **ELSA (English Longitudinal Study of Aging)**. Jest to badanie reprezentatywnej kohorty mężczyzn i kobiet mieszkających w Anglii w wieku 50 i więcej lat. Zostało ono zaprojektowane jako badanie siostrzane w stosunku do Badania Zdrowia i Przejścia na Emeryturę (Health and Retirement Study – HRS) w USA i ma charakter interdyscyplinarny – obejmuje gromadzenie danych ekonomicznych, społecznych, psychologicznych, poznawczych, zdrowotnych, biologicznych i genetycznych. Badanie rozpoczęto w 2002 r., a próba badana jest co 2 lata. Dane zbierane są za pomocą wspomaganym komputerowo wywiadów osobistych i kwestionariuszy do samodzielnego wypełniania, z dodatkowymi wizytami pielęgniarstwa w celu oceny biomarkerów co 4 lata. Pierwotna próba składała się z 11 391 osób w wieku od 50 do 100 lat. Badanie ELSA jest zharmonizowane z badaniami starzenia w innych krajach w celu ułatwienia międzynarodowych porównań i, co trzeba podkreślić, jest powiązane z danymi rejestru finansowego i zdrowotnego. Ta ostatnia cecha wskazuje, **jak ważne jest wykorzystywanie i łączenie danych z różnych źródeł/baz**, które to działanie natrafia w Polsce na bardzo duże trudności.

Badania typu HRS, ELSA są kosztowne. Alternatywą dla badań tego typu w warunkach polskich może być badanie łączące ankietowe badanie reprezentatywnej ogólnopolskiej próby ludności w ustalonym przedziale wieku (np. 60 i więcej lat) z informacjami o problemach zdrowotnych tych osób **na podstawie danych NFZ oraz ZUS**. Badanie ankietowe dostarczyłoby charakterystyki badanych pod względem sytuacji społeczno-ekonomicznej oraz występowaniu czynników ryzyka i pewnych charakterystyk zdrowotnych dobrze mierzalnych w badaniach ankietowych, a dane NFZ (świadczenia medyczne i leki recepturowe) o medycznie zdiagnozowanych problemach zdrowotnych. Analizy powinny być powtarzane co 4–5 lat, przy czym możliwe są dwa warianty. Pierwszy – za każdym razem losowana jest nowa próba, żeby określić stan zdrowia społeczeństwa w danym roku, oraz drugi – podpróba osób z pierwszego badania uczestniczy w drugim, aby umożliwić obserwację prospektywną, zaś część respondentów jest „dolosowywana”. Do rozważenia jest przyjęcie metodologii badania stosowanej w „Badaniu dochodów i warunków życia ludności Polski EU-SILC” prowadzonym przez GUS, które również zbiera informacje niezbędne do prowadzenia zarówno analiz przekrojowych, jak i analiz zmian w czasie.

[Ad d] *Analiza zmian (trendów) w Polsce w zakresie stanu zdrowia i czynników społecznych u osób starszych w latach 2009–2019. Połączenie odpowiednich modułów baz danych badań PolSenior i PolSenior2.*

Bardzo ważnym krokiem w wykorzystaniu wyników obu badań *PolSenior* powinno być **połączenie baz danych projektów *PolSenior* (2007–2011) i *PolSenior2* (2018–2019)** oraz wykonanie szczegółowych analiz statystycznych na wspólnej bazie danych obu projektów by ocenić zakres zmian w zdrowiu i sytuacji społecznej seniorów w Polsce w ostatniej dekadzie. Zadanie takie, po zapewnieniu finansowania, powinno być zrealizowane nie później niż w latach 2021–2023. Brak finansowania między kolejnymi edycjami projektu uniemożliwia pogłębioną analizę danych oraz stabilizację kadry (np. statystyków), co przekłada się na opóźnienie lub nawet rezygnację z wykonania szczegółowych analiz i publikację wyników, co miało miejsce w przypadku badania *PolSenior*.

[Ad e] *Ocena wpływu pandemii COVID-19 na zdrowie i zachowania zdrowotne w Polsce.*

Odnosząc się do ważnych uwarunkowań badania *PolSenior2*, jako badania przekrojowego zakończonego w terenie dwa miesiące przed rozpoczęciem pandemii COVID-19, autorzy projektu pragną podkreślić, że rzeczywiste i optymalne wykorzystanie jego wyników wymaga przeprowadzenia w 2022 r. badania metodą ankietową z pomiarami antropometrycznymi i ciśnienia tętniczego krwi wśród już zbadanych respondentów **w celu oceny społecznych i zdrowotnych skutków ograniczeń spowodowanych pandemią COVID-19 w Polsce w populacji senioralnej, która zdrowotnie najbardziej odczuła skutki pandemii.**

[Ad f] *Potrzeba integracji założeń, celów i metod realizacji ogólnopolskich badań zdrowia starszych Polaków.*

Niewątpliwie mówiąc o zdrowiu osób starszych należy wspomnieć o **ankietowym badaniu zdrowia psychicznego ludności Polski EZOP II 2018–2019**, które w przeciwieństwie do pierwszego badania EZOP 2010–2011 objęło również osoby w wieku 65 i więcej lat. Losowa próba populacji pozwoliła na zbadanie 4,5 tys. osób w wieku 55 i więcej lat. Badania te realizowane były przez Instytut Psychiatrii i Neurologii w ramach badań WHO World Mental Health Surveys i współpracy z Harvard Medical School. Doświadczenia z tego badania powinny być wykorzystane przy planowaniu kolejnego projektu serii *PolSenior* w module dotyczącym zdrowia psychicznego.

[Ad g] *Zapewnienie finansowania i wsparcie udziału Polski i polskich ośrodków badawczych w projektach międzynarodowych w zakresie gerontologii i geriatrii.*

W ostatnich dekadach okresowo podejmowane są w Europie i na świecie nowe międzynarodowe badania związane ze starzeniem się populacji w krajach o średnim i wysokim dochodzie narodowym. Korzyści z udziału Polski w takich projektach są zwykle wielorakie. Przede wszystkim umożliwiają porównanie z innymi krajami oraz są nośnikiem innowacji, gdyż wdrażają nowe metody badań i ocenę za pomocą nowych wskaźników

zdrowia. Dlatego w ramach Narodowego Programu Zdrowia i działania Agencji Badań Medycznych powinny być dostępne mechanizmy umożliwiające Ministerstwu Zdrowia finansowanie udziału polskich ośrodków badawczych w ważnych projektach międzynarodowych, w których potrzebny jest udział własny.

[Ad h] Przygotowanie i przeprowadzenie badań pilotażowych dla wybranych interwencji organizacyjnych, edukacyjnych i zdrowotnych w populacji seniorów w Polsce na poziomie powiatów.

W warunkach polskich bardzo potrzebne wydaje się przygotowanie i prowadzenie badań pilotażowych, które pozwolą ocenić wykonalność i skuteczność planowanych do wprowadzenia w skali całego kraju programów organizacyjnych, edukacyjnych oraz zdrowotnych.

Projekty badań pilotażowych powinny uwzględniać porównanie zmian stanu zdrowia, zachowań prozdrowotnych i sytuacji seniorów w powiatach objętych interwencją i w powiatach kontrolnych (bez interwencji). Ich celem byłoby rzeczywiste (*real world outcome*) określenie możliwych korzyści zdrowotnych uzyskanych dzięki wdrożeniu zweryfikowanych i wystandardyzowanych działań w zakresie zdrowia publicznego i medycyny naprawczej. Z uwagi na niekiedy bardzo duże różnice w zdrowiu na poziomie powiatów w Polsce celowe może okazać się planowanie i przygotowanie odrębnych interwencji dla grup powiatów o niedostatecznym i dobrym stanie zdrowia seniorów. Projekty takie zawsze powinny uwzględniać wyjściową ocenę stanu zdrowia docelowej populacji, następnie realizację interwencji oraz okresową kontrolę skuteczności podjętych działań.

2. Propozycje rozwiązań społecznych i prawnych

Rekomendacje dla sfery społecznej

Za naczelną wyzwanie dla polityki senioralnej należy uznać **stworzenie systemu usług dla osób starszych**. Usługi te powinny ułatwiać zaspokojenie potrzeb bytowych oraz społecznych. Biorąc pod uwagę wyniki badania *PolSenior2*, należy zasugerować, by lokalne podmioty polityki senioralnej (przede wszystkim gminy) zapewniły w pierwszej kolejności samotnie za-

mieszkującym osobom starszym dostępność usług bytowych. Sam dostęp do takich usług nie polega wyłącznie na fizycznej możliwości skorzystania z nich w miejscu świadczenia, ale zapewnieniu 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.

Z uwagi na stosunkowo niski poziom rozwoju systemu wsparcia dla osób starszych w Polsce należy rozważyć celowość utrzymywania priorytetu świadczeń pieniężnych dla seniorów. Samo zwiększenie dochodów osób starszych nie oznacza bowiem lepszego dostępu do usług. Ze względu na zmiany w sytuacji demograficznej i w strukturze rodzin bardzo pilne staje się rozbudowanie systemu usług bytowych i społecznych świadczonych w miejscu zamieszkania. Elementem polityki dochodowej – obok dalszego zwiększania wysokości świadczeń – może być zapewnienie bezpłatnego lub w pewnych przypadkach ulgowego dostępu do tego rodzaju usług.

W przypadku usług społecznych należałoby oczekiwać większej roli władz samorządowych w organizacji dostosowanych do potrzeb i możliwości osób starszych usług, 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 wolontariuszy, kontaktom na drodze elektronicznej, pomocy formalnej i nieformalnej, rozbudowie sieci placówek dziennego pobytu, szerszemu włączeniu organizacji pozarządowych i wyznaniowych w realizację zadań polityki senioralnej;
- wyposażenie starszych niepełnosprawnych osób w urządzenia informujące o upadkach i umożliwiające wezwanie pomocy; udział w stworzeniu tego rodzaju systemu wsparcia;
- stworzenie ogólnopolskiego systemu opieki długoterminowej, zapewniającego zaspokojenie potrzeb zdrowotnych i społecznych, finansowanego przynajmniej w podstawowym zakresie ze środków publicznych i zapewniającego dostęp do świadczeń i usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania;

- rozbudowę sieci placówek opieki dziennej i zapewnienie dostępu do nich (poziom odpłatności, transport) osobom starszym;
- identyfikację i szybkie docieranie do osób wymagających wsparcia dzięki koordynacji i poprawie przepływu informacji między służbami społecznymi oraz medycznymi a placówkami samorządu terytorialnego;
- wsparcie dla opiekunów rodzinnych i nieformalnych, organizacji pozarządowych i wolontariatu w zakresie opieki nad osobami starszymi.

Niezależnie od ustawowej granicy wieku emerytalnego i partykularnych zmian w polityce emerytalnej należy stworzyć starszym pracownikom atrakcyjne możliwości kontynuowania zatrudnienia po przekroczeniu wieku emerytalnego. Podmioty polityki rynku pracy oraz polityki oświatowej powinny stworzyć atrakcyjne **możliwości kontynuowania pracy zawodowej po osiągnięciu wieku emerytalnego**. Wymaga to między innymi 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 dzielenia się pracą.

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 być wprowadzenie rozwiązań systemowych, obejmujących zarówno opiekę w aspekcie medycznym (w tym pielęgnacyjnym), jak i społecznym (w tym opiekuńczym). System taki powinien uwzględniać działania na rzecz deinstytucjonalizacji opieki nad osobami starszymi, co wymusi wzrost zatrudnienia i zwiększenie wydatków publicznych w tym sektorze.

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. 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, dostosowanych do indywidualnych potrzeb i możliwości warunków mieszkaniowych. Realizowane w ramach programu „Dostępność Plus” działania zmierzające do ułatwienia osobom starszym i niepełnosprawnym dostępu do przestrzeni zamieszkiwania wymagają intensyfikacji.

Za niezwykle ważne w życiu osoby starszej należy uznać jej poczucie bezpieczeństwa. Dotyczy ono przede wszystkim bezpieczeństwa fizycznego. Zarówno służby społeczne, jak i medyczne powinny być szczególnie wyczulone na wszelkie oznaki przemocy wobec seniorów. Bezpieczeństwo obejmuje również takie obszary, jak zdrowie (w tym przypadku konieczne jest ułatwienie dostępu do usług zdrowotnych, w tym e-zdrowia i zwalczanie nierówności w zdrowiu), sprawy socjalne (jako minimum należy uznać zachowanie realnej wartości świadczeń społecznych) oraz usługi społeczne.

Na podkreślenie zasługuje fakt, że prawidłowo realizowana polityka senioralna powinna uwzględniać w swoich celach wszystkie wymienione wyżej obszary działania. Jakkolwiek można uznać, że poprawa sytuacji dochodowej osób starszych oraz ograniczanie nierówności w zdrowiu wysuwają się na liście zadań na pierwszy plan, to dla trwałych efektów działań w tych obszarach niezbędna jest poprawa sytuacji w pozostałych.

Niezwykle ważne staje się uwzględnienie celów polityki senioralnej we wszystkich obszarach funkcjonowania administracji publicznej. Idea uwzględniania problematyki osób starszych we wszystkich obszarach funkcjonowania administracji publicznej (*mainstreaming*) powinna znaleźć tu pełne zastosowanie. W związku z tym należy zalecić stworzenie w każdej gminie **biur seniora**, których zadaniem będzie między innymi 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.

Rekomendacje prawne

Realizacja rekomendowanych działań wymaga zapewnienia odpowiednich ram prawnych. Ich podstawą jest ustawa z dn. 11 września 2015 r. o osobach starszych (Dz.U. 2015, poz. 1705). W brzmieniu obowiązującym nakłada ona obecnie na administrację publiczną tylko jeden obowiązek, a miano-

wicie opracowanie corocznego raportu na temat sytuacji osób starszych. W ustawie powinny jednak zostać zawarte zapisy dotyczące celów polityki senioralnej oraz zadań organów państwa i władz samorządowych w tym zakresie. Należałoby rozważyć podniesienie granicy wieku pozwalającego uznać osobę za starszą. W świetle naszych badań oraz aktualnych dyskusji w środowisku geriatrów i gerontologów w Europie taką granicą powinien być wiek co najmniej 70 lat. Za potrzebne uznać należy również rozważenie celowości przygotowywania corocznego raportu, który niestety nie staje się przedmiotem uwagi społeczeństwa. Raport taki albo powinien być opracowany nie częściej niż co dwa lata przez grupę ekspertów (na przykład skupionych w Polskim Towarzystwie Gerontologicznym) korzystających z pomocy i informacji właściwych organów administracji państwowej, albo przygotowany przez administrację rządową, ale poddany recenzji przez ekspertów – specjalistów z zakresu geriatry i szeroko rozumianej gerontologii społecznej. Niezależnie od kwestii autorstwa, powinien on zostać przedstawiony opinii publicznej i poddany dyskusji. Będzie to miało nie tylko efekt polityczny, ale i edukacyjny, co ułatwi realizowanie kolejnych celów polityki senioralnej.

Należy dążyć do ujednoczenia polityki przyznawania uprawnień do bezpłatnego lub częściowo odpłatnego (ulgi i zniżki) korzystania z usług lub dostępu do rozmaitych artykułów (np. leki), związanych z osiągnięciem konkretnego wieku. Brak jednolitej polityki w tym zakresie sprawia, że niektóre dobra są dostępne ze zniżką już od 60 r.ż. (np. bilety PKP, komunikacja publiczna w niektórych miastach), a inne – znacznie później (na przykład program Leki 75+). Zmiany takie wymagają ścisłej współpracy nie tylko na poziomie ponad resortowym, ale także z władzami samorządowymi.

Biorąc pod uwagę postulowaną w Rekomendacjach ideę mainstreamingu należy rozważyć wprowadzenie zasady zobowiązującej autorów projektów aktów ustaw do zamieszczania w ich uzasadnieniu informacji o skutkach proponowanych zmian dla sytuacji osób starszych w Polsce.

Jednym z obszarów prac Europejskiej Komisji Gospodarczej, będącej jedną z komisji regionalnych Organizacji Narodów Zjednoczonych, jest problem starzenia się. Zgodnie z dokumentem z marca 2021 r. pn. *Guidelines for mainstreaming ageing* włączenie problematyki starzenia się do głównego nurtu polityki państw członkowskich ONZ jest konieczne w celu zapewnienia prawidłowego funkcjonowania społeczeństw. Dokument określa wytyczne, które mają pomóc państwom w ustanowieniu strate-

gicznych ram włączania problematyki starzenia się do głównego nurtu polityki. Wytyczne mają służyć przede wszystkim jako narzędzie dla pracowników rządowych odpowiedzialnych za rozwój, koordynację i monitorowanie polityki związanej ze starzeniem się społeczeństwa. Przystąpienie i aktywny udział przedstawiciela Polski w pracach grupy roboczej ONZ ds. starzenia się przyczyniłyby się do realnego wpływu na proponowane rozwiązania i szerszego zapoznania się z zastosowaniami systemowymi w innych państwach.

Powstanie rozwiązań systemowych w zakresie bardziej efektywnego wsparcia praw osób starszych powinno być priorytetem. W Polsce nie ma odrębnego systemu prawnego na rzecz osób starszych, tak jak ma to miejsce w przypadku innych grup społecznych (np. prawa pacjenta, prawa dziecka). Takie wyodrębnienie praw na zasadzie dyskryminacji pozytywnej tj. szerszej ochrony prawnej grupy osób znajdujących się w trudniejszej sytuacji przyczyniłoby się do faktycznej równości wobec prawa tej grupy społecznej. Poparcie idei i aktywny udział w pracach nad międzynarodową konwencją o prawach osób starszych stanowiłyby krok w kierunku wyodrębnienia takiego systemu w Polsce i wyeliminowania barier w zakresie korzystania przez osoby starsze z ich praw człowieka.

3. Potrzebne zmiany w organizacji opieki zdrowotnej i społecznej oraz ich integracji

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. Sprostanie wyzwaniom związanym z procesem starzenia się ludności oraz wykorzystanie towarzyszących im szans wymagają konsekwentnego, kompleksowego, skoordynowanego działania na różnych poziomach i w różnych sektorach administracji publicznej. Z tego względu za uzasadniony należy uznać postulat umieszczenia problematyki starzenia się ludności w centrum uwagi wszystkich działów gospodarki i administracji socjalnej. Idea mainstreamingu wymaga nie tylko koordynacji, ale i precyzyjnego określenia kompetencji oraz podziału odpowiedzialności za realizację zadań. Proponujemy w związku z tym **ulożenie zadań związanych z koordynacją polityki senioralnej na poziomie wicepremiera rządu RP**. Zagwarantuje

to wielowymiarową politykę senioralną i stworzy warunki dla osiągnięcia synergicznych efektów tej polityki.

Opieka geriatryczna, aby spełniała właściwie swoje funkcje powinna być rozwijana równolegle w zakresie wyspecjalizowanej opieki ambulatoryjnej i szpitalnej. Oddział geriatryczny jest miejscem, gdzie osoby starsze wymagające hospitalizacji mogą otrzymać najbardziej kompleksową pomoc wychodzącą naprzeciw ich właściwie zdiagnozowanym potrzebom i deficytom. 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.

Istotnym aspektem funkcjonowania oddziału geriatrycznego są hospitalizacje planowe, które pozwalają na przeprowadzenie kompleksowej diagnostyki pacjenta w wieku podeszłym poprzez wykonanie „Całościowej Oceny Geriatrycznej” (COG) oraz poszerzenie diagnostyki typowych problemów geriatrycznych. COG to 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. Te zaburzenia, długo nierozpoznane, istotnie pogarszają funkcjonowanie, jakość życia i rokowanie starszego pacjenta.

Ważnym elementem COG jest też ocena zasobów socjalnych seniora, czyli 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 medycznych czy dietetyków.

Szacuje się, że 30% populacji w wieku 65 i więcej lat wymaga opieki geriatrycznej, a każdy specjalista geriatry może mieć pod opieką 700 podopiecznych (<https://www.americangeriatrics.org/geriatrics-profession/about-geriatrics/geriatrics-workforce-numbers>). W Polsce, aby sprostać tym wymogom, już obecnie powinno być prawie 3000 praktykujących geriatrów, a w najbliższej przyszłości ok. 4500. Za pilne minimum należy uznać osiągnięcie co najmniej średniej europejskiej, czyli 2,5 lekarza geriatry na 100 tys. mieszkańców, tj. około 1000 praktykujących geriatrów.

Docelowym modelem opieki powinien być system łączący 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. Należy podkreślić, że jednostki i procedury POG, rehabilitacji geriatrycznej, szpitala dziennego (hospitalizacji jednego dnia) oraz hospitalizacji domowej nie funkcjonują obecnie w systemie opieki medycznej nad osobami starszymi w Polsce.

Lekarz POZ powinien posiadać środki i kompetencje do wykonania i interpretacji stosownego panelu badań oraz wdrożenia i kontynuacji leczenia dla 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 niedoczynnnością 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 konieczne stanie się wypracowanie algorytmu niezbędnych potrzeb konsultacyjnych z innymi specjalistami (np. konsultacji psychiatrycznej w przypadku wielolekowej farmakoterapii psychiatrycznej, myśli samobójczych, choroby afektywnej dwubiegunowej).

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 czynnościach codziennych powinien mieć pełną dostępność do usług pracowników opieki społecznej, pielęgniarce rodzinnej i systematycznych zajęć rehabilitacyjnych.

Proponowanym w najbliższym czasie realistycznym minimum powinna być w Polsce sieć 100–120 oddziałów geriatrycznych. Realizowałyby one hospitalizacje „ostre” i planowe, jak również hospitalizacje jednodnio-

we. W celu poprawy dostępności do świadczeń geriatrycznych konieczne wydaje się tworzenie kontraktowanych łóżek geriatrycznych w obrębie oddziałów internistycznych oraz przekształcenie oddziałów internistycznych w internistyczno-geriatryczne (z kontraktem geriatrycznym). Wskazane jest również tworzenie specjalistycznych oddziałów/pododdziałów ortogeriatrycznych (dla starszych pacjentów ortopedycznych). Oddziały szpitalne powinny ściśle współpracować z ambulatoryjnymi Centrami Opieki Senioralnej (COS), prowadzącymi opiekę dzienną, domową oraz koordynującymi pomoc społeczną z medyczną (minimum jedno COS w każdym powiecie).

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. Centra Opieki Senioralnej jako jednostki przy Centrach Usług Społecznych, byłyby integracją służb medycznych i społecznych. Celowym wydaje się również koordynowanie działań lekarzy POZ i specjalistów ze szpitalną i ambulatoryjną opieką hospicyjną. W obrębie COS wskazane jest tworzenie Poradni Podstawowej Opieki Geriatrycznej. Lekarz geriatra, pracujący w POZ, sprawując opiekę łączącą POZ i ambulatoryjną opiekę specjalistyczną (AOS), miałby pod opieką seniorów (optymalnie powyżej 75. r.ż.). 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 zapewniałyby specjalistyczną opiekę ambulatoryjną, także stomatologiczną z opcją wizyt domowych u pacjentów leżących. Umożliwi to diagnozowanie problemów zdrowotnych seniorów w jednym miejscu. Centra powinny prowadzić Dzielne Domy Opieki Medycznej, Geriatryczny Zespół Opieki Domowej oraz rehabilitację geriatryczną. Podopiecznymi powinni być seniorzy w wieku 75 i więcej lat, oraz ewentualnie również seniorzy młodszy ze stwierdzoną wielochorobowością i niepełnosprawnością.

Podopieczni COS powinni podlegać corocznym okresowym badaniom z uwzględnieniem w wybranych przypadkach Całościowej Oceny Geriatrycznej, w celu wczesnego wykrywania typowych problemów geriatrycznych (zespół słabości, niesprawność funkcjonalna, upadki, demencja, depresja, interakcje lekowe, ryzyko polipragmazji).

W celu usprawnienia organizacji opieki nad osobami starszymi niepełnosprawnymi konieczne jest wprowadzenie koordynatora opieki – osoby odpowiedzialnej za koordynację opieki medycznej i socjalnej. W przy-

Tabela 1. Algorytm postępowania diagnostyczno-leczniczego u osób w wieku 75 i więcej lat oraz u osób w wieku 60–74 lata ze stwierdzoną wielochorobowością i niepełnosprawnością.

Grupa pacjentów	Jednostka ochrony zdrowia	Działania
Osoby w wieku 75+ oraz 60+ ze stwierdzoną wielochorobowością (≥ 3 choroby przewlekłe) i/lub niepełnosprawnością	POZ	Coroczne badania przesiewowe (narzędzie – skala VES-13) w kierunku problemów geriatrycznych ¹ . Jeśli VES-13 ≥ 3 pkt. – skierowanie do geriatry (konsultacja, ewentualnie telemedyczna, przejęcie opieki nad pacjentem)
Osoby w wieku 75+ oraz osoby 60+ ze stwierdzoną wielochorobowością i/lub niepełnosprawnością i/lub ≥ 1 tzw. wielkim problemem geriatrycznym ¹	Utworzenie nowych placówek podstawowej opieki geriatrycznej (POG) – opieka POZ lekarz rodzinny po sześciomiesięcznym kursie w zakresie geriatry lub lekarz rodzinny ze specjalizacją z geriatry	Ciągła opieka w ramach POG
Pacjenci sprawni wymagający diagnostyki wykraczającej poza możliwości POZ	Oddziały dzienne (geriatra, zespół konsultantów, fizjoterapeuta, psycholog, pracownik socjalny) z możliwością hospitalizacji jednodniowej	Diagnostyka 1-dnia.
Pacjenci niesprawni wymagający diagnostyki wykraczającej poza możliwości POZ lub oddziałów dziennych	Oddział geriatryczny	Planowa hospitalizacja w oddziale geriatrycznym
Pacjenci wymagający diagnostyki i leczenia w trybie nagłym	Każdy szpital z SOR/izbą przyjęć. Oddział geriatryczny lub inny z możliwością konsultacji geriatrycznej (geriatra konsultant w każdym szpitalu jako wymóg dla uzyskania kontraktu z NFZ). W przypadku pacjentów z urazami/złamaniami wskazane jest tworzenie specjalistycznych oddziałów/pododdziałów ortogeriatrycznych	Diagnostyka SOR/szpitalna.

Grupa pacjentów	Jednostka ochrony zdrowia	Działania
Pacjenci wymagający rehabilitacji	Oddział rehabilitacji geriatrycznej (geriatra, specjalista rehabilitacji medycznej, zespół konsultantów, fizjoterapeuta, terapeuta zajęciowy, psycholog, pracownik socjalny)	Rehabilitacja geriatryczna – próba przywrócenia pacjenta do samodzielnego funkcjonowania
Pacjenci obłożnie chorzy	Dom – POZ DPS – POZ ZOL/ZPO – lekarz ZOL/ZPO	Konsultacje geriatryczne, zespoły opieki domowej

¹ Tzw. wielkie problemy geriatryczne: otępienie, depresja, majaczenie w wywiadzie, upadki, nietrzymanie moczu lub stolca, odleżyny lub owrzodzenia, istotne zaburzenia wzroku lub słuchu, podejrzenie niedożywienia, podejrzenie zespołu kruchości (frailty), wielolekowość ≥ 5 leków.

padku osób starszych często „wyłączonych” z możliwości korzystania z Internetu (dane z *PolSenior2*), jego wprowadzenie jest nieodzowne dla sprawowania właściwej opieki medycznej i socjalnej.

4. Problemy farmakoterapii i jej bezpieczeństwa w starszym wieku

Zgodnie z wynikami projektu *PolSenior2* częściej niż co druga osoba starsza przyjmuje co najmniej 5 leków, a częściej niż co dziesiąta – co najmniej 10. Dane te obejmują zarówno leki zapisywane przez lekarzy (leki preskrypcyjne – Rp), jak i leki stosowane w samoleczeniu, które są pobierane przez chorych samodzielnie (leki OTC), często bez konsultacji z pracownikami sektora ochrony zdrowia (lekarz, farmaceuta, pielęgniarka). Wraz ze wzrostem liczby stosowanych leków narasta ryzyko niepożądanych efektów lekowych, obejmujących zarówno zmiany efektu leków (wzmocnienie efektu leku, jak i jego osłabienie czy wręcz zniesienie), ale też możliwe wywołanie lub nasilenie objawów współistniejących chorób.

Problem jednoczesnego przyjmowania wielu leków przez chorych starszych jest znacznie bardziej złożony – wielolekowe schematy leczenia często prowadzą do niewłaściwego pobierania leków co obejmuje m.in. zapominanie o pobieraniu leków, ale też niewłaściwe pory ich pobierania wynikające z nagłego przypomnienia sobie o konieczności wzięcia leków. Wszystko to razem czyni koniecznym wypracowanie i wdrożenie rozwią-

zań, które pozwolą na optymalizację leczenia farmakologicznego osób starszych z problemami zdrowotnymi.

Jedną z przyczyn stosowania przez chorych wielolekowych schematów leczenia jest przypisywanie leków przez więcej niż jednego lekarza. W systemie lekarzem, który powinien mieć pieczę nad wszystkimi lekami, jest lekarz rodzinny. Potrzebna jest zatem analiza istniejących narzędzi wspierających lekarzy rodzinnych w tym zakresie i wypracowanie nowych, skuteczniejszych rozwiązań.

Rozwiązaniem pozwalającym już obecnie na monitorowanie wszystkich zapisywanych leków jest elektroniczny system danych pacjenta. Jego upowszechnienie pozwoli uniknąć zapisywania starszemu choremu przez różnych lekarzy tych samych leków, oraz zminimalizuje niekorzystne interakcje między lekami ordynowanymi przez różnych specjalistów.

Duże znaczenie dla optymalnej terapii oraz jej bezpieczeństwa należy wiązać z rozwijaną obecnie w Polsce opieką farmaceutyczną. W ramach opieki farmaceutycznej dedykowanej osobom starszym, farmaceuta – przygotowany z zakresu farmakoterapii geriatrycznej – ma wspierać lekarza rodzinnego w optymalizacji leczenia. Monitorowanie przez farmaceutę terapii powinno także uwzględniać leki OTC i suplementy diety, które mogą prowadzić do niebezpiecznych interakcji, a w Polsce są nierzadko nadużywane.

Ustawa o zawodzie farmaceuty z dnia 10 grudnia 2020 r. wprowadza opiekę farmaceutyczną jako świadczenie zdrowotne w rozumieniu art. 5 pkt 40 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2020 r. poz. 1398, z późn. zm.), udzielane przez farmaceutę i stanowiące dokumentowany proces, w którym farmaceuta, współpracując z pacjentem i lekarzem prowadzącym leczenie pacjenta, a w razie potrzeby z przedstawicielami innych zawodów medycznych, czuwa nad prawidłowym przebiegiem indywidualnej farmakoterapii.

Kluczowymi elementami wspomnianej ustawy jest przygotowywanie przeglądów lekowych wraz z oceną farmakoterapii oraz opracowywanie indywidualnego planu opieki farmaceutycznej, z uwzględnieniem problemów lekowych pacjenta. Działania te mają na celu poprawę bezpieczeństwa farmakoterapii i nawiązanie takiej współpracy pomiędzy lekarzem i farmaceutą, w ramach której farmaceuta jako ekspert od farmakoterapii identyfikuje i rozwiązuje problemy lekowe, wspierając lekarza w leczeniu pacjentów z ciężką wielolekowością.

Jak wskazano w Raporcie Zespołu ds. Opieki farmaceutycznej przy Ministerstwie Zdrowia „Opieka farmaceutyczna. Kompleksowa analiza wdrożenia”, wybór grup pacjentów, dla których świadczenie opieki farmaceutycznej powinno być finansowane ze środków publicznych należy oprzeć na diagnozie potrzeb medycznych. Niewątpliwie taką grupę stanowią pacjenci starsi z wielolekowością.

Optymalizacja farmakoterapii musi uwzględniać wszystkie osoby uczestniczące w procesie leczenia. Są to, poza lekarzem i farmaceutą, także pacjent i jego opiekunowie. Konieczna jest więc ich edukacja. Wpisują się w to informacyjne kampanie edukacyjne np. dotyczące możliwości skorzystania z porady w aptece w przypadku przyjmowania przez osobę w starszym wieku dużej liczby leków. Ważne też jest m.in. prowadzenie wykładów i warsztatów pokazujących, że w przypadku farmakoterapii geriatrycznej „więcej często oznacza gorzej” oraz że pacjenci z wielolekowością nie powinni samodzielnie (tj. bez konsultacji z profesjonalistami ochrony zdrowia: lekarz, farmaceuta bądź pielęgniarz) włączać leków OTC i suplementów diety, gdyż mogą one pogorszyć ich codzienne funkcjonowanie. Należy spodziewać się, że upowszechnienie wiedzy z tego zakresu przyniesie wymierne efekty zarówno zdrowotne, jak i ekonomiczne.

Optymalizacja farmakoterapii pod kątem zmniejszenia dodatkowych obciążeń dla systemu z powodu niewłaściwego leczenia chorych starszych wymaga więc z jednej strony systemów edukacji dla lekarza, ale i pacjenta, a z drugiej – rzeczywistego wdrożenia opieki farmaceutycznej do codziennej praktyki.

5. Organizacja i promowanie szczepień w populacji senioralnej

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 starszym 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 poradnię podstawowej opieki zdrowotnej.

Grypa

Wytyczne amerykańskiego Komitetu Doradczego do spraw Szczepień (ACIP, Advisory Committee on Immunization Practices) przy CDC podkreślają, że szczepienia są najważniejszą metodą zapobiegania grypie i rekomendują coroczne szczepienia wszystkim osobom, szczególnie tym z grup wysokiego ryzyka powikłań i hospitalizacji. Osoby w wieku 65 i więcej lat są uznaną grupą wysokiego ryzyka. Jednak w Polsce do 2020 r. odsetek osób szczepiących się przeciw grypie pozostawał niski (1,58 mln w 2019 r.). Według danych NIZP PZH – PIB o wyszczepialności przeciw grypie w Polsce, średni poziom zaszczepienia w latach 2011–2018 wyniósł 3,9% dla całej populacji polskiej oraz 14,2%, dla osób po 65. r.ż. (NIZP PZH – PIB 2021).

Przeprowadzona w ramach badania *PolSenior2* ocena zachowań prozdrowotnych w postaci szczepień przeciwko grypie pokazała, że szczepi się 17,8% (95% CI: 16,0–19,7) populacji polskich seniorów, w tym 7,8% (95% CI: 6,5–9,0) robi to nieregularnie. Odsetek szczepiących się regularnie waha się od 6,9% w najmłodszej grupie, do 16,3% w wieku 80–84 lata. Światowe, w tym również europejskie cele dotyczące odsetka osób starszych z grup ryzyka wynoszą 75%, a w przypadku Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej założono wyszczepianie 90% osób po 65. r.ż. i 70% osób dorosłych do 2020 r.

Od 23 listopada 2021 w celu ułatwienia dostępu do szczepień przeciw grypie wprowadzono nieodpłatne szczepienia dla wszystkich dorosłych. Jednak uzyskanie znaczącego zwiększenia zaszczepionych w kolejnych latach wymaga promocji szczepień wśród seniorów. Rekomendacja – popularyzacja szczepień przeciw grypie wśród seniorów z wykorzystaniem środków masowego przekazu.

Pneumokoki

Streptococcus pneumoniae jest jedną z najczęstszych przyczyn zapalenia płuc na świecie. Częstość zachorowań u osób po 65. r.ż. szacowana jest na 40 przypadków / 100 tys. osób rocznie. U osób starszych z bakteriami pneumokokową śmiertelność wynosi nawet 60%, a z zapaleniem opon mózgowo-rdzeniowych aż 80%. Szczepienie przeciwko pneumokokom (23-walentną szczepionką) jest uważane za skuteczną strategię zmniejszenia chorobowości i śmiertelności u osób z anatomiczną lub czynnościową asplenią, oraz w populacji osób starszych z przewlekłymi schorzeniami

układu oddechowego, krążenia, wątroby, nerek i cukrzycą oraz palących i instytucjonalizowanych.

Szczepienie to zalecane jest osobom zagrożonym zwiększonym ryzykiem choroby pneumokokowej przez ACIP, jak i polski kalendarz szczepień. W badaniu *PolSenior2* przebycie szczepienia zadeklarowało poniżej 1% badanej populacji, a co trzeci ze szczepiących się, szczepił się regularnie co 5 lat. Przyczyną tak małej częstości stosowania tej szczepionki jest stosunkowo wysoki jej koszt i brak refundacji dla osób w starszym wieku.

Rekomendacja – popularyzacja szczepień przeciw pneumokokom wśród seniorów z wykorzystaniem mass mediów i wprowadzenie przynajmniej częściowej refundacji dla seniorów w wieku 75 i więcej lat, u których ryzyko związane z ciężkim przebiegiem zakażenia jest największe.

Wirusowe zapalenie wątroby typu B

Zakażenia wirusem zapaleniem wątroby typu B (HBV) często mają charakter subkliniczny, a osoby zakażone nie są świadome swojej choroby. Badanie *PolSenior2* wykazało przewlekłe zakażenie wirusem – obecność antygeny HBs u 1,16% seniorów. Szczepienia przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B (WZW typu B) są wysoce skuteczne i zapewniają ochronę często trwającą całe życie. Populacja seniorów w Polsce nie była objęta obowiązkowymi szczepieniami. W 2018 r. w Polsce zgłoszono 3196 nowe przypadki wirusowego zapalenia wątroby typu B, a zabiegi medyczne były główną drogą transmisji zakażenia (dane NIZP PZH – PIB). W 2020 r. stwierdzono 993 nowe przypadki, a według danych wstępnych w 2021 r. 1541 przypadków. Koszty terapii zakażeń, w tym terapii przeciwirusowej przewlekłe zakażonych, jak i późnych powikłań przebytego zakażenia HBV (marskość wątroby, rak wątrobowokomórkowy) oraz koszty społeczne uzasadniają wdrożenie działań w celu zmniejszenia liczby tych zachorowań.

Polski program szczepień zaleca zaszczepienie wszystkich osób dorosłych dotychczas nieszczepionych. Jednak szczepienia u osób w wieku starszym są podejmowane głównie w związku z planowanymi zabiegami operacyjnymi oraz w grupach wysokiego ryzyka. Częstość szczepień wśród osób dorosłych także tych z grup wysokiego ryzyka pozostaje w Polsce relatywnie niska.

W badaniu *PolSenior2* występowanie przeciwciał anti-HBs wśród seniorów oceniono na 37,5%. Ich obecność wskazuje na przebycie zakażenia

lub szczepienia. Potwierdzeniem przebycia zakażenia HBV jest obecność przeciwciał anti-HBc, które wykryto prawie u co 6. seniora. Wyniki te wskazują na celowość podjęcia szczepień wśród osób dorosłych urodzonych przed 1986 r., które nigdy nie zostały objęte obowiązkiem szczepień przeciw WZW typu B. Wprowadzenie szczepień realizowanych przez lekarzy POZ może zmniejszyć częstość nowych zakażeń i ich późniejszych powikłań, co przełoży się na obniżenie kosztów opieki medycznej.

Rekomendacja: wsparcie programu szczepień przeciw WZW typu B wśród osób dorosłych urodzonych przed 1986 r. przez akcje promocyjne i poprzez lekarzy POZ. Największe korzyści społeczne może przynieść szczepienie wcześniej niezaszczepionych czterdziesto-, pięćdziesięcio- i sześćdziesięciolatków ze względu na rozwój powikłań po wielu latach od zakażenia.

Tężec

Dzięki wprowadzeniu w Polsce obowiązkowych szczepień ochronnych, liczba zachorowań na tężec wielokrotnie spadła. W latach 2000–2017 nie przekraczała ona 20 (dane NIZP PZH – PIB). W 2020 r. były 2 przypadki a w 2021 r. odnotowano 6 przypadków. Biorąc pod uwagę, że ochronne działanie szczepionki zmniejsza się wraz z upływem czasu, większość zachorowań dotyczy obecnie osób po 60. r.ż., a 30–50% z nich umiera. Zaleca się stosowanie dawek przypominających w odstępach 10-letnich. W chwili obecnej po potencjalnych ekspozycjach jest stosowana anatoksyna przeciwteczowa. Jednak część urazów prowadzących do przerwania ciągłości tkanek jest na tyle niewielka, że nie powoduje poszukiwania pomocy medycznej.

Rekomendacja: należy rozważyć wprowadzenie szczepień przeciw tężcowi, choć współczynnik nakładu kosztów do efektu może być niewielki.

COVID-19

Osoby w wieku podeszłym zakażone wirusem SARS-CoV-2 są narażone na cięższy przebieg choroby i szczególnie wysokie ryzyko śmierci. Według danych z bazy SARSTer dotyczących zakażeń SAR-CoV-2 z 26 stycznia 2021 r. przedstawionej przez Polskie Towarzystwo Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych, 80% zgonów dotknęło seniorów. Według danych GUS w 2020 r. 91% zgonów z powodu COVID-19 stwierdzono wśród

seniorów 60+. Ryzyko zgonu wśród zakażonych w najmłodszej grupie seniorów (61–70 lat) jest szacowane na 7,7%, a wśród najstarszych (> 80 lat) na 22,6%. Do grup największego ryzyka należą osoby najstarsze, potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, z wielochorobowością, przewlekle instytucjonalizowane, leczone nerkozastępczo (dializowane) oraz z przewlekłymi chorobami układu oddechowego, układu krążenia, wątroby, nowotworowymi, z autoagresji, po transplantacjach oraz z otyłością szczególnie olbrzymią. Pełne zaszczepienia przeciw COVID-19 z zastosowaniem szczepionek RNA firm Pfizer i Moderna zmniejsza ryzyko hospitalizacji związanej z zakażeniem o 94%. Skuteczność szczepionki wektorowej AstraZeneca jest niższa i szacowana na 76% (Cai et al. 2021).

Dlatego CDC zaleca zaszczepienie wszystkich osób w wieku podeszłym. W Polsce osoby w wieku podeszłym uzyskały najwcześniej dostęp do szczepień. W chwili obecnej czas ochronnego działania szczepienia pozostaje nieznany, wiadomo jednak, że odporność indukowana szczepieniem spada z upływem czasu. Zalecenie dotyczące dawki przypominającej (trzecia dawka) nie zostało poparte przekonywującymi wynikami badań naukowych, ale wydaje się, że do czasu zgromadzenia danych odległych umożliwienie przyjęcia trzeciej dawki osobom o słabszej odpowiedzi układu odpornościowego jest uzasadnione.

Rekomendacja: promowanie szczepień wśród niezaszczepionych seniorów. Intensyfikacja działań mających na celu dotarcie do osób starszych, które nie skorzystały z programu szczepień. Monitorowanie zakażeń i hospitalizacji wśród zaszczepionych seniorów w celu oceny czasu wygasania odporności.

6. Edukacja społeczeństwa, w tym w szczególności osób w starszym wieku i opiekunów

Edukacja społeczeństwa

Edukacja społeczeństwa (edukacja do starości) powinna być realizowana wielotorowo. Po pierwsze należy przeprowadzić szeroko pojętą kampanię w mediach informującą o stopniowo zwiększającym się odsetku osób w wieku podeszłym w naszym społeczeństwie. Osoby w młodszym wieku muszą być odpowiednio przygotowane na podjęcie trudu opieki nad osobami starszymi, zwłaszcza najbliższymi krewnymi. Dlatego też w edukacji

społeczeństwa konieczne jest położenie nacisku na promowanie modelu społeczeństwa uwzględniającego miejsce dla seniorów.

Edukacja społeczeństwa dotycząca potrzeb ludzi starszych wiąże się również z celowym uwzględnieniem potrzeb seniorów we wszystkich aspektach życia, tj. między innymi: ułatwień w środkach komunikacji, budownictwie, organizacji pracy ochrony zdrowia, pomocy społecznej, w programach badań i działań profilaktycznych, wsparcia psychologicznego. Różne formy edukacji społecznej dotyczące szeroko pojętej polityki senioralnej powinny być stałym elementem wpisanym w działalność prowadzoną na szczeblach administracji lokalnej i centralnej.

Edukacja pracowników opieki zdrowotnej i pomocy społecznej

Wiedza dotycząca odrębności i potrzeb seniorów powinna być również obowiązkowa i odpowiednio uaktualniana w ramach kształcenia lekarzy, pielęgniarek, innych pracowników systemu ochrony zdrowia oraz opieki społecznej. Jednym ze stałych elementów takiej edukacji mogłoby być rozpowszechnienie i omawianie wyników badań społeczno-epidemiologicznych takich jak np. *PolSenior* oraz *PolSenior2*.

Edukacja seniorów i opiekunów

Edukacja dotycząca zagadnień związanych ze starością (edukacja w starości) powinna się rozpocząć już znacznie wcześniej – zanim te osoby osiągną wiek senioralny. Promowanie zdrowego stylu życia, prawidłowe odżywianie, odpowiednie dawkowanie wysiłku fizycznego (w zależności od możliwości i wydolności organizmu), systematyczne wykonywanie badań profilaktycznych i badań przesiewowych. Ważne jest również informowanie seniorów o konieczności systematycznego przyjmowania leków i konsultowanie z lekarzem rodzinnym przyjmowania leków zalecanych przez specjalistów z różnych dziedzin w celu unikania tzw. polipragmazji. W edukacji seniorów należy również uwzględnić dbałość o utrzymanie ich sprawności intelektualnej. W prowadzeniu tej bardzo złożonej edukacji z pewnością powinni uczestniczyć w pierwszej kolejności członkowie najbliższej rodziny seniorów, a ponadto również opiekunowie pozarodzinni. Dużą rolę może odegrać organizacje pozarządowe oraz związki religijne. Jednym z najważniejszych elementów edukacji prozdrowotnej w starszym wieku jest promocja regularnej aktywności fizycznej. Głównym korzyst-

nym oddziaływaniem aktywności ruchowej u osób starszych jest wydłużenie okresu fizycznej sprawności i niezależności – poprawa jakości życia. Aktywność ruchowa odgrywa istotną rolę w prawidłowym odżywianiu, bardzo ważne są również 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 perspektywie do 2050 r. seniorzy (osoby w wieku 60 i więcej lat) będą stanowili około 38% ogółu ludności Polski.

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, powinna więc stać się priorytetowym i niecierpiącym zwłoki celem działania władz państwowych i samorządowych. Za naczelną wyzwanie dla polityki senioralnej należy uznać integrację opieki medycznej i socjalnej, optymalnie pod kierownictwem wicepremiera, oraz organizację kompleksowego wsparcia seniorów i ich opiekunów nieformalnych oraz formalnych.

Edukacja społeczeństwa z naciskiem na uwzględnianie roli i potrzeb seniorów we wszystkich aspektach życia powinna być elementem wpisanym w działalność administracji lokalnej i centralnej. Również wiedzę dotyczącą odrębności i potrzeb seniorów należy traktować jako obowiązkową w ramach kształcenia wszystkich pracowników systemu ochrony zdrowia oraz opieki społecznej.

Biorąc pod uwagę fakt, że stan zdrowia w wieku podeszłym jest determinowany w znacznym stopniu zachowaniami zdrowotnymi we wcześniejszych okresach życia kluczowe jest promowanie zdrowego stylu życia i systematyczne wykonywanie badań profilaktycznych i przesiewowych, szczególnie w zakresie schorzeń układu sercowo-naczyniowego, onkologii, zaburzeń poznawczych i sprawności.

Jednym z najważniejszych elementów edukacji prozdrowotnej w starszym wieku jest promocja regularnej aktywności fizycznej, która wydłuża okres fizycznej sprawności i niezależności oraz prowadzi do poprawy jakości życia. Światowa Organizacja Zdrowia definiuje „*healthy aging*” jako

Podsumowanie

„proces rozwoju i podtrzymania sprawności funkcjonalnej, która umożliwia realizację celów uważanych za ważne”. Zrobimy wszystko, abyśmy umożliwili seniorom w Polsce urzeczywistnianie ważnych dla nich planów i marzeń.

Rekomendowane piśmiennictwo

- AGS. Geriatrics workforce by the numbers. Dane dostępne w: <https://www.americangeriatrics.org/geriatrics-profession/about-geriatrics/geriatrics-workforce-numbers> [data dostępu: 19.09.2021].
- Banks, J., Batty, G. D., Nazroo, J., Steptoe, A., red., 2016. *The Dynamics of Ageing. Evidence from the English Longitudinal Study of Ageing 2002–15*. London: The Institute for Fiscal Studies.
- Bień, B., Błędowski, P., Broczek, K. i wsp., 2013. Standardy postępowania w opiece geriatrycznej. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego opracowane przez ekspertów Zespołu ds. Gerontologii przy Ministrze Zdrowia. *Gerontologia Polska*, 21, 2, s. 33–47.
- Błędowski, P., Mossakowska, M., Chudek, J. i wsp., 2011. Medical, psychological and socio-economic aspects of aging in Poland: assumptions and objectives of the PolSenior project. *Experimental Gerontology*, 46, 12, s. 1003–9.
- Cai, C., Peng, Y., Shen, E. i wsp., 2021. A comprehensive analysis of the efficacy and safety of COVID-19 vaccines. *Molecular Therapy*, 29, 9, s. 2794–805.
- Chodzko-Zajko, W. J., Proctor, D. N., Fiatarone Singh, M. A. i wsp., 2009. American College of Sports Medicine position stand. Exercise and physical activity for older adults. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 41, 7, s. 1510–30.
- Cruz-Jentoft, A. J., Bahat, G., Bauer, J. i wsp., 2019. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. *Age and Ageing*, 48, 1, s. 16–31.
- Fiore, A. E., Uyeki, T. M., Broder, K. i wsp., 2010. Prevention and control of influenza with vaccines: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), 2010. *Morbidity and Mortality Weekly Report: Recommendations and Reports*, 59, RR-8, s. 1–62.
- GUS, 2018. *Informacja o sytuacji osób starszych na podstawie badań Głównego Urzędu Statystycznego*. Warszawa: GUS.
- GUS, 2018. *Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2016 r.* Warszawa: GUS.
- GUS, 2021. *Dochody i warunki życia ludności Polski – raport z badania EU-SILC 2019*. Warszawa: GUS.
- GUS, 2021. *Stan zdrowia ludności Polski w 2019 r.* Warszawa: GUS.
- Hartleb, M., Gutkowski, K., Zejda, J. E. i wsp., 2012. Serological prevalence of hepatitis B virus and hepatitis C virus infection in the elderly population: Polish nationwide survey – PolSenior. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*, 24, 11, s. 1288–95.
- Kmiecik, T., Otocka-Kmiecik, A., Górską-Ciebiada, M., Ciebiada, M., 2010. Profilaktyka zakażeń pneumokokowych u ludzi w wieku podeszłym. *Geriatrics*, 4, s. 252–8.
- Kostka, T., 1999. Sarkopenia – definicja i implikacje kliniczne. *Polski Merkurys Lekarski*, 6, s. 89–91.
- Kostka, J., Kostka, T., Borowiak, E., 2017. Physical Activity in Older Adults in Relation to Place of Residence and Coexistent Chronic Diseases. *Journal of Physical Activity & Health*, 14, 1, s. 20–8.

- Matanock, A., Lee, G., Gierke, R. i wsp., 2019. 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. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 68, 46, s. 1069–75.
- MRPiPS, 2019. *Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za 2018 r.* Warszawa: MRPiPS. <https://das.mpips.gov.pl/source/2019/Informacja%20za%202018.pdf>.
- MZ. *Opieka nad osobami starszymi*. Informacje dostępne w: <http://www.archiwum.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/opieka-nad-osobami-starszymi/> [data dostępu: 19.09.2021].
- MZ. *Zdrowie osób starszych*. Informacje dostępne w: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/zdrowie-osob-starszych> [data dostępu: 19.09.2021].
- NIK, 2016. Opieka medyczna nad osobami w podeszłym wieku u progu rewolucji demograficznej. *Kontrola Państwowa*, 1 (specjalny), s. 1–113.
- NIL. *Centralny Rejestr Lekarzy. Informacje statystyczne*. Dane dostępne w: <https://nil.org.pl/rejestry/centralny-rejestr-lekarzy/informacje-statystyczne> [data dostępu: 19.09.2021].
- Raport końcowy Zespołu do spraw opracowania koncepcji zmian w zakresie systemu lecznictwa uzdrowiskowego*. 2017. Warszawa.
- Romanowska, E. 2017. Stan zdrowia osób starszych w Polsce: wyzwania edukacyjne. *Konteksty Społeczne*, 5, 1, s. 12–26.
- Rosenberg, I. H., Roubenoff, R., 1995. Stalking sarcopenia. *Annals of Internal Medicine*, 123, 9, s. 727–8.
- Rowinski, R., Dabrowski, A., Kostka, T., 2015. Gardening as the dominant leisure time physical activity (LTPA) of older adults from a post-communist country. The results of the population-based PolSenior Project from Poland. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 60, 3, s. 486–91.
- Rudnik, A., 2017. Edukacja w starości – życzenie czy szansa na przeciwdziałanie marginalizacji osób starszych? *Pedagogika Społeczna*, 1, 63, s. 111–28.
- Szybalska, A., Broczek, K., Slusarczyk, P. i wsp., 2018. Utilization of medical rehabilitation services among older Poles – results of the PolSenior study. *European Geriatric Medicine*, 9, 5, s. 669–77.
- Tolonen, H., Koponen, P., Al-Kerwi, A. i wsp., 2018. European health examination surveys – a tool for collecting objective information about the health of the population. *Archives of Public Health*, 28, 76, s. 38.
- Uchwała nr 161 Rady Ministrów z dnia 26 października 2018 r. w sprawie przyjęcia dokumentu Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. BEZPIECZEŃSTWO – UCZESTNICTWO – SOLIDARNOŚĆ*. M.P. z 2018 r., poz. 1169 (tekst do pobrania pod adresem: <http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WMP20180001169/O/M20181169.pdf>).
- 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*. M.P. z 2014 r., poz. 118 (tekst do pobrania pod adresem: <http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WMP20140000118/O/M20140118.pdf>).
- Wierucki, Ł., Kujawska-Danecka, H., Mossakowska, M. i wsp., 2022. Health status and its socio-economic covariates in the older population in Poland – the assumptions and methods

of the nationwide, cross-sectional PolSenior2 survey. *Archives of Medical Science*, 18, 1, s. 92–102.

Wojtyniak B, Goryński P, red., 2018. *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania – synteza*. Warszawa: NIZP-PZH.

Załączniki

Prawa osób starszych. Wybrane aspekty

Postępujący wzrost liczby osób starszych jest we współczesnych państwach jednym z głównych wyzwań ekonomicznych, społecznych, jak również prawnych. Osoby starsze stanowią szczególną grupę w społeczeństwie, są bowiem bardziej narażone na różnego rodzaju niebezpieczeństwa czy nieuczciwe praktyki. Niejednokrotnie ostatnie etapy życia wiążą się z samotnością, chorobami i niesamodzielnością. Starość sprawia, że dalsze zaspokajanie potrzeb nie może odbywać się bez wsparcia rodziny, opieki nieformalnej czy udzielanego przez administrację publiczną.

Analizując formy sprawowania opieki nad osobami starszymi, zgodnie z zasadą subsydiarności wskazujemy w pierwszej kolejności rodzinę, następnie społeczeństwo i instytucje państwowe. Sytuacją pożądaną jest jak najdłuższe utrzymanie pełnej niezależności (braku potrzeby opieki w ogóle), lecz gdy taka potrzeba już zaistnieje, źródła opieki powinny być wobec siebie komplementarne. Rozważania nad prawnymi aspektami opieki senioralnej w Polsce należałoby prowadzić, biorąc pod uwagę wszystkie powyższe formy, a analizę przepisów rozpocząć od najwyższego aktu prawnego w systemie prawa krajowego, jakim jest Konstytucja RP.

Za wyjątkiem art. 67 ust. 1, określającym przesłanki zabezpieczenia społecznego oraz art. 68 ust. 3 odnoszącym się do praw człowieka do opieki zdrowotnej, osoby starsze nie zostały *expressis verbis* wymienione w unormowaniach Konstytucji. Ustawa zasadnicza nie zawiera norm dotyczących sprawowania opieki nad osobami starszymi przez zstępnych czy innych członków rodziny. Każda osoba starsza jest natomiast równoprawnym podmiotem wolności i praw ujętych w Konstytucji RP.

W kontekście dalszych rozważań warto przypomnieć, iż poszanowanie i ochrona przyrodzonej i niezbywalnej godności człowieka jest obowiązkiem władz publicznych w stosunku do każdego obywatela i zgodnie z art. 47 każdy ma prawo do ochrony prawnej życia prywatnego, rodzinnego, czci i dobrego imienia oraz decydowaniu o swoim życiu osobistym. Wspomniany ustęp 3 art. 68 nakłada na władze publiczne zobowiązanie do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężar-

nym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku, jednakże zgodnie z doktryną należy przychylić się do poglądu o uznaniu norm zawartych w art. 68 ust. 3–5 Konstytucji RP bardziej za programowe niż traktować je jako źródło praw podmiotowych. Zapewnienie szczególnej opieki nie powinno polegać na uprzywilejowaniu wymienionych grup społecznych, lecz na realnym zagwarantowaniu świadczeń opieki zdrowotnej dostosowanych do potrzeb danej grupy. Przykładem mogą być osoby starsze z wielochorobowością, które leczone są równolegle przez wielu specjalistów. Tacy pacjenci wymagają kompleksowej opieki zdrowotnej, jaką mogą zapewnić im lekarze geriatrzy.

Obowiązek konstytucyjny wobec osób starszych związanych z ochroną ich zdrowia zawarty w art. 68 ust. 3 Konstytucji RP jest przez organy administracji publicznej realizowany między innymi poprzez instytucje ochrony zdrowia i pomocy społecznej. Ustawowym zadaniem pomocy społecznej jest wspieranie osób i rodzin w wysiłkach zmierzających do zaspokojenia niezbędnych potrzeb i umożliwienia im życia w warunkach odpowiadających godności człowieka¹. W tym samym artykule wymienione jest istotne zadanie pomocy społecznej, czyli podejmowanie działań zmierzających do życiowego usamodzielnienia osób i rodzin oraz ich integracji ze środowiskiem. Pożądaną sytuacją i celem jest utrzymanie samodzielności osób starszych przez możliwie najdłuższy czas. Samodzielność jest bowiem punktem wyjścia do samostanowienia i samoorganizacji osób starszych.

Coraz częściej w przestrzeni publicznej pojawiają się głosy wskazujące na to, że praw osób starszych nie można dłużej rozpatrywać w kategorii praw socjalnych, czyli ukierunkowanych na walkę z ubóstwem, lecz na prawa człowieka, odnoszące się do realizacji pełnego potencjału, którym dysponuje osoba w starszym wieku. Niemal od dekady toczy się debata na temat Konwencji o prawach osób starszych. Niewątpliwie, kompleksowy instrument międzynarodowy zapewniłby silną ochronę praw tych osób na gruncie prawa krajowego.

Obowiązki administracji publicznej wobec osób starszych obejmują między innymi wypłatę emerytur i rent z tytułu ubezpieczenia społecznego. Przedmiotowe uprawnienie stanowi konkretyzację art. 67 ust. 1 Konstytucji RP, który gwarantuje obywatelom prawo do zabezpieczenia

¹ Art. 3 ust. ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1876 z późn. zm.).

społecznego między innymi w razie niezdolności do pracy lub po osiągnięciu wieku emerytalnego. Formy realizacji zabezpieczenia społecznego pozostają zróżnicowane w zależności od rodzaju i sektora wykonywanej działalności zarobkowej².

Ze względu na osłabienie sprawności psychofizycznej osoby starsze mogą mieć trudności z samodzielnym prowadzeniem swoich spraw. Prawo cywilne przewiduje szereg instytucji mających na celu ochronę interesów takich osób. Instytucje te w większości wiążą się jednak z częściową lub całkowitą utratą zdolności do czynności prawnych i korzysta się z nich dopiero, gdy osoby starsze szkodzą swoim interesom. Jedyną formą pieczy nie ograniczającą praw jednostki ustanawianą przez sąd opiekuńczy lub organ państwowy jest kuratela. W przypadku niepełnosprawności osoby starszej sąd opiekuńczy może ustanowić kuratora, jeżeli osoba ta potrzebuje pomocy w prowadzeniu wszelkich spraw albo spraw określonego rodzaju lub w załatwieniu konkretnej sprawy. Kuratelę uchyla się na żądanie osoby niepełnosprawnej.

Osoby starsze będące w niedostatku, czyli niemogące z pomocą własnych dochodów zaspokoić swoich potrzeb, których zaspokojenie zapewni uprawnionemu normalne warunki bytowania, odpowiednie do stanu zdrowia i wieku³, mogą wystąpić do sądu z pozwem o alimenty przeciwko mającym możliwości zarobkowo-finansowe dzieciom. W przypadku osiągania dochodów niższych niż określone odpowiednimi przepisami przysługuje im również prawo do świadczeń pomocy społecznej.

W dniu 1 stycznia 2016 r. weszła w życie ustawa z 11 września 2015 r. o osobach starszych. Jest to bardzo ważna i potrzebna ustawa w polskim porządku prawnym, której celem przewodnim jest prowadzenie działań na rzecz osób starszych, w szczególności analizowanie informacji dotyczących sytuacji dochodowej, warunków mieszkaniowych, aktywności zawodowej, sytuacji rodzinnej, aktywności społecznej i kulturalnej. Monitorowanie sytuacji osób starszych w Polsce jest istotne w celu diagnozowania i analizowania potrzeb osób starszych, a także wieloaspektowo pokazuje sytuację osób starszych jako podmiotów praw społecznych i obywatelskich.

² Art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników, Dz. U. z 2008 r. Nr 50, poz. 291 z późn. zm.

³ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 7 września 2000 r., sygn. akt. I KKN 872/2000.

Streszczenie Monografii *PolSenior2*

Projekt *PolSenior2* zrealizowano w latach 2017–2020. Pilotaż odbył się w 2017 r., zaś prace terenowe w całej Polsce w latach 2018–2019. Ogółem zbadano reprezentatywną próbę 5987 mieszkańców Polski w wieku 60 i więcej lat (zakres wieku 60–106 lat).

W styczniu 2017 r. minister zdrowia, działając na podstawie art. 14 ust. 1 w związku z art. 13 pkt 1 ustawy z 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz.U. 2015 poz. 1916 oraz Dz.U. 2016 poz. 2003) i rozporządzenia Rady Ministrów z 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020 (Dz.U. 2016 poz. 1492), ogłosił konkurs ofert na realizację zadania z zakresu zdrowia publicznego: *Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem* w ramach Działania 4. Celu Operacyjnego 5: *Promocja zdrowego i aktywnego starzenia się*.

Celem zadania było określenie sytuacji zdrowotnej starszych osób w Polsce oraz zdefiniowanie związanych z nią potrzeb. Badanie objęło aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne.

Wybrano ofertę Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego (GUMed), a Umowę nr 6/5/4.2/NPZ/2017/1203/1257, szczegółowo określającą obowiązki realizatora, dotyczącą przeprowadzenia badania zawarto dnia 7 listopada 2017 r. Kierownikiem projektu został prof. Tomasz Zdrojewski. Nad realizacją projektu i Raportem pracowali zarówno naukowcy GUMed, jak i najlepsi eksperci w dziedzinie geriatry i gerontologii z innych ośrodków naukowych w Polsce, którzy weszli w skład Komitetu Naukowego projektu *PolSenior2*.

Część I. Wprowadzenie

W pierwszej części Monografii przedstawiono aktualną sytuację seniorów w Polsce na podstawie ogólnodostępnych danych, a także organizację opieki zdrowotnej nad osobami starszymi. Dokonano przeglądu polskich

badania gerontologicznych, prezentując na tym tle genezę projektów badawczych *PolSenior* i *PolSenior2*. Pierwszy z nich zrealizowany w latach 2007–2012 pod kierunkiem prof. Piotra Błędowskiego, koordynował Międzynarodowy Instytut Biologii Molekularnej i Komórkowej w Warszawie ze środków Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego.

Część II. Opis projektu

W tej części Monografii przedstawiono metody badania *PolSenior2* oraz schemat doboru próby badawczej. Zastosowano wiele różnych narzędzi badawczych: kwestionariusze, testy i skale (m.in. wchodzące w skład Całościowej Oceny Geriatrycznej, COG) oraz pomiary (antropometryczne, ciśnienia krwi, siły uścisku ręki), a także badania laboratoryjne krwi i moczu. Położono nacisk na korzystanie ze standaryzowanych narzędzi oraz stosowanie się do wytycznych towarzystw naukowych.

Sposób doboru próby badawczej był podobny do zastosowanego w badaniu *PolSenior*. Na ostatnim – trzecim etapie Ministerstwo Cyfryzacji wylosowało indywidualnych respondentów na podstawie numeru PESEL. Badanie zaplanowano w siedmiu równolicznych grupach wieku: 60–64, 65–69, 70–74, 75–79, 80–84, 85–89 i 90 i więcej lat.

Badanie poprzedzono pilotażem w 2017 r. Następnie w celu realizacji badań terenowych wybrano firmę Elżbieta Wołkiewicz – Realizacja Badań Marketingowych i Społecznych, a badań laboratoryjnych – Laboratoria Medyczne BRUSS grupa ALAB sp. z o.o.

Badania terenowe prowadzono od września 2018 r. do listopada 2019 r. i objęto nimi **respondentów zamieszkujących w gospodarstwach domowych**. Po otrzymaniu świadomej zgody osoby starszej na udział w badaniu w trakcie wizyty pierwszej i trzeciej wypełniano kwestionariusze: medyczny i społeczno-ekonomiczny. Natomiast w trakcie drugiej wizyty pobierano materiał biologiczny do badań.

Wszystkie dane pochodzące z kwestionariuszy i badań laboratoryjnych zgromadzono w jednej bazie, która po sprawdzeniu poprawności stanowiła podstawę prezentowanych w Raporcie analiz.

Projekt *PolSenior2* można przedstawić w liczbach:

- 30 milionów komórek w bazie danych;
- 18 694 prób kontaktu z respondentami wykonanych przez ankieterów;

- 5987 respondentów objętych badaniem kwestionariuszowym;
- 1499 pierwotnych kolumn w bazie danych;
- 860 osób współpracujących przy realizacji projektu;
- 507 pielęgniarek przeprowadzających wywiady z wylosowanymi respondentami;
- 89 polskich ekspertów, którzy wzięli udział w przygotowaniu niniejszego Raportu – Monografii;
- 40 badań laboratoryjnych przekazanych nieodpłatnie badanym;
- 16 województw objętych badaniem (76 warstw terytorialnych i prawie 500 wiązek).

Zgłaszalność na badania (*response rate*), uwzględniając brak możliwości kontaktu z respondentami pomimo trzykrotnej próby wizyty („zamknięte drzwi”), wynosiła 52% i była porównywalna z badaniem *PolSenior* oraz amerykańskim projektem *National Health and Nutrition Examination Survey* (NHANES).

W analizie statystycznej uwzględniono złożony schemat losowania respondentów oraz zastosowano poststratyfikację w celu przeważenia struktury próby względem populacji polskiej w wieku 60 i więcej lat. **Wyniki przedstawiono po procedurach ważenia względem aktualnej struktury populacji polskiej** jako wartości odsetkowe, średnie lub mediany. Analizę wykonano w pakiecie statystycznym R, wersja 3.6.3 oraz SAS 9.4 TS Level 1M5.

Część III. Medyczna

W trzeciej części Monografii wyszczególniono 38 zagadnień poruszanych w ramach badania *PolSenior2*. Starzenie się organizmu jest czynnikiem ryzyka wystąpienia wielu chorób przewlekłych oraz narastania deficytów prowadzących do niepełnosprawności i uzależnienia od pomocy osób innych. Pierwsze rozdziały tej części Raportu zostały poświęcone ocenie sprawności osób starszych z zastosowaniem skal wchodzących w skład COG. Wstępnie skorzystano z przesiewowej skali VES-13, według której ponad 3,7 mln Polaków powinno zostać poddanych COG. W zakresie podstawowych czynności dnia codziennego (ADL) prawie co dziesiąty senior wykazał przynajmniej jeden deficyt, a w Skali Złożonych Czynności Dnia Codziennego (IADL) co czwarty. Zespół słabości, będący predyktorem niepełnosprawności, stwierdzono u 16% seniorów, a zagrożenie tym zespołem

(*pre-frail*) u ponad połowy populacji po 60. r.ż. Jedną z przyczyn zespołu słabości jest osłabiona masa i siła mięśniowa, którą na podstawie pomiaru uścisku dłoni zaobserwowano u co dziesiątego seniora. Wyniki pomiaru czasu 5-krotnego wstania z krzesła sugerują, że 42% badanej populacji, częściej kobiety niż mężczyźni, ma osłabioną siłę kończyn dolnych. Jedną z konsekwencji sarkopenii może być upadek, którego w ciągu ostatniego roku doznało 16% osób w wieku 60 i więcej lat, przy czym co druga z nich upadła więcej niż jeden raz, a 4 na 10 upadków powodowało istotny uraz.

Chorobom w starości często towarzyszy ból. Jego występowanie zgłaszało 52% kobiet i 41% mężczyzn. Trzy na cztery kobiety oraz 2/3 mężczyzn zgłaszało go w więcej niż jednej lokalizacji (średnio 3 miejsca), a natężenie bólu oceniano średnio na ponad 6 pkt. w 10-punktowej skali VAS.

Zaburzenia wzroku i słuchu istotnie obniżają sprawność i jakość życia. Nieprawidłową jakość widzenia stwierdzono u ponad 40% badanej populacji, a u 1,2% respondentów w stopniu znacznym. Najczęściej raportowaną chorobą okulistyczną była zaćma (23%), przy czym u ponad 65% osób była ona przynajmniej jednostronnie zoperowana. Zaburzenia słuchu są rzadsze i dotyczą prawie co dziesiątego seniora.

Zaburzenia funkcji poznawczych badano przy pomocy dwóch testów. Według Krótkiej Skali Oceny Stanu Psychicznego (MMSE) otępienie można podejrzewać u 16% osób w wieku 60 i więcej lat, zaś łagodne zaburzenia poznawcze u kolejnych 17%. Oznacza to, że w Polsce populację seniorów z podejrzeniem otępienia, żyjących w środowisku domowym można oszacować na 1,5 mln, w tym około 130 tys. ma otępienie ciężkiego stopnia. W skali Rakusy Test Rysowania Zegara wykonało poprawnie tylko 39% kobiet i 50% mężczyzn. Zgodnie z Geriatryczną Skalą Oceny Depresji (GDS) objawy depresyjne zgłaszało 26% kobiet i 19% mężczyzn, przy czym u ponad jednej czwartej miały one duże nasilenie.

W badaniu *PolSenior2* oceniano sen z wykorzystaniem Kwestionariusza Jakości Snu Pittsburgh (PSQI). Na jego złą jakość skarżyła się prawie połowa badanej populacji, częściej kobiety (51%) niż mężczyźni (37%). Za najczęstszą przyczynę wybudzeń podawano konieczność skorzystania z toalety. Zaburzenia ze strony dolnego odcinka układu moczowego zgłaszało 60% seniorów, a najczęściej podawanym objawem była właśnie nykturia (47%), która dominowała u mężczyzn. U kobiet częstość nykturii była zbliżona do wysiłkowego nietrzymania moczu. Nietrzymanie stolca zgłaszało 4% seniorów, tak jak w przypadku nietrzymania moczu, częściej kobiety. Z kolei na trudności z wypróżnianiem skarżył się co piąty senior.

Częstość niedożywienia badano z zastosowaniem Krótkiego Kwestionariusza Oceny Stanu Odżywienia (MNA). W badanej populacji przekraczała ona 3%, zaś ryzyko niedożywienia 23%. Należy podkreślić, że w grupie kobiet powyżej 90. r.ż. było to odpowiednio 18% i 53%. Na sposób odżywiania wpływa stan uzębienia. U polskich seniorów tylko 21% zachowało uzębienie funkcjonalne, zaś 30% nie posiadało ani jednego własnego zęba.

Otyłość oceniana za pomocą wskaźnika masy ciała (BMI) dotyczyła 42% starszych kobiet i 33% mężczyzn, zaś nadwagę zaobserwowano odpowiednio u 34% i 45%. Otyłość jest główną przyczyną nieprawidłowej gospodarki węglowodanowej. W badanej populacji cukrzycę stwierdzono u 20% kobiet i 24% mężczyzn, a stan przedcukrzycowy u podobnego odsetka seniorów. Należy podkreślić, że 1,8% kobiet i 2,7% mężczyzn miało nierozpoznaną wcześniej cukrzycę.

Nadciśnienie tętnicze (NT), stanowiące główny czynnik ryzyka zgonów w Polsce, Europie i na świecie, rozpoznane na podstawie pomiarów ciśnienia tętniczego krwi, wywiadu i analizy stosowanych leków, stwierdzono u 75% seniorów. Co piąta starsza osoba z NT nie jest świadoma choroby, a tylko co trzecia jest skutecznie leczona. Wstępne porównanie wyników badań *PolSenior* i *PolSenior2* wykazało niespodziewanie dużą redukcję średniego ciśnienia tętniczego u osób starszych w Polsce. W celu naukowej weryfikacji tej obserwacji dokonano połączenia baz danych w zakresie ciśnienia krwi z obu badań. Analizy te potwierdziły bardzo korzystne zmiany polegające na znaczącej poprawie kontroli NT, w tym też u osób w podeszłym wieku w naszym kraju. Prawdopodobnie fakt ten przyczynił się także do obserwowanej w ostatniej dekadzie istotnej redukcji częstości występowania przewlekłej choroby nerek. Ta wstępna „pilotażowa” analiza wskazuje jak ważna będzie ocena zmian stanu zdrowia seniorów w ostatniej dekadzie w Polsce, dzięki połączeniu baz danych badań *PolSenior* i *PolSenior2*.

Rozpowszechnienie przewlekłej choroby nerek wynosi 17% u mężczyzn i u kobiet. Schorzenie występuje dużo częściej u osób z wykształceniem podstawowym i niepełnym podstawowym w porównaniu do osób z wykształceniem wyższym.

Hipercholesterolemia dotyczyła 74% mężczyzn i 82% kobiet i jest to jedna z niewielu chorób, której częstość maleje z wiekiem. Hospitalizacje z powodu choroby wieńcowej lub zawału serca zgłaszał co siódmy respondent, częściej mężczyźni niż kobiety. Migotanie przedsionków raportowało 13% osób, tyle samo co niewydolność serca.

Chorobowość z powodu udarów mózgu dotyczyła 8% seniorów, natomiast chorobowość związana z padaczką i chorobą Parkinsona odpowiednio 1,6% oraz 1,1%. Epilepsja występowała częściej u mężczyzn.

W toku całego życia nowotwór złośliwy rozpoznano u 10% populacji badania *PolSenior2*. Całkowita oszacowana liczba osób w wieku 60 i więcej lat, które przeszły lub aktualnie mają chorobę nowotworową, wynosi około 750 tys.

Obecność chorób układu oddechowego deklarowało 13% seniorów, częściej mieszkańcy miast niż wsi. Występowanie astmy zgłaszało 7%, zaś POChP – 4%. Szczepienia ochronne przeciw grypie były wykonywane rzadko (u 18%, w tym u 10% regularnie), zaś szczepienia przeciw pneumokokom nie były praktycznie realizowane.

Częstość występowania marskości wątroby oszacowano na mniej niż 1%, a przebytych wirusowych zapaleń wątroby typu B i C na 3%. Szczepienia przeciw WZW typu B zgłosiło 48% kobiet i 41% mężczyzn. Podwyższone stężenie bilirubiny obserwowano u 4% seniorów, a zwiększenie aktywności enzymów wątrobowych ALAT i GGTP odpowiednio u 2% i 13%.

Niedobór witaminy D3 stwierdzono u ponad połowy seniorów, częściej niż u co dziesiątego seniora był to niedobór ciężki. Optymalny poziom witaminy D3 stwierdzono u 13% badanej populacji. Około 12% przyjmowało witaminę D, a suplementacja była w większości przypadków niewystarczająca. Częstość występowania pierwotnej nadczynności przytarczyc w populacji osób starszych oszacowano na niecałe 2%, a wtórnej na 31%. Choroby tarczycy deklarowała co czwarta kobieta i co dwunasty mężczyzna. Podwyższone stężenia hormonu tyreotropowego (TSH) obserwowano u 5% kobiet i 2% mężczyzn, zaś niedoczynność tarczycy stwierdzono odpowiednio u 19% i 6%. Częstość nadczynności oszacowana na prawie 2%, była 2-krotnie wyższa wśród kobiet.

W populacji osób w wieku 60 i więcej lat niedokrwistość występuje u co piątego seniora.

Z powyższego zestawienia wynika, że zjawisko wielochorobowości jest powszechne wśród osób starszych w Polsce, a mediana chorób wynosiła 3. Częstość występowania chorób narasta z wiekiem i w konsekwencji wielochorobowość obserwujemy u 70% osób w grupie wieku 60–64 lata i 90% w grupie 90-latków i starszych. Z wielochorobowością wiąże się polifarmakoterapia (przyjmowanie ≥ 5 leków dziennie), która występuje u ponad połowy seniorów w wieku powyżej 60. r.ż., zaś 10 i więcej leków zażywa 12%. Mimo wielu chorób blisko sześciu na dziesięciu seniorów ocenia swój stan

zdrowia jako dobry, czterech na dziesięciu jako przeciętny, a tylko 4% jako zły. Ta dobra samoocena różni się z koncepcją *healthy ageing*, gdyż parametry zdrowego starzenia wypełnia tylko 11% osób w wieku 60 i więcej lat.

Analiza zachowań prozdrowotnych starszego pokolenia wykazała niekorzystne zjawiska. Seniorzy rzadko uczestniczyli w aktywności fizycznej, blisko 40% paliło papierosy w przeszłości, a 14% raportowało aktywne palenie, wielu deklarowało złe nawyki żywieniowe i spożywanie niewystarczającej ilości płynów. Należy wspomnieć, że poza wiekiem i niekiedy płcią, czynnikiem ryzyka wystąpienia wielu chorób i zespołów geriatrycznych jest niski poziom wykształcenia. Natomiast dużo rzadziej stwierdza się różnice między mieszkańcami miast i wsi. Jeśli zaś występują różnice regionalne, to z reguły najgorzej wypada region wschodni, potem centralny, a najlepiej regiony zachodnie i województwo mazowieckie.

Część IV. Społeczna

Populacja osób starszych staje się coraz liczniejsza i coraz bardziej zróżnicowana pod względem sytuacji społecznej i demograficznej. Trudno zdefiniować „typowy” przebieg procesu starzenia się i samej starości. Potwierdza to tzw. efekt kohorty jako czynnik wpływający na wykształcenie, aktywność zawodową, stan zdrowia albo warunki mieszkaniowe. Kolejne kohorty osób starszych, mając za sobą nieco inne wydarzenia i żyjąc w innych warunkach, są coraz lepiej wykształcone, zmienia się charakter ich pracy zawodowej czy zakres nabytych wcześniej i wykorzystywanych w okresie starości umiejętności, co ma wpływ na jakość życia w starości.

Sytuacja rodzinna seniorów jest zróżnicowana. Około 80% mężczyzn i 50% kobiet pozostaje w związku małżeńskim, ale zwraca uwagę fakt, że wśród kobiet aż 40% stanowią wdowy. Oznacza to nie tylko brak wsparcia ze strony najbliższej osoby, ale i na ogół większe obciążenie finansowe gospodarstwa domowego. Odsetek kobiet w związku małżeńskim spada z wiekiem z 65% w wieku 60–64 lat do zaledwie 7% w wieku 90 i więcej lat, a tempo tej zmiany jest szybsze niż u mężczyzn.

Ponad 90% seniorów ma przynajmniej jedno żyjące dziecko. W rodzinach osób starszych mieszkających na wsi czworo lub więcej dzieci ma 27% badanych, zaś w wielkich miastach 4%. Rodzina odgrywa ważną rolę jako biorca i dawca pomocy. Seniorzy, zwłaszcza młodszy, wspierają swoje rodziny, udzielając pomocy finansowej (33%), pomagając w prowadzeniu

gospodarstwa domowego (33%) i udzielając wsparcia psychicznego (45%). Sieć pomocy, w której seniorzy pełnią rolę potencjalnych i faktycznych biorców jest mała i ma rodzinny, głównie dwupokoleniowy charakter. Badani liczą przede wszystkim na dzieci i ich małżonków. W przypadku trudności z korzystaniem z komputera i Internetu, osoby starsze korzystają z pomocy dzieci, rzadziej ze wsparcia małżonków i wnuków.

Sytuacja materialna osób starszych jest trudna do oceny, gdyż tylko połowa respondentów zdecydowała się udzielić odpowiedzi na pytanie o wysokość swoich dochodów. Utrudnia to ustalenie, na ile dochody seniorów w Polsce wystarczają na zaspokojenie podstawowych potrzeb i udział w życiu społeczności. Interpretacja uzyskanych odpowiedzi także nie jest łatwa ze względu na zróżnicowanie populacji seniorów. Ponad połowa badanych (53% kobiet i 56% mężczyzn), oceniając swoją sytuację finansową uznała, że oszczędne życie umożliwi im pokrycie podstawowych potrzeb. Co siódma kobieta i co piąty starszy mężczyzna uznali, że pieniędzy wystarczy im na wszystko bez specjalnego oszczędzania. Jakkolwiek te dane brzmią optymistycznie, to należy do nich podchodzić z dużą ostrożnością, gdyż nie można wykluczyć, że seniorzy, nie mogąc zaspokoić niektórych swoich potrzeb, po prostu wypierają je ze swojej świadomości.

Częściej negatywne oceny swojej sytuacji materialnej formułują kobiety. Ich dochody są bowiem niższe niż mężczyzn, co jest konsekwencją wcześniejszych różnic w poziomie wynagrodzenia i stażu pracy. Bardzo niepokojącym sygnałem jest fakt, że co dziesiątemu seniorowi brakowało pieniędzy na zakup leków, w przypadku 2% miało to miejsce często.

Sytuacja mieszkaniowa osób starszych jest na ogół następstwem sytuacji materialnej. Warunki mieszkaniowe i wyposażenie mieszkań seniorów są gorsze niż przeciętnie. Najwyższy odsetek osób mieszkających w najstarszej (i będącej w najgorszym stanie technicznym) substancji mieszkaniowej jest wśród osób powyżej 80. r.ż. Na występowanie barier architektonicznych w środowisku zamieszkania uskarżała się co dziesiąta osoba w wieku 60–64 lat, co piąta osoba w wieku 75–79 lat, a w grupie 85–89 lat – 38%.

Analizie poddano również **aktywność seniorów w czasie wolnym i wyjazdy poza miejsce zamieszkania**. Osoby w wieku 60 i więcej lat przeznaczały najczęściej wolny czas na oglądanie telewizji lub filmów na DVD (95%), a najrzadziej na działalność społeczną (12%). Kobiety (12%) istotnie częściej od mężczyzn (6%) uczestniczyły w pielgrzymkach religijnych, zaś seniorzy (36%) istotnie częściej od senierek (29%) wyjeżdżali na działkę.

Częstość wyjazdów wyraźnie zmniejszała się z wiekiem. Mieszkańcy wsi rzadziej niż mieszkańcy miast uczestniczyli w wycieczkach wielodniowych, pobytach wypoczynkowych, uzdrowskich, a także pobytach na działce. Podsumowując, polscy seniorzy preferują bierne formy spędzania czasu wolnego.

Dostępność i poziom satysfakcji seniorów z usług medycznych pozostawiają wiele do życzenia. Osoby starsze, zwłaszcza mężczyźni, stosunkowo rzadko korzystają z pomocy lekarza pierwszego kontaktu. Tylko 8% kobiet i 12% mężczyzn przyznało, że odwiedziło lekarza w ciągu ostatniego półrocza, co oznacza brak systematycznego monitorowania zdrowia. Jest to szczególnie istotne w przypadku najstarszych grup respondentów, mających problem z dotarciem do lekarza. Siedmiu na dziesięciu seniorów wskazało na raczej trudną lub zdecydowanie trudną dostępność do bezpłatnej opieki specjalistycznej, bezpłatnych zabiegów rehabilitacyjnych.

Odsetek osób, które wyrażają pogląd, że z uwagi na stan zdrowia i sprawność zdecydowanie potrzebują pomocy innych osób wzrasta od niemal 4% w grupie wieku 60–64 lata do prawie 58% w grupie 90-latków i starszych. Zapotrzebowanie na takie wsparcie można potraktować jako zbliżone do skali zapotrzebowania na **świadczenia opieki długoterminowej**.

Zaobserwowano duże zagrożenie seniorów **wykluczeniem cyfrowym** – 57%. Zainteresowanie możliwością kontaktu z lekarzem na odległość deklaruje prawie 40%. Osoby starsze, z niższym poziomem wykształcenia, zamieszkujące mniejsze miejscowości istotnie rzadziej korzystają z Internetu.

Warto podkreślić, że chęć ponownego podjęcia pracy zawodowej w chwili badania wyrażało 33% osób w wieku 60–64 lat, blisko 26% respondentów w wieku 65–69 lat oraz 16% seniorów w wieku 70–74 lat. Najczęściej wymienianym warunkiem było uzyskanie wyższego wynagrodzenia.

Oceniając na podstawie kwestionariusza WHOQOL-Age swoją **jakość życia** w ciągu ostatnich dwóch tygodni, 60% badanych oceniło ją jako dobrą, a 14% jako bardzo dobrą, a tylko nieliczni respondenci (3%) jako złą lub bardzo złą. Wśród czynników wpływających na tę bardzo pozytywną ocenę wymieniać należy m.in. zadowolenie z możliwości samodzielnego wykonywania codziennych czynności i zadowolenie z sytuacji mieszkaniowej. Ten ostatni przykład wskazuje, że osoby starsze, formułując swoje opinie, mogą kierować się tym, że dostosowały się do nie zawsze najlepszych warunków.

Dodać należy, że zjawiskiem towarzyszącym starości może być również **przemoc**, której w jakiegokolwiek formie w ciągu ostatnich trzech lat

doświadczyło prawie 4% seniorów. Biorąc pod uwagę, że prawie co piąty respondent odmówił odpowiedzi na pytania dotyczące przemocy, można wyrazić obawę, że skala problemu jest w rzeczywistości dużo większa.

W projekcie *PolSenior2* analizie w zależności od poziomu wykształcenia i statusu finansowego gospodarstwa domowego poddane zostały także **nierówności** w zdrowiu w zakresie występowania zaburzeń poznawczych i depresyjnych, niesprawności na podstawie skal ADL i IADL oraz wybranych ciężkich chorób. Wykazano, że w Polsce wśród osób w wieku 60 i więcej lat istnieją bardzo duże nierówności w zdrowiu ze względu na status społeczno-ekonomiczny. Niski status okazał się bardzo silną determinantą występowania otępienia, objawów depresyjnych, niesprawności i złego stanu zdrowia.

Część V. Podsumowanie wyników i wnioski

W ostatniej, piątej części Monografii zgromadzono wszystkie ważne informacje o uzyskanych wynikach oraz podsumowano wnioski z przeprowadzonych badań, które zostały szczegółowo opisane w 38 rozdziałach części medycznej i 11 rozdziałach części społecznej. Umożliwiają one nie tylko ocenę zdrowia starszych Polaków oraz ich sytuacji społeczno-ekonomicznej. Co ważne, dzięki planowanemu połączeniu baz danych projektów *PolSenior* i *PolSenior2* i ich porównaniu, możliwe będzie wskazanie głównych zmian w stanie zdrowia i sytuacji społecznej seniorów w Polsce w ostatniej dekadzie.

Autorzy Raportu mają nadzieję, że zakończony właśnie projekt *PolSenior2 – Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem* oraz obszerna prezentacja jego głównych wyników w niniejszej Monografii – Raporcie rozpocznie kolejny ważny etap w kształtowaniu nowoczesnej, opartej na faktach, polityki senioralnej w Polsce.

Po raz drugi w polskiej geriatricy i gerontologii, dzięki kompleksowemu badaniu przekrojowemu, uzyskano tak ważne informacje o stanie zdrowia i czynnikach społecznych w ocenie starzenia się i starości. Co prawda sam projekt dobiegł końca, jednak pogłębione analizy i istotna interdyscyplinarna interpretacja wyników będą trwały jeszcze przez dłuższy czas. Bardzo ważne jest by wiedza, jaką zgromadzono, została właściwie wykorzystana przez Rząd RP, Parlament, wszystkie urzędy marszałkowskie, powiaty i gminy w Polsce oraz przez wiele organizacji pozarządowych i inne podmioty zajmujące się szeroko pojętą polityką senioralną.

Odnosząc się do ważnych uwarunkowań badania *PolSenior2*, jako badania przekrojowego zakończonego w terenie dwa miesiące przed rozpoczęciem pandemii COVID-19, autorzy projektu pragną podkreślić, że rzeczywiste i optymalne wykorzystanie jego wyników wymaga jeszcze działań takich jak:

- opracowanie przez Komitet Naukowy projektu *PolSenior2* strategicznych rekomendacji dla polityki senioralnej w kraju;
- przeprowadzenie badania metodą wywiadu telefonicznego wśród zbadanych respondentów w celu oceny społecznych i zdrowotnych skutków ograniczeń spowodowanych pandemią COVID-19 w Polsce;
- połączenie baz danych projektów *PolSenior* i *PolSenior2* oraz wykonanie szczegółowych analiz statystycznych na wspólnej bazie danych obu projektów, by ocenić zakres zmian w zdrowiu i sytuacji społecznej seniorów w Polsce w ostatniej dekadzie;
- porównanie stanu zdrowia osób, które wyraziły zgodę na udział w projekcie *PolSenior2* i tych, które odmówiły udziału, poprzez analizy zapadalności i chorobowości w obu grupach w bazie danych Narodowego Funduszu Zdrowia w latach 2015–2020;
- powtórzenie w latach 2024–2025 projektu *PolSenior2* u tych samych respondentów, którzy zostali zbadani w latach 2018–2019 w celu uruchomienia modelowania sytuacji zdrowotnej i społecznej w Polsce, w tym precyzyjnego prognozowania obciążeń systemu zdrowia (zdrowotnych, społecznych i ekonomicznych) wynikających ze starzenia się społeczeństwa.

Podsumowanie wyników i wnioski części medycznej projektu *PolSenior2*

III.1 Identyfikacja osób do Całościowej Oceny Geriatrycznej (wyniki skali VES-13)

Hanna Kujawska-Danecka, Małgorzata Mossakowska, Barbara Gryglewska, Barbara Wizner, Adam Hajduk, Karol Wierzbę, Kacper Jagiełło, Tomasz Grodzicki

Podsumowanie

1. Niemal 40% osób w wieku 60 i więcej lat (3,7 mln Polaków) uzyskało w skali VES-13 co najmniej 3 punkty, które kwalifikują ich do okresowej Całościowej Oceny Geriatrycznej.
2. Kobiety, seniorzy z wykształceniem co najwyżej podstawowym oraz mieszkańcy wsi uzyskali znamienne wyższą punktację w skali VES-13.
3. Osoby, które uzyskały co najmniej 3 punkty w skali VES-13 znamienne częściej prezentowały tzw. wielkie problemy geriatryczne (upadki, nietrzymanie moczu, zaburzenia depresyjne i poznawcze, problemy z poruszaniem się, wielochorobowość). Istotnie częściej korzystały także z porad lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

Wnioski i rekomendacje

- Skala VES-13 jako uznane narzędzie służące do kwalifikacji pacjentów do Całościowej Oceny Geriatrycznej (COG) powinna być zalecana do stosowania w obszarze podstawowej opieki zdrowotnej celem identyfikacji osób wymagających dalszej diagnostyki i konsultacji geriatry. Zgodnie z tą skalą COG powinna podlegać każda osoba, która ukończyła 85. r.ż.
- U pacjentów, którzy w przesiewowej ocenie za pomocą skali VES-13 uzyskali 3 lub więcej punktów, należy uwzględnić w procesie diagnostyczno-terapeutycznym obecność typowych problemów geriatrycznych, takich jak: upadki, nietrzymanie moczu, zaburzenia nastroju oraz funkcji poznawczych.
- Wysoki odsetek osób starszych w Polsce, które uzyskały w skali VES-13 wynik co najmniej 3 punktów wskazuje na ogromne zapotrzebowanie na poradnie oraz oddziały geriatryczne, które pozostaje od lat niezaspokojone. Wskazane jest dalsze zwiększanie dostępności poradnictwa geriatrycznego i urealnienie wyceny produktu, jakim jest COG.
- Wskazane jest szkolenie przed- i podypłomowe w zakresie stosowania i interpretacji skali VES-13 wśród różnych grup profesjonalistów systemu ochrony zdrowia (lekarze, pielęgniarki, ratownicy medyczni, psycholodzy, pracownicy socjalni).

III.2 Ocena stanu funkcjonalnego

Barbara Wizner, Hanna Kujawska-Danecka, Adam Hajduk, Karol Wierzbza, Kacper Jagiełło, Katarzyna Wieczorowska-Tobis

Podsumowanie

Wyniki projektu *PolSenior2* potwierdzają występowanie w populacji polskiej trendów obserwowanych także w innych badaniach, tzn.:

1. większego rozpowszechnienia deficytów sprawności w zakresie złożonych czynności dnia codziennego niż w zakresie czynności podstawowych;
2. utrzymujących się na przestrzeni czasu wyników dotyczących sprawności w zakresie ADL, z niewielką tendencją do pogorszenia sprawności wśród osób w wieku 85 i więcej lat, a także poprawę sprawności ocenianej IADL w okresie tzw. wczesnej starości;
3. większych deficytów sprawności u osób po 80. r.ż., z przewagą występowania u kobiet, a także w regionach mniej przemysłowych.

Wnioski i rekomendacje

Badanie wskazuje na potrzebę intensyfikacji wielokierunkowych działań:

- identyfikujących osoby zagrożone niesprawnością, szczególnie wśród mieszkańców wsi;
- medycznych i rehabilitacyjnych zmierzających do poprawy zdrowia fizycznego i psychicznego;
- socjalnych i opiekuńczych – dla zapewnienia potrzebnego wsparcia i funkcjonowania w społeczeństwie.

Intensywne działania powinny być prowadzone zarówno w młodszych grupach wieku w celu zbudowania potencjału sprawności na dalsze lata życia, jak i wśród starszych Polaków, w szczególności tych po 80. r.ż., czyli grupy, która powiększa się stosunkowo szybko i jest najczęściej dotknięta niesprawnością lub nią zagrożona.

Widoczne regionalne zróżnicowanie sprawności w Polsce, szczególnie w zakresie złożonych czynności życia codziennego (IADL), przemawia za koniecznością poprawy dostępności do oceny geriatrycznej oraz za podjęciem aktywności zmierzających do polepszenia sprawności fizycznej wśród osób o niższym statusie socjoekonomicznym, mieszkańców wsi i małych miejscowości, a także za wprowadzeniem działań zmierzających do zwiększenia świadomości w zakresie czynników wzmacniających sprawność i kondycję zdrowotną.

III.3 Zespół słabości

Karolina Piotrowicz, Hanna Kujawska-Danecka, Adam Hajduk, Małgorzata Mossakowska, Anna Skalska

Podsumowanie	Wnioski i rekomendacje
<ol style="list-style-type: none"> 1. Problem zespołu słabości dotyczy niemal co szóstej osoby starszej zamieszkującej we własnym gospodarstwie domowym, a zagrożenie jego wystąpieniem – co drugiej. 2. Wśród kobiet w podeszłym wieku najczęściej zgłaszane jest uczucie subiektywnego wyczerpania oraz obniżenie mierzonej obiektywnie siły mięśniowej, wśród mężczyzn zbyt niska aktywność fizyczna. 	<ul style="list-style-type: none"> • Konieczna jest edukacja profesjonalistów ochrony zdrowia w zakresie zespołu słabości – rozpoznawania oraz zasad postępowania z osobami zagrożonymi zespołem słabości oraz prezentującymi jego typowy obraz kliniczny. • Na podstawie uzyskanego obrazu starszej populacji polskiej rekomendujemy przesiewową diagnostykę w kierunku występowania zespołu słabości oraz rutynową identyfikację indywidualnych deficytów osoby starszej ze spersonalizowanym postępowaniem leczniczym i zapobiegawczym. • Wskazane jest przygotowanie, wdrożenie i rozpowszechnienie przesiewowych kwestionariuszy dla zespołu słabości, które będą mogły być stosowane przez różnych profesjonalistów ochrony zdrowia we wszystkich obszarach opieki zdrowotnej (np. pielęgniarkę w POZ, fizjoterapeutę). • Konieczne jest zwiększenie dostępu do rehabilitacji usprawniającej dla osób z zespołem słabości lub nim zagrożonych, a zwłaszcza pacjentów po epizodzie ostrego pogorszenia lub zachorowania wymagającego hospitalizacji. • Wskazane jest wsparcie organizacyjne i finansowe, zwłaszcza na poziomie samorządowym, zajęć aktywizujących i sportowych dla osób starszych (np. nordic walking, zajęcia na pływalni, gimnastyka dla seniorów). • Konieczne jest zwiększenie dostępu do specjalistycznego poradnictwa dietetycznego i leczenia żywieniowego dedykowanego seniorom.

III.3 (cd.)

Podsumowanie

Wnioski i rekomendacje

- Wskazane jest zwiększenie sieci wsparcia socjalnego dla osób z zespołem słabości, np. poprzez rozwój mieszkań wspomaganych dla seniorów czy zwiększenie wsparcia opiekunów MOPR/MOPS. Może to przedłużyć funkcjonowanie osób z zespołem kruchości w środowisku domowym i oddalić konieczność instytucjonalizacji.
- Konieczne jest edukowanie seniorów w zakresie korzyści, jakie mogą odnieść z regularnej aktywności fizycznej i prawidłowej diety – interwencji nefarmakologicznych, które – jak udowodniono w literaturze – mogą zmniejszyć ryzyko rozwoju zespołu słabości oraz jego niekorzystne skutki.

III.4 Zjawisko sarkopenii i inne zmiany w składzie ciała

Tomasz Kostka, Adam Hajduk, Monika Mierzejewska, Sonia Woch, Karolina Piotrowicz, Hanna Kujawska-Danecka

Podsumowanie

Wnioski i rekomendacje

Skład ciała

1. Zawartość tkanki tłuszczowej u osób po 60. r.ż. w Polsce wynosiła średnio 32,8% i była wyższa u kobiet niż u mężczyzn (37,0% vs 27,0%). Nie stwierdzono istotnych różnic między poszczególnymi grupami wieku ani ze względu na miejsce zamieszkania.
2. Wykazano wprost proporcjonalną zależność między wskaźnikiem BMI a odsetkiem tkanki tłuszczowej.

Siła mięśniowa a ryzyko sarkopenii

1. Średnia maksymalna siła uścisku ręki dla mężczyzn wynosiła 38,1 kg, a dla kobiet 23,1 kg. W starszych grupach wieku obserwuje się znaczący, skokowy wzrost odsetka osób z obniżoną siłą uścisku ręki zarówno wśród mężczyzn, jak i kobiet. W grupie wieku 75–79 lat dotyczyło to 14,1% seniorów, w grupie 80–84 lata – już co czwarte, osiągając wśród najstarszych prawie 60%.
2. Zarówno mężczyźni, jak i kobiety z wykształceniem co najwyżej podstawowym mieli istotnie niższą siłę uścisku ręki w porównaniu do osób z wyższym poziomem wykształcenia. Niższą siłę uścisku ręki obserwowano także wśród seniorów z niskim wskaźnikiem masy ciała (*body mass index*, BMI).
3. Co dziesiąta osoba w wieku 60 i więcej lat miała obniżoną siłę uścisku ręki sugerującą sarkopenię według EWGSP2 (*European Working Group on Sarkopenia in Older People 2*). Biorąc pod uwagę to kryterium,

- Badanie *PolSenior2* potwierdza wyraźny spadek siły mięśniowej i rosnące wraz z wiekiem ryzyko wystąpienia sarkopenii.
- Liczba osób zagrożonych sarkopenią według ocenianych wskaźników to od 1 do 4 mln osób. Determinuje to konieczność kolejnych celowanych badań przesiewowych w celu identyfikacji najbardziej zagrożonych osób i wdrażania niezbędnych interwencji prewencyjno-rehabilitacyjnych.
- Badania potwierdzają drugorzędne znaczenie wskaźnika masy ciała (*body mass index*, BMI) w ocenie nadwagi/otyłości u seniorów. De facto niższy BMI związany jest z niższą siłą mięśniową.
- Najważniejszym zachowaniem zdrowotnym zapobiegającym utracie masy i siły mięśniowej oraz niepełnosprawności w starszym wieku jest regularna aktywność fizyczna, szczególnie trening siłowy (oporowy). Rekomendacje odnośnie do treningu siłowego (minimum 2 × w tygodniu po 20 min) połączone z poradą żywieniową i suplementacją wit. D3 u seniorów powinny wejść do podstawowego kanonu działań zdrowia publicznego w Polsce.

III.4 (cd.)

Podsumowanie

oszacowano, że jest to w populacji polskiej ponad milion osób (439,4 tys. mężczyzn i 577,5 tys. kobiet).

4. Czas pięciokrotnego wstania z krzesła był dłuższy w starszych grupach wieku oraz wśród osób z wykształceniem podstawowym lub niepełnym podstawowym w porównaniu do osób z wyższym poziomem wykształcenia. Zależność ta była bardziej widoczna wśród mężczyzn.

5. W populacji polskich seniorów wydłużony test wstania z krzesła (powyżej 15 sek.), wskazujący na ryzyko sarkopenii, dotyczył prawie 4 mln osób, w tym 2,63 mln kobiet i 1,36 mln mężczyzn.

Wnioski i rekomendacje

III.5 Upadki i ich następstwa

Anna Skalska, Adam Hajduk, Małgorzata Mossakowska, Barbara Wizner,
Karol Wierzba, Tomasz Grodzicki

Podsumowanie

1. W populacji polskich seniorów przynajmniej raz w roku upadku w trakcie codziennej aktywności doświadcza ponad 1,5 mln osób.
2. Narażenie na upadki wzrasta z wiekiem, zwłaszcza wśród kobiet.
3. Upadki z własnej wysokości są istotną przyczyną urazów osób starszych. Wskutek upadków urazów doznaje rocznie ponad 0,5 mln seniorów.

Wnioski i rekomendacje

- Upadki z własnej wysokości zdarzają się w każdej grupie wieku, ale upadki w populacji osób starszych najczęściej zdarzają się w trakcie chodzenia i zwykłych codziennych czynności.
- Biorąc pod uwagę, że upadki, szczególnie upadki zakończone urazem, generują znaczne koszty społeczno-ekonomiczne, zwiększają ryzyko niepełnosprawności, inwalidztwa, utraty samodzielności, zwiększają chorobowość i śmiertelność osób starszych, należy opracować i wdrożyć strategię zapobiegawcze.
- Podstawowym działaniem zwiększającym skuteczność podejmowanych interwencji przeciwupadkowych jest edukacja i zwiększenie świadomości związanych z upadkami zagrożeń seniorów, ich opiekunów i profesjonalistów ochrony zdrowia.
- Strategie zapobiegania upadkom osób starszych powinny obejmować identyfikację grup wysokiego ryzyka oraz interwencje skierowane na usunięcie czynników ryzyka lub ograniczenie ich wpływu. Identyfikacja osób wysokiego ryzyka i wstępna diagnostyka przyczyn upadków powinny rozpoczynać się na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej i być szczegółowo kontynuowane w poradniach geriatrycznych, a w zależności od potrzeb – w poradniach specjalistycznych.
- Zważywszy, że ważnym elementem interwencji zmniejszających ryzyko upadków jest poprawa sprawności, powinien zostać opracowany model rehabilitacji w postaci zestawu ćwiczeń ukierunkowanych na poprawę sprawności, chodu i równowagi, zwiększenie masy i siły mięśni, zwłaszcza kończyn dolnych.

III.6 Występowanie bólu przewlekłego

Elżbieta Kozak-Szkopek, Hanna Kujawska-Danecka, Karol Wierzba, Aleksandra Szybalska, Małgorzata Mossakowska

Podsumowanie	Wnioski i rekomendacje
<ol style="list-style-type: none"> 1. Ból przewlekły zgłaszało 47,6% Polaków w wieku co najmniej 60 lat. 2. Częstość występowania bólu przewlekłego była wyższa u kobiet, osób z wykształceniem podstawowym, pracowników fizycznych oraz seniorów zamieszkałych na wsi. 3. Najczęstszą lokalizacją bólu były okolice krzyża, a następnie nóg, w tym w szczególności stawów kolanowych. Ponad 70% seniorów (częściej kobiety) zgłaszało ból w więcej niż jednej lokalizacji. 4. Ból przewlekły częściej raportowały osoby niesprawne w zakresie podstawowych i złożonych czynności dnia codziennego, z ograniczoną mobilnością, stosujące urządzenia pomocnicze do przemieszczania się. 5. Ponad połowa pacjentów korzystająca z porad lekarza rodzinnego 2–3 razy w miesiącu i częściej, skarżyła się na przewlekłe bóle. Najczęściej stosowanymi lekami przeciwbólowymi były leki nieopiodowe. Seniorzy z bólem przewlekłym częściej poddawali się zabiegom rehabilitacyjnym. 6. Całkowita oszacowana liczba osób w wieku 60 i więcej lat, które cierpią na ból przewlekły, wynosi w Polsce około 4,5 mln, z tego ponad 3,5 mln odczuwa ból o natężeniu umiarkowanym i silnym. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ból przewlekły w populacji osób starszych jest predyktorem niesprawności funkcjonalnej oraz wzrostu zapotrzebowania na opiekę zdrowotną i usługi opiekuńcze. Standardem powinno być zebranie wywiadu w kierunku bólu przewlekłego, jego lokalizacji, oceny jego natężenia i uwarunkowań u każdej osoby w podeszłym wieku w formie opracowanej ankiety. • Konieczne jest zwiększenie dostępności do leczenia usprawniającego oraz do poradnictwa leczenia bólu, szczególnie dla pacjentów z większym natężeniem dolegliwości. • Terapia bólu przewlekłego u osób starszych powinna być zgodna ze standardami leczenia bólu i standardami postępowania w opiece geriatrycznej, dostosowana do odmienności chorowania spowodowanych wiekiem, co wymaga edukacji w tym zakresie zarówno na poziomie przeddyplomowym, jak i podyplomowym. • Podjęcie takich działań zapobiegnie rozwojowi niepełnosprawności zależnej od bólu przewlekłego u osób w wieku podeszłym, a także przyczyni się do racjonalizacji korzystania z zasobów opieki zdrowotnej i społecznej.

III.7 Stan wzroku i słuchu

Natalia Lange, Dorota Raczyńska, Justyna Jędrychowska-Jamborska, Hanna Kujawska-Danecka, Kacper Jagiełło, Jakub Piątkowski, Monika Trochim, Małgorzata Mossakowska

Podsumowanie	Wnioski i rekomendacje
<ol style="list-style-type: none"> 1. Upośledzenie jakości widzenia stwierdzono u 41,9% starszych Polaków, w stopniu umiarkowanym – u 40,7%, a znacznym – u 1,2%. 2. Upośledzenie słuchu zaobserwowano u 9,7% seniorów. 3. Upośledzenie wzroku i słuchu dotyczyło 6% populacji w wieku 60 i więcej lat. 4. Częstość deficytów wzroku i słuchu narastała wraz z wiekiem i była wyższa w grupie osób z niskim poziomem wykształcenia. 5. Rozpoznanie zaćmy raportowało 22,6% osób w wieku 60 i więcej lat, jaskry – 5,7%, a zwyrodnienia plamki żółtej związane z wiekiem (AMD) – 2,6% Polaków w wieku podeszłym. 6. Wyniki testu Amslera wskazują na obecne zaburzenia plamki żółtej u co siódmej osoby (14,1%) w badanej populacji. Częstość tych zaburzeń rośnie wraz z wiekiem i powyżej 80. r.ż. dotyczy niemal co trzeciej osoby. 7. Przy tak dużej skali problemów dotyczących funkcjonowania narządu wzroku i słuchu ujawnionych w badaniu <i>PolSenior2</i> okulistę w ciągu ostatniego roku odwiedziło tylko 14,9% seniorów, a laryngologa 5,4%. 	<ul style="list-style-type: none"> • Badania przesiewowe w kierunku upośledzenia widzenia i słuchu powinny stanowić integralną część Całościowej Oceny Geriatrycznej. • Wywiad w kierunku zaburzeń wzroku i słuchu, podstawowe badanie ostrości wzroku do bliży, dali, test Amslera oraz badanie audiometryczne powinny odbywać się na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej. Docelowo dążyć należy do wprowadzenia aparatów umożliwiających masowe fotografie dna oka na jak największą skalę, a nawet rozważyć wprowadzenie systemu zdalnej interpretacji zdjęć. • Bardzo istotna jest edukacja i promowanie regularnych badań wzroku i słuchu wśród seniorów. • Konieczne jest zwiększenie dostępu do specjalistycznego leczenia okulistycznego oraz protezowania słuchu poprzez zwiększenie finansowania udzielanych świadczeń oraz stopnia refundacji. • Należy zaznaczyć, że ze względu na przesiewowy charakter i wynikające z tego ograniczenia badanie mogło nie wychwycić łagodnych ilościowych oraz jakościowych zaburzeń wzroku i słuchu oraz tych skorygowanych przez okulary lub aparat słuchowy. Obrazuje natomiast dobrze skalę problemów związanych z upośledzeniem funkcjonalnych narządów zmysłów.

III.8 Zaburzenia funkcji poznawczych

Alicja Klich-Rączka, Karolina Piotrowicz, Hanna Kujawska-Danecka, Paweł Zagożdżon, Małgorzata Mossakowska

Podsumowanie

1. Częstość występowania zaburzeń funkcji poznawczych w populacji osób starszych w Polsce jest wysoka. Średnio co szósta osoba w wieku 60 i więcej lat w Polsce prezentuje deficyt poznawczy w stopniu nasuwającym podejrzenie otępienia.
2. Najczęściej deficyt poznawczy występował u najstarszych, najslabiej wykształconych seniorów, którzy równocześnie, w codziennej praktyce klinicznej, stanowią populację szczególnie narażoną na opóźnioną diagnozę i leczenie otępienia.
3. Częstość występowania i zaawansowanie deficytu poznawczego rośnie z wiekiem.

Wnioski i rekomendacje

- Przesiewowa ocena stanu funkcji poznawczych powinna stanowić nieodzowny element oceny osób po 60. r.ż. w Polsce. Przewodzenie badań przesiewowych w kierunku otępienia wśród osób po 60. r.ż. pozwoli w wielu przypadkach na rozpoznanie otępienia we wczesnej fazie, co zwiększa skuteczność leczenia prokognitywnego.
- Szczególna czujność i regularny nadzór powinny dotyczyć licznej grupy osób starszych (niemal co piątej osoby w populacji polskiej), u których w przesiewowej ocenie stanu funkcji poznawczych postawiono podejrzenie łagodnych zaburzeń poznawczych. W związku z tym bardzo istotna jest poprawa dostępności do opieki w poradniach specjalistycznych zajmujących się problematyką zaburzeń pamięci (geriatrycznych, neurologicznych i poradniach zdrowia psychicznego).
- Wobec rosnącej populacji osób starszych w Polsce, a co za tym idzie zwiększającej się liczby osób z otępieniem, konieczne jest tworzenie i rozwój modeli wsparcia we własnym środowisku dla osób z mniej nasilonym otępieniem z zachowaną w pewnym stopniu samodzielnością samoobsługową (np. poprzez budowanie sieci domów pobytu dziennego, wsparcie pracowników ośrodków pomocy społecznej, mieszkania wspomagane).
- W przypadku pacjentów z zaawansowanym otępieniem niezbędne jest rozbudowywanie systemu wsparcia opiekunów rodzinnych, np. poprzez szkolenia i warsztaty, intensyfikację opieki instytucjonalnej w domu chorego (programy opieki wytchnieniowej).

III.8 (cd.)

Podsumowanie

Wnioski i rekomendacje

- W przypadku rodzin niewydolnych opiekunów lub ich braku konieczne jest także zapewnienie miejsc w ośrodkach opieki długoterminowej dla osób z zaawansowanym otępieniem. Rozpoznanie otępienia w stopniu zaawansowanym powinno umożliwiać objęcie pacjenta opieką hospicjum domowego i stacjonarnego (z gwarancją finansowania tej opieki przez Narodowy Fundusz Zdrowia). Zaawansowane otępienie jest bowiem postępującą i nieuleczalną chorobą, w której profesjonalna opieka paliatywna może przynieść ulgę zarówno osobie chorej, jak i opiekunom. Zapewnienie takiej opieki w warunkach domowych to przede wszystkim zapobieżenie cierpieniu pacjentów i wsparcie dla opiekunów rodzinnych. Brak systemu pomocy prowadzi w wielu przypadkach do rozwoju zespołu wypalenia u opiekunów (większej chorobowości w zakresie zdrowia somatycznego i psychicznego) oraz wcześniejszej instytucjonalizacji podopiecznego. Taka opieka, zwłaszcza hospicjum domowego, mogłaby więc odciążyć również inne instytucje opieki długoterminowej. Kwalifikacja do opieki hospicyjnej powinna być prowadzona w oparciu o ocenę zespołu geriatrycznego.
- Wszelkie aktywności i inicjatywy lokalne zwiększające zaangażowanie intelektualne i społeczne osób starszych, np. poprzez uczestnictwo w zajęciach uniwersytetu trzeciego wieku i klubach seniora, mogą być korzystne w nefarmakologicznej prewencji zaburzeń poznawczych w starszym wieku, stąd ich wspieranie na poziomie finansowym i organizacyjnym jest niezwykle ważne.

III.9 Ocena zaburzeń funkcji poznawczych na podstawie Testu Rysowania Zegara

Hanna Kujawska-Danecka, Katarzyna Nowicka-Sauer, Emilia Sitek

Podsumowanie

1. Jedynie u co piątej osoby po 75. r.ż. można w oparciu o TRZ wykluczyć wysokie ryzyko zaburzeń poznawczych. W tej grupie wieku 4 na 5 osób wymaga dalszej diagnozy funkcjonowania poznawczego. Wskazuje to na konieczność monitorowania stanu poznawczego osób w tym wieku w ramach podstawowej opieki zdrowotnej.
2. Wysoka częstość występowania trudności w wykonaniu TRZ sugeruje, że ponad połowa osób po 60. r.ż. wymaga dalszej diagnostyki w kierunku zaburzeń poznawczych. Dotyczy to zwłaszcza osób z niskim poziomem wykształcenia, u których znamienne częściej takie trudności są stwierdzane.

Wnioski i rekomendacje

- W ramach przesiewowej oceny funkcji poznawczych wystarczająca jest zero-jedynkowa ocena Testu Rysowania Zegara (TRZ) jako wykonanie prawidłowe/nieprawidłowe. Bardziej szczegółowe systemy oceny są przydatne w badaniach naukowych oraz przy monitorowaniu stanu pacjenta przez lekarza specjalistę bądź psychologa.
- Przesiewowa ocena funkcji poznawczych wykonywana w ramach podstawowej opieki zdrowotnej powinna być proponowana osobom po 60. r.ż.: 1) które same skarżą się na trudności z pamięcią lub 2) których bliscy zgłaszają występowanie problemów w tym zakresie lub 3) które mieszkają samotnie i otrzymują od lekarza nowe zalecenia odnośnie do schematu przyjmowania kilku leków czy np. pomiarów poziomu glukozy we krwi.
- W przypadku osób samotnych po 60. r.ż., które nie zgłaszają się do lekarza rodzinnego, a wcześniej postawiono u nich rozpoznanie choroby przewlekłej, wskazane jest zaproponowanie przesiewowej oceny funkcji poznawczych w warunkach domowych, przeprowadzanej przez pielęgniarkę środowiskową.
- Wysoka częstość zaburzeń poznawczych w populacji osób w wieku 60 i więcej lat wskazuje na to, że w ramach praktyki ambulatoryjnej lekarz specjalista geriatra oraz neurolog powinni mieć możliwość bezpośredniego skierowania pacjenta na konsultację do specjalisty psychologii klinicznej w zakresie neuropsychologii.
- W warunkach poradni geriatrycznych i neurologicznych powinny być dostępne programy opieki skoordynowanej dla pacjentów z rozpoznaniem choroby otępiennej i ich rodzin.

III.10 Występowanie objawów depresyjnych

Paweł Zagożdżon, Katarzyna Broczek, Hanna Kujawska-Danecka,
Radosław Czernych, Małgorzata Mossakowska

Podsumowanie

1. Objawy depresyjne w populacji osób starszych w Polsce występują u prawie co czwartego seniora, a ich częstota narasta wraz z wiekiem.
2. Objawy depresyjne w populacji osób starszych wiążą się z istotnym upośledzeniem funkcjonowania społecznego oraz gorszym stanem zdrowia psychicznego i fizycznego.
3. Obciążenia somatyczne, takie jak: cukrzyca, ból przewlekły, przebyty udar, deficyt funkcji poznawczych, jak również niski poziom sprawności funkcjonalnej, wiążą się z częstszym występowaniem zaburzeń depresyjnych.
4. Występowaniu objawów depresyjnych sprzyjają: płeć żeńska, zła sytuacja materialna, niski status wykształcenia, zamieszkiwanie na wsi, zapotrzebowanie na pomoc osób innych i poczucie osamotnienia.

Wnioski i rekomendacje

- Wraz ze starzeniem się społeczeństwa depresja wieku podeszłego może stać się jednym z największych wyzwań zdrowia publicznego w Polsce, gdyż można ją uznać za czuły wskaźnik deprywacji społeczno-ekonomicznej, współistnienia innych chorób oraz pogarszających się zdolności poznawczych. Konieczne jest podjęcie działań w celu wprowadzenia rutynowych przesiewowych badań w kierunku depresji u osób starszych, zwłaszcza do podstawowej opieki zdrowotnej (np. przy pomocy Geriatrycznej Skali Oceny Depresji).
- Niezbędna jest poszerzona edukacja na etapie przed- i podyplomowego kształcenia profesjonalistów ochrony zdrowia w zakresie depresji wieku podeszłego, jej uwarunkowań, badań przesiewowych oraz leczenia.
- Zaleca się czujność ze strony personelu medycznego w odniesieniu do objawów depresyjnych w populacji osób starszych, zwłaszcza wśród osób z cukrzycą, przewlekłym bólem, niskim poziomem sprawności funkcjonalnej, deficytem funkcji poznawczych i po udarze.
- Wskazane jest tworzenie na poziomie lokalnym, samorządowym (zwłaszcza na terenach wiejskich) programów skierowanych szczególnie do wymienionych grup ryzyka, które poprzez aktywizację (wspólne spotkania i inicjatywy lokalnych społeczności) oraz wsparcie społeczne i finansowe mogą przeciwdziałać rozwojowi depresji.
- Zwiększenie dostępności specjalistów geriatry i psychiatrii (poradnie geriatryczne i poradnie zdrowia psychicznego) może poprawić rozpoznawanie i leczenie depresji u osób w wieku podeszłym.

III.11 Zaburzenia snu

Adam Hajduk, Hanna Kujawska-Danecka, Adrian Stefański, Kacper Jagiełło,
Łukasz Wierucki, Barbara Wizner, Monika Mierzejewska

Podsumowanie	Wnioski i rekomendacje
<ol style="list-style-type: none">1. Prawie połowa osób w wieku 60 i więcej lat skarży się na złą jakość snu, a pogorszenie jakości snu postępuje z wiekiem.2. Szacuje się, że 4,1 mln seniorów, w tym 2,7 mln kobiet i 1,4 mln mężczyzn ma złą jakość snu.3. Gorsza jakość snu częściej występuje wśród kobiet oraz u osób z niższym poziomem wykształcenia.4. Najczęstsze skargi wpływające na jakość snu to: konieczność wstania do toalety, budzenie się w nocy, dolegliwości bólowe i problemy z zaśnięciem.5. Osoby ze złą jakością snu cechowało częstsze występowanie objawów depresyjnych, upadków, problemów z wykonywaniem podstawowych i złożonych czynności dnia codziennego oraz większa liczba chorób przewlekłych i przyjmowanych leków.6. Co dziesiąta osoba w wieku 60 i więcej lat przyjmuje leki nasenne przynajmniej raz w tygodniu.	<ul style="list-style-type: none">• Wskazane są przesiewowe badania seniorów w kierunku zaburzeń snu i depresji.• Konieczna jest edukacja w zakresie higieny snu oraz promowanie aktywnego trybu życia.• Wskazana jest edukacja lekarzy w zakresie możliwości terapeutycznych leczenia zaburzeń snu.

III.12 Objawy z dolnego odcinka układu moczowego

Hanna Kujawska-Danecka, Katarzyna Wieczorowska-Tobis, Małgorzata Mossakowska, Marzena Olszewska-Karaban, Adam Hajduk, Adam Wyszomirski, Barbara Wizner, Barbara Gryglewska

Podsumowanie

1. Objawy z dolnego odcinka układu moczowego występują u ponad 60% seniorów w wieku 60 i więcej lat, problem ten dotyczy połowy mężczyzn i dwóch trzecich kobiet. Częstość objawów z dolnego odcinka układu moczowego narasta wraz z wiekiem.
2. Najczęściej zgłaszaną dolegliwością u osób starszych jest nykturia (46,7%), następnie objawy sugerujące wysiłkowe nietrzymanie moczu (28,7%) oraz obecność parć naglących (21,5%).
3. Wśród starszych mężczyzn dominuje nykturia (44,5%), dalej w kolejności występują parcia naglące (16,0%), a wysiłkowe nietrzymanie moczu tylko u 8,9%. Natomiast u kobiet częstość występowania nykturii (48,3%) jest zbliżona do występowania objawów sugerujących wysiłkowe nietrzymanie moczu (48,0%), a parcia naglące występują u 25,5% senierek.
4. Problemy z objawami z dolnego odcinka układu moczowego występują częściej u osób mniej wykształconych i zamieszkałych we wschodnim regionie Polski.
5. Wśród pacjentów z cukrzycą, chorobą Parkinsona, po przebytych udarze, prezentujących objawy zespołu depresyjnego, z upadkami w wywiadzie, otyłych i wymagających wsparcia przy poruszaniu się oraz przewlekłe leżących objawy z dolnego odcinka układu moczowego występują częściej.
6. Objawy typowe dla wysiłkowego nietrzymania moczu występują częściej wśród kobiet, które urodziły troje lub więcej dzieci.

Wnioski i rekomendacje

- Z uwagi na znaczne rozpowszechnienie objawów z dolnego odcinka układu moczowego u osób starszych, konieczne jest poszerzenie wywiadu lekarskiego u chorych w wieku podeszłym o problemy urologiczne, celem wykrycia zaburzeń, zaplanowania ich dalszej diagnostyki i podjęcia prób leczenia.
- Konieczne jest wprowadzenie kształcenia doskonalącego wśród personelu medycznego, ale także szkolenie opiekunów osób starszych z zakresu objawów z dolnego odcinka układu moczowego, ich konsekwencji zdrowotnych oraz zachowawczych metod postępowania, celem poprawy wykrywalności zaburzeń i ich kontroli.
- Konieczne są szerokie działania edukacyjne wśród pacjentów, dotyczące objawów z dolnego odcinka układu moczowego, ich przyczyn i możliwości niefarmakologicznego leczenia oraz znaczenia modyfikacji stylu życia w zapobieganiu i leczeniu.
- Wśród chorych z cukrzycą, po przebytych udarze, z chorobą Parkinsona, depresją, upadkami, osób z problemami z poruszaniem przy stosowanej rehabilitacji usprawniającej należy wdrażać także fizjoterapię, która może zmniejszyć częstość i stopień nasilenia zaburzeń.
- Upowszechnienie rehabilitacji uroginekologicznej w okresie połogu może przyczynić się do zmniejszenia problemów z wysiłkowym nietrzymaniem moczu u starszych kobiet.

III.13 Nietrzymanie stolca i zaparcia

Michał Nowakowski, Karol Wierzba, Adam Hajduk, Barbara Wizner

Podsumowanie

Nietrzymanie stolca

1. Nietrzymanie stolca dotyczy 4% osób w wieku 60 i więcej lat.
2. Dla osób powyżej 90. r.ż. częstość nietrzymania stolca przekracza 15%, a mediana tego zjawiska odpowiada średnio-ciężkiemu nasileniu.
3. Nietrzymanie stolca jest częstsze u kobiet, szczególnie w bardzo późnej starości.

Trudności z wypróżnieniem

1. Co piąta osoba w wieku 60 i więcej lat zgłasza trudności z wypróżnieniem.
2. Częstość tego zjawiska wzrasta wraz z wiekiem, do 39% w wieku 90 i więcej lat.
3. Trudności z wypróżnieniem są częstsze u kobiet.
4. Najczęściej podawane dolegliwości (80–90%) to niemożność wypróżnienia, twarde lub bobkowate stolce oraz wzdęcia.

Wnioski i rekomendacje

- Opracowanie modułu szkoleniowego w zakresie ich diagnostyki i leczenia na poziomie studiów medycznych oraz podstawowej opieki zdrowotnej.
- Objęcie populacji senioralnej nadzorem ukierunkowanym na identyfikację dolegliwości o charakterze nietrzymania stolca i gazów oraz trudności z wypróżnieniem.
- Wdrożenie programu ich zapobiegania i leczenia np. poprzez zwiększenie dostępności do odpowiednio wyposażonych specjalistycznych poradni.

III.14 Niedożywienie i ryzyko niedożywienia

Roma Krzywińska-Siemaszo, Aleksandra Kaluźniak-Szymanowska, Sylwia Małgorzewicz, Jerzy Chudek, Hanna Kujawska-Danecka, Katarzyna Wieczorowska-Tobis

Podsumowanie

1. Jedna czwarta starszych mieszkańców Polski prezentuje nieprawidłowy stan odżywienia, nie zawsze mając świadomość tego problemu.
2. Najwyższe ryzyko niedożywienia mają osoby w późnej starości (w wieku 75 i więcej lat), wdowy i wdowcy, z niskim poziomem wykształcenia, którzy skarżą się na trudną sytuację finansową oraz cierpią na wiele chorób przewlekłych.

Wnioski i rekomendacje

- Regularna ocena stanu odżywienia u osób w wieku podeszłym, którą powinien wykonywać wyspecjalizowany w tym kierunku pracownik ochrony zdrowia (przede wszystkim dietetyk lub lekarz czy pielęgniarka).
- Wskazane jest podejmowanie działań edukacyjnych, które mogą poprawić świadomość osób starszych w Polsce w obszarze zasad zdrowego żywienia, a dużą rolę w tym zakresie mogłyby odegrać media, szczególnie publiczne. Pomocne byłyby także inicjatywy edukacyjne w ramach zajęć uniwersytetu trzeciego wieku oraz różne programy profilaktyczne realizowane przez lokalne samorządy. Dużym wsparciem w procesie edukacji starszych osób, prowadzonej w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), będą odpowiednio przygotowane materiały informacyjne zawierające zalecenia żywieniowe dla tej grupy wiekowej, opracowane w przejrzystej i komunikatywnej formie.
- W Polsce u osób starszych wciąż zbyt rzadko przeprowadzana jest ocena ryzyka niedożywienia. Wynika to z braku rekomendacji i schematu postępowania w zakresie oceny stanu odżywienia starszych Polaków. Najczęściej osoby w wieku podeszłym pierwsze informacje na ten temat otrzymują podczas hospitalizacji w związku z obowiązkiem oceny stanu odżywienia przy przyjęciu do szpitala wprowadzonym od 1 stycznia 2012 r.
- Pomocnym rozwiązaniem byłoby zapewnienie osobom z niedożywieniem i z ryzykiem niedożywienia bezpłatnego dostępu do dietetyka, najlepiej w miejscu zamieszkania w ramach POZ lub poradni geriatrycznej, który nie tylko przeprowadzi pogłębioną ocenę stanu odżywienia, lecz także podejmie działania korygujące nieprawidłowy sposób żywienia.

III.15 Stan uzębienia oraz posiadanie i korzystanie z protez zębowych

Klaudia Suligowska, Jerzy Chudek, Jurand Mackiewicz, Małgorzata Mossakowska, Maria Prośba-Mackiewicz

Podsumowanie

1. Wśród seniorów 20,8% zachowuje uzębienie funkcjonalne, 49,1% ma częściowe braki zębowe, a 30,1% – bezzębie.
2. Stan uzębienia polskiego społeczeństwa pogarsza się wraz z wiekiem. Seniorzy z najstarszych grup wieku, mieszkańcy wsi i regionów wschodniej Polski oraz osoby z wykształceniem najwyżej podstawowym mają znacznie gorszy stan uzębienia.
3. Wyniki badania wskazują na poprawę stanu uzębienia polskich seniorów w ciągu ostatniej dekady. Nie zmienia to faktu, że stan uzębienia nadal jest znacznie gorszy niż w krajach starej Unii Europejskiej.
4. Posiadanie protez deklarowało 80% osób z częściowymi brakami zębowymi i ponad 90% z bezzębiami. Zdecydowana większość seniorów deklaruje regularne ich używanie.

Wnioski i rekomendacje

- Wyniki badań w sposób jednoznaczny wskazują na duże potrzeby seniorów w zakresie zdrowia jamy ustnej, dlatego konieczny jest dynamiczny rozwój geriatrycznej opieki stomatologicznej, tworzenie zespołów: lekarz dentysta, technik dentystryczny i higienista stomatologiczny.
- Należy opracować stomatologiczne programy profilaktyczne dla ludzi starszych dostosowane do potrzeb i problemów zdrowia jamy ustnej, występujących wśród seniorów. Programy te powinny być kierowane zwłaszcza do osób gorzej wykształconych, zamieszkałych na wsi i w regionach wschodniej Polski.
- Należy edukować osoby starsze o konieczności stosowania protez zębowych, przy jednoczesnym zwiększeniu ich dostępności w ramach świadczeń gwarantowanych. Uzupełnienia protetyczne stałe i ruchome są najlepszą formą odtworzenia podstawowych funkcji układu stomatognatycznego oraz poprawy jakości życia.

III.16 Nadwaga i otyłość

Michał Brzeziński, Monika Puzianowska-Kuźnicka, Emilia Błęszyńska,
Hanna Kujawska-Danecka, Piotr Bandosz, Tomasz Zdrojewski

Podsumowanie	Wnioski i rekomendacje
<ol style="list-style-type: none"> Średnia wartość BMI osób w wieku 60 i więcej lat wynosi 29,0 kg/m² i jest istotnie wyższa u kobiet (29,3 kg/m²) niż u mężczyzn (28,5 kg/m²). Odsetek otyłych (BMI ≥ 30 kg/m²) osób w wieku 60 i więcej lat wynosi 38,2%, przy czym kobiety są częściej otyłe niż mężczyźni (41,7% vs 33,3%). Nadwaga dotyczy zbliżonego odsetka seniorów w Polsce (38,8%), częściej mężczyzn (44,8% vs 34,4% u kobiet). Wśród starszych Polaków obserwujemy narastanie częstości występowania otyłości wraz z wiekiem do grupy wieku 70–74 lata. W kolejnych kategoriach wieku obserwowany jest spadek odsetka otyłych mężczyzn i kobiet. Nadmiar masy ciała dotyczy w największym stopniu osób z niskim poziomem wykształcenia, mieszkańców wsi i małych miejscowości oraz kobiet. Nie wykazano istotnych statystycznie różnic w ocenie własnej sytuacji materialnej oraz jakości życia wśród osób otyłych w porównaniu z osobami z nadwagą i prawidłową masą ciała. 	<ul style="list-style-type: none"> Działania polityki zdrowotnej w grupie seniorów z nadwagą i otyłością powinny skupiać się na osobach o niskim statusie socjoekonomicznym, a zwłaszcza z niskim poziomem wykształcenia. Działania na rzecz redukcji częstości występowania otyłości w Polsce powinny być dużo bardziej intensywne niż dotąd, skierowane do wszystkich pokoleń i rozpoczynane w wieku przedszkolnym.

III.17 Cukrzyca i stan przedcukrzycowy oraz powikłania cukrzycy

Łukasz Wierucki, Agata Wojciechowska, Katarzyna Więckiel-Lisowska, Anna Korzon-Burakowska, Piotr Bandosz, Tomasz Zdrojewski, Monika Puzianowska-Kuźnicka

Podsumowanie

1. Rozpowszechnienie cukrzycy i cukrzycy de novo w Polsce u osób po 60. r.ż. wynosi u kobiet odpowiednio 20,3% (95% CI: 18,3–22,4) i 1,8% (95% CI: 1,2–2,4), a u mężczyzn 24,2% (95% CI: 21,9–26,6) i 2,7% (95% CI: 1,9–3,5).
2. Rozpowszechnienie stanu przedcukrzycowego u osób po 60. r.ż. wynosi u kobiet 18,7% (95% CI: 16,9–20,4), a u mężczyzn 23,5% (95% CI: 21,1–25,9).
3. Rozpowszechnienie cukrzycy wzrasta z wiekiem i osiąga swój szczyt u kobiet w grupie wieku 85–89 lat, a u mężczyzn w grupie wieku 80–84 lata.
4. Nie obserwowano istotnych różnic w rozpowszechnieniu cukrzycy i stanu przedcukrzycowego w zależności od regionu zamieszkania.
5. U mężczyzn nie obserwowano istotnych różnic w rozpowszechnieniu cukrzycy w zależności od miejsca zamieszkania. Z kolei u kobiet istotnie rzadziej stwierdzano cukrzycę w miastach > 200 tys. mieszkańców w porównaniu do mniejszych miejscowości.
6. Najczęściej występującymi chorobami współistniejącymi z cukrzycą są choroba niedokrwienna serca, powikłania oczne i przewlekła choroba nerek. Rozpowszechnienie powikłań wzrasta wraz z wiekiem, szczególnie dynamiczny wzrost dotyczył powikłań nerkowych (w grupie wieku 90 i więcej lat rozpowszechnienie było prawie 7,5 razy wyższe u kobiet i 3,3 razy wyższe u mężczyzn w porównaniu do grupy wieku 60–64 lata).

Wnioski i rekomendacje

- Rozpowszechnienie cukrzycy wśród osób w wieku 60 i więcej lat zwiększyło się w ostatniej dekadzie. Konieczne jest zatem monitorowanie chorobowości w kolejnych latach, a także czynników ryzyka rozwoju cukrzycy w populacji, takich jak dieta, otyłość i aktywność fizyczna.
- Ze względu na dynamiczne zmiany częstości występowania cukrzycy konieczne jest wykonywanie badań przesiewowych również u osób w wieku podeszłym.
- Najsilniejszym czynnikiem wpływającym na ryzyko cukrzycy w populacji, oprócz wieku, jest otyłość, dlatego też wskazane jest prowadzenie skutecznych interwencji populacyjnych mających na celu ograniczenie narastania częstości otyłości w Polsce.
- Zaleca się wczesne rozpoznawanie chorób sercowo-naczyniowych i niewydolności serca w celu szybkiego wdrożenia odpowiedniego leczenia w grupie osób z cukrzycą w średnim wieku.
- Znaczne rozpowszechnienie przewlekłej choroby nerek (PChN) w populacji osób z cukrzycą i niska świadomość tego powikłania uzasadnia prowadzenie badań przesiewowych w kierunku PChN. Wskazuje to również na nieoptymalne wdrożenie zaleceń Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego w tej kwestii.
- Niniejsza analiza wykazała, że w Polsce wśród kobiet istnieją nierówności w chorobowości spowodowanej cukrzycą w zależności od miejsca zamieszkania. Niezbędne są dokładniejsze badania i analizy mające na celu ocenę przyczyn tych różnic (różna

III.17 (cd.)

Podsumowanie

Wnioski i rekomendacje

struktura wieku? rozpowszechnienie otyłości? różnice w śmiertelności wśród osób z cukrzycą?). Jeżeli różnic nie da się wytłumaczyć wiekiem, należy opracować i wdrożyć działania, mające na celu zmniejszenie tych nierówności.

- Wśród mężczyzn z cukrzycą w Polsce istnieją różnice w sposobie leczenia insuliną w zależności od wykształcenia. Sugeruje to istnienie nierówności w opiece medycznej i może wynikać z pokrywania przez pewne grupy chorych kosztów leczenia skojarzonego lekami nieobjętymi refundacją – wymaga to dalszych dokładniejszych analiz.

III.18 Rozpowszechnienie, świadomość i skuteczność leczenia nadciśnienia tętniczego

Tomasz Zdrojewski, Andrzej Więcek, Łukasz Wierucki, Barbara Wizner, Piotr Bandosz, Małgorzata Mossakowska, Przemysław Ślusarczyk, Jerzy Chudek, Tomasz Grodzicki

Podsumowanie

1. W Polsce rozpowszechnienie nadciśnienia tętniczego (NT) u osób w wieku 60 i więcej lat jest bardzo duże i wynosi 75% u kobiet i mężczyzn.
2. Co piąty senior z NT nie jest świadomy tej choroby. Wśród wszystkich chorych z NT w badanej populacji co trzecia osoba jest skutecznie leczona. Świadomość NT jest wyższa i skuteczność leczenia lepsza u kobiet niż u mężczyzn.
3. Tylko co ósma starsza osoba w Polsce ma wartości ciśnienia krwi w granicach ciśnienia optymalnego lub prawidłowego.
4. Wyżej wymienione wskaźniki dotyczące rozpowszechnienia i kontroli NT można uznać co najwyżej za dostateczne. Należy jednak podkreślić, że w ostatniej dekadzie w Polsce osiągnięto duży postęp w walce z NT u osób w wieku 60 i więcej lat. We wszystkich 5-letnich grupach wieku od 60 do ponad 90 lat znacznej redukcji uległo ciśnienie skurczowe i rozkurczowe. Odsetek chorych z dobrze kontrolowanym NT wzrósł o 38% i aktualnie wynosi on 33% wśród wszystkich chorych z NT i około 40% wśród chorych leczonych.

Wnioski i rekomendacje

- Porównanie wyników badania *PolSenior2* do sytuacji sprzed dekady, szczególnie bardzo duży wzrost odsetka osób z NT po 80. i 90. r.ż., wskazuje na zasadniczą zmianę i znaczący sukces. Chorzy z NT, dzięki skutecznej terapii, najpewniej żyją dużo dłużej niż w poprzednich dekadach, dożywają wieku podeszłego. Porównanie z krajami o najlepszej kontroli NT uwidacznia, że mamy bardzo dużą rezerwę i potencjał na dalszą poprawę sytuacji w tym zakresie. Wymaga to nie tylko dużego progresu w wykrywaniu i kontroli NT u osób starszych, ale przede wszystkim u dorosłych w młodszych i średnim wieku.
- Niezwykle ważne dla potwierdzenia obserwacji o znacznym wydłużeniu życia chorych z NT w Polsce będzie przeprowadzenie dalszych pogłębionych analiz:
 - połączenia baz danych *PolSenior* i *PolSenior2* z uwzględnieniem złożonego schematu losowania prób badawczych oraz wyeliminowania wpływu zmian demograficznych;
 - opracowania modeli epidemiologicznych w celu ustalenia wpływu różnych czynników, w tym NT na wydłużenie dalszego trwania życia w Polsce dla osób po 60. r.ż. w XXI w.;
 - zachodzących zmian, w tym u najstarszych mieszkańców Polski, w zapadalności i umieralności z powodu najważniejszych powikłań NT, tj. zawałów serca, udarów mózgu i przewlekłej choroby nerek w ostatniej dekadzie.

III.18 (cd.)

Podsumowanie

Wnioski i rekomendacje

- W celu właściwego monitorowania szybko zmieniającej się epidemiologii NT w Polsce i prowadzenia optymalnej polityki zdrowotnej w tym zakresie niezbędne jest ustanowienie stałego systemu finansowania i regularnej realizacji takich narodowych badań jak *PolSenior2*.
- Kluczowym problemem uniemożliwiającym optymalne prognozowanie zmian w sytuacji zdrowotnej w Polsce i realizacji polityki zdrowotnej opartej na faktach jest brak badań obserwacyjnych tej samej próby badawczej prospektywnie, w dłuższym okresie czasu (projektów typu *longitudinal, follow-up*). W dużym stopniu jest to spowodowane złymi rozwiązaniami prawnymi. Potrzebne jest uruchomienie stałego finansowania takich programów przez Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Edukacji i Nauki lub Agencję Badań Medycznych.
- Duży wzrost liczby chorych z NT w starszym wieku i problemy terapii NT, szczególnie w podeszłym wieku, takie jak wielochorobowość, upadki, depresja, demencja czy zespół kruchości, powodują potrzebę wzmocnienia edukacji podyplomowej w szkoleniu lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, geriatrów, oraz lekarzy innych specjalności, m.in. w celu nabycia odpowiednich kompetencji w zakresie Całociałowej Oceny Geriatrycznej.

III.19 Zaburzenia gospodarki lipidowej

Krzysztof Chlebus, Tomasz Zdrojewski, Tomasz Grodzicki, Andrzej Więcek, Barbara Wizner, Sonia Woch, Kacper Jagiełło, Marcin Gruchała

Podsumowanie

1. Hipercholesterolemia, określona jako stężenie cholesterolu całkowitego (TC) > 190 mg/dl lub przyjmowanie statyn, jest częstym zjawiskiem w całej populacji seniorów. Występuje u 78,8% badanych, rzadziej u mężczyzn (74,4%) niż u kobiet (81,9%).
2. Odsetek osób z hipercholesterolemią maleje z wiekiem w całej populacji i dla obu płci oddzielnie, przy czym odsetek kobiet z hipercholesterolemią w każdej grupie wieku jest wyższy niż mężczyzn.
3. Podobna zależność jest widoczna dla stężenia frakcji LDL cholesterolu (LDL-C), które maleje z wiekiem w całej populacji i u obu płci, przy czym kobiety mają w każdej grupie wieku wyższe wartości niż mężczyźni.
4. Identyczna tendencja cechuje rozkład TC, który maleje z wiekiem w całej populacji i dla obu płci, przy czym kobiety mają w każdej grupie wieku wyższe wartości niż mężczyźni.
5. Im niższy wskaźnik masy ciała (body mass index, BMI), tym stwierdza się wyższe stężenia TC oraz LDL-C i frakcji HDL cholesterolu (HDL-C). Zależność ta jest widoczna dla całej populacji i dla obu płci.
6. Średni poziom triglicerydów (TG) jest wyższy w całej populacji wśród mężczyzn niż u kobiet. Powyżej 75. r.ż. stężenie TG obniża się z wiekiem u obu płci.

Wnioski i rekomendacje

- Badanie *Po/Senior2* jest unikatowym źródłem informacji na temat rozpowszechnienia zaburzeń lipidowych w polskiej populacji powyżej 60. r.ż.
- Dane opisujące zaburzenia lipidowe najstarszej części polskiej populacji będą pomocne w zrozumieniu trendów w zachorowalności i umieralności z powodów sercowo-naczyniowych, szczególnie w populacji wysokiego ryzyka.
- Niezbędne są dalsze analizy uwzględniające wpływ innych głównych czynników ryzyka na obserwowane profile lipidowe populacji seniorów (w tym analiza wieloczynnikowa).
- Niezwykle interesująca naukowo i klinicznie jest grupa seniorów, która mimo hipercholesterolemii dożyła podeszłego wieku.
- Wobec istotnych w ostatnich latach zmian w dostępności i użyciu leków hipolipemizujących (ezetimib, inhibitory PCSK9) oraz radykalizacji zaleceń lipidowych (*European Society of Cardiology / European Atherosclerosis Society 2019*) należy spodziewać się dużej dynamiki zmian w profilu lipidowym populacji, w tym również najstarszej jej części. Oznacza to potrzebę okresowej aktualizacji zbieranych danych.

III.19 (cd.)

Podsumowanie

Wnioski i rekomendacje

7. Wśród kobiet i mężczyzn grupą wieku o największym odsetku osób przyjmujących statyny jest 75–79 lat, przy czym wśród mężczyzn odsetek ten jest wyższy. Odsetek osób deklarujących przyjmowanie statyn jest najniższy wśród najstarszych seniorów, tj. po 90. r.ż., zarówno w populacji ogólnej jak i mężczyzn oraz kobiet.
8. Obserwacje polskich seniorów potwierdzają wcześniejsze ustalenia dotyczące młodszych pacjentów: wysoki cholesterol nie sprzyja długiemu życiu. Najstarsi seniorzy mają relatywnie najniższe poziomy TC, LDL-C i stwierdza się wśród nich najniższy odsetek osób z hipercholesterolemią. Reasumując, najdłużej żyją osoby z niższym TC i LDL-C.

III.20 Choroba wieńcowa

Krzysztof Chlebus, Adrian Stefański, Krzysztof Rewiuk, Tomasz Zdrojewski, Łukasz Wierucki, Zbigniew Kalarus, Tomasz Grodzicki, Marcin Gruchała,

Podsumowanie

1. Choroba wieńcowa jest częstą przyczyną hospitalizacji seniorów w Polsce. Dotyczy ok. 13,5% populacji ogólnej w wieku 60 i więcej lat: w tym 10,7% kobiet oraz 17,5% mężczyzn. Jej rozpowszechnienie wyraźnie rośnie z wiekiem. Występuje częściej u mężczyzn oraz osób z otyłością.
2. Czas życia seniorów z rozpoznaną chorobą wieńcową jest względnie długi, co stwarza nowe wyzwania dla organizacji opieki medycznej.
3. Dostęp do kardiologa pacjentów z rozpoznaną chorobą wieńcową jest wciąż nierówny. Pacjenci w wieku podeszłym mają najmniejsze szanse na stałą opiekę ambulatoryjną w dziedzinie kardiologii.
4. Rozpowszechnienie czynników ryzyka wśród seniorów z rozpoznaną chorobą wieńcową jest bardzo duże. Dotyczy to przede wszystkim nadwagi, otyłości, hipercholesterolemii oraz nadciśnienia tętniczego. Ponad połowa chorych ma zaburzenia węglowodanowe. Nieco lepsze są wskaźniki w zakresie palenia papierosów.
5. Kontrola czynników ryzyka jest zróżnicowana: od dostatecznej w cukrzycy, po niedostateczną w nadciśnieniu tętniczym oraz bardzo złą w hipercholesterolemii.

Wnioski i rekomendacje

- Należy opracować i wdrożyć systemowe rozwiązania przygotowujące system ochrony zdrowia do rosnącej liczby starszych, coraz dłużej żyjących chorych z powikłaniami miażdżycy, w tym z chorobą wieńcową.
- Należy zidentyfikować i zniwelować przyczyny nierównego dostępu do opieki kardiologicznej, ze szczególnym uwzględnieniem pacjentów w wieku podeszłym oraz spoza dużych ośrodków miejskich. Rozwiązania telemedyczne mogą być pomocne przynajmniej dla części z tych pacjentów, ale wymaga to nakładów na rozbudowę infrastruktury oraz zaangażowania lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej.
- Niezbędne również w grupie najstarszych seniorów są bardziej efektywne działania w zakresie prewencji pierwotnej i wtórnej.
- Rosnąca liczebność populacji seniorów, radykalizacja celów terapeutycznych (szczególnie w zaburzeniach lipidowych) oraz dostęp do nowych terapii (ezetimib oraz w niewielkim zakresie inhibitory PSC9) generują pilną potrzebę oceny dynamiki zmian występowania czynników ryzyka oraz sformułowania zaleceń prewencyjnych dla populacji w wieku 60 i więcej lat.
- Dane epidemiologiczne z badania *Pol-Senior2* są cenną przesłanką do wypełnienia aktualnej luki w zaleceniach ukierunkowanych na ludzi starszych, ze szczególnym uwzględnieniem terapii hipolipemizującej oraz celów terapeutycznych w zaburzeniach lipidowych u seniorów.

III.21 Migotanie przedsionków

Krzysztof Rewiuk, Adrian Stefański, Zbigniew Kalarus, Marcin Gruchała, Łukasz Wierucki, Krzysztof Chlebus, Tomasz Zdrojewski, Tomasz Grodzicki

Podsumowanie	Wnioski i rekomendacje
<ol style="list-style-type: none"> 1. Częstość migotania przedsionków (AF) deklarowanego przez seniorów w wieku 60 i więcej lat jest wysoka – sięga 12,8% badanej populacji, co po uwzględnieniu struktury demograficznej oznacza 1 mln 200 tys. pacjentów w Polsce. Większość chorych w tym wieku stanowią kobiety. 2. Zaobserwowano nierówności w korzystaniu z opieki kardiologicznej przez chorych z AF na niekorzyść pacjentów z niższym wykształceniem, zamieszkujących mniejsze ośrodki oraz kobiet w najstarszych grupach wieku. 3. Udar mózgu u pacjentów z AF stanowi istotny problem epidemiologiczny, a jego znaczenie narasta wraz z wiekiem, dotykając co piątej osoby w wieku 90 lat i więcej. 	<ul style="list-style-type: none"> • Istnieje potrzeba opracowania i wdrożenia systemowych rozwiązań przygotowujących ochronę zdrowia, w tym przede wszystkim podstawową opiekę zdrowotną, do rosnącej fali starszych pacjentów z migotania przedsionków (AF). • Celowym jest opracowanie modeli badań przesiewowych, w oparciu o długoterminowe monitorowanie EKG, celem poszukiwania AF, głównie postaci napadowej i bezobjawowej, co umożliwi wdrożenie właściwej profilaktyki przeciwzakrzepowej celem redukcji ryzyka udaru niedokrwiennego mózgu w tych populacjach chorych. • Znaczna częstość AF wśród seniorów, szczególnie wśród osób 80-letnich sprawia, że włączenie opieki geriatrycznej z naciskiem na ocenę funkcji poznawczych, nastroju, sprawności fizycznej, ryzyka upadków, zdolności do samoobsługi, eliminacji polipragmazji i oceny możliwości opiekuna powinno być niezbędnym elementem właściwej organizacji opieki zdrowotnej nad tymi chorymi. • Projektując ewentualne badania dotyczące AF, należy wziąć pod uwagę, że większość chorych w wieku podeszłym z tym schorzeniem stanowią kobiety. • Należy zidentyfikować i zniwelować przyczyny nierównego dostępu do specjalistycznej opieki kardiologicznej, ze szczególnym uwzględnieniem kobiet w wieku bardzo podeszłym oraz pacjentów spoza dużych ośrodków miejskich. Równocześnie należy zwrócić uwagę, że ciężar regularnej opieki nad tymi chorymi spoczywa przede wszystkim na lekarzach podstawowej opieki zdrowotnej.

III.21 (cd.)

Podsumowanie

Wnioski i rekomendacje

- Istnieje potrzeba poprawy profilaktyki udaru mózgu u pacjentów z AF, co wymaga działań w zakresie lepszego wykrywania samego AF, skutecznej profilaktyki przeciwzakrzepowej (w tym zwiększenia refundacji doustnych antykoagulantów niebędących antagonistami witaminy K) i edukacji, zarówno społecznej, jak i skierowanej do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej.

III.22 Niewydolność serca

Tomasz Grodzicki, Łukasz Wierucki, Krzysztof Rewiuk, Barbara Wizner, Adrian Stefański, Tomasz Zdrojewski, Marcin Gruchała

Podsumowanie

1. Na pytanie „Czy lekarz rozpoznał u Pana(i) kiedykolwiek w życiu niewydolność serca?“, twierdząco odpowiedziało 13,9% badanej populacji, co oznacza, że problem ten dotyczy ponad 1,3 mln osób w wieku starszym w Polsce.
2. Częstość niewydolności serca (NS) wzrasta wraz z wiekiem i występuje częściej u mężczyzn, osób otyłych, osób z wykształceniem podstawowym oraz mieszkających w mniejszych miejscowościach.
3. Analiza hospitalizacji związanych z NS wskazuje, że co dziesiąty mężczyzna i co piętnasta kobieta po 60. r.ż. byli kiedykolwiek hospitalizowani z powodu NS. Częstość pobytów szpitalnych była wyższa wśród osób z niższym poziomem wykształcenia oraz zamieszkujących mniejsze miejscowości.
4. Około 30% osób z NS nie korzystało regularnie (2 razy w roku) z wizyt u kardiologa, a w szczególności problem ten dotyczył najstarszych seniorów.
5. Wielochorobowość stanowi bardzo istotny problem wśród osób starszych z NS, gdyż u ponad 75% badanych były obecne co najmniej 4 schorzenia współistniejące.

Wnioski i rekomendacje

- Niewydolność serca (NS) stanowi bardzo poważny problem nie tylko z perspektywy pacjentów w wieku starszym i ich opiekunów, lecz także systemu opieki zdrowotnej.
- Jakość opieki medycznej nad chorymi z NS, oceniana przez pryzmat częstości hospitalizacji oraz dostępności opieki specjalistycznej, jest wyraźnie gorsza w mniejszych miejscowościach i na terenach wiejskich.
- Istotnym problemem w opiece nad osobami starszymi z NS jest wielochorobowość.
- Profilaktyka, rozpoznawanie i leczenie NS osób w wieku podeszłym powinny stać się priorytetowym działaniem Narodowego Funduszu Zdrowia i Ministerstwa Zdrowia, biorąc pod uwagę rozpowszechnienie, rokowanie, wpływ na jakość życia i koszty leczenia.
- Konieczność poprawy opieki nad chorymi w zaawansowanym stanie, mieszkającymi w mniejszych miejscowościach i na terenach wiejskich oraz osób z licznymi chorobami współistniejącymi wskazuje na pilną potrzebę intensywnego wsparcia lekarzy rodzinnych przez specjalistów w zakresie kardiologii i geriatry w formie telekonsultacji.

III.23 Rozpowszechnienie wybranych chorób neurologicznych

Kamil Chwojnicky, Łukasz Wierucki, Piotr Bandosz, Krzysztof Flis, Adam Wyszomirski, Tomasz Zdrojewski

Podsumowanie

1. Chorobowość udarowa dotyczy 8% populacji seniorów w Polsce, chorobowość związana z padaczką i chorobą Parkinsona (PD) wynosi odpowiednio 1,6% oraz 1,1%. Płeć ma znaczenie tylko w przypadku chorobowości związanej z epilepsją (przewaga mężczyzn).
2. Seniorzy po udarze mózgu (UM) to populacja o wysokim ryzyku sercowo-naczyniowym oraz dużym rozpowszechnieniu migotania przedsionków (22,5%) – jest ono dwukrotnie częstsze w grupie z udarem w stosunku do pozostałych seniorów.
3. Tylko połowa seniorów po UM z migotaniem przedsionków leczona jest doustnym antykoagulantem w ramach niezbędnej profilaktyki kolejnego udaru, odsetek leczonych zgodnie ze standardem jest istotnie niższy wśród kobiet.
4. Niesprawny ruchowo jest co trzeci senior po UM, co piąty z PD i co szósty z epilepsją.
5. Istotne zaburzenia funkcji poznawczych wśród seniorów po UM, z PD lub epilepsją występują ponad trzykrotnie częściej niż wśród seniorów bez tych schorzeń.
6. Dwie trzecie seniorów z PD leczonych jest tzw. złotym standardem – lewodopą, 25 z 97 chorych nie otrzymuje żadnego leczenia łagodzącego objawy PD.
7. Tylko połowa seniorów z padaczką przyjmuje leki przeciwpadaczkowe, są to głównie leki starej generacji.

Wnioski i rekomendacje

- Trend demograficzny wskazujący na starzenie się populacji krajów wysokorozwiniętych jest trendem od wielu lat stałym, w związku z czym problem chorób wieku podeszłego, w tym niektórych chorób neurologicznych będzie z roku na rok coraz poważniejszy, także w kontekście poprawy skuteczności leczenia ostrej fazy udaru mózgu.
- Badanie *PolSenior2* identyfikuje niektóre problemy dotyczące schorzeń neurologicznych wieku podeszłego. W przypadku udaru mózgu (UM) badana grupa jest wystarczająca do wnioskowania, aczkolwiek ostrożnego z uwagi na nieprzewodzenie badania w zakładach opiekuńczych, w których zwykle przebywają najczęściej chorzy pacjenci.
- W przypadku choroby Parkinsona (PD) i epilepsji grupy badane są małe, dlatego wydaje się zasadne przeprowadzenie w przyszłości badań fokusowych.
- Osoby z chorobami neurologicznymi wieku podeszłego (zwłaszcza po UM lub z PD) cechuje znaczna współchorobowość oraz niesprawność ruchowa i intelektualna – wymagają kompleksowej opieki lekarskiej, rehabilitacji oraz opieki instytucjonalnej.
- Leczenie chorób neurologicznych w świetle uzyskanych wyników jest nieoptymalne w każdej z analizowanych chorób. Jednak w porównaniu do badania *PolSenior* w ciągu dekady znacznej poprawie uległy schematy zalecanej farmakoterapii chorób neurologicznych i zwiększyły się odsetki leczonych nowocześniejszymi lekami.

III.24 Choroby nowotworowe

Monika Puzianowska-Kuźnicka, Jerzy Chudek, Marta Cąkała-Jakimowicz,
Małgorzata Mossakowska

Podsumowanie	Wnioski i rekomendacje
<ol style="list-style-type: none"> 1. W toku całego życia nowotwór złośliwy rozpoznano u 9,7% populacji badania <i>PolSenior</i>. Całkowita oszacowana liczba osób w wieku 60 i więcej lat, które przeszły lub aktualnie mają chorobę nowotworową, wynosi w Polsce około 750 tys. 2. Kobiety najczęściej chorowały na raka piersi, narządu rodowego (trzonu i szyjki macicy) i jelita grubego. U mężczyzn najczęściej diagnozowano raka prostaty, jelita grubego i układu moczowego (nerki i pęcherza moczowego). 3. Odsetek osób dotkniętych chorobą nowotworową rósł z wiekiem, był też wyższy u osób palących tytoń, osób z wykształceniem ponadpodstawowym i mieszkających w miastach. 	<ul style="list-style-type: none"> • Starzenie się społeczeństwa będzie się wiązać z dalszym wzrostem liczby zachorowań, co wraz z rozwojem i poprawą dostępności nowoczesnych, mniej toksycznych metod terapii, i przy rosnącej częstości wykonywania badań profilaktycznych, będzie powodować narastanie liczby osób starszych dotkniętych chorobą nowotworową. • Seniorzy z chorobą nowotworową powinni mieć zapewniony dostęp nie tylko do dedykowanej im opieki onkologicznej, lecz także do opieki psychologicznej, rehabilitacyjnej i paliatywnej w miejscu zamieszkania. • Konieczny jest szybki rozwój opieki onkogeriatrycznej, a także szersze szkolenie onkologów w zakresie geriatryi.

III.25 Choroby układu oddechowego

Małgorzata Fedyk-Łukasik, Emilia Bleszyńska, Ewa Klimek, Adrian Stefański

Podsumowanie

1. W populacji polskich seniorów prawie 12,9% deklarowało obecność chorób układu oddechowego, tj. POChP, rozedmy płuc, przewlekłego zapalenia oskrzeli, astmy oskrzelowej, włóknienia płuc.
2. Schorzenia układu oddechowego częściej deklarowano w aglomeracjach miejskich niż na obszarach wiejskich.
3. Schorzenia układu oddechowego częściej odnotowano w starszych grupach wieku oraz u osób z uzależnieniem nikotynowym.
4. Szczepienia ochronne przeciw grypie były wykonywane u 10% seniorów, zaś szczepienia przeciw pneumokokom nie były praktycznie raportowane.

Wnioski i rekomendacje

- Schorzenia układu oddechowego mają udokumentowany związek z uzależnieniem nikotynowym. Przerwanie tego nałogu w każdym okresie życia wiąże się z poprawą codziennego funkcjonowania i lepszym rokowaniem, dlatego też należy wdrożyć na szeroką skalę programy edukacyjne mające na celu leczenie uzależnień od tytoniu i jego elektronicznych ekwiwalentów.
- Przewlekła obturacyjna choroba płuc, rozedma płuc, przewlekłe zapalenie oskrzeli, włóknienie płuc to schorzenia, które są diagnozowane po 40. r.ż., a często jeszcze później. Wymagają one wdrożenia programów diagnostycznych, zwłaszcza u osób uzależnionych od nikotyny, również w formie e-papierosów, poczynając od systematycznych, okresowych przesiewowych badań spirometrycznych.
- Wielu zaostżeń i powikłań schorzeń układu oddechowego można uniknąć poprzez wdrożenie opłacanych z budżetu NFZ, obowiązkowych/rekomendowanych szczepień profilaktycznych.
- W dobie pandemii dostęp do szczepień profilaktycznych przeciwko grypie i pneumokokowemu zapaleniu płuc wydaje się jednym z priorytetów zdrowia publicznego.

III.26 Częstość występowania serologicznych wykładników zakażeń wirusami zapalenia wątroby typu B i C

Katarzyna Zięba, Joanna Musialik, Łukasz Wierucki, Adam Hajduk, Jerzy Chudek

Podsumowanie

1. Wyniki badania *PolSenior2* wskazują na występowanie wysokiego odsetka seniorów z wykładnikami serologicznymi przebytej infekcji HBV/szczepienia przeciwko WZW typu B, a także infekcji HCV.
2. Pomimo że częstość przewlekłych zakażeń wirusami hepatotropowymi w populacji seniorów, podobnie jak w populacji ogólnej, się zmniejsza, to niepokojący jest wzrost aktywności GGTP. Świadczy to o zwiększonej częstości uszkodzeń wątroby o innej niż wirusowej etiologii w populacji seniorów.
3. Wyniki wskazują również na ograniczoną możliwość wykorzystania badań ankietowych dotyczących przewlekłych chorób wątroby i szczepień w populacji seniorów.

Wnioski i rekomendacje

Badanie *PolSenior2* wskazuje na potrzebę podjęcia następujących działań:

- promowanie szczepień przeciw WZW typu B wśród wszystkich seniorów, nie tylko kwalifikowanych do planowych zabiegów inwazyjnych. Wynika to z możliwości szerzenia się zakażenia HBV innymi drogami oraz występowania urazów wskutek upadków, wypadków komunikacyjnych i aktywnego uprawiania sportu, powodujących konieczność pilnych zabiegów chirurgicznych;
- prowadzenie przesiewowej diagnostyki hepatologicznej obejmującej, tzw. próby wątrobowe (ALT, GGTP, bilirubina), celem wykrywania skąpoobjawowych przewlekłych zapaleń wątroby o różnej etiologii;
- badania markerów serologicznych zakażenia wirusami hepatotropowymi po przebytych inwazyjnych zabiegach diagnostycznych i chirurgicznych, celem szybkiego kierowania do wysoko skutecznych terapii przeciwwirusowych zarówno w przypadku WZW typu B, jak i C.

III.27 Gospodarka wapniowo-fosforanowa

Katarzyna Wyskida, Weronika Bulska-Będkowska, Natalia Lange, Andrzej Więcek, Jerzy Chudek

Podsumowanie

1. Niedobory witaminy D występują u połowy seniorów, zarówno mężczyzn, jak i kobiet. Częstość suplementacji witaminy D w populacji w wieku podeszłym wzrosła, jednak przekłada się to jedynie na niewielkie zmiany w wyrównaniu gospodarki wapniowo-fosforanowej.
2. W populacji odnotowuje się wzrost stężenia wapnia i fosforu (względem badania *PolSenior* przeprowadzonego w latach 2007–2012), który może wynikać ze zmniejszającego się odsetka seniorów zagrożonych niedożywieniem i niedożywionych.

Wnioski i rekomendacje

Badanie *PolSenior2* wskazuje na potrzebę podjęcia następujących działań:

- promowanie stosowania większych dawek witaminy D (4000 j.) wśród wszystkich seniorów;
- identyfikacja pacjentów z czynnikami ryzyka występowania niedoboru witaminy D na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej i monitorowanie jej stężenia (25-OH-D) w celu optymalizacji wielkości suplementacji.

III.28 Częstość występowania przewlekłej choroby nerek

Andrzej Więcek, Jerzy Chudek, Alicja Dębska-Słizień, Łukasz Wierucki, Tomasz Zdrojewski

Podsumowanie

1. W badaniu *PolSenior2* wykazano, że w populacji osób w wieku 60 i więcej lat przewlekła choroba nerek (PChN) występuje około dwóch razy częściej (17,3%) niż w populacji ogólnej dorosłych Polaków.
2. Rozpowszechnienie PChN u osób w wieku ≥ 60 lat jest podobne u obu płci: występuje u 17,1% mężczyzn i 17,5% kobiet.
3. Przewlekła choroba nerek występuje dużo częściej u osób z wykształceniem podstawowym i niepełnym podstawowym w porównaniu do osób z wykształceniem wyższym. Dotyczy to zarówno kobiet, jak i mężczyzn.
4. W porównaniu do badania *PolSenior*, w badaniu *PolSenior2* stwierdzono wyraźnie mniejszą częstość występowania PChN zarówno ogółem u osób ≥ 65 . r.ż. (29,4% vs 21,3%), jak i w poszczególnych grupach wieku.
5. Wyniki badania *PolSenior2* mogą sugerować, że zmniejszenie częstości występowania PChN w ostatniej dekadzie jest spowodowane zwiększeniem wiedzy na temat dużej częstości występowania tej choroby u osób w starszym wieku oraz podjętych działań profilaktycznych (np. poprawa kontroli ciśnienia tętniczego).

Wnioski i rekomendacje

- Analiza uzyskanych wyników w badaniu *PolSenior2* będzie miała z pewnością istotne znaczenie dla dalszego planowania polityki zdrowotnej u osób w wieku podeszłym w Polsce nie tylko w celu zmniejszenia częstości występowania przewlekłej choroby nerek (PChN), lecz także w celu zmniejszenia ryzyka wystąpienia groźnych dla życia następstw tej choroby, głównie ze strony układu sercowo-naczyniowego.
- W pierwszej kolejności należy uwzględnić konieczność bardziej skutecznego leczenia chorób przyczyniających się do powstania PChN, w tym oprócz nadciśnienia tętniczego (co już miało miejsce w ostatniej dekadzie), również cukrzycy (możliwości szerokiego zastosowania nowych leków przeciwcukrzycowych, które wykazują udokumentowane działanie nefro- i kardioprotekcyjne) oraz kamicy i zakażeń dróg moczowych, których częstość występowania znamienne wzrosła w ostatniej dekadzie. W tych ostatnich schorzeniach na podkreślenie zasługuje konieczność zwiększenia działalności profilaktycznej i edukacyjnej przez lekarzy rodzinnych.

III.29 Choroby gruczołu krokowego

Jerzy Chudek, Łukasz Wierucki, Aleksandra Szybalska, Małgorzata Mossakowska

Podsumowanie

1. Z opieki urologicznej korzysta 41,1% mężczyzn. Rzadziej sięgają po nią mężczyźni w wieku 60 i więcej lat z niższym poziomem wykształcenia, zamieszkujący tereny wiejskie oraz regiony wschodni i centralny.
2. Oznaczenia stężenia PSA w surowicy wykonywane są u 47,5%, rzadziej w grupie mężczyzn, która powinna zostać objęta skriningiem (w wieku 60–74 lata), niż wśród populacji starszej (po 75 r.ż.), dla której nie wykazano korzyści z prowadzenia tych badań.
3. Leki antymuskarynowe są stosowane zbyt rzadko w leczeniu chorych z objawami ze strony dolnych dróg moczowych – tylko u 0,8% mężczyzn. Jest to najprawdopodobniej spowodowane ograniczoną refundacją tej grupy leków.

Wnioski i rekomendacje

Badanie *PolSenior2* wskazuje na potrzebę podjęcia następujących działań:

- Upowszechnienie przesiewowych badań stężenia PSA prowadzonych przez lekarzy rodzinnych u mężczyzn (w wieku 60–74 lat), którzy mogą odnieść z tego największe korzyści.
- Racjonalizacja oznaczania PSA wśród najstarszych kohort, szczególnie u mężczyzn z wielochorobowością i małą szansą na długowieczność.
- Szerzenie zaleceń dotyczących stosowania leków antymuskarynowych u mężczyzn z zalegającą po mikcji dużą objętością moczu.
- Podejmowanie działań edukacyjnych zwiększających świadomość w zakresie objawów chorób prostaty ukierunkowanych na mężczyzn z niższym poziomem wykształcenia i zamieszkujących na terenach wiejskich.

III.30 Zaburzenia czynności tarczycy

Krzysztof Sworczak, Adrian Stefański, Piotr Kocelak, Tomasz Zdrojewski,
Monika Puzianowska-Kuźnicka, Jerzy Chudek

Podsumowanie

1. Niedoczynność tarczycy jest częstą chorobą w wieku podeszłym, występującą u 19,4% kobiet i 6,3% mężczyzn.
2. Większość chorych z niedoczynnością tarczycy jest skutecznie leczona preparatami tyroksyny.
3. Niedoczynność tarczycy jest chorobą częściej nieleczoną wśród mężczyzn niż u kobiet.

Wnioski i rekomendacje

- Wyniki badania *PolSenior2* wskazują na potrzebę intensyfikacji badań przesiewowych zarówno w kierunku niedoczynności, jak i nadczynności tarczycy wśród seniorów, zwłaszcza wśród mężczyzn.

III.31 Ocena wybranych parametrów morfologii krwi

Krzysztof Lewandowski, Łukasz Wierucki, Katarzyna Wieczorowska-Tobis, Andrzej Więcek, Adam Wyszomirski, Tomasz Zdrojewski

Podsumowanie

1. U seniorów obu płci wraz z wiekiem dochodzi do stopniowego obniżania się stężenia hemoglobiny, liczby erytrocytów oraz wartości hematokrytu.
2. W miarę starzenia się poziomy poszczególnych subpopulacji leukocytów nie ulegają znaczącym zmianom.
3. Liczba płytek krwi, istotnie niższa u kobiet względem mężczyzn, w niewielkim stopniu obniża się wraz z wiekiem.
4. Niedokrwistość jest najczęściej stwierdzanym zaburzeniem hematologicznym u osób w wieku podeszłym, a częstość jej występowania zwiększa się wraz z wiekiem.
5. Zaburzenia dotyczące liczby leukocytów oraz płytek stwierdzone zostały u niewielkiego odsetka osób w wieku podeszłym i nie stanowią zasadniczego problemu hematologicznego.

Wnioski i rekomendacje

- Badanie morfologiczne krwi jest jednym z najczęściej wykonywanych laboratoryjnych badań przesiewowych. Ze względu na szczególnie dużą liczbę wzajemnych powiązań i zależności, wynik badania morfologicznego krwi może odzwierciedlać objawy wielu pozahematologicznych procesów chorobowych.
- Zakresy referencyjne w istotny sposób zależą od różnych czynników, w tym demograficznych i rasowych. Dlatego zaleca się, aby zakresy referencyjne wyznaczane były w oparciu o populację dominującą na danym terenie. Wyniki badania *PolSenior2* mogą być istotne w ustaleniu właściwych dla Polski zakresów referencyjnych dla poszczególnych parametrów morfologicznych krwi.
- Rozpoznanie niedokrwistości pociąga za sobą konieczność dalszej diagnostyki. Wyniki badania *PolSenior2* wskazują, że istotnymi czynnikami etiologicznymi niedokrwistości mogą być niedobory witaminowe (wit. B12 i kwasu foliowego) oraz niedobór żelaza. Z tego względu, lekarze rodzinni winni mieć dostęp do lepszej diagnostyki niektórych typów niedokrwistości, poprzez możliwość zlecenia szerszego panelu badań z zakresu gospodarki żelazem (głównie stężenia ferrytyny w surowicy) oraz poziomu wit. B12 i kwasu foliowego. Diagnostyka na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej może przełożyć się na wcześniejsze wdrożenie leczenia oraz mniejszą liczbę pacjentów kierowanych do lekarzy specjalistów lub na oddziały szpitalne w celu diagnostyki niedokrwistości

III.32 Zjawisko wielochorobowości

Barbara Gryglewska, Tomasz Grodzicki, Małgorzata Mossakowska, Łukasz Wierucki, Piotr Bandosz, Tomasz Zdrojewski

Podsumowanie

1. W populacji osób starszych w Polsce występowanie wielochorobowości dotyczy prawie 70% osób najmłodszych do około 90% osób najstarszych.
2. Mediana chorób wyniosła 3 w całej populacji i wzrosła powyżej 75. r.ż.
3. Częstość występowania wielochorobowości narastała z wiekiem oraz była nieco większa u kobiet.
4. Do najczęstszych schorzeń należały choroby układu krążenia, szczególnie nadciśnienie oraz choroby endokrynologiczno-metaboliczne. Ponad połowa chorych wykazywała też obecność problemów geriatrycznych.
5. U większości chorych występowały choroby z kilku różnych układów, ale najczęściej współwystępowanie schorzeń obserwowane było przy chorobach neurologiczno-psychiatrycznych oraz układu oddechowego. Podobnie, współwystępowanie problemów geriatrycznych stwierdzane było najczęściej w chorobach neurologiczno-psychiatrycznych oraz chorobach układu oddechowego i były to przede wszystkim skargi na zaburzenia pamięci, nietrzymanie moczu oraz upadki.

Wnioski i rekomendacje

- Zjawisko wielochorobowości jest powszechne u osób starszych i narasta z wiekiem, co wskazuje na konieczność określenia indywidualnej konstelacji chorób przewlekłych i problemów geriatrycznych, przed rozpoczęciem działań diagnostyczno-terapeutycznych i prewencyjnych.
- Planując leczenie i nadzór nad pacjentem z wielochorobowością, wskazane wydaje się odchodzenie od automatycznego wdrażania terapii stosowanych w leczeniu poszczególnych jednostek chorobowych, które przyczynić się może do wzrostu wielolekowości i zagrożenia polipragmazją i jej działaniami niepożądanymi oraz niepomyślnymi zdarzeniami zdrowotnymi. Opracowanie odpowiedniego modelu leczenia u starszego chorego z wielochorobowością i problemami geriatrycznymi można uzyskać dzięki pracy zespołów interdyscyplinarnych, w których poza specjalistami z różnych dziedzin medycyny, powinien uczestniczyć pacjent oraz jego rodzina czy opiekunowie. W wyborze postępowania pomocna może też być Całociowa Ocena Geriatryczna.
- Wprowadzenie elektronicznych systemów w ochronie zdrowia oraz rozwój telemedycyny mogą ułatwić koordynację opieki medycznej oraz planowanie i wdrażanie optymalnego postępowania u starszych chorych.

III.33 Farmakoterapia

Łukasz Wierucki, Emilia Bleszyńska, Zbigniew Gaciong, Kacper Jagiełło, Małgorzata Sznitowska, Katarzyna Wieczorowska-Tobis, Karol Wierzbza, Andrzej Więcek, Sonia Woch, Tomasz Zdrojewski

Podsumowanie	Wnioski i rekomendacje
<ol style="list-style-type: none"> 1. Polifarmakoterapia (≥ 5 leków) występuje u ponad połowy osób w wieku 60 i więcej lat. 2. Nadmierna polifarmakoterapia (≥ 10 leków) występuje u 12,4% seniorów. 3. Średnia liczba przyjmowanych substancji czynnych leków Rp i OTC zwiększa się z wiekiem, zaś średnia liczba przyjmowanych suplementów diety zwiększa się nieznacznie z wiekiem jedynie u mężczyzn. 4. Średnia liczba przyjmowanych leków Rp, OTC i suplementów diety była większa u kobiet niż u mężczyzn, lecz jedynie w przypadku suplementów diety różnica ta była istotna statystycznie. 	<ul style="list-style-type: none"> • Częstość polifarmakoterapii u osób starszych jest bardzo duża, co może prowadzić do polipragmazji i związanych z nią niekorzystnych następstw zdrowotnych. Konieczne jest zatem prowadzenie kampanii informacyjnych i szkoleń wśród lekarzy zwracających uwagę na fakt, że nie zawsze zastosowanie większej liczby produktów leczniczych pozytywnie wpływa na zwiększenie efektywności procesu terapeutycznego. • Celem uniknięcia polipragmazji zasadne jest wdrożenie kompleksowych systemowych rozwiązań w ramach opieki farmaceutycznej oraz podstawowej opieki zdrowotnej poprzez odpowiednie narzędzia prawne i organizacyjne, np. poprzez dołączenie do systemów elektronicznego wystawiania i realizacji recept narzędzi analizujących potencjalne niepożądane interakcje pomiędzy zapisanymi i przyjmowanymi lekami. Również szansą na zmniejszenie ryzyka zagrożeń może być włączenie do systemu ochrony zdrowia przeglądu lekowego jako nowej usługi farmaceutycznej. • Częstość stosowania leków OTC i suplementów diety jest znaczna i może istotnie wpływać na podstawową farmakoterapię zalecaną przez lekarza. Należy rozważyć wprowadzenie rozwiązań ograniczających stosowanie leków OTC i suplementów diety (np. poprzez zakazy reklamy tych produktów i lepszą kontrolę ich jakości).

III.34 Samoocena stanu zdrowia

Aleksandra Szybalska, Adam Hajduk, Hanna Kujawska-Danecka, Małgorzata Mossakowska

Podsumowanie

1. Blisko sześciu na dziesięciu seniorów ocenia swój stan zdrowia jako dobry, a czterech na dziesięciu jako przeciętny. Pozostali (3,7% osób w wieku 60 i więcej lat) opisują swój stan zdrowia jako zły. Nie odnotowano istotnych różnic w samoocenie stanu zdrowia (*self-rated health*, SRH) między kobietami i mężczyznami.
2. Samoocena stanu zdrowia pogarsza się wraz z wiekiem. Osoby w wieku 70 i więcej lat istotnie gorzej oceniły swoje zdrowie w porównaniu do młodszych seniorów, a najgorszą SRH deklarowały osoby w wieku 85–89 lat.
3. Osoby starsze z wykształceniem co najwyżej podstawowym, owdowiałe, z upośledzoną sprawnością funkcjonalną zarówno w zakresie podstawowych, jak i złożonych czynności dnia codziennego gorzej postrzegają swój stan zdrowia.
4. Spośród wszystkich podgrup wyodrębnionych ze względu na stan cywilny panny oceniają swoje zdrowie najlepiej, zaś kawalerowie – najgorzej.
5. Różnice metodologiczne uniemożliwiają odniesienie wyników projektu *PolSenior2* dotyczących SRH do wyników innych badań populacyjnych.

Wnioski i rekomendacje

- Samoocena stanu zdrowia (*self-rated health*, SRH) stanowi ważny wskaźnik zdrowotny osób starszych i może pomóc w oszacowaniu zapotrzebowania na świadczenia systemu ochrony zdrowia i opieki socjalnej. Samoocena stanu zdrowia powinna być więc stosowana rutynowo w obszarze podstawowej opieki zdrowotnej, a także zostać włączona do codziennej praktyki geriatrycznej i opiekuńczej oraz do Całociowej Oceny Geriatrycznej.
- Osoby starsze z gorszą SRH (tj. w zaawansowanym wieku, owdowiałe, z niskim poziomem wykształcenia, z upośledzoną sprawnością funkcjonalną) powinny być objęte częstym, regularnym monitorowaniem stanu zdrowia, w tym deficytów typowych dla wieku podeszłego. W przyszłości może przełożyć się to na poprawę kondycji zdrowotnej polskich seniorów oraz podniesienie ich jakości życia i w konsekwencji przyczynić się do odciążenia systemów ochrony zdrowia i pomocy społecznej.
- Dane dotyczące SRH powinny być raportowane do instytucji odpowiedzialnych za kształtowanie zarówno polityki zdrowotnej, jak i społecznej, co może ułatwić monitorowanie kondycji zdrowotnej osób starszych, wesprzeć proces rozwoju opieki senioralnej, a także pomóc w ograniczeniu społecznych nierówności w zdrowiu, które stanowią wyzwanie dla starzejących się społeczeństw.
- Wskazane jest przeprowadzenie pogłębionych analiz porównawczych pomiędzy badaniami *PolSenior2* i *PolSenior*, aby oszacować, jak SRH starszych Polaków zmieniła się na przestrzeni ostatniej dekady.

III.35 Aktywność fizyczna

Tomasz Kostka, Hanna Kujawska-Danecka, Adam Hajduk, Joanna Kostka, Tomasz Zdrojewski

Podsumowanie

1. Osoby starsze w Polsce rzadko uczestniczą w typowych sportowych formach aktywności fizycznej.
2. Najczęściej deklarowanymi formami praktykowanej aktywności fizycznej były: krótkie spacery w okolicach domu (74,4% seniorów), praca na działce lub w ogrodzie (53,2%), kilkugodzinne spacery, piesze wycieczki w dalszej odległości od domu lub miejsca pobytu (37,9%), zbieranie grzybów w lesie (37,7%) i jazda na rowerze (35,0%).
3. Poziom aktywności fizycznej zmniejsza się znacząco wraz z wiekiem.

Wnioski i rekomendacje

- Regularna aktywność fizyczna jest najważniejszym zachowaniem zdrowotnym zapobiegającym niepełnosprawności w starszym wieku, a promocja wszelkich form ruchu, jako najlepszego leku dla seniora, powinna być jednym z podstawowych wniosków płynących z badania *PolSenior2*. Budowanie świadomości korzystnego wpływu regularnej aktywności fizycznej na nasze zdrowie i sprawność powinno dotyczyć również młodszych grup wieku – budowanie zdrowych nawyków może pomóc w przygotowaniu się do okresu starości.
- W promocji aktywności fizycznej należy uwzględnić ograniczenia zdrowotne i sprawnościowe, a także specyfikę profilu aktywności fizycznej seniorów w Polsce – promować dłuższe spacery, np. jako lokalne inicjatywy zwiedzania miasta i okolic, utrzymywać dostęp i możliwość korzystania z siłowni, ogródków działkowych lub organizować wycieczki piesze, podtrzymywać i zapewniać bezpieczeństwo przemieszczania się rowerem.
- Wskazana jest edukacja lekarzy, a w szczególności lekarzy rodzinnych, i fizjoterapeutów w zakresie oceny możliwości osób starszych co do wysiłku i korzyści płynących z aktywności fizycznej.
- Z uwagi na małą popularność ćwiczeń oporowych oraz ich istotne znaczenie dla przeciwdziałania utracie masy i siły mięśniowej, bardzo korzystne jest upowszechnianie i rozwijanie siłowni na świeżym powietrzu i ich promowanie jako ważnego elementu dbania o zdrowie.

III.35 (cd.)

Podsumowanie

Wnioski i rekomendacje

- W dobie pandemii COVID-19 seniorzy często są zachęcani do pozostawania w domu. Należy pamiętać, że wielotygodniowy brak ruchu powoduje ogromny uszczerbek na zdrowiu fizycznym i psychicznym seniorów. Pamiętając o obowiązujących zasadach epidemicznych, należy zachęcać seniorów nie tylko do ćwiczeń w domu, lecz także do regularnych spacerów na świeżym powietrzu, które przyniosą więcej korzyści zdrowotnych niż zagrożeń.

III.36 Rozpowszechnienie palenia tytoniu

Aleksandra Szybalska, Kacper Jagiełło, Krzysztof Flis, Łukasz Balwicki

Podsumowanie

1. Blisko połowa seniorów (48,8%) nigdy nie paliła tytoniu, czterech na dziesięciu (37,2%) paliło go regularnie w przeszłości, a pozostali (14,1%) – w okresie przeprowadzania badania.
2. Wyniki projektu *PolSenior2* ukazały różnice płciowe w statusie palenia tytoniu. Większość kobiet nigdy nie paliła tytoniu (61,2%) wobec 31,3% mężczyzn. Aktywnymi palaczami tytoniu pozostała blisko 1/5 mężczyzn i ponad 1/10 kobiet w wieku 60 i więcej lat.
3. Do czynników, które warunkowały status palenia w badanej populacji należały oprócz płci także wiek, poziom wykształcenia, miejsce zamieszkania i wskaźnik BMI.
4. Średni wiek inicjacji nikotynowej w populacji polskich seniorów wynosił 20,2 roku i był o trzy lata niższy dla mężczyzn niż dla kobiet.
5. Znaczna część byłych i aktualnych palaczy kwalifikuje się do przesiewowych badań w kierunku raka płuca przy użyciu niskodawkowej tomografii komputerowej.

Wnioski i rekomendacje

- Pomimo korzystnych zmian w stylu życia Polaków, które zaszły na przestrzeni ostatnich lat, palenie tytoniu jest nadal rozpowszechnione wśród seniorów, z rosnącym trendem u kobiet. Wskazuje to na pilną potrzebę podjęcia działań zapobiegawczych dedykowanych osobom w wieku podeszłym, zarówno w zakresie prewencji, jak i pomocy w rzuceniu nałogu nikotynowego.
- Konieczne jest zintensyfikowanie działań zmierzających do utworzenia sieci poradni antynikotynowych w celu umożliwienia powszechnego dostępu osobom uzależnionym do bezpłatnej specjalistycznej pomocy.
- Planując działania prewencyjne oraz programy antynikotynowe, należy brać pod uwagę czynniki społeczno-demograficzne, które, jak wykazał projekt *PolSenior2*, rzutują na rozpowszechnienie palenia tytoniu wśród seniorów.
- Wdrożenie działań antynikotynowych adresowanych do Polaków w wieku podeszłym przełoży się korzystnie na ich stan zdrowia, jakość i długość życia.

III.37 Zwyczaje żywieniowe

Edyta Wernio, Jolanta Anna Dardzińska, Aleksandra Szybalska, Sylwia Małgorzewicz

Podsumowanie

Wyniki badania *PolSenior2* wskazują na pewne nieprawidłowości w zakresie odżywiania się seniorów w Polsce:

1. Około 90% seniorów spożywało trzy lub więcej posiłków w ciągu dnia, jednak nadal około 10% osób spożywało mniej posiłków niż rekomendowane minimum. Około 40% seniorów deklarowało, że nie spożywa codziennie mięsa, w tym drobiu i ryb. Mieszkańcy regionu północnego częściej deklarowali co najmniej jedną porcję tych produktów dziennie niż seniorzy z regionu południowego. 25% seniorów nie spożywało codziennie warzyw i owoców. Deklarowana częstość codziennego spożycia dwóch lub więcej porcji owoców lub warzyw była najniższa w grupie z wykształceniem podstawowym.
2. Z gorszą sytuacją materialną wiązała się zbyt mała częstość spożywanych posiłków. Osoby w gorszej sytuacji finansowej rzadziej jadły drugie danie obiadowe (44,9% vs 55,1%) oraz w przypadku mężczyzn drugie śniadanie (32,6% vs 20,5%). Mężczyźni w gorszej sytuacji materialnej rzadziej spożywali trzy pełne posiłki dziennie (82,9% vs 91,2%).
3. Wyniki projektu *PolSenior2* wskazują, że największe zaburzenia w zakresie diety obecne są wśród najstarszych seniorów, mieszkańców małych miejscowości, osób o niskim statusie materialnym.

Wnioski i rekomendacje

- Nieprawidłowy sposób odżywiania społeczeństwa będzie się wiązać z dalszym wzrostem liczby zachorowań na choroby dietozależne oraz będzie powodować narastanie liczby osób starszych dotkniętych tymi chorobami.
- Uzyskane wyniki wskazują na konieczność edukacji w zakresie zasad zdrowego żywienia – skierowanej do seniorów i dostosowanej do ich potrzeb. Edukacja, żywieniowa, regularna ocena stanu odżywienia w tej grupie osób powinna być wdrożona systemowo, aby poprawić zachowania żywieniowe i przeciwdziałać zaburzeniom stanu odżywienia.
- Osoby starsze powinny mieć dostęp nie tylko do opieki medycznej, lecz także opieki dietetycznej, szczególnie w przypadku współistniejących schorzeń związanych z odżywianiem.

III.37 (cd.)

Podsumowanie

Wnioski i rekomendacje

Należy zwrócić uwagę również na pozytywne zwyczaje żywieniowe seniorów:

1. Codziennie śniadanie zjadło 96,3% badanych, a liczba spożywanych gorących posiłków w tygodniu wynosiła średnio dziewięć, czyli co najmniej jeden ciepły posiłek dziennie.
2. Wśród osób badanych 70% spożywało nabiał przynajmniej raz dziennie, a większość deklarowała spożycie średnio około 4–5 jajek w tygodniu.
3. Podaż płynów wynosiła średnio 2 l/dzień, chociaż wraz z wiekiem systematycznie spadała średnia ilość wypijanych płynów i w grupie wieku 90 i więcej lat przekraczała nieznacznie 1500 ml. Dziewięć na dziesięć osób piło codziennie wodę.

III.38 *Healthy ageing* – częstość i determinanty

Tomasz Grodzicki, Beata Tobiasz-Adamczyk, Barbara Wizner, Agnieszka Pac, Adam Wyszomirski, Piotr Bandosz, Monika Puzianowska-Kuźnicka

Podsumowanie	Wnioski i rekomendacje
<ol style="list-style-type: none"> 1. W populacji osób w wieku 60 i więcej lat <i>healthy ageing</i> (HA) dotyczy 11% seniorów, bez istotnej różnicy pomiędzy mężczyznami i kobietami. 2. Spośród pięciu kryteriów wchodzących w zakres oceny HA, najistotniejszym czynnikiem ograniczającym był brak chorób lub obecność co najwyżej jednej choroby – to kryterium spełniło tylko 20% osób starszych w Polsce, istotnie częściej mężczyźni niż kobiety (25% vs 18%). 3. Odsetek seniorów spełniających kryterium HA malał wraz z wiekiem z 18% w grupie wieku 60–64 lata do niespełna 1% powyżej 85. r.ż. 4. Częstość występowania HA była istotnie wyższa wśród seniorów z wyższym poziomem wykształcenia. 5. Osoby owdowiałe istotnie rzadziej spełniały kryteria HA (7%) niż pozostające w związku małżeńskim (13%). 6. Rozpowszechnienie HA powiązane było istotnie z samooceną stanu zdrowia – im lepsza samoocena stanu zdrowia, tym wyższy odsetek seniorów spełniał kryteria HA. 7. Wielkość miejsca zamieszkania, region Polski, a także dochód własny netto miesięczny nie były powiązane z HA. 	<ul style="list-style-type: none"> • Wielochorobowość w populacji osób starszych w Polsce jest najistotniejszym czynnikiem decydującym o niskim odsetku osób starszych spełniających kryteria pomyślnego i zdrowego starzenia się. • Analiza składowych <i>healthy ageing</i> (HA) ujawnia różnice między płciami, wskazując na wielochorobowość i objawy depresji, jako czynniki ograniczające HA wśród kobiet, a mniejsze zaangażowanie społeczne u mężczyzn. • Wyniki analizy wskazujące na silne powiązanie HA z wiekiem, wykształceniem i samooceną stanu zdrowia sugerują, że przyjęta definicja dobrze określa istotne determinanty zdrowia.

Podsumowanie wyników i wnioski części społecznej projektu *PolSenior2*

IV.1 Sytuacja materialna

Piotr Błędowski

Podsumowanie

1. Podstawowym źródłem dochodów osób starszych jest emerytura. Pobiera ją 85% seniorów, przy czym 9 osób na 10 otrzymuje emeryturę pracowniczą. 11% utrzymywało się dodatkowo z pracy. Dotyczy to przede wszystkim młodszych grup wiekowych.
2. Mężczyźni dysponują przeciętnie wyższymi dochodami niż kobiety, jest to szczególnie widoczne w najwyższych grupach dochodowych, gdzie mężczyźni trzykrotnie częściej deklarują swoje dochody.
3. Trzech na czterech mężczyzn i 2/3 kobiet uznaje, że dochody pozwalają na zaspokojenie wszystkich najważniejszych potrzeb. Wniosek ten należy jednak traktować z dużą ostrożnością, ponieważ prawdopodobne jest wypieranie ze świadomości potrzeb, których zaspokojenie nie jest możliwe.
4. Wśród osób starszych 11% ma problemy ze sfinansowaniem wydatków na lekarstwa. Co szósta z tych osób rezygnowała z zakupu lekarstwa, co może mieć wpływ na jej zdrowie.

Wnioski i rekomendacje

- W obliczu zmiany struktury demograficznej społeczeństwa zapewnienie odpowiednich dochodów na starość staje się coraz trudniejszym zadaniem. Wymaga ono nie tylko aktywnej polityki emerytalnej i udzielania emerytom dodatkowych świadczeń pieniężnych, ale przede wszystkim – konsekwentnie kształtowanej polityki dochodowej przez cały okres aktywności zawodowej jednostki.
- Polityka emerytalna, podobnie jak polityka senioralna, powinna objąć swoim zakresem oddziaływania także wcześniejsze etapy przebiegu życia i być uwzględniana przy realizacji innych polityk sektorowych. W tym celu należy między innymi stworzyć warunki do przedłużenia okresu aktywności zawodowej osób starszych. W przeciwnym razie wzrośnie zagrożenie ubóstwem seniorów w Polsce.
- Fakt, że już dziś większość seniorów pobiera względnie niskie świadczenia emerytalne stanowi wyzwanie w obliczu oczekiwanej w przyszłości obniżki wartości emerytur w stosunku do wynagrodzeń. Konieczne jest opracowanie systemu wsparcia materialnego dla osób otrzymujących najniższe świadczenia. Celem takiego wsparcia powinno być m.in. zapobieganie przymusowej rezygnacji z zakupu lekarstw i środków medycznych czy innych niezbędnych wydatków.

IV.1 (cd.)

Podsumowanie

5. W wyposażeniu mieszkań seniorów urządzenia i artykuły trwałego użytku nastąpiła w ostatniej dekadzie poprawa. Szczególnie ważne jest stwierdzenie, że seniorzy mają na ogół dostęp do tych urządzeń i z nich korzystają.

Wnioski i rekomendacje

- Obok bezpieczeństwa socjalnego coraz ważniejszą kategorią staje się bezpieczeństwo zdrowotne (Trafiałek, 2016). Jego zapewnienie ze środków publicznych pozwoli osobom starszym na przeznaczenie pewnej części dochodów na zaspokojenie innych ważnych potrzeb, w tym zapewnienie odpowiedniego wyposażenia gospodarstw domowych.

IV.2 Sytuacja rodzinna i więzi rodzinne

Barbara Szatur-Jaworska

Podsumowanie

1. Obraz życia rodzinnego i sytuacji osobistej osób starszych w porównaniu z uzyskanym w projekcie badawczym *PolSenior* nie uległ w ciągu ostatnich lat istotnym zmianom, aczkolwiek pamiętać należy, że wyniki obu badań powinny być zestawiane z zachowaniem ostrożności, gdyż objęły one nieco inaczej zdefiniowaną populację – wcześniej były to osoby w wieku 55–59 lat oraz 65 i więcej lat, a obecnie jest to populacja w wieku 60 i więcej lat. Obraz sytuacji osób starszych uzyskany w wyniku badania *PolSenior2* pozostaje także spójny z innymi badaniami sondażowymi o zasięgu ogólnopolskim.
2. Faktyczny stan cywilny osób w wieku 60 i więcej lat jest istotnie zróżnicowany ze względu na płeć: w związkach małżeńskich żyje 82% mężczyzn i tylko 51% kobiet. Starsze kobiety niemające życiowego partnera mieszkają samodzielnie lub z członkami swojej rodziny.
3. Samodzielnie mieszka co piąta osoba starsza (20%). Przy czym częściej są to kobiety (26,6%) niż mężczyźni (10,9%).
4. 92% osób starszych ma przynajmniej jedno żyjące dziecko i właśnie pokolenie dzieci jest tym, z którym seniorzy najczęściej utrzymują regularne kontakty. Dorosłe dzieci i ich małżonkowie stanowią też podstawę sieci społecznego wsparcia budowanej wokół osoby starszej.

Wnioski i rekomendacje

- Znikomy odsetek osób starszych liczy na pomoc ze strony osób reprezentujących podmioty instytucjonalne. Niezbędne jest zatem wzmocnienie instytucji pomocowych i ich pracowników dostarczających wsparcia osobom starszym w miejscu zamieszkania. Jest to tym ważniejsze, że wkrótce w fazę starości wkroczą kohorty odznaczające się znacznie niższą dzietnością, a to oznacza, że nieformalne sieci wsparcia będą coraz słabsze i trzeba będzie je zastępować systematyczną pomocą świadczoną przez instytucje.
- W związku z tym, że gorsza jest społeczna sytuacja starszych kobiet niż ich rówieśników – mężczyźni należałoby stworzyć programy psychologicznego wsparcia senierek. Może przyjmować ono formy indywidualne, np. stymulowanie kontaktów społecznych seniorki przez asystenta osoby starszej, rozmowy prowadzone z pracownikami telefonów zaufania, oraz zespołowe, np. zajęcia integracyjne i terapeutyczne realizowane w ośrodkach dziennego pobytu dla seniorów, klubach seniora itd.
- Należy rozwijać pomoc osobom starszym w formie nieodpłatnych lub tanich usług związanych z prowadzeniem gospodarstwa domowego.

IV.3 Aktywność zawodowa

Piotr Szukalski

Podsumowanie

1. Zdecydowana większość badanych w ciągu swego życia pracowała zawodowo, choć występowały w tym przypadku znaczące różnice w zależności od płci i wieku (tj. roku urodzenia).
2. Wraz z przechodzeniem do urodzonych coraz później widoczna była wyraźna poprawa poziomu wykształcenia oraz zmiana struktury zawodowej (spadek odsetka osób pracujących w rolnictwie i wzrost odsetka pracowników umysłowych).
3. Wyraźnie wraz z przechodzeniem do osób młodszych skracala się długość stażu pracy, a przede wszystkim dotyczyło to pracy wymagającej ciągłego wysiłku fizycznego, co prawdopodobnie jest jednym z czynników warunkujących lepszy stan zdrowia młodszych generacji.
4. Co trzeci badany w wieku 60–64 lata, co czwarty badany w wieku 65–69 lat i co szósty w wieku 70–74 lat deklaruje zainteresowanie podjęciem pracy, a najważniejszymi czynnikami wzmagającymi taką gotowość są wyższe wynagrodzenie, praca w niepełnym wymiarze czasu pracy oraz możliwość wykonywania pracy w domu.

Wnioski i rekomendacje

- Konieczność uwzględniania efektu wieku i efektu kohorty w przypadku dokonywania badań i porównań różnych podzbiorowości wieku osób starszych.
- Konieczność uwzględniania efektu kohorty przy projektowaniu instrumentów polityki senioralnej, zdrowotnej i rynku pracy, a w efekcie zamierzona zmienność owych instrumentów.
- Konieczność wdrażania instrumentów zachęcających osoby starsze i umożliwiających im wykonywanie pracy zawodowej po osiągnięciu wieku emerytalnego, zwłaszcza opóźnianie momentu przejścia na emeryturę albo pracę w niepełnym wymiarze czasu pracy po uzyskaniu świadczenia emerytalnego.

IV.4 Warunki mieszkaniowe

Zofia Szweda-Lewandowska

Podsumowanie

1. Obserwuje się wyraźne różnice regionalne w zakresie warunków, w jakich mieszkają seniorzy. W regionach zachodnich seniorzy mieszkają w starszych budynkach niż w innych rejonach Polski.
2. Najwyższy odsetek osób mieszkających w najstarszej substancji mieszkaniowej jest wśród osób powyżej 80 lat.
3. Wieś i małe miasta charakteryzują się największym odsetkiem budynków wybudowanych przed 1970 r., w średnich i dużych miastach przeważa budownictwo z lat 1978–1988.
4. Mediana powierzchni mieszkaniowej wynosi 64 m² (na obszarach wiejskich 90 m²).
5. Wraz z wiekiem zmniejsza się odsetek seniorów będących właścicielami lub współwłaścicielami mieszkania/domu, w którym mieszkają.
6. Występowanie barier architektonicznych w środowisku zamieszkania deklarowała co dziesiąta osoba w wieku 60–64 lat, co piąta w wieku 75–79 lat, co czwarta osoba w wieku 80–84 lat, a w grupie wieku 85–89 lat odsetek osób deklarujących występowanie barier architektonicznych wynosił już 38%.
7. Uwzględniając stan zdrowia i sprawność fizyczną respondenta, 10% ankierów stwierdziło, że senior wymaga pomocy w prowadzeniu gospodarstwa domowego i istnieje potrzeba zapewnienia świadczeń opiekuńczych lub pielęgnacyjnych.

Wnioski i rekomendacje

- Starzenie się populacji wymaga dogłębnej diagnozy sytuacji mieszkaniowej osób starszych oraz opracowania kompleksowej polityki mieszkaniowej, zarówno na poziomie samorządowym, jak i centralnym, uwzględniającej potrzeby osób starszych, wynikające z dużej heterogeniczności tej grupy i zróżnicowania regionalnego.
- Szczególny nacisk powinien zostać położony na projektowanie uniwersalne dostosowujące przestrzeń do potrzeb różnych grup z niej korzystających i zapewnienie jak najszerzego dostępu do przestrzeni publicznej.
- Przy projektowaniu polityki mieszkaniowej kierowanej do osób starszych należy uwzględnić czynnik kohortowy, który ma wpływ z jednej strony na wiek budynku i stan jego wyposażenia, a z drugiej na stan zdrowia seniora i jego potrzeby.
- Niezbędna jest modyfikacja zarówno przestrzeni mieszkalnej osób starszych, jak i publicznej, która będzie wspierać ich samodzielność, umożliwi im partycypację społeczną i będzie przeciwdziałać alienacji i wykluczeniu (przeciwdziałanie zjawisku określanemu jako „więźniowie czwartego piętra”).
- Problemy mieszkaniowe powinny być także rozpatrywane w kontekście dynamicznie postępującego procesu podwójnego starzenia się i innych potrzeb najstarszej generacji seniorów, w porównaniu z młodszymi kohortami osób starszych.

IV.5 Potrzeby opiekuńcze

Piotr Błądowski

Podsumowanie

1. Zapotrzebowanie na pomoc wzrasta wraz z wiekiem, przy czym znaczny wzrost odsetka zdecydowanie potrzebujących wsparcia obserwuje się od 80. roku życia.
2. Odsetek kobiet wymagających pomocy jest wyższy.
3. Wśród seniorów oczekujących pomocy 80% wymaga jej stale lub codziennie.
4. W 90% przypadków pomoc udzielana jest przez rodzinę. Placówki pomocy społecznej udzielają takich świadczeń w niewielkiej skali. Duże znaczenie ma pomoc nieformalna, ale nieudzielana przez najbliższą rodzinę (sąsiedzi, znajomi).
5. Większość seniorów otrzymuje pomoc z taką częstotliwością, w jakiej jej potrzebuje.

Wnioski i rekomendacje

- Stworzenie zintegrowanego systemu opieki długoterminowej, zwiększenie zatrudnienia w tym sektorze usług oraz rozbudowa infrastruktury.
- Zapewnienie wsparcia dla opiekunów nieformalnych, zwłaszcza rodzinnych poprzez ułatwienie godzenia pracy zawodowej z funkcją opiekuna i rozwój poradnictwa dla opiekunów.
- Zniwelowanie dysproporcji przestrzennych w dostępie do świadczeń opieki długoterminowej.
- Przygotowanie placówek opieki długoterminowej oraz usługodawców do pracy w warunkach zagrożenia epidemią.

IV.6 Aktywność w czasie wolnym i wyjazdy poza miejsce zamieszkania

Aleksandra Szybalska, Hanna Kujawska-Danecka, Elżbieta Biernat, Małgorzata Mossakowska

Podsumowanie	Wnioski i rekomendacje
<ol style="list-style-type: none"> 1. Osoby w wieku 60 i więcej lat przeznaczały najczęściej swój wolny czas na oglądanie telewizji lub filmów na DVD (95,2% seniorów), a najrzadziej na działalność społeczną (12,3%). 2. Udział seniorów we wszystkich analizowanych aktywnościach malał z wiekiem. 3. Starsi Polacy preferowali czytanie prasy niż książek. 4. Istotne różnice płciowe na korzyść kobiet stwierdzono w przypadku: czytania książek, czytania prasy, a także uczęszczania do kościoła. 5. Seniorzy deklarujący wykształcenie wyższe, zamieszkali w miastach, oceniający swoją sytuację materialną jako dobrą, pozostający w związku małżeńskim częściej uczestniczyli w wydarzeniach kulturalnych, uczęszczali do lokali gastronomicznych oraz korzystali z komputera i Internetu. 6. Największą popularnością wśród seniorów cieszyły się wyjazdy na wczasy, do znajomych lub wycieczki stacjonarne, zaś najmniejszą – pobyty na kempingach, z noclegiem w przyczepie lub w namiocie. 7. Kobiety istotnie częściej od mężczyzn uczestniczyły w pielgrzymkach religijnych, zaś mężczyźni istotnie częściej od kobiet wyjeżdżali na działkę. W przypadku pozostałych rodzajów wyjazdów poza miejsce zamieszkania nie odnotowano różnic między płciami. 	<ul style="list-style-type: none"> • Polscy seniorzy preferują bierne formy spędzania czasu wolnego. Wskazane jest dalsze rozwijanie oferty programowej uniwersytetów trzeciego wieku oraz systemowego wsparcia aktywizacji społecznej osób starszych. • Szczególną uwagę należy poświęcić osobom w zaawansowanej starości, samotnym, z mniejszymi miejscowości, o gorszym statusie materialnym, pamiętając o tym, że każda forma aktywizacji przeciwdziała wykluczeniu społecznemu, depresji i wpływa korzystnie na jakość życia oraz sprawność funkcjonalną, zwiększając niezależność i samodzielność. • Programy na rzecz aktywizacji osób starszych powinny być długofalowe, dostosowane do potrzeb tej bardzo zróżnicowanej grupy społecznej i realizowane na szczeblu lokalnym. • Działania systemowe powinny być adresowane nie tylko do obecnych, lecz także do przyszłych seniorów (np. do osób z przedpola starości) w celu kształtowania u nich postaw i zachowań, dzięki którym okres starości będzie dla nich pomyślny.

IV.6 (cd.)

Podsumowanie

Wnioski i rekomendacje

8. Częstość wyjazdów realizowanych w celach rekreacyjnych, religijnych czy zdrowotnych zmniejszała się z wiekiem.
9. Seniorzy zamieszkali na wsi rzadziej od zamieszkałych w miastach uczestniczyli w wycieczkach wielodniowych, pobytach wypoczynkowych, uzdrowskowych, a także pobytach na działce, natomiast udział seniorów w pielgrzymkach religijnych nie zależał od miejsca zamieszkania, poziomu wykształcenia, stanu cywilnego.

IV.7 Przemoc w stosunku do osób starszych

Małgorzata Halicka, Jerzy Halicki, Adrian Lange

Podsumowanie

1. Przemoc jako zjawisko jest ciągle trwałym elementem życia społecznego. Obserwujemy ją zarówno w przestrzeni publicznej, jak i prywatnej.
2. Wśród seniorów czynnej przemocy doświadczają częściej kobiety, osoby z niższym poziomem wykształcenia, w przedziale wieku 65–69 lat, mieszkające w środowiskach wiejskich oraz we wschodnim i północnym regionie Polski.
3. Skala nadużyć i zaniedbań jest najwyższa w regionie wschodniej Polski, a także w regionach południowym i północnym.
4. Skala doświadczanej przemocy zaprezentowana w niniejszym badaniu odbiega od wyników innych badań prowadzonych w Polsce oraz na świecie. Kolejne etapy prac i pogłębiona analiza zebranych danych pozwoli na szczegółowe porównanie zaprezentowanych wyników z innymi przeprowadzonymi badaniami. Do tego momentu do wniosków dotyczących skali problemu należy podchodzić z ostrożnością.

Wnioski i rekomendacje

- W potocznym rozumieniu przemoc kojarzona jest bardziej z nadużyciami, czyli działaniem godzącym w dobro człowieka, a nie zaniedbaniami, czyli zaniechaniem działań wspomagających osoby starsze. Potrzebne są działania uświadamiające całemu społeczeństwu i jego instytucjom, na przykład służbom społecznym, że zaniechanie może być równie szkodliwe, jak działanie na szkodę osoby starszej.
- Większej uwagi i wsparcia społecznego (szczególnie powołanych do tego celu służb) wymagają szczególnie starsze kobiety, osoby o niższym poziomie wykształcenia i mieszkające w środowisku wiejskim.
- Konieczne są zapobiegawcze wysiłki na rzecz minimalizowania ryzyka przemocy wobec osób starszych, między innymi wdrożenie sprawnego systemu monitorowania zjawiska przemocy i nadużyć wobec osób starszych poprzez udoskonalenie mechanizmu zgłaszania zachowań przemocowych oraz poprawę monitorowania przeciwdziałania przemocy.

IV.8 Wykluczenie cyfrowe

Ewa M. Kwiatkowska, Hanna Kujawska-Danecka, Adrian Lange, Piotr Popowski,
Bogdan Wojtyński

Podsumowanie

1. Ponad połowa (56,6%) populacji polskich seniorów jest dotknięta wykluczeniem cyfrowym, utożsamianym z nieużywaniem Internetu.
2. Odsetek wykluczonych cyfrowo rośnie istotnie statystycznie wraz z wiekiem. Obserwowane wykluczenie cyfrowe jest wyższe u osób z niższym poziomem wykształcenia oraz zamieszkujących mniejsze miejscowości. Osoby starsze, z niższym poziomem wykształcenia, zamieszkujące mniejsze miejscowości rzadziej korzystają z Internetu, co może przyczyniać się do pogłębiania społecznych nierówności w zdrowiu.
3. Kobiety są wykluczone cyfrowo częściej niż mężczyźni (odpowiednio: 59,4% i 52,7%). Różnica ta jest na granicy istotności statystycznej wśród osób w wieku 70 i więcej lat.
4. 72,3% seniorów nie jest zainteresowanych nauką podstawowej obsługi komputera / Internetu. Brak tego zainteresowania rośnie istotnie statystycznie wraz z wiekiem.
5. Z Internetu w sprawach związanych ze zdrowiem nie korzysta blisko dwie trzecie seniorów (65,1%).
6. Zainteresowanie możliwością dodatkowego, poza tradycyjnym, kontaktu z lekarzem na odległość deklaruje 39,8%, a możliwością dodatkowego monitorowania stanu zdrowia na odległość – 46,4% seniorów.

Wnioski i rekomendacje

- W związku ze stwierdzonym dużym problemem wykluczenia cyfrowego osób starszych, niezbędne jest podjęcie odpowiednich działań naprawczych. Konieczne jest wspieranie włączania cyfrowego seniorów (nabycia i rozwijania umiejętności cyfrowych), tak aby mogli korzystać z dostępnych w sieci zasobów, wyszukiwać informacje, komunikować się z innymi, korzystać z usług z zakresu telemedycyny i teleopieki, załatwiać sprawy urzędowe, czy też robić zakupy, zwłaszcza gdy nie modą wychodzić z domu. Takie działania będą sprzyjać aktywnemu starzeniu się, umożliwiając wydłużenie okresu samodzielności, także osób o wysokim stopniu niepełnosprawności.
- Powinno się zapewnić seniorom, przy wsparciu samorządu terytorialnego, szczególnie w małych miejscowościach, dostęp do sprzętu umożliwiającego korzystanie z Internetu, który będzie nie tylko prosty w obsłudze, ale również ekonomicznie dostępny. Istotne jest też zagwarantowanie darmowego, publicznego dostępu do sieci, umożliwiającego co najmniej przeglądanie zasobów oraz korzystanie z e-usług. Osobom starszym powinno się także zapewnić pomoc przy korzystaniu z zasobów cyfrowych. Część seniorów ma wprawdzie dostęp do sieci i sprzętu, ale nie potrafi z nich korzystać, bądź też nie zdaje sobie sprawy z niezliczonych możliwości, jakie daje Internet. Rozwiązaniem mogłoby być organizowanie kursów obsługi komputera i korzystania z Internetu. Miejscem świadczenia tego typu usług (dostęp i pomoc w korzystaniu, a także kursy obsługi i korzystania ze sprzętu i z Internetu) mogłyby być m.in. świetlice, koła gospodyń wiejskich, biblioteki i inne miejsca publiczne.

IV.8 (cd.)

Podsumowanie

Wnioski i rekomendacje

- Wdrożenie powyższych rekomendacji, z uwagi na ich organizacyjny lub procesowy wymiar, wymaga przygotowania, przetestowania i przeprowadzenia walidacji konkretnych rozwiązań. Potrzebne są do tego odpowiednie zasoby oraz metodologia wdrażania zmian. W przypadku braku standardów, bądź dobrych praktyk w tym zakresie, zasadne byłoby przeprowadzenie projektów pilotażowych.

IV.9 Jakość życia

Beata Tobiasz-Adamczyk

Podsumowanie

1. Swoją jakość życia w skali WHOQOL-AGE w ciągu ostatnich dwóch tygodni oceniło pozytywnie 59,9% badanych w tym 13,7% jako bardzo dobrą.
2. Większość badanych była zadowolona:
 - z funkcjonowania swojego wzroku i słuchu (69,2%),
 - ze stanu swojego zdrowia (62,4%),
 - z siebie (78,5%),
 - z możliwości wykonywania czynności dnia codziennego (77,0%),
 - ze swoich osobistych relacji (86,1%),
 - z warunków w miejscu zamieszkania (domu) (87,8%),
 - ze sposobu wykorzystywania swojego czasu (75,8%),
 - z możliwości kontrolowania swoich działań (70,7%) osób starszych,
 - z realizowania zamierzonych celów (60%),
 - z poczucia bliskich przyjaźni odczuwało satysfakcję 75%.

Zasoby finansowe niezbędne dla realizacji potrzeb zostały pozytywnie ocenione przez 41,3% umiarkowanie przez 37%.
3. Średnia ocena jakości życia, była nieznacznie wyższa u mężczyzn niż u kobiet; najwyższa w wieku 60–65 lat (73,3%) oraz 65–69 lat (71,8%), a najniższa w wieku 85 lat i więcej (57,7%).
4. Średnia ocena jakości życia była najniższa u mieszkańców wsi (67,4%), najwyższa zaś u mieszkańców miast o wielkości 50–200 tys. (71,3%) i mieszkańców miast od 20–50 tys. (70,6%).

Wnioski i rekomendacje

- Zastosowanie skali WHOQOL-AGE, potwierdziło jej wysokie parametry psychometryczne i dużą przydatność do badania osób starszym na poziomie populacyjnym.
- Na ogólną ocenę jakości życia przez osoby starsze wpływ ma poczucie niezależności, możliwości podejmowania samodzielnych, autonomicznych decyzji, realizowania dalszych planów życiowych, a także silne więzi społeczne oparte na przyjaźni. Na przeszkodzie wysokiej oceny jakości życia mogą stać trudności materialne – ograniczające lub uniemożliwiające realizację potrzeb osób starszych.
- Uwarunkowania demograficzno-społeczne różnicują ocenę jakości życia przez osoby starsze: jakość życia okazała się niższa u kobiet, szczególnie tych w wieku 85 lat i więcej oraz wśród osób starszych o niskim poziomie wykształcenia i mieszkańców wsi.
- Polityka społeczna powinna zmierzać do stworzenia takich warunków „publicznej przestrzeni życiowej” osobom starszym, aby w pełni mogły one realizować swoje potrzeby wyższego rzędu – być postrzegane jako osoby mające własne plany i cele życiowe oraz zdolne podejmować autonomiczne decyzje.
- Działania ze strony wszystkich instytucji zajmujących się osobami starszymi powinny przede wszystkim być nastawione na pomoc i wsparcie dla tych podgrup osób starszych, które wymagają szczególnych

IV.9 (cd.)

Podsumowanie

5. Ocena jakości życia była najniższa u osób starszych z wykształceniem podstawowym (65,8%), a najwyższa u osób z wykształceniem wyższym (75,5%).

Wnioski i rekomendacje

działań pomocowych, tj. kobiet w najstarszych grupach wiekowych, osób z niskim poziomem wykształceniem oraz mieszkańców wsi.

IV.10 Dostępność i poziom satysfakcji z usług medycznych

Beata Tobiasz-Adamczyk, Aleksander Gałaś, Tadeusz Jędrzejczyk, Agnieszka Wojtecka, Tomasz Grodzicki

Podsumowanie

1. Ponad połowa kobiet (53,6%) i mężczyzn (50,0%) odwiedziła swojego lekarza w ostatnich dwóch miesiącach.
2. Zdecydowana większość kobiet (70,1%) i mężczyzn (65,3%) kontaktowała się z lekarzem pierwszego kontaktu kilka razy w roku; 2–3 razy w miesiącu lub częściej kontaktowało się z lekarzem 14,0% kobiet i 11,8% mężczyzn.
3. Skorzystanie z pomocy pogotowia ratunkowego w okresie 5 lat potwierdziło 9,1% kobiet i 7,7% mężczyzn.
4. Korzystanie z usług lekarza specjalisty w tym samym okresie potwierdziło 68% kobiet i 66% mężczyzn; najrzadziej z pomocy specjalisty korzystały osoby w wieku 60–64 lat oraz najstarsze, tj. powyżej 90 r.ż., oraz mieszkańcy wsi, częściej mieszkańcy dużych miast.
5. Zdecydowana większość 70,3% kobiet i 68,1% mężczyzn wskazała na trudną dostępność do bezpłatnej opieki specjalistycznej.
6. Z bezpłatnych zabiegów rehabilitacyjnych w ostatnich 5 latach korzystało 40,9% kobiet i 31,5% mężczyzn; na trudności w dostępności do bezpłatnych zabiegów rehabilitacyjnych wskazało 72,4% kobiet i 71,4% mężczyzn.
7. Otrzymanie skierowania na dowolne badania medyczne w ciągu 5 lat potwierdziło 72,1% kobiet i 68,8% mężczyzn.
8. Skierowanie do szpitala otrzymało zaś 40,7% kobiet i 44,7% mężczyzn.

Wnioski i rekomendacje

- Osoby starsze nie są „codziennymi pacjentami” lekarza pierwszego kontaktu, a wskazywana częstość wizyt kilka razy w roku stawia pod znakiem zapytania systematyczne monitorowanie ich stanu zdrowia.
- Nie nastąpiły korzystne zmiany w zachowaniach związanych z korzystaniem z porad lekarza rodzinnego przez starszych mężczyzn, co może skutkować zaniedbaniami w stanie zdrowia.
- Wskazano na gorszą dostępność do różnych usług medycznych w najstarszych grupach wiekowych.
- Większość kobiet i mężczyzn, negatywnie oceniają dostępność do lekarza specjalisty i możliwości korzystania z bezpłatnych zbiegów rehabilitacyjnych.
- Wyraźne różnice w dostępności do usług medycznych obserwowane były pomiędzy mieszkańcami wsi a mieszkańcami dużych miast.
- Niższy odsetek osób zdecydowanie zadowolonych usług medycznych oferowanych przez system opieki medycznej dotyczył mieszkańców dużych miast.
- Zaleca się zwiększenie działań mających na celu zwiększenie poziomu regularnego korzystania osób starszych z usług podstawowej opieki medycznej, ułatwienie dostępu i minimalizowanie barier, zarówno w obrębie systemu opieki medycznej, jak i barier zewnętrznych, społeczno-ekonomicznych. Działania te powinny obejmować skuteczne monitorowanie chorób, działania profilaktyczne i elementy promocji zdrowia.

IV.10 (cd.)

Podsumowanie	Wnioski i rekomendacje
<p>9. Zdecydowane zadowolenie z opieki medycznej otrzymanej w ostatnich 12 miesiącach wyraziło 17,6% kobiet i 15,5% mężczyzn, większość badanych (62,3% kobiet i 62,8% mężczyzn) była „raczej zadowolona” z tej opieki.</p> <p>10. Do wszystkich zaleceń lekarzy stosowało się 59,6% kobiet i 56,1% mężczyzn.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Istnieje potrzeba zidentyfikowania czynników powodujących ograniczenie dostępności do opieki specjalistycznej i rehabilitacyjnej osób starszych, tak aby możliwe było ich minimalizowanie.

IV.11 Nierówności w zdrowiu w zależności od czynników społecznych

Adrian Lange, Tomasz Zdrojewski, Paweł Zagożdżon, Piotr Błędowski, Kacper Jagiełło, Barbara Wizner, Ewa M. Kwiatkowska, Bogdan Wojtyniak

Podsumowanie

1. Wśród kobiet i mężczyzn w wieku 60 lat i więcej o niskim statusie społeczno-ekonomicznym (niski poziom wykształcenia, zła sytuacja ekonomiczna) znacznie częściej stwierdzano występowanie objawów otępienia i depresji, niesprawności (według skal ADL i IADL) oraz ciężkich zachorowań.
2. U kobiet w wieku 60–74 lat o najniższym statusie (grupa I) zaburzenia poznawcze występowały 20-krotnie częściej niż w grupie z wykształceniem wyższym i dobrą sytuacją materialną (grupa VII) 24,1% vs 1,1%, a u mężczyzn prawie 40-krotnie (27,7% vs 0,7%). U osób w wieku 75 i więcej lat grupy I i VII różniły się u kobiet 3, a u mężczyzn 4,6 razy.
3. Najwyższy odsetek osób z objawami depresji zaobserwowano wśród kobiet w wieku 75 i więcej lat z grupy I (59,9%), a w grupie VII 22,5%. W młodszej kohorcie odpowiednio 36,3% i 5,5%. U mężczyzn różnice między grupą I i VII były istotne, ale mniej nasilone (60-74 lata: 42,6% vs 7,9%, 75 i więcej lat: 40,3% vs 21,2%).
4. U osób w wieku 75 i więcej lat odsetek kobiet z niesprawnością w skali ADL i IADL był w grupie I odpowiednio 3- i ponad 4-krotnie wyższy niż w grupie VII. U mężczyzn różnice te były odpowiednio ponad trzy i dwukrotne. U kobiet w wieku 60–74 lat wraz ze wzrostem statusu społeczno-ekonomicznego wyraźnie malało występowanie niesprawności w skali IADL, zaś u mężczyzn największe różnice wykazano w skali ADL: 17,6% w grupie I, 0,5% w grupie V oraz 4,9% w grupie VI.

Wnioski i rekomendacje

- W Polsce wśród osób w wieku 60 i więcej lat istnieją bardzo duże nierówności w zdrowiu ze względu na status społeczno-ekonomiczny. Niski status społeczno-ekonomiczny jest bardzo silną determinantą występowania zaburzeń poznawczych, objawów depresji, niesprawności i złego stanu zdrowia.
- Większe różnice zarówno u kobiet, jak i mężczyzn zaobserwowano wśród młodszych seniorów.
- Uzyskane wyniki potwierdziły istotne znaczenie zarówno poziomu wykształcenia, jak i sytuacji finansowej gospodarstwa domowego dla występowania nierówności w zdrowiu w populacji starszych kobiet i mężczyzn w Polsce. Zaobserwowano, że w grupach o tym samym poziomie wykształcenia stan zdrowia pogarszał się wraz ze złą sytuacją ekonomiczną, natomiast w grupach o podobnej sytuacji ekonomicznej gorszy stan zdrowia prezentowali seniorzy z niższym poziomem wykształcenia.
- Pracownicy ochrony zdrowia i opieki społecznej powinni zwracać szczególną uwagę na grupy z niższym statusem społeczno-ekonomicznym, które wymagają systematycznego i wnikliwego monitorowania stanu zdrowia oraz prowadzenia edukacji prozdrowotnej.
- Zniwelowanie nierówności w zdrowiu wśród starszych Polaków wymaga zapewnienia poprawy poziomu edukacji i opieki zdrowotnej na wcześniejszych etapach życia przyszłych seniorów.

IV.11 (cd.)

Podsumowanie

Wnioski i rekomendacje

5. Wśród kobiet i mężczyzn w wieku 75 i więcej lat występowanie dwóch i więcej chorób ciężkich jest niemal dwukrotnie rzadsze w grupach o najwyższym statusie w stosunku do grup o najniższym statusie. U osób w wieku 60–74 lat różnice były jeszcze większe i wynosiły u kobiet pomiędzy grupą I a VII 27,5% vs 6,9%, zaś u mężczyzn pomiędzy grupą I a V – 43,8% vs 14,3%.

[...] opracowanie to bardzo cenny dokument, który powstał na podstawie wyników reprezentatywnej próby 5987 mieszkańców Polski w wieku 60 lat i więcej. Uzyskane wyniki, które uwzględniają interdyscyplinarne obszary pozwoliły na sformułowanie niniejszych rekomendacji, które są bardzo cenną wskazówką dla Rządu i Samorządów w zakresie wieloaspektowej opieki nad osobami starszymi w naszym kraju.

prof. dr hab. Kornelia Kędziora-Kornatowska
kierownik Katedry i Kliniki Geriatrii
Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu
Collegium Medicum w Bydgoszczy

Rekomendacje przeznaczone dla Rządu i Samorządów zostały opracowane przez ekspertów z zakresu epidemiologii, zdrowia publicznego, geriatrii i gerontologii społecznej, będących autorami monografii zawierającej wyniki ogólnopolskiego badania PolSenior2 pt. „Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem”. Realizacja projektu PolSenior2 pozwoliła na zgromadzenie kompleksowej, interdyscyplinarnej wiedzy na temat populacji 60 plus w Polsce. Wszechstronne rozpoznanie najistotniejszych problemów umożliwiło wiarygodną ocenę kondycji zdrowotnej i społeczno-ekonomicznej tej populacji. [...] W efektywnej realizacji kompleksowego wsparcia osób starszych bardzo pomocnym i bogatym źródłem wiedzy na temat aktualnego statusu populacji senioralnej będą z pewnością wyniki uzyskane podczas badań PolSenior2, natomiast omawiane Rekomendacje powinny być potraktowane przez decydentów jako wiążące drogowskazy.

prof. dr hab. Małgorzata Sobieszczańska
Katedra i Klinika Geriatrii
Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

[...] Rekomendacje zostały przygotowane przez zespół doświadczonych naukowców niezwykle wnikliwie, a zawarte w nich treści bazują na wyjątkowo obszernym materiale poznawczym i zapewne okażą się użyteczne nie tylko dla tych dwóch podmiotów wymienionych w tytule Rekomendacji. [...] Za bardzo użyteczne uważam podzielenie zaprezentowanych zaleceń na 6 dopełniających się części. Takie podejście nie tylko ułatwia zrozumienie prezentowanych w ich ramach zagadnień, ale również pozwala na zaadresowanie jasno sprecyzowanych postulatów do odpowiednich odbiorców.

dr hab. Piotr Czekanowski, prof. UG kierownik
Zakładu Socjologii Stosowanej Instytut Socjologii
Wydział Nauk Społecznych Uniwersytet Gdański

[...] To spójne, zwarte, napisane przystępnym językiem sugestie zadaniowe dla praktyków w zakresie wdrażania polityk publicznych. [...] To niezwykle cenne opracowanie, zasługujące na rekomendację i upowszechnianie we wszystkich środowiskach opiniotwórczych, sprawczych, edukacyjnych, związanych z realizowanym modelem polityki senioralnej i z kreacją współczesnego ładu społecznego.

prof. dr hab. Elżbieta Trafiałek
Wydział Prawa i Nauk Społecznych
Katedra Nauk o Bezpieczeństwie
Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

realizacja



GDAŃSKI
UNIwersYTET
MEDYCZNY



www.polsenior2.gumed.edu.pl

finansowanie



ISBN 978-83-67147-26-2



9 788367 147002