



## Problemy zdrowia publicznego w kontekście starzenia się populacji Polski. Raport\*

*Public health problems in the context of ageing of the population of Poland. Report*

MARIA BARCIKOWSKA<sup>1</sup>, ANNA CZŁONKOWSKA<sup>2</sup>, JAROSŁAW DEREJCZYK<sup>3</sup>, TOMASZ GABRYELEWICZ<sup>4</sup>, ANITA GĘBSKA-KUCZEROWSKA<sup>5</sup>, GRAŻYNA HERCZYŃSKA<sup>6</sup>, HALINA SIENKIEWICZ-JAROSZ<sup>7</sup>, ANDRZEJ JÓŹWIAK<sup>8</sup>, MAREK NARUSZEWICZ<sup>9</sup>, GRZEGORZ OPALA<sup>10</sup>, TADEUSZ PARNOWSKI<sup>11</sup>, MARIA PAWIŃSKA-PRONIEWSKA<sup>12</sup>, MAŁGORZATA RADZIKOWSKA<sup>13</sup>, AGNIESZKA RAJSKA-NEUMANN<sup>14</sup>, MAŁGORZATA RÓSZKIEWICZ<sup>15</sup>, DANUTA RYGLEWICZ<sup>7</sup>, KATARZYNA WIECZOROWSKA-TOBIS<sup>14</sup>, BARBARA WITKOWSKA<sup>16</sup>, TOMASZ ZDROJEWSKI<sup>17</sup>

- Z:
1. Zakładu Badawczo-Leczniczego Chorób Zwyrodnieniowych Centralnego Układu Nerwowego Instytutu Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej Polskiej Akademii Nauk w Warszawie
  2. II Kliniki Neurologicznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie
  3. Szpitala Geriatrycznego im. Jana Pawła II w Katowicach, Zarząd Kolegium Lekarzy Specjalistów Geriatrii w Polsce
  4. Oddziału Alzheimerowskiego Kliniki Neurologii Centralnego Szpitala Klinicznego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Warszawie
  5. Zakładu Promocji Zdrowia i Szkolenia Podyplomowego Państwowego Zakładu Higieny w Warszawie
  6. Biura ds. Współpracy ze Światową Organizacją Zdrowia Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie
  7. I Kliniki Neurologicznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie
  8. Oddziału Geriatrii Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych „Dziekanka” w Gnieźnie, Zarząd Kolegium Lekarzy Specjalistów Geriatrii w Polsce
  9. Centrum Badań nad Miazdżycą Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie
  10. Kliniki Chorób Wieku Podeszłego Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach
  11. Oddziału Psychogeriatryi II Kliniki Psychiatrycznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie
  12. Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Nucleus w Warszawie, konsultant w dziedzinie geriatrii w województwie mazowieckim
  13. Mazowieckiego Centrum Zdrowia Publicznego w Warszawie
  14. Zakładu Gerontologii i Geriatrii Katedry Patofizjologii Akademii Medycznej w Poznaniu, Zarząd Kolegium Lekarzy Specjalistów Geriatrii w Polsce
  15. Instytutu Statystyki i Demografii Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie
  16. Departamentu Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia w Warszawie
  17. Centrum Prewencji Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego Katedry Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii Akademii Medycznej w Gdańsku

### STRESZCZENIE

Szereg czynników powoduje starzenie się populacji: poprawa warunków życia, postępy medycyny i, przede wszystkim, spadek wskaźnika urodzeń. Starzenie się populacji obserwuje się w wielu krajach świata. W Polsce, choć sytuacja nie jest tak dramatyczna, odsetek osób powyżej 60 roku życia stanowi ok. 13% ogółu populacji i wykazuje tendencję wzrostową. W raporcie przedstawiono prognozy demograficzne, omówiono podstawowe problemy zdrowotne związane ze starzeniem się i formy opieki nad osobami starszymi. Zidentyfikowano czynniki negatywnie wpływające na jakość życia osób starszych w Polsce, zasugerowano podjęcie działań mających na celu poprawę ich sytuacji w systemie opieki zdrowotnej.

### SUMMARY

A number of factors contribute to the population ageing: an improvement of living conditions, advances in medicine and, above all, a drop in the birth-rate. Ageing of the population is a common phenomenon observed all over the world, especially in developed countries. In Poland, even though the situation is not dramatic yet, people aged over 60 years constitute about 13% of the total population and this percentage will undoubtedly rise in the future. In the report a demographic prognosis for Poland, major health problems related to ageing, and forms of care provided to the elderly are presented. Moreover, essential factors negatively affecting their quality of life are identified. The authors suggest what procedures and activities should be undertaken to improve the situation of the elderly in the Polish health care system.

---

**Słowa kluczowe:** starzenie się / zdrowie / prognozy demograficzne / choroby wieku starszego / opieka geriatryczna / opieka długoterminowa  
**Key words:** ageing / health / demographic prognosis / health problems of the elderly / geriatric care / long-term care

---

\* Raport powstał w ramach priorytetu 5 „Starzenie i zdrowie” (*Ageing and health*), umowy podpisanej między Regionalnym Biurem Światowej Organizacji Zdrowia dla Europy oraz Ministerstwem Zdrowia. Umowa realizowana w latach 2004–2005 dotyczyła strategicznych potrzeb Polski w dziedzinie ochrony zdrowia. Koordynatorem priorytetu nr 5 był Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Prezentowany tekst jest zmodyfikowaną wersją raportu przekazanego Ministrowi Zdrowia w styczniu 2006 r.

Wzrost populacji starszych osób rodzi skutki odczuwane przez całe społeczeństwo i rzutuje na gospodarkę, stosunki społeczne i kulturę danego kraju. Większość krajów rozwijających się, w tym również Polskę, problem ten jeszcze nie dotyka w dramatycznej formie, niemniej trzeba przygotować się do zadań, jakie stawia proces starzenia się społeczeństw i długowieczność obywateli. Konieczne jest podjęcie odpowiednich działań, opracowanie polityki nakierowanej na specyficzne potrzeby zdrowotne osób starszych.

Lawinowy wzrost liczby osób starszych stawia przed opieką zdrowotną nowe wyzwania, związane z zapewnieniem im opieki medycznej i socjalnej. Osoby w podeszłym wieku (ponad 65 lat) stanowią w Polsce blisko 13% ogółu populacji, jednak w znacznie większym stopniu niż pozostałe grupy wiekowe korzystają ze świadczeń społecznych i zdrowotnych. Według danych Państwowego Zakładu Higieny wskaźniki hospitalizacji w tej grupie wiekowej są 2–3-krotnie wyższe niż dla ogółu ludności. W badaniach gospodarstw domowych emerytów prowadzonych przez Główny Urząd Statystyczny (GUS), blisko 70% osób zadeklarowało obecność choroby przewlekłej, a 19% stwierdziło występowanie ogólnych problemów zdrowotnych. Połowa respondentów była niepełnosprawna, w tym 32% osób badanych miało orzeczoną niepełnosprawność, a 40% zadeklarowało niepełnosprawność biologiczną. Jednocześnie wyniki badania Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego z 2000 r. oraz analiza porównawcza z analogicznymi wynikami badania z 1997 r. wykazała zwiększający się wraz z upływem czasu udział osób w podeszłym wieku, którzy negatywnie oceniają stan swojego zdrowia, odpowiednio z 41% do 52% [1, 2].

Wiedza o starzeniu się społeczeństwa, o problemach wieku podeszłego jest niezbędna, by móc racjonalnie zaplanować i efektywnie wykorzystać istniejące możliwości zapewnienia odpowiedniej opieki nad osobami w podeszłym wieku. Potrzeby starzejącego się społeczeństwa, to z jednej strony profilaktyka, a z drugiej odpowiednie procedury diagnostyczne, lecznicze oraz stworzenie systemu opieki

długoterminowej. Dobrze funkcjonujący system ochrony zdrowia powinien wpływać nie tylko na wydłużanie trwania życia, ale przede wszystkim zapewniać warunki do życia w dobrym zdrowiu fizycznym i psychicznym.

## PROGNOZY DEMOGRAFICZNE DLA POLSKI DO 2030 ROKU

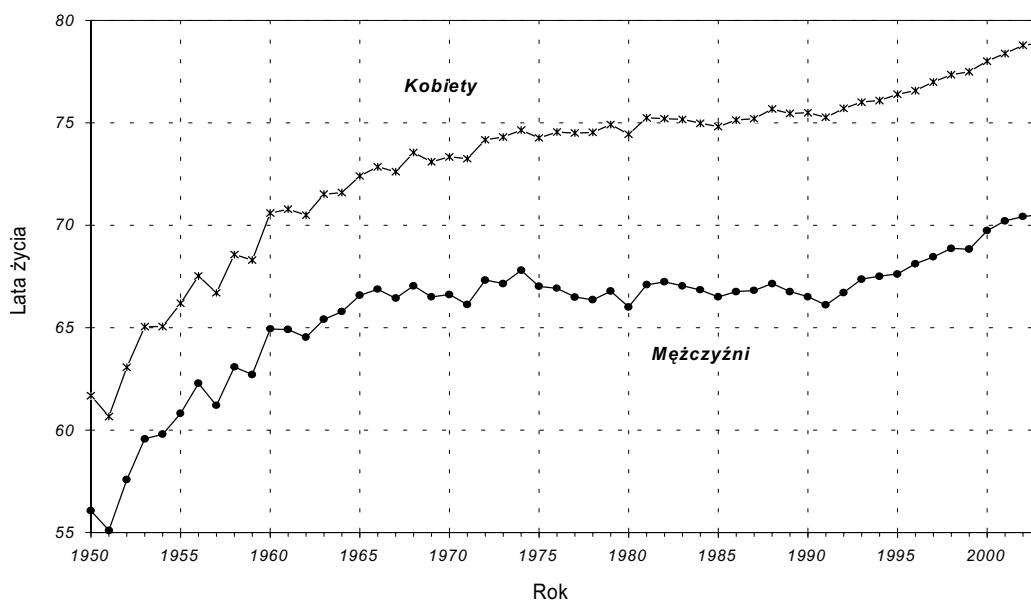
W Polsce, obserwowane już w latach dziewięćdziesiątych zmniejszanie się umieralności, w pozytywny sposób wpływa na długość trwania życia Polaków. W stosunku do 1990 r. trwanie życia mężczyzn w 2003 r. wydłużyło się o 4 lata, zaś kobiet o 3,4 roku (rys. 1), wciąż jednak w porównaniu z krajami Europy Zachodniej wiek dożywania Polaków jest niższy o 4–5 lat dla kobiet i o ok. 6–7 lat dla mężczyzn. Nadal również utrzymuje się duża różnica między trwaniem życia mężczyzn i kobiet – ponad 8 lat, podczas gdy średnia europejska wynosi 5–6 lat [3].

Zgodnie z obserwacjami z 2003 r. przewiduje się, że przy niezmiennych warunkach wymierania populacji, chłopcy urodzeni w 2003 r. osiągną średnio wiek 70,5 lat, dziewczynki zaś 78,9 lat. W kolejnych latach, według prognoz GUS, w dalszym ciągu będzie następował spadek

Tablica 1. Ocena przeciętnego trwania życia w Polsce w roku 2002 i przewidywanego do roku 2030

Porównywana populacja	Przeciętne trwanie życia w roku (lata)			
	2002	2010	2020	2030
Ogółem	74,5	76,9	78,7	80,0
Mężczyźni	70,4	73,3	75,8	77,6
Kobiety	78,8	80,6	81,8	83,3

umieralności i systematyczny wzrost przeciętnej długości trwania życia do poziomu ok. 77,6 lat dla mężczyzn oraz do 83,3 lat dla kobiet w 2030 r. (tabl. 1).



Rysunek 1. Przeciętne trwanie życia w latach 1950–2003 w Polsce

Zgodnie z przewidywaniami, okres po 2020 r. będzie charakteryzował się gwałtownym starzeniem się ludności. Znaczny przyrost nastąpi w najstarszych grupach wiekowych. Liczba osób w wieku 85 lat i więcej, która obecnie wynosi niespełna 320 tys. (0,8%), wzrośnie do 2010 r. o 50% i osiągnie pół miliona (1,3%), a w 2030 r. prawie 800 tys. (2,2%). Populacja powyżej 65 roku życia, która obecnie liczy niewiele ponad 4 miliony (11,2%), zgodnie z przyjętymi szacunkami w roku 2030 będzie liczyć ok. 8 milionów (22,6%) [4, 5].

## PODSTAWOWE PROBLEMY ZWIĄZANE ZE STARZENIEM SIĘ SPOŁECZEŃSTWA

### Choroby wieku podeszłego

W wieku podeszłym wzrasta rozpowszechnienie chorób przewlekłych oraz pojawiają się liczne dysfunkcje narządów zmysłów (np. głuchota, jaskra, zaćma) powodujące pogarszanie się funkcjonowania społecznego.

Wśród schorzeń, które najczęściej dotykają osoby w wieku podeszłym na pierwszym miejscu znajdują się choroby układu sercowo-naczyniowego. Wraz z wiekiem rośnie ryzyko występowania nadciśnienia tętniczego, choroby niedokrwiennej serca, migotania przedsionków oraz udaru mózgu. Z danych pochodzących z 2001 r. wynika, że 48% ogółu zgonów w Polsce jest spowodowane chorobami układu krążenia. Głównymi przyczynami zgonu są: zawał mięśnia serca i udar mózgu. W Polsce szczególnie niekorzystna sytuacja dotyczy udarów mózgu. Udar mózgu jest główną przyczyną inwalidztwa osób powyżej 60 roku życia oraz trzecią co do częstości przyczyną zgonu. Umieralność z powodu udaru mózgu jest w Polsce jedną z najwyższych w Europie obok Rosji, Bułgarii, Węgier i Danii, i rośnie wraz z wiekiem. W ostatnich latach zaobserwowano, że w przeciwieństwie do malejącej liczby zgonów z powodu zawału serca, umieralność z powodu udaru mózgu zwłaszcza u osób powyżej 75 roku życia wyraźnie wzrasta. U najstarszych pacjentów przebieg udaru jest cięższy, a ryzyko zarówno zgonu jak i niesprawności związanej z udarem mózgu znacznie większe [6, 7, 8].

Kolejnym istotnym problemem w starzejącym się społeczeństwie jest wzrost liczby osób, u których przyczyną dolegliwości są postępujące zmiany zwyrodnieniowe mózgu [9]. Wśród nich dominują zaburzenia pamięci oraz choroba Parkinsona. Otepienie jest jedną z głównych przyczyn inwalidztwa osób w podeszłym wieku i jednym z ważniejszych problemów zdrowia publicznego z powodu koniecz-

ności organizowania długotrwałej opieki, czy też programów pomocy dla opiekunów. Wyniki polskich badań epidemiologicznych wskazują na podobne rozpowszechnienie otępienia, jak w innych krajach Unii Europejskiej (tabl. 2). Szacuje się jednak, że rozpoznanych jest jedynie kilkanaście procent ogółu przypadków otępienia [10].

Parkinsonizm należy do jednej z najczęstszych chorób zwyrodnieniowych ośrodkowego układu nerwowego. Jego rozpowszechnienie mieści się w zakresie od 65,6/100000 do 164,2/100000. Głównym czynnikiem ryzyka wystąpienia parkinsonizmu jest wiek. Choroba ta rzadko występuje poniżej 50 roku życia, natomiast wraz z wiekiem jej częstość stopniowo wzrasta, w grupie wiekowej 50–54 lata współczynnik zapadalności wynosi 20/100000, w grupie 70–74 lata – 80/100000.

U osób starszych wzrasta również rozpowszechnienie padaczki. W krajach uprzemysłowionych, w ostatnich 30 latach, stwierdzono zmniejszenie zapadalności na padaczkę wśród dzieci i jednocześnie jej wzrost wśród osób starszych. U osób w podeszłym wieku zwiększenie zapadalności związane jest ze wzrostem wskaźnika przeżywalności chorych z naczyniowymi chorobami mózgu.

Z wiekiem rośnie wyraźnie liczba osób z cukrzycą i nietolerancją węglowodanów. W przedziale pomiędzy 55 a 64 rokiem życia wynosi 15,7%, a po 85 roku życia 50,6% [13].

Niewątpliwym problemem wieku podeszłego są również choroby narządu ruchu, które dotyczą ok. 80% osób powyżej 70 roku życia. Są to przede wszystkim zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa, stawów biodrowych i kolano- wych, które ograniczają sprawność pacjentów i znacząco pogarszają jakość ich życia [14]. Z badania kwestionariuszowego Pentoru z 1994 r. wynika, że w Polsce tego typu dolegliwości występują u ok. 50% osób. Poważny problem społeczny stanowi inwalidztwo spowodowane chorobami kręgosłupa. W Instytucie Psychiatrii i Neurologii przeprowadzono w 1999 r. analizę orzeczeń o inwalidztwo wydanych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych w obrębie rejonu obejmującego 300000 mieszkańców. Ok. 1/3 wszystkich orzeczeń o inwalidztwie z powodu chorób neurologicznych stanowiły orzeczenia wydane z powodu chorób kręgosłupa i korzeni nerwowych. Także osteoporoza należy do chorób o szerokim zasięgu społecznym. Biorąc za podstawę statystyki międzynarodowe, szacuje się, że w Polsce przy populacji 11 mln 600 tys. po 50 roku życia (stan na dzień 30 czerwca 2004 r.) osteoporozą może być dotkniętych ok. 2,2 mln kobiet i ok. 1 mln mężczyzn. Mimo narastającej liczby złamań w przebiegu osteoporozy, nie prowadzi się w kraju szerokich programów jej profilaktyki dla osób powyżej 50 roku życia [15, 16, 17, 18].

Wśród innych dysfunkcji związanych z podeszłym wiekiem istotne znaczenie mają zaburzenia snu dotyczące ok. 20% osób po 65 roku życia, przewlekła obturacyjna choroba płuc i zaburzenia zwieraczy [14].

Zwiększająca się liczba stresowych czynników psychospołecznych, zmniejszenie poczucia bezpieczeństwa stały się normą końca XX i początku XXI wieku. Zjawiska te przyczyniają się do występowania u osób starszych znaczącej liczby nieprawidłowych reakcji adaptacyjnych oraz reakcji dekompensacyjnych, co często staje się przyczyną depresji oraz występowania reakcji urojeniowych związanych

Tablica 2. Porównanie rozpowszechnienia otępienia w metaanalizie badań z całego świata [11], badaniach przeprowadzonych w różnych krajach europejskich (EURODEM) [12] i w Polsce (Mokotów) [10]

Wiek (lat)	Metaanaliza [11] (%)	EURODEM [12] (%)	% min.	% max.	Mokotów [10] (%)
65–69	1,4	1,4	0,4	3,2	1,9
70–74	2,8	4,1	1,0	5,4	5,8
75–79	5,6	5,7	2,5	9,0	8,6
80–84	10,5	13,0	5,7	17,9	16,5

z nieprawidłową interpretacją nowych sytuacji życiowych. Często depresje nie leczone są przyczyną śmierci, a źle leczone, w przypadku osób starszych, wiążą się z nieuzasadnioną polipragmazją. Wskaźnik samobójstw w Polsce w grupie 65-latków jest wysoki i na przestrzeni ostatnich lat wykazywał tendencje wzrostowe. Konflikty międzypokoleniowe, brak rodzin wielopokoleniowych prowadzących wspólne gospodarstwo, izolacja rodzinna i społeczna osób w wieku podeszłym, konsekwencje przemieszczenia, ubóstwo, samotność, alkoholizm, to najpoważniejsze czynniki suicydogenne w grupie seniorów.

Osoby w starszym wieku są często obciążone różnymi schorzeniami jednocześnie, dlatego rozważna farmakoterapia w tej grupie chorych ma szczególne znaczenie. Wynika to z odrębności w metabolizmie i zmienionej wrażliwości narządów na leki. U osób po 80 roku życia 20% przyjęć do szpitali jest spowodowane występowaniem interakcji oraz objawów niepożądanych [19].

### **Czynniki zwiększające ryzyko występowania chorób somatycznych**

Nadciśnienie tętnicze, nadwaga, wysoki poziom cholesterolu, nikotynizm, alkoholizm, mała aktywność fizyczna lub jej brak są wiodącymi czynnikami ryzyka chorób wieku podeszłego. W celu oceny częstości występowania i kontroli tych czynników podjęto w Polsce realizację programu NATPOL PLUS (Nadciśnienie Tętnicze w Polsce Plus Zaburzenia Lipidowe i Cukrzyca), którym została objęta również populacja osób starszych. W badaniu prowadzonym na grupie 3051 osób, z których reprezentatywną część stanowiły osoby w wieku 60–94 lata, stwierdzono większe rozpowszechnienie czynników ryzyka chorób naczyniowych w grupie osób starszych. U osób powyżej 59 roku życia nadciśnienie tętnicze stwierdzono w 57,5%, hipercholesterolemię w 78%, a hiperhomocysteinemię w 29% (HCY > 15  $\mu\text{mol/l}$ ). Osoby starsze paliły rzadziej, jednak nadal odsetek palaczy wynosił 17% [20].

Hiperhomocysteinemia jest jednym z ostatnio udokumentowanych, modyfikowalnych czynników ryzyka rozwoju miażdżycy. Podwyższony poziom homocysteiny ma szczególne znaczenie w odniesieniu do populacji osób starszych, gdyż nie tylko sprzyja narastaniu zmian miażdżycowych w tętnicach, ale również może powodować występowanie zmian zwyrodnieniowych mózgu. Podwyższony poziom homocysteiny może być m.in. wynikiem niedoborów kwasu foliowego i witamin grupy B, co często występuje w populacji osób w podeszłym wieku [21, 22]. Ograniczenie niekorzystnego wpływu hiperhomocysteinemii można osiągnąć wprowadzając suplementację produktów spożywczych w kwas foliowy i witaminy grupy B [23]. Dobrze udokumentowane badania kliniczne wskazują, że odpowiednie spożycie produktów zawierających foliany zmniejsza ryzyko występowania nadciśnienia tętniczego u kobiet, raka krtani i nowotworów jamy ustnej, raka jelita grubego i raka sutka [24].

W grupie osób starszych bardzo istotne znaczenie odgrywają takie czynniki psychologiczne, jak: negatywny bilans życia, izolacja społeczna, świadomość utraty pozycji społecznej, obawy przed zubożeniem materialnym, które ograniczają funkcjonowanie społeczne starszego człowieka i zwiększają liczbę dolegliwości somatycznych [25]. Bada-

nie przeprowadzone wśród 65-letnich i starszych mieszkańców Katowic wykazało, że częstość występowania braku satysfakcji życiowej występuje u 30% kobiet i 25% mężczyzn, a osamotnienie u 37% kobiet i 30% mężczyzn [26]. Dlatego tak ważne jest uświadamianie społeczeństwa o występowaniu wyraźnej współzależności między trybem i stylem życia w okresie poprzedzającym starość a jakością życia w okresie emerytalnym.

Poprzez zmianę stylu życia (ruch, ograniczenie palenia papierosów i picia alkoholu, spożywania soli i tłuszczów zwierzęcych) udaje się obniżyć ciśnienie tętnicze i stężenie cholesterolu oraz zapobiec cukrzyce. Zasady zdrowego trybu życia na szeroką skalę stosowane są w społeczeństwach o wysokim poziomie socjoekonomicznym. W Polsce badania przeprowadzone w latach 1999, 2001 i 2004 przez Szkołę Główną Handlową w Warszawie (SGH) wykazały, że jedynie w ok. 20% gospodarstw domowych sprawy zabezpieczenia materialnego i zdrowego trybu życia traktowane są jako równie ważne i wysoko rangowane.

### **Uwarunkowania psychospołeczne i socjalno-ekonomiczne populacji osób starszych w Polsce**

W Polsce nie ma tradycji i kultury przygotowania i osvajania się ze starością, co często przy skromnych możliwościach finansowych i ubogiej ofercie ciekawego zagospodarowania czasu (rekreacja, aktywny wypoczynek czy turystyka) wywołuje monotonię, nudę i frustrację [27].

Przygotowanie do postępującego starzenia w aspekcie ekonomicznym jest w Polsce niedostateczne. Badania prowadzone w latach 1999, 2001 i 2004 przez SGH pokazały, że tylko w 52% gospodarstw domowych, potrzeba zabezpieczenia materialnego w okresie starości traktowana była jako najważniejsza lub co najmniej równie ważna, jak większość innych potrzeb. W pozostałych 48% gospodarstw domowych, potrzeba ta była traktowana jako drugorzędna lub wręcz marginalna. Tak znaczna frakcja gospodarstw marginalizujących problem bezpieczeństwa materialnego w okresie starości może budzić niepokój tym bardziej, że towarzyszy jej niska skłonność do oszczędzania, ujawniająca się tym, że jedynie ok. 20% gospodarstw domowych stać na oszczędzanie, przy stopie oszczędzania szacowanej na poziomie ok. 13%.

Taki stan rzeczy sugeruje, że po upływie ok. 10–15 lat, kiedy w wiek emerytalny wkroczą roczniki wyżu demograficznego lat pięćdziesiątych i proces demograficzny starzenia się ulegnie pogłębieniu, Polska stanie wobec problemu zwielokrotnionych potrzeb w zakresie świadczeń emerytalnych oraz znacznego obciążenia systemu świadczeń społecznych przez koszty opieki medycznej licznych generacji emerytów, bądź też deprywacji znacznej części gospodarstw domowych, w których możliwości dochodowe wyczerpią się [28].

By złagodzić obciążenia finansowe z tego tytułu konieczne jest postulowanie takich działań w zakresie polityki społecznej, które byłyby nakierowane w pierwszej kolejności na uświadamianie i edukację, i które podkreślałyby zależność pomiędzy stylem życia oraz podejmowaniem działań w okresie przedemerytalnym a jakością życia w późniejszym okresie. Wydaje się bowiem, że poziom tej świadomości jest w polskim społeczeństwie niski.

## PROBLEMY OPIEKI NAD OSOBAMI STARSZYMI W POLSCE

### Opieka geriatryczna

Przy istniejącym aktualnie systemie świadczeń medycznych grupa osób starszych znajduje się na najsłabszej pozycji w odniesieniu do możliwości uzyskania specjalistycznej opieki medycznej. Zarazem w tej grupie wraz z wiekiem rośnie zapotrzebowanie na usługi medyczne, w szczególności na leczniczo-pielęgnacyjne oraz leczniczo-rehabilitacyjne. Częstsza staje się potrzeba wizyt domowych lekarzy pierwszego kontaktu, dłuższy jest czas trwania standardowej wizyty lekarskiej, zwiększa się częstość wezwań załóg Pogotowia Ratunkowego [29].

Istniejący system opieki nad osobami starszymi jest niewydolny zarówno w zakresie opieki ambulatoryjnej podstawowej, jak i specjalistycznej. Obserwuje się zarówno brak przygotowania lekarzy pierwszego kontaktu z zakresu wiedzy geriatrycznej jak i niedobór lekarzy geriatrów. Brakuje procedur postępowania farmakologicznego, co zwiększa ryzyko powikłań podczas stosowania polipragmazji i rzutuje na wzrost konsumpcji leków. Nie ma programów rozwoju opieki nad osobami starszymi, wspieranych przez Ministerstwo Zdrowia, co w sposób zasadniczy uniemożliwia wdrażanie standardów opieki geriatrycznej. Niekorzystna sytuacja materialna służby zdrowia ogranicza możliwości realizowania skutecznego leczenia.

Opieka geriatryczna w Polsce prowadzona jest przez:

- a. całodobowe oddziały geriatryczne,
- b. geriatryczne oddziały dzienne,
- c. ambulatoryjnie, w tym w ramach opieki domowej.

Każda z tych form opieki napotyka na szereg nierozwiązanych jak dotąd problemów.

Ad a. Najważniejszym problemem tej formy opieki jest brak uwzględnienia odrębności starszych pacjentów i typowych cech medycyny geriatrycznej (np. wielochorobowości) w zasadach kontraktacji usług z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ). Na ogół nie ma możliwości łączenia kilku procedur diagnostycznych bądź terapeutycznych stosowanych u pacjenta, co zmusza do wykonywania świadczeń bez faktycznego pokrycia kosztów. Sytuacja ta przyczynia się do pogarszania stanu finansowego oddziałów geriatrycznych, a co za tym idzie do zmniejszenia w nich liczby łóżek (z 465 w 1999 r. do 300 w 2004 r.), do ich częściowej likwidacji (Szczecin) lub włączania je w struktury oddziałów internistycznych (Chorzów, Kraków).

Niekorzystna jest również sytuacja w odniesieniu do oddziałów psychogeriatrycznych. Obecnie w szpitalach psychiatrycznych na terenie Polski znajduje się 16 całodobowych oddziałów psychogeriatrycznych (najwięcej w woj. śląskim – 5 i mazowieckim – 4), w których jest 548 łóżek. W roku 2004 w oddziałach tych leczone były 4432 osoby. Średni czas hospitalizacji wynosił 40,8 dni [30].

Ad b. Geriatryczne oddziały dzienne nie zostały w obecnym systemie służby zdrowia określone ani umiejscowione w oficjalnych strukturach opieki medycznej (Ministerstwo Zdrowia). Nieliczne działające tego typu placówki są ulokowane w strukturach szpitali miejskich i klinicznych i mają olbrzymie problemy z zakontraktowaniem w NFZ

swoich usług na poziomie ponoszonych kosztów. Postulowane jest tworzenie dwóch tego typu oddziałów, w których pracować powinni lekarze po specjalizacji z geriatry: oddziały diagnostyczno-terapeutyczne i profilaktyczno-rehabilitacyjne.

Przy szpitalach psychiatrycznych organizowane są także oddziały dzienne, ale ich ilość jest minimalna i nie zaspokaja potrzeb nawet mieszkańców dużych miast (8 oddziałów) [31].

Ad c. Powstające dopiero w Polsce formy geriatrycznej opieki ambulatoryjnej i domowej uważane są obecnie za najbardziej właściwe. Zapewniają bowiem holistyczną opiekę medyczną nie tylko pacjentowi, ale również jego rodzinie i/lub opiekunom. Powinny one stanowić alternatywę (lub uzupełnienie) opieki podstawowej, tj. opieki lekarza rodzinnego [32]. Zgodnie z opracowanymi w Polsce standardami [33], tego typu opieka powinna być prowadzona przez zespół specjalistów, przygotowanych do opieki nad starszym pacjentem. Interdyscyplinarny zespół geriatryczny winien składać się z lekarza geriatry, pielęgniarki i rehabilitanta/fizjoterapeuty oraz pracownika socjalnego, i – w zależności od doraźnych potrzeb zdrowotnych chorego – powinien być rozszerzany o psychologa, farmaceutę czy dietetyka, a także niezbędnych konsultujących specjalistów. Obecne procedury NFZ w specjalności geriatry dla opieki ambulatoryjnej nie przewidują nie tylko kontraktowania usług rehabilitacji geriatrycznej, ale również z zakresu pielęgniarstwa geriatrycznego, oraz pracy innych członków zespołu.

Geriatryczna opieka domowa powinna być prowadzona przez zespół opieki domowej (zespół wyjazdowy). Zespół opieki domowej obejmuje stałą multidyscyplinarną opieką chorych w starszym wieku, których stan zdrowia i/lub warunki mieszkaniowe nie pozwalają na wyjście z domu i osobiste przybycie do poradni. Do zadań zespołu należy również przygotowanie rodziny i/lub opiekunów chorych do opieki nad osobą starszą. Opieka domowa jest nie tylko zdecydowanie tańsza niż opieka szpitalna, ale również korzystniejsza dla pacjenta. Koordynatorem realizowanych świadczeń w każdym przypadku winien być lekarz geriatra we współpracy z lekarzem rodzinnym i zespołem lekarzy na poziomie opieki szpitalnej.

Także konieczne jest wprowadzenie specjalistycznych konsultacji z zakresu geriatry w szpitalach ogólnych, ze względu na wysoki w nich odsetek starszych pacjentów. Celowi temu winien służyć geriatryczny zespół konsultacyjny współpracujący ściśle z ordynatorem i personelem oddziału, działający na zlecenie lekarza prowadzącego.

### Opieka długoterminowa

Opieka nad człowiekiem starszym, przewlekle chorym, niepełnosprawnym jest oparta na wzajemnym współdziałaniu podmiotów świadczących usługi w sektorze opieki zdrowotnej i pomocy społecznej. Podstawową zasadą, która wyznacza kierunki takiego współdziałania, jest dążenie do takiej organizacji opieki zdrowotnej i socjalnej, która umożliwiałaby jak najdłuższe funkcjonowanie w warunkach domowych. W przypadku problemów zdrowotnych, pacjent może skorzystać z podstawowej opieki zdrowotnej lub opieki stacjonarnej, realizowanej w warunkach szpitalnych. Natomiast do opieki długoterminowej kwalifikują się osoby

Tablica 3. Liczba zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych w Polsce od roku 1999

Typ zakładu	1999		2002		2003		2004	
	liczba łóżek	liczba zakładów	liczba łóżek	liczba zakładów	liczba łóżek	liczba zakładów	liczba łóżek	liczba zakładów
Zakłady opiekuńczo-lecznicze	8521	95	11623	174	11868	182	12415	221
Zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze	861	20	3642	100	3821	103	4553	118

z chorobą przewlekłą w fazie nieuleczalności, z pogłębiającą się niepełnosprawnością, u których wystąpiły, bądź mogą wystąpić powikłania związane z długotrwałym unieruchomieniem. Są to chorzy, którzy nie kwalifikują się do leczenia szpitalnego, ale wymagają stałej profesjonalnej pielęgnacji, rehabilitacji i opieki.

Aktualnie w ramach ubezpieczenia w NFZ pacjent może skorzystać z opieki długoterminowej realizowanej w oddziałach dla przewlekle chorych, przez zakłady opiekuńczo-lecznicze i zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze, które zgodnie z ustawą z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. nr 91, poz. 408 z późn. zm.) są zakładami opieki zdrowotnej. Pacjenci obłożnie i przewlekle chorzy przebywający w domu, którzy ze względu na istniejące problemy zdrowotne wymagają udzielania systematycznych świadczeń pielęgniarstwa, mogą skorzystać z pielęgniarstwa opieki długoterminowej realizowanej w warunkach domowych. U kresu życia lub w fazie znacznego zaawansowania choroby pacjent może być objęty odrębną, specjalistyczną opieką paliatywną.

Z danych GUS (stan na dzień 31 grudnia 2004 r.) wynika, że od czterech lat liczba zakładów opieki długoterminowej systematycznie rośnie (tabl. 3) [34]. Wzrasta jednak głównie liczba zakładów niepublicznych, w których koszt pobytu jest wyższy niż w zakładach publicznych. Należy podkreślić, że liczba placówek państwowych jest nadal niewystarczająca, co powoduje długi okres oczekiwania na miejsce, od 3 do 6 miesięcy.

W przypadku chorych z otępieniem najlepszym środowiskiem dla pacjenta jest jego dom. Może się tam czuć najpewniej i najbezpieczniej pod warunkiem, że ma odpowiednią pomoc i opiekę. Najważniejszą dla chorego osobą staje się wówczas opiekun, bez którego nie może samodzielnie funkcjonować. Organizując pomoc dla chorych należy pamiętać o potrzebach opiekunów, tym bardziej, że najczęściej są to również osoby w podeszłym wieku. Opieka wspierająca powinna umożliwiać opiekunom wypoczynek. Może ona trwać od kilku godzin do kilkudziesięciu dni. Są możliwe różne typy wsparcia: w domu, w oddziale dziennym, nocnym lub ośrodku opieki okresowej. Część potrzeb mogą zaspokajać organizacje pozarządowe (jak np. stowarzyszenia alzheimerowskie), które organizują grupy samopomocy i wsparcia, prowadzą poradnictwo i pomoc psychologiczną, inicjują działania propagandowo-educacyjne.

Opieka długoterminowa wymaga reorganizacji z powodu jej stosunkowo niskiej dostępności. W badaniu epidemiologicznym przeprowadzonym w warszawskiej dzielnicy Mokotów, tylko 6 spośród 70 osób (4,2%), u których rozpoznano otępienie, korzystało z pomocy instytucji opiekuńczych w czasie trwania badania [10]. Sytuacja ta odbiega od spotykanej w innych krajach, np. w Helsinkach

jedynie 25 osób (27%) z 93 badanych nie korzystało z takiej pomocy. W całej Finlandii 57% osób powyżej 65 roku życia, ze średnim i głębokim otępieniem korzysta z różnych form opieki [35].

Problemem jest również brak możliwości kontroli jakości opieki w komercyjnych ośrodkach opieki. Kwestie odpowiedzialności za leczenie i stosowanie zaleceń lekarskich są trudne do oceny.

Obecnie stosowana idea rozwijania pomocy medycznej nie wydaje się słuszna. Narzucony dychotomiczny podział funkcjonowania ludzi starych: jestem zdrowy – muszę sam radzić sobie w swoim środowisku, lub jestem chory – muszę być hospitalizowany, często jest czynnikiem ryzyka dekompensacji obecnych już chorób, naraża chorego na stres i zwiększa izolację społeczną (np. w depresjach reaktywnych lub zespołach majaczeniowych i psychozach). Konieczne jest więc wprowadzenie form pośrednich, zwiększających różnorodność proponowanych usług, zarówno medycznych jak i społecznych, które stworzą dla chorego, również pacjenta z zaburzeniami psychicznymi, przyjazne środowisko. Spowoduje to przesunięcie ciężaru leczenia i opieki z oddziałów pełnodobowych na formy środowiskowe, i co z tym jest związane, obniżenie kosztów opieki [36].

### Kształcenie lekarzy geriatrów i personelu pomocniczego

Prognozy demograficzne przepowiadające szybki proces starzenia się społeczeństwa wskazują na potrzebę kształcenia lekarzy geriatrów oraz personelu pomocniczego. W tym zakresie sytuacja w Polsce jest zła. Brakuje lekarzy, personelu pielęgniarstwa, rehabilitantów, psychologów, terapeutów i szeregu innych osób przygotowanych do pracy ze specyficzną grupą pacjentów, jaką są pacjenci starsi. W kraju pracuje czynnie ok. 80 geriatrów, a 100 osób, które uyskały specjalizację nie podjęło zatrudnienia zgodnego ze specjalizacją z powodu braku miejsc pracy i trudnych warunków. Obecnie w województwie mazowieckim na 1 specjalistę w dziedzinie geriatryi przypada 77503 pacjentów powyżej 65 roku życia. Województwo nie posiada oddziału geriatrycznego, który spełniałby warunki akredytacji do odbywania specjalizacji z geriatryi, i który umożliwiałby prowadzenie rehabilitacji oraz działalności profilaktycznej [37]. Podobna sytuacja występuje również na terenie innych województw.

W akademiach medycznych geriatrya nie jest przedmiotem zawartym w minimum programowym kształcenia. Wykładany jest on tylko na niektórych uczelniach – czasem w ramach zajęć fakultatywnych. Podobnie, minimalna liczba godzin przeznaczona jest na geriatryę w ramach kursów specjalizacyjnych.

Brakuje miejsc specjalizacyjnych w zakresie geriatryi z powodu braku geriatrycznej bazy szkoleniowej na uczel-

niach medycznych. Z tych samych powodów program specjalizacji z medycyny rodzinnej nie obejmuje problematyki gerontologicznej, co prowadzi do niewystarczającej znajomości geriatry wśród lekarzy rodzinnych. Wszkolenie specjalisty z interny w dziedzinie geriatry trwa 2 lata, z czego pobyt w oddziale geriatrycznym powinien wynosić pół roku. Dla lekarza rodzinnego czas szkolenia w oddziale geriatrycznym winien wynieść jeden rok.

Tak więc, poprawa edukacji zarówno przed-, jak i po-dyplomowej z zakresu specyfiki medycyny geriatrycznej jest warunkiem *a priori* wprowadzenia systemowych zmian w systemie opieki zdrowotnej nad starszymi pacjentami.

## PODSUMOWANIE

### Czynniki pogarszające jakość życia osób starszych w Polsce

Niedostateczna profilaktyka:

- brak właściwych zachowań prozdrowotnych,
- brak troski o zdrowie w okresie aktywności zawodowej.

Rozpowszechnienie chorób przewlekłych:

- występowanie wielu różnych schorzeń równocześnie,
- wzrost rozpowszechnienia chorób związanych z wiekiem, szczególnie chorób ośrodkowego układu nerwowego, zaburzeń psychicznych, chorób układu sercowo-naczyniowego, układu kostno-stawowego, schorzeń nowotworowych,
- ryzyko działań jatrogennych (zbyt wysokie dawki leków, nieodpowiednio dobrane leki).

Rozpowszechnienie czynników ryzyka chorób somatycznych:

- znaczne rozpowszechnienie zaburzeń gospodarki lipidowej, nikotynizmu, wieloletniego nie leczonego nadciśnienia tętniczego,
- niedobory witaminy B<sub>12</sub> i kwasu foliowego (ryzyko hiperhomocysteinemii).

Uwarunkowania psychospołeczne:

- negatywna postawa społeczeństwa wobec starości,
- brak poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego, społecznego, oparcia w rodzinie,
- zła sytuacja finansowa, mieszkaniowa i rodzinna osób w podeszłym wieku,
- brak poczucia bezpieczeństwa, lęk, brak akceptacji w społeczeństwie.

Organizacja opieki zdrowotnej:

- niedostateczna koordynacja opieki medycznej i społecznej, niedostosowanie jej do potrzeb starzejącego się społeczeństwa,
- brak polityki wspierającej rozwój geriatry i określenia jej miejsca w systemie ochrony zdrowia,
- brak standardów w opiece długoterminowej,
- w relacji do potrzeb, zbyt mało instytucjonalnych miejsc dla opieki długoterminowej,
- niedostateczne szkolenie lekarzy opieki podstawowej w zakresie geriatry,
- zbyt mała liczba geriatrów i wykwalifikowanego personelu pomocniczego,
- niedostateczna współpraca pomiędzy lekarzami pierwszego kontaktu a specjalistami,

- niewystarczający poziom badań epidemiologicznych dotyczących rozpowszechnienia zespołów otępiennych,
- brak badań dotyczących oceny potrzeb chorych i ich opiekunów.

### Procedury proponowane w celu ograniczenia wpływu czynników pogarszających jakość życia osób starszych

W zakresie promocji zdrowia:

- edukacja młodzieży na temat prawidłowych zachowań prozdrowotnych,
- edukacja z zakresu profilaktyki chorób układu sercowo-naczyniowego oraz z zakresu czynników ryzyka chorób wieku starszego,
- edukacja lekarzy, pielęgniarek oraz przedstawicieli samorządu na temat starości i starzenia,
- propagowanie zasad postępowania służących zachowaniu zdrowia:

1. zrozumienie podstawowych zasad funkcjonowania organizmu, aby umieć ocenić stan swojego zdrowia, prawidłowo interpretować różne dolegliwości, planować i realizować różne działania, aby nie dopuścić do zachorowania,
2. niedopuszczanie do działań, które mogą mieć wpływ na obniżenie bariery immunologicznej (lekomania, palenie papierosów, alkohol, narkotyki),
3. unikanie nadużywania leków,
4. utrzymywanie wszechstronnej aktywności fizycznej,
5. przestrzeganie zasad prawidłowego odżywiania się,
6. realizowanie procedur, które wzmacniają siły obronne organizmu, rozwijanie umiejętności walki ze stresem.

W zakresie rozpowszechnienia chorób przewlekłych:

- poprawa dostępności opieki specjalistycznej i jej lepsza koordynacja,
- poprawa opieki nad chorymi z udarem oraz współpracy zespołu lekarz – rehabilitant,
- poprawa dostępności nowoczesnych metod rehabilitacji.

W zakresie rozpowszechnienia czynników ryzyka chorób przewlekłych:

- produkcja żywności dla osób starszych (preparaty sojowe, chleb z niską zawartością sodu, suplementacja mąki kwasem foliowym),
- prowadzenie okresowych badań kontrolnych (profilaktycznych).

W zakresie uwarunkowań psychospołecznych:

- tworzenie środowiska ludzi w podeszłym wieku (np. uniwersytety III wieku, kluby),
- edukacja dotycząca stylu życia (kwestie materialne) w okresie przedemerytalnym celem zabezpieczenia życia w okresie emerytalnym, tzw. orientacja na starość,
- edukacja społeczeństwa mająca na celu zmianę postrzegania osób w podeszłym wieku.

W zakresie organizacji ochrony zdrowia:

- stworzenie kompleksowego systemu opieki, w skład którego wejdą następujące formy:
  1. lekarz podstawowej opieki zdrowotnej (lekarz rodzinny),
  2. całodobowa opieka geriatryczna w geriatrycznym lub psychogeriatrycznym oddziale szpitalnym lub oddziale klinicznym,

3. dzienna opieka geriatryczna w dziennym ośrodku opieki geriatrycznej,
  4. specjalistyczna ambulatoryjna opieka geriatryczna realizowana w poradni geriatrycznej,
  5. opieka domowa prowadzona przez geriatryczny zespół opieki domowej w ramach podstawowej opieki zdrowotnej,
  6. geriatryczny zespół konsultacyjny dla lecznictwa zamkniętego i opieki długoterminowej przy oddziale geriatrycznym lub przy poradni geriatrycznej,
    - wdrożenie standardów i procedur medycznych dla osób starszych,
    - monitorowanie standardu świadczeń w zakładach opieki długoterminowej,
    - dostosowanie infrastruktury opieki długoterminowej do lokalnych i zdrowotnych potrzeb osób starszych,
    - tworzenie infrastruktury lokalnej, jak: osiedlowe domy dziennego pobytu, oddziały dzienne, dzienne oddziały rehabilitacji, centra rehabilitacji w warunkach domowych, tworzenie sieci ośrodków opiekuna społecznego,
    - zabezpieczenie w sprzęt medyczny.
- W zakresie kształcenie kadr medycznych:
- wprowadzenie geriatry jako przedmiotu obowiązkowego kształcenia przeddyplomowego dla lekarzy,
  - w ramach szkolenia podyplomowego wprowadzenie (lub zwiększenie) liczby godzin zajęć z geriatry w ramach kursów specjalizacyjnych (dotyczy m.in. specjalizacji z psychiatrii, neurologii, chorób wewnętrznych, chirurgii, okulistyki, laryngologii, medycyny paliatywnej),
  - wzrost liczby miejsc szkoleniowych dla lekarzy, którzy chcą się specjalizować w geriatry,
  - zwiększenie liczby godzin szkolenia z zakresu geriatry dla lekarzy rodzinnych,
  - szkolenie pomocniczego personelu z zakresu geriatry (np. pielęgniarki, rehabilitanci, fizjoterapeuci).

## PODZIĘKOWANIA

Cenne uwagi do raportu wnieśli:

- Elżbieta Buczkowska, Prezes Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych, Warszawa,
- Mgr Iwona Drozdowska-Rusinowicz, Dyrektor Krajowego Centrum Osteoporozy, Prezes Stowarzyszenia Entuzjastów Zdrowej Kości z Konieczności (Stowarzyszenie pacjentów z osteoporozą), Warszawa,
- Prof. dr hab. Tomasz Grodzicki, Krajowy Konsultant w dziedzinie Geriatrii, Kraków,
- Mgr Anna Indulska, Przewodnicząca Mazowieckiej Sieci Szpitali Promujących Zdrowie, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa,
- Dr Krzysztof Kuszewski, z Zakładu Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia oraz Szpitalnictwa, Państwowy Zakład Higieny, Warszawa,
- Mgr Hanna Nowakowska, Prezes Fundacji na Rzecz Kobiet „JA KOBIETA”, Koordynator Forum 50+ Seniorzy XXI wieku, Warszawa,
- Dr Jolanta Perek-Białas, z Instytutu Statystyki i Demografii Szkoły Głównej Handlowej, Warszawa, oraz z Instytutu Socjologii Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków,

- Mgr Halina Siodłak-Potocka, Forum 50+ Seniorzy XXI wieku, Warszawa,
- Prof. Lis Wagner, Division of Country Support Nursing and Midwifery Programme, Biuro Regionalne WHO dla Europy, Kopenhaga.
- Wszystkim im składamy serdeczne podziękowania za ich gotowość pomocy i wkład pracy.

## PIŚMIENNICTWO

1. Gębska-Kuczerowska A. Raport nt. sytuacji społeczno-zdrowotnej ludzi w podeszłym wieku w Polsce. Warszawa: PZH, CMKP; 2005.
2. Gębska-Kuczerowska A, Miller M. Sytuacja zdrowotna ludzi powyżej 65 roku życia w Polsce. *Zdrowie Publiczne* 2006; 116 (1): 135–137.
3. Główny Urząd Statystyczny. Podstawowe informacje o rozwoju demograficznym Polski do 2004 r. W: *Ludność. Stan i struktura w podziale terytorialnym*. Warszawa: GUS; 2005.
4. Główny Urząd Statystyczny. *Rocznik Statystyczny 2004*. Warszawa: GUS; 2004.
5. Rószkiewicz M. Prognozy demograficzne dla polskiej populacji osób starszych. *Psychogeriatrya Pol* 2006, 3 (1): 1–10.
6. Turaj W, Słowik A, Szczudlik A. Pierwszy udar niedokrwienny mózgu u osób bardzo starych – przyczyny, przebieg kliniczny i rokowanie. *Przegl Lek* 2003; 60 (8): 512–5.
7. Ryglewicz D, Hier D, Wiszniewski M, Cichy S, Lechowicz W, Członkowska A. Ischemic strokes are more severe in Poland than in the United States. *Neurology* 2000; 54: 513–5.
8. Członkowska A, Milewska D, Ryglewicz D. The Polish experience in early stroke care. *Cerebrovasc Dis* 2003; 15 (supl 1): 14–5.
9. Opała G. Współczesne problemy neurologii wieku podeszłego. W: Prusiński A, red. *Neurogeriatrya. Praktyczne problemy neurologii w wieku podeszłym*. Lublin: Czelej; 2004: 1–6.
10. Gabryelewicz T. Rozpowszechnienie zespołów otępiennych wśród mieszkańców warszawskiej dzielnicy Mokotów w wieku 65–84 lat. *Psychiatr Pol* 1999; 33 (3): 353–66.
11. Jorm AF, Korten AE, Henderson AS. The prevalence of dementia: a quantitative integration of the literature. *Acta Psychiatr Scand* 1987; 76: 465–79.
12. Hofman A, Rocca WA, Brayne C, Breteler MMB, Clarke M, Cooper B, Copeland JRM, i in. The prevalence of dementia in Europe: A collaborative study of 1980–1990 findings. EURODEM Prevalence Research Group. *Int J Epidemiol* 1991; 20 (3): 736–48.
13. Stolck RP, Pols HA, Lamberts SW, Jong PT, Hofman A, Grobbee DE. Diabetes mellitus, impaired glucose tolerance, and hyperinsulinemia in an elderly population. The Rotterdam Study. *Am J Epidemiol* 1997; 145 (1): 24–32.
14. Touilly V, Chicoye A, Chauvenet M, Greneche S, Piard AL. The ageing population & its social consequences: elderly should be provided in 2003? Which future needs should be anticipated? *Synthesis. Key Indicators* 2003; 3: 1–23.
15. Melton LJ, Chrischilles EA, Cooper C, i in. How many women have osteoporosis? *J Bone Mineral Research* 1992; 7: 1005–10.
16. Melton LJ, Atkinson EJ, O’Conner MK, O’Fallon WM, Riggs BL. Bone density and fracture risk in men. *J Bone Mineral Research* 1998; 13 (12): 1915.
17. Kanis JA, Johnell-Kanis JA, Johnell O, Oden A, Sernbo I, Redlund-Johnell I, Dawson A, De Laet C, Jonsson B. Long-term risk of osteoporotic fracture in Malmö. *Osteoporos Int* 2000; 11: 669–74.



18. Główny Urząd Statystyczny. Rocznik Statystyczny 2005. Warszawa: GUS; 2005.
19. Kosińska K. Problemy lekowe u starszych pacjentów. *Gerontol Pol* 2004; 12 (4): 155–9.
20. Zdrojewski T, Bandosz P, Szpakowski P, i in. Rozpowszechnienie głównych czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego w Polsce. Wyniki badania NATPOL PLUS. *Kardiol Pol* 2004; 61 (supl 4): 5–26.
21. Ryglewicz D, Graban A. Zaburzenia metabolizmu homocysteiny a choroby układu nerwowego. *Czynniki Ryzyka* 2005; supl 11: 36–7.
22. Naruszewicz M. Aktualne spojrzenie na rolę hiperhomocysteinemii w patogenezie miażdżycy. *Pol Przegl Neurol* 2005; 1: 19–22.
23. Kozłowska-Wojciechowska M. Jak zapobiegać hiperhomocysteinemii. Naturalne źródła folianów i witamin grupy B w polskiej diecie. *Czynniki Ryzyka* 2005; supl 11: 25–6.
24. Wołk A. Badania epidemiologiczne nad rolą folianów w rozwoju nowotworów. *Czynniki Ryzyka* 2005; supl 11: 27–8.
25. Parnowski T. Depresje wieku podeszłego. W: Pużyński S, red. *Zaburzenia depresyjne w praktyce lekarza rodzinnego*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2000: 54–62.
26. Żakowska-Wachelko B. Ocena stanu zdrowia i potrzeb osób w wieku 65–74 oraz 75 i więcej lat, mieszkańców Katowic. *Projekt Systemu Opieki Geriatrycznej*. Warszawa-Białystok: Polskie Towarzystwo Gerontologiczne; 1990.
27. Gabryelewicz T. Problemy społeczne i ekonomiczne otępienia. W: Szczudlik A, Liberski P, Barcikowska M, red. *Otępienie*. Kraków: Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2004: 50–2.
28. Rószkiewicz M. The need to provide for security in old age in hierarchy of needs? An estimation of its ranking within the Polish population. *Soc Indic Res* 2004; 69: 199–218.
29. Mianowany ME, Maniecka-Bryła I, Drygas WK. Starzenie się populacji jako ważny problem zdrowotny i społeczno-ekonomiczny. *Gerontol Pol* 2004; 12 (4): 172–6.
30. Instytut Psychiatrii i Neurologii. *Roczne sprawozdanie z zakładów całodobowej opieki psychiatrycznej w 2004 r.* Warszawa: IPIiN; 2005.
31. Parnowski T, Pużyński S. Formy pomocy w psychiatrii wieku podeszłego. W: *Księga Jubileuszowa Uniwersytetu Trzeciego Wieku*. Warszawa: UTW; 2000: 110–4.
32. World Health Organization. *Active ageing: towards age-friendly primary health care*. Geneva: WHO; 2004.
33. Derejczyk J, Grodzicki T, Jakrzewska-Sawińska A, Józwiak A, Klich A, Wieczorowska-Tobis K. Standardy świadczenia usług medycznych w specjalności geriatry. *Gerontol Pol* 2005; 13 (2): 67–83.
34. Główny Urząd Statystyczny. *Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2004 r.* Warszawa: GUS; 2005.
35. Juva K, Sulkava R, Erkinjuntti T, Valvanne J, Tilvis R. The demented elderly in the city of Helsinki: Functional capacity and placement. *J Am Geriatr Soc* 1992; 40: 1146–50.
36. Parnowski T. Organizacja opieki nad osobami z chorobą Alzheimera. W: Leszek J, red. *Choroba Alzheimera*. Wrocław: Volumed; 1998: 243–53.
37. Rejestr lekarzy geriatrów na terenie Mazowsza – dane Działu Doskonalenia Kadr Medycznych Mazowieckiego Centrum Zdrowia Publicznego (stan na dzień 1 maja 2005 r).

*Adres: Prof. Danuta Ryglewicz, I Klinika Neurologiczna Instytutu Psychiatrii i Neurologii,  
ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa, tel. (22) 4582706, fax: (22) 6519301, e-mail: ryglew@ipin.edu.pl*