

Dostosowywanie zasobów kadry medycznej do potrzeb starzejącego się społeczeństwa

Tomasz Karkowski

Katedra Pracy i Polityki Społecznej, Instytut Ekonomik Stosowanych i Informatyki, Wydział Ekonomiczno-Socjologiczny, Uniwersytet Łódzki

Adres do korespondencji: Tomasz Karkowski, Katedra Pracy i Polityki Społecznej, Instytut Ekonomik Stosowanych i Informatyki, Wydział Ekonomiczno-Socjologiczny, Uniwersytet Łódzki, ul. Rewolucji 1905 r. 39, 90-214 Łódź, tkarkowski@uni.lodz.pl

■ Abstract

Adjusting medical staff resources to the needs of an ageing population

The aim of the article is to show the changes in medical staff resources, which are made by creating new specializations or new professions better tailored to the needs of an ageing population. The analysis is based on the data from GUS (the Central Statistical Office), the Ministry of Health and legal acts.

The demographic changes are a serious challenge to the social and economic policies of the EU and its member countries. On the one hand, we can observe that the process of ageing of population accelerates, but on the other hand, the average life expectancy is longer. Moreover, one's health condition changes every year, and after having reached a certain age, elderly people should take care of their health and control it using medical assistance. Losing the capacity to do everyday activities along with memory and cognitive impairment increase the demand for healthcare services, nursing and care services, long-term care and terminal care. That is why it is necessary to create a care system coordinated with those needs and providing appropriate medical staff resources, which will provide professional care for the elderly. The staff will include not only the representatives of "medical professions", such as doctors and nurses, but also other health care professionals (e.g. pharmacists, hygiene experts, health promoters, physiotherapists, dieticians and nutrition specialists) and a so-called auxiliary medical personnel – nurse's assistant, medical guardian. Moreover, we can also observe actions aiming at the improvement of the care for elderly people in Poland, which is done by increasing medical staffs' competencies in geriatric care. Team-based approach to geriatric care, understood as a process of comprehensive evaluation of health problems, physical fitness, mental condition, the level of social support (including family support), financial situation and the conditions of living of a geriatric patient, is carried out by an interdisciplinary geriatric team and aims at improving the level and quality of healthcare services, and patient's functional status and quality of life.

Key words: elderly, geriatrics, geriatric care, health care professionals, interdisciplinary geriatric team

Słowa kluczowe: geriatrya, interdyscyplinarny zespół geriatryczny, opieka geriatryczna, osoby w starszym wieku, specjaliści ochrony zdrowia

■ Wprowadzenie

Personel medyczny stanowi podstawę każdego systemu zdrowotnego i jest zarazem podstawowym zasobem warunkującym poziom dostępności i jakości usług medycznych. Postępujący proces starzenia się populacji oraz wzrost liczby zachorowań na choroby przewlekłe prognozują zwiększenie popytu na świadczenia zdrowotne, w szczególności pielęgnacyjne i opiekuńcze, a zarazem zwiększenie zapotrzebowania zarówno na personel

medyczny [1], jak i osoby, które będą sprawować opiekę nad osobami starszymi.

Ponadto wpływ starzenia się populacji o bardzo wysokiej dynamice w nadchodzących latach w Polsce zaczęła być argumentem działań na rzecz wzrostu kształcenia w specjalizacjach medycznych, które będą potrzebne. W kształceniu kadr medycznych można wskazać dwie tendencje: z jednej strony skracanie i uproszczenie ścieżki edukacji zawodowej dla lekarzy, z drugiej strony – tworzenie nowych zawodów medycznych nastawionych

na świadczenie usług pielęgnacyjnych, w szczególności usługi dla osób starszych i niesprawnych (opiekunowie medyczni, pielęgniarki opieki długoterminowej). Zmiany te mają na celu szybkie zwiększenie dostępności kadr medycznych i przygotowanie ich do zaspokajania potrzeb zdrowotnych starzejącej się populacji [2].

Ponadto starzenie się społeczeństw i dokonujący się postęp w medycynie powodują wzrost kosztów opieki medycznej i świadczeń wsparcia socjalnego, ale również stanowią wyzwanie organizacyjne dla systemu opieki zdrowotnej. Wobec takiej sytuacji istnieje potrzeba kształtowania funkcjonalnej opieki medycznej dla osób w podeszłym wieku. Priorytetową rolę powinna odegrać geriatra, która integrując różne dziedziny medycyny, pozwala całościowo oceniać i rozwiązywać złożone problemy wieku podeszłego przy poszanowaniu odrębności biologicznych, psychicznych i społecznych tej fazy rozwojowej człowieka. Z założenia geriatra ma oferować pacjentowi holistyczną opiekę multidyscyplinarnego zespołu specjalistów, aby zoptymalizować stan zdrowia osób starszych, ich samodzielność, a także poprawić jakość życia [3].

Celem artykułu jest pokazanie zmian w zasobach kadr medycznych poprzez tworzenie nowych specjalizacji czy nowych zawodów lepiej dostosowanych do potrzeb starzejącego się społeczeństwa na podstawie analizy danych z GUS, Ministerstwa Zdrowia, Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych oraz aktów prawnych.

Zawody medyczne

Pojęcie „zawód medyczny” jest szczególnie ważne w kontekście wytyczania granic w sektorze ochrony zdrowia, które dotyczą rozróżniania osób wykonujących zawód medyczny i osób wykonujących zawód ochrony zdrowia czy osób wykonujących inne zawody mające zastosowanie w ochronie zdrowia [4]. Według definicji zawartej w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej [5] – dalej u.d.l. – „Osobą wykonującą zawód medyczny jest osoba uprawniona na podstawie odrębnych przepisów do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz osoba legitymująca się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny” (art. 2 ust. 1 pkt 2 u.d.l.).

W teorii prawa polskiego zwraca się uwagę na konieczność różnicowania statusu zawodów medycznych, klasyfikując je jako główne zawody medyczne, w odróżnieniu od pomocniczych zawodów dla zawodów medycznych. Do głównych zawodów medycznych zaliczono: lekarza, lekarza dentyzę, pielęgniarkę, położną, farmaceutę (z zastrzeżeniem, że farmaceuta wykonujący zawód w aptece, punkcie aptecznym lub hurtowni farmaceutycznej jest aptekarzem) oraz diagnostę laboratoryjnego. Wymienione powyżej medyczne zawody zostały uregulowane w odrębnych ustawach, określających zasady wykonywania poszczególnych zawodów (ustawa z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentyzy [6]; ustawa z dnia 15 lipca 2011 roku

o zawodach pielęgniarki i położnej [7]; ustawa z dnia 19 kwietnia 1991 roku o izbach aptekarskich [8]; ustawa z dnia 27 lipca 2001 roku o diagnostyce laboratoryjnej [9]). Nie została natomiast sklasyfikowana jednoznacznie lista pomocniczych zawodów medycznych, z wyjątkiem zawodu felczera, który posiada uregulowania ustawowe wprowadzone ustawą z dnia 20 lipca 1950 roku o zawodzie felczera [10].

Wśród pomocniczych zawodów medycznych wymieniamy się zawód technika dentyzycznego, technika farmaceutycznego, technika analityki medycznej. Brak jest odpowiednich uregulowań odnośnie do innych zawodów, nazywanych w praktyce lub w piśmiennictwie zawodami medycznymi, np. fizjoterapeuta. Sytuację tę mogłoby zmienić przyjęcie projektu ustawy o niektórych zawodach medycznych, w którym jednak nie używa się sformułowania „pomocnicze zawody medyczne”, tylko użyto pojęcia „niektóre zawody medyczne”, jak (art. 1 ust. 1 przywołanego projektu): asystentka dentyzyczna, dietetyk, fizjoterapeuta, higienistka dentyzyczna, logopeda, masażysta, opiekun medyczny, ortoptysta, protetyk słuchu, psychoterapeuta, ratownik medyczny, technik dentyzyczny, technik elektroradiolog, technik farmaceutyczny, technik ortopeda, terapeuta zajęciowy. Poza wymienionymi powyżej w projekcie ustawy zawodami jest jeszcze spora grupa innych zawodów, które pretendują do tego, aby być zaliczone do zawodów medycznych w zakresie wynikającym z określonych programów kształcenia. Chodzi tu o takie zwody, jak: higienistka dentyzyczna, higienistka szkolna, instruktor terapii uzależnień, opiekunka dziecięca, optometrysta, optyk okularowy, specjalista terapii uzależnień, technik analityki medycznej.

W przypadku gdy dany zawód jest zawodem regulowanym, na obszarze UE obowiązują względem niego zasady uznawania kwalifikacji zawodowych, objętych tzw. dyrektywami sektorowymi lub systemem ogólnym uznawania kwalifikacji, opartym na zasadzie wzajemnego zaufania do narodowych systemów kształcenia, polegającym na porównywalności programów nauczania. W obu przypadkach zastosowanie ma dyrektywa 2005/36/WE w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych w celu uproszczenia systemu uznawania kwalifikacji zawodowych oraz liberalizacji przepisów dotyczących swobody świadczenia usług [11].

Poza wymienionymi powyżej zawodami istnieje jeszcze spora grupa innych zawodów medycznych.

Niektóre z nich zostały wymienione w:

- rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 lutego 2012 roku w sprawie podstawy programowej kształcenia w zawodach [12] w obszarze medyczno-społecznym, w którym wymieniono zawody, które mogą mieć zastosowanie w ochronie zdrowia. Należą do nich opiekun medyczny, opiekun osoby starszej, opiekun w domu pomocy społecznej, opiekunka środowiskowa, terapeuta zajęciowy, ortoptystka, opiekunka dziecięca, technik masażysta, higienistka stomatologiczna, asystentka stomatologiczna, asystent osoby niepełnosprawnej, technik ortopeda, technik dentyzyczny, protetyk słuchu, technik farmaceutycz-

ny, technik sterylizacji medycznej, technik elektroradiolog, technik elektroniki i informatyki medycznej;

- rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej z dnia 23 grudnia 2011 roku w sprawie klasyfikacji zawodów szkolnictwa zawodowego [13] w ramach średniego personelu do spraw zdrowia, które wymienia technika medycznego, technika farmaceutycznego, technika elektroradiologa, technika sterylizacji medycznej, protetyka słuchu, technika dentystrycznego, technika ortopedę, asystentkę stomatologiczną, higienistkę stomatologiczną, technika optyka, technika masażystę, opiekunkę dziecięcą, ortoptystkę, terapeutę zajęciowego. Z zastrzeżeniem, że na rok szkolny 2012/2013 wstrzymano rekrutację kandydatów do klasy pierwszej szkół prowadzących kształcenie w zawodzie technik elektroniki medycznej, a w roku szkolnym 2013/2014 zakończono rekrutację kandydatów do klasy pierwszej szkół prowadzących kształcenie w zawodach ratownik medyczny i dietetyk. Kształcenie w tych zawodach było prowadzone do zakończenia cyklu kształcenia.

Zasady wykonywania wymienionych powyżej zawodów nie są uregulowane w odrębnych przepisach, zostały one jedynie wymienione w cytowanych rozporządzeniach.

Niektóre z wyżej wymienionych zawodów mogą mieć zastosowanie w holistycznej opiece nad starszymi pacjentami. Ponadto już nie w grupie średniego personelu do spraw zdrowia, ale w grupie średniego personelu z dziedziny prawa, spraw społecznych i religii zostały wymienione zawody, takie jak asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun w domu pomocy społecznej, opiekunka środowiskowa.

Sytuacja dotycząca kadr medycznych

Dynamika liczby osób posiadających prawo wykonywania zawodu medycznego jest wypadkową napływu nowych osób i naturalnych ubytków związanych z odchodzeniem roczników starszych oraz podejmowania pracy za granicą. W 2012 roku utrzymały się niepokojące tendencje w strukturze wiekowej lekarzy i lekarzy dentyków uprawnionych do wykonywania zawodu. Zmiany w strukturze wiekowej widoczne były również w grupie pielęgniarek i położnych. Najwięcej pracujących pielęgniarek było w wieku 45–54 lata – 95,4 tys. Najmniej liczną grupę stanowiły pielęgniarki w wieku 65 lat i więcej – 15,5 tys., których było o 23% mniej niż w 2011 roku. Mimo że w większości dziedzin medycyny liczba specjalistów pracujących z pacjentem zwiększa się z roku na rok w dziedzinie chirurgii, psychiatrii czy medycyny rodzinnej, to według opinii krajowych konsultantów można wskazać jeszcze wiele dziedzin medycyny, w których występują deficyty specjalistów i zachodzą obawy o powiększanie się tych deficytów w przyszłości. Powodem obaw są starzenie się kadry medycznej, brak chętnych do robienia niektórych specjalizacji, migracje zagraniczne lekarzy specjalistów do innych krajów, zwiększone zapotrzebowanie na lekarzy niektórych specjalności wynikające z postępu w medycynie oraz

starzenie się ludności [14]. Niedobór oraz starzenie się kadr medycznych dotyczyły nie tylko geriatrici. W najstarszej grupie wiekowej jest 6 tys. lekarzy więcej niż w grupie wiekowej, która po niej następuje. Oznacza to, że mamy problem z zastępowalnością pokoleniową lekarzy. Według danych Naczelnej Izby Lekarskiej w 2012 roku w Polsce ze 174,3 tys. lekarzy i lekarzy dentyków zawód wykonywało 156,6 tys. osób. Polski system opieki medycznej „ratują” m.in. lekarze w wieku emerytalnym. Planując zmiany w systemie opieki medycznej dostosowując jego organizację i zasoby do rosnących potrzeb zdrowotnych starzejących się Polaków, należy uwzględnić zarówno kwestię liczebności, jak i struktury wiekowej lekarzy. Wydolność fizyczna wielu z nich będzie wymagać zatrudnienia w mniejszym wymiarze godzin oraz organizacji pracy najlepiej wykorzystującej ich doświadczenie i kwalifikacje, a odciążającej ich od zadań administracyjnych, które przekazać można personelowi pomocniczemu. Odbiurokratyzowanie pracy lekarzy powinno dotyczyć zresztą wszystkich przedstawicieli tego zawodu, niezależnie od wieku. Brak takich działań może skutkować jeszcze większymi niedoborami kadry medycznej. Lekarzom ponadto powinno się zapewnić większe niż dotychczas wsparcie systemów informacyjnych. To wręcz nieodzowny kierunek zmian, które mają służyć podniesieniu efektywności systemu i zapewnieniu właściwej opieki lekarskiej pacjentom. Brak gwarancji zastępowalności pokoleniowej lekarzy ze starszych grup wiekowych może się pogłębiać ze względu na emigrację młodych lekarzy: zarówno tych, którzy uzyskują wyłącznie podstawowe wykształcenie lekarskie na studiach medycznych, jak i doświadczonych specjalistów z kilkuletnią praktyką zawodową. Otwartość granic i rynku pracy w obrębie UE, szybkie i tanie środki transportu, a także atrakcyjne warunki pracy oraz ułatwienia socjalne oferowane lekarzom, przy coraz mniejszych barierach językowych, będą sprzyjały decyzjom podejmowania pracy za granicą. Z tym samym zjawiskiem mamy już do czynienia także w stosunku do pielęgniarek, rehabilitantów, a także innych grup personelu medycznego. Ogólnie kluczowymi kwestiami dla emigrujących pracowników medycznych są te związane z warunkami pracy i poziomem wynagrodzeń. Można to zaobserwować szczególnie na przykładzie pielęgniarek, których rezygnacja z zawodu lub decyzja o emigracji jest związana z niskim prestiżem zawodu w społeczeństwie i niskimi zarobkami. W ostatnich latach szkoły pielęgniarskie kończyło 6–7 tys. osób, ale tylko co trzecia z nich odbierała zaświadczenie niezbędne do wykonywania zawodu. Średni wiek pielęgniarek w Polsce wynosi 45,6 roku, a położnych 44,5 roku i stale się podnosi. Pielęgniarek między 50. a 60. rokiem życia jest 76,5 tys., a najmłodszych (do 30. roku życia) zaledwie 16,7 tys. Zawód pielęgniarki i położnej w krajach Europy Zachodniej, z uwagi na inną organizację systemu i powierzenie tej grupie zawodowej poważniejszych zadań, które w Polsce wciąż tradycyjnie przypisane są lekarzom, jest lepiej płatny, a także cieszy się większym prestiżem [15]. Tak więc z jednej strony można zaobserwować wzrost popytu na usługi pielęgniarskie, ale z drugiej zmniejsza się zainteresowanie młodzieży podejmowaniem kształcenia

na studiach pielęgniarskich oraz obserwuje się odchodzenie pielęgniarek z zawodu, panaceum na tę sytuację mogłoby być zapewnienie wsparcia początkującym pielęgniarkom/pielęgniarzom, aby przekonać ich do pozostania w zawodzie [16].

Należy zauważyć, że średnia wieku pielęgniarek wynosi 44,24 roku. Najwięcej pielęgniarek – 18,01% jest w przedziale wiekowym 41–45 lat. Łącznie pielęgniarki w wieku 36–55 lat stanowią 69,32% wszystkich pielęgniarek objętych tą analizą. Obserwuje się lukę pokoleniową w przedziale wiekowym 21–35 lat, czyli te roczniki, które zostały poddane zmianom systemów kształcenia pielęgniarek i położnych. Pielęgniarki w tych przedziałach wiekowych stanowią 15,52% wszystkich pielęgniarek objętych badaniem, w tym pielęgniarek w przedziale wiekowym 26–30 lat jest tylko 3,37%. Ponadto od roku 2010 szacuje się systematycznie wzrastający niedobór pielęgniarek, gdyż liczba pielęgniarek wchodzących do systemu nie tylko nie jest tożsama z szacowaną liczbą odchodzących na emeryturę, ale stanowi tylko nieznaczny jej procent: od 46,26% w roku 2010 do 18,61% w roku 2020 [17].

Wobec powyższego zawód pielęgniarki powinien zostać uznany za deficytowy [15].

■ Starzenie się społeczeństwa

Zgodnie z definicją starzenie się populacji oznacza zwiększanie odsetka osób starszych przy jednoczesnym zmniejszaniu odsetka dzieci. W literaturze przedmiotu jako metrykalny próg starości przyjmuje się najczęściej 60 lat według WHO lub 65 lat według ONZ i Eurostatu [18].

W naukach społecznych w opisie tego pojęcia przyjmuje się różne przedziały wiekowe. Gerontologia wyróżnia trzy fazy starości: wczesną (60–74 lata), późną (75–89 lat) oraz długowieczność (90 lat i więcej). W demografii starość dzieli się na: młodszy wiek poprodukcyjny (60–69 lat), starszy wiek poprodukcyjny (70–79 lat) oraz starość sędziwą (powyżej 80 lat). Ogólnie można stwierdzić, że proces starzenia się ludności polega na wzroście liczby osób w starszym wieku i ich udziale w ogólnej liczbie ludności przy jednoczesnym spadku liczby dzieci i młodzieży i ich udziale w ogólnej liczbie ludności [19].

Jednym z najważniejszych wyzwań stojących przed polskim społeczeństwem jest starzenie się populacji i wzrastający udział osób starszych w ogólnej liczbie ludności. Jakkolwiek trudno o jednoznaczne określenie granicy starości, demografowie i politycy społeczni najczęściej odwołują się do wieku kalendarzowego jako kryterium starości. Na ogół w zestawieniach statystycznych, zarówno krajowych, jak i międzynarodowych, określa się 65. rok życia jako granicę starości. Biorąc jednak pod uwagę tendencję do podnoszenia granicy wieku emerytalnego do 67 lat, należy się spodziewać, że ta umowna granica starości zostanie zmieniona. Niezależnie jednak od wieku, jaki zostanie przyjęty za podstawę do kwalifikowania osób do populacji ludzi starych, nie ulega wątpliwości, że populacja ta będzie stawała się z roku na rok coraz bardziej liczna. Jest to skutek coraz

lepszych warunków życia, wpływających na wydłużenie przeciętnego czasu trwania życia, a wzrost udziału tej populacji w całym społeczeństwie spowodowany jest dodatkowo przez obniżający się współczynnik płodności [20].

Demograficzna wizja Polski, jaka wyłania się z najnowszej prognozy ludności – nie jest zaskoczeniem. Czekamy nas dalszy, stopniowy ubytek liczby ludności oraz znaczące zmiany struktury według wieku. Oba te fakty wynikają ze znanych mechanizmów powiązań między natężeniem urodzeń i zgonów a stanami ludności. Spodziewana odbudowa płodności, jaka pojawiła się po 2004 roku, okazała się zbyt słaba, aby przynieść wymierne rezultaty dla wielkości i składu populacji według wieku. Długotrwały spadek urodzeń zapoczątkowany po 1983 roku i utrzymujące się niskie natężenie urodzeń spowodowały, że w wiek prokreacji wchodzi coraz mniej liczne roczniki. Polska znalazła się w takim momencie rozwoju demograficznego, że nawet wzrost współczynnika dzietności do poziomu gwarantującego prostą zastępowalność pokoleń w krótkim okresie nie spowoduje odwrócenia tych procesów i nie powstrzyma zmniejszania się liczby ludności kraju. Przy tak już znacznym zniekształceniu struktury populacji proces odbudowy demograficznej jest procesem powolnym i wymaga konsekwentnych, długofalowych działań. W 2050 roku liczba ludności Polski wyniesie 33 mln 951 tys. W porównaniu ze stanem w roku bazowym 2013 oznacza to zmniejszenie liczby ludności o 4,55 mln, tj. o 12%. Oprócz ujemnego przyrostu naturalnego będziemy obserwować dalsze niekorzystne zmiany w strukturze ludności według wieku oraz zmniejszanie się liczebności kobiet w wieku rozrodczym. Osoby w wieku 65 lat i więcej życia będą stanowiły prawie 1/3 populacji, a ich liczba wzrośnie o 5,4 mln w porównaniu z 2013 rokiem. Z kolei kobiety w wieku rozrodczym w 2050 roku będą stanowiły jedynie 62% stanu z roku wyjściowego.

Należy zaznaczyć, że prognozy Eurostatu, ONZ i GUS są zbieżne w zasadniczej kwestii i zakładają systematyczne postępowanie procesu starzenia się społeczeństwa. Jednak największy przyrost odsetka osób w wieku 80 lat i więcej przewiduje prognoza GUS. Podczas gdy w 2013 roku udział osób omawianej grupy wieku stanowił niecałe 4% ogółu ludności, w 2050 roku będzie wynosił 10,4%. Według Eurostatu i ONZ przyrost ten będzie niższy – wyniesie odpowiednio 9,6% i 8,6%.

Wskaźniki starzenia, jak mediana czy udział ludności w wieku 65+ w populacji ogółem, pokazują, że proces deformacji struktur wynikający ze starzenia populacji jest w większości krajów „starej” Unii bardziej zaawansowany niż w Polsce. Sytuacja zmieni się diametralnie już w ciągu najbliższej dekady, w 2050 roku zaś Polska stanie się jednym z krajów w Europie o najbardziej zaawansowanym procesie starzenia się populacji.

W rezultacie założonych zmian oraz przewidywanych migracji ludności będzie można zaobserwować stopniowe zmniejszanie się liczby ludności Polski do około 34 mln w 2050 roku i w porównaniu z wyjściowym rokiem prognozy (2013 r.) będzie o ponad 4,5 mln Polaków mniej [21].

Kolejnym poważnym problemem, który można zaobserwować, jest niepokojąca tendencja odnośnie do dzietności Europejczyków – podczas gdy przed 40 laty we wszystkich krajach UE współczynnik dzietności przekraczał 2 lub był tylko nieznacznie od 2 niższy (co zapewniło osiągnięcie prostej zastępowalności pokoleń), średnio w UE-27 jest to zaledwie 1,57, a ta niska wartość współczynnika jest wynikiem bardzo niskiej dzietności w większości krajów środkowej, wschodniej i południowej części Europy [22].

Miarą, która opisuje zmiany płodności w sposób syntetyczny, jest przekrojowy współczynnik dzietności ogólnej (*Total Fertility Rate* – TFR) i w momencie rozpoczęcia transformacji społeczno-gospodarczej w Polsce wynosił on 2,07 dziecka przypadających na kobietę w wieku 15–49 lat, czyli zbliżał się do wartości 2,1, która gwarantowała prostą zastępowalność pokoleń. W kolejnych latach spadek dzietności był niestety kontynuowany i osiągnął najniższą wartość w 2003 roku na poziomie 1,22. Od 2004 roku można było zaobserwować powolny wzrost tego współczynnika, który w 2012 roku osiągnął poziom 1,3 [23], ale już w roku 2013 wynosił zaledwie 1,26. Średni wariant płodności zakłada niewielki spadek współczynnika dzietności w ciągu najbliższych dwóch lat i stopniowy wzrost, osiągając w 2030 roku wartość 1,4, aż do wartości 1,52 w końcu horyzontu prognozy, czyli w roku 2050. Z kolei średni wariant umieralności zakłada, że „opóźnienie” Polski w stosunku do krajów rozwiniętych będzie utrzymywało się na tym samym poziomie przez cały okres prognozy. II wariant migracji zagranicznych zakłada wyrównanie się poziomu życia w poszczególnych krajach i w rezultacie zrównoważenia się czynników „wypychających” i „przyciągających” osiągnięcie w 2035 roku zerowego salda migracji zagranicznych na pobyt stały. Założono także, że wartości bezwzględne salda migracji dla miast będą się zmniejszać, jednakże w całym okresie pozostanie ono ujemne, a w końcu okresu prognozy wyniesie –21 tys. [21].

Należy mieć na uwadze fakt, że potrzeby zdrowotne zmieniają się wraz z wiekiem i są z nim silnie skorelowane. W zdecydowanej większości zarówno potrzeby, jak i koszty leczenia rosną wraz z liczbą przeżytych lat. Wobec rosnącej przeciętnej długości trwania życia w Polsce oraz sukcesywnego spadku urodzeń, co skutkuje zwiększeniem udziału osób starszych w populacji, a także rozwoju nowych, kosztownych technologii medycznych, dostrzeganie związanych z tym kosztów opieki zdrowotnej ma podstawowe znaczenie dla zachowania stabilności systemu finansowania ochrony zdrowia w perspektywie najbliższych lat [24].

Wraz ze starzeniem się społeczeństwa konieczne jest, aby ludzie starzeli się w dobrym zdrowiu. Liczba lat zdrowego życia powinna być maksymalnie zwiększona. Jednakże ponieważ ludzie żyją dłużej, oczekuje się, że wzrastać będzie liczba osób starszych o wysokim stopniu niepełnosprawności i wymagających długoterminowej opieki. Ponieważ współwystępujące choroby przewlekłe są zjawiskiem powszechnym w podeszłym wieku, zapotrzebowanie na instytucjonalną opiekę będzie wzrastało, biorąc przykładowo pod uwagę prawdopodobny spadek

liczby opiekunów niezawodowych na skutek zmieniających się struktur rodzinnych [25].

Starzenie się ludności nie jest procesem globalnym. Jest zjawiskiem występującym w wielu krajach wysoko rozwiniętych, zwłaszcza w Europie, ale nie występuje ani w Afryce, ani w Azji, ani w Ameryce Południowej i Ameryce Północnej, ani w Australii [26]. Ogólnie można przyjąć, że im wyższy jest stopień rozwoju społeczno-ekonomicznego kraju, tym wyższe zaawansowanie starzenia się ludności. Oznacza to, że dożywanie starości nie jest już „zarezerwowane” dla wybranych osób, ale dotyczy ono rosnącej części populacji, co przekłada się również na coraz większą heterogeniczność zbiorowości osób starszych. Konieczne jest zatem skupienie się na problemach zdrowotnych osób starszych. Wiąże się to z geriatrią – dziedziną medycyny, która zajmuje się schorzeniami wieku podeszłego [18].

W zmianach struktury populacji w starszym wieku znakomicie widać wpływ wyżów i niżów urodzeń z przeszłości. Do 2025 roku będzie wzrastał udział „młodszej” subpopulacji (65–79 lat), tę grupę osób starszych bowiem będą sukcesywnie zasilaly osoby urodzone w latach 1949–1965, a jednocześnie będzie ubywało osób w wieku 80 lat i więcej urodzonych w latach 1934–1945. Po 2025 roku znacząco wzrośnie odsetek 80-latków i osób starszych z uwagi na fakt, że ten wiek – w kolejnych latach – osiągną osoby urodzone w czasie powojennego boomu urodzeń. W 2040 roku osoby ponad 80-letnie będą stanowiły aż 36% zbiorowości osób starszych. W końcu prognozowanego okresu proporcje nieco ulegną zmianie i odsetek osób 80+ w populacji w wieku 65 lat i więcej zmniejszy się do 32%. Liczba ludności w wieku 80 lat i więcej wykazywana w bieżących bilansach w wielkości około 1,5 mln osób, wzrośnie w 2050 roku ponaddwukrotnie – do ponad 3,5 mln osób, przy czym 60% ludności w podeszłym wieku będzie mieszkało w miastach. Uwzględniając strukturę według płci, w końcu prognozowanego okresu kobiety będą stanowiły 64% tej grupy, co oznacza odsetek o 6 punktów procentowych mniejszy niż w bazowym roku prognozy. Poprawa proporcji między płciami w starszych grupach wieku wynika z przyjętych założeń dotyczących umieralności, w szczególności odnośnie do zmniejszenia różnic w przeciętnym dalszym trwaniu życia między kobietami i mężczyznami. W miastach odsetek kobiet wśród osób, które ukończą 80. rok życia, wyniesie 65%, na wsi nieco mniej – 62%. Zgodnie z założeniami prognozy osoby co najmniej 80-letnie będą w 2050 roku stanowiły 10,4% populacji kraju, podczas gdy w 2013 roku było to 3,9%. Spośród 3,5 mln mieszkańców Polski będących w 2013 roku w wieku 80 lat i więcej w końcowym roku prognozy ponad 59 tys. ukończy 100 lat [27].

Ponadto w ramach długookresowego procesu starzenia się ludności można zaobserwować początkowo powolny, później szybki wzrost odsetka seniorów jako konsekwencja starzenia się „od dołu piramidy wieku” (zmniejszenie się liczby przychodzących na świat dzieci), a dopiero na późniejszym etapie, pod koniec przejścia demograficznego i później, szybki wzrost odsetka wynikający ze starzenia się „od góry” (zwiększanie się

liczby osób bardzo starych, wynikające z obniżki prawdopodobieństw zgonów). Wraz z pojawieniem się redukcji umieralności wśród starszych grup rozpoczyna się niezwykle ważny etap – tzw. podwójne starzenie się ludności, tj. wzrost w populacji seniorów udziału 70-latków, a następnie osób 80-letnich i starszych. W przyszłości spodziewany jest szybki wzrost liczby osób najstarszych [28]. Osoby starsze narażone są przede wszystkim na występowanie u nich chorób przewlekłych, zazwyczaj więcej niż jednej równocześnie, co określane jest mianem wielochorobowości. Duży popyt na świadczenia zdrowotne ze strony starszych pacjentów sprawia, że wydatki przeznaczane na świadczenia dla osób starszych przewyższają wydatki na świadczenia dla osób w młodszych grupach wieku [29]. Proces podwójnego starzenia się, polegający właśnie na szybszym wzroście odsetka osób w wieku 80+ niż odsetka osób w wieku 65+, zapowiada konieczność zapewnienia opieki zdrowotnej szybko powiększającej się liczbie najstarszych seniorów. Wiele badań dotyczących stanu zdrowia osób starszych dowodzi, że wiek 80 lat jest traktowany jako granica tzw. IV wieku, wiąże się z nasileniem dolegliwości zdrowotnych oraz pogorszeniem poziomu sprawności, a w konsekwencji – ograniczeniem lub wręcz utratą samodzielności [30].

W wyniku starzenia się społeczeństwa, wzrostu liczby osób niepełnosprawnych, przemian składu rodziny, wzorców diety i zatrudnienia oraz osłabienia więzi społecznych rośnie popyt na usługi opiekuńcze. Tradycyjne systemy wsparcia (rodzina, przyjaciele, sąsiedzi i inni nieformalni opiekunowie świadczący nieodpłatnie usługi) potrzebują wsparcia ze strony publicznego sektora opieki. Rosnący popyt na usługi opiekuńcze i prognozy demograficzne rynku nowych usług i produktów dla ludzi starych powodują rozwój sektora niepublicznych organizacji pozarządowych i prywatnych przedsiębiorców. Pojawiają się także inicjatywy na rzecz wzrostu podaży pracy w sektorze opieki oraz poprawy jakości usług [31].

Geriatrya jako priorytetowa dziedzina medycyny

Na podstawie art. 16g ust. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentystry [6] wydane zostało rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 roku w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny [32] wśród szesnastu dziedzin wymieniona jest też geriatrya.

Ponadto zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 2 stycznia 2013 roku w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystry [33] geriatrya wymieniana jest jako specjalizacja posiadająca wspólny moduł podstawowy w zakresie chorób wewnętrznych i do uzyskania tytułu z tej specjalizacji wymagane jest odbycie modułu podstawowego z zakresu chorób wewnętrznych w wymiarze 3 lat, alternatywnie wymagana specjalizacja II stopnia lub tytuł specjalisty z zakresu chorób wewnętrznych. Po zrealizowaniu kształcenia w ramach modułu podstawowego rozpoczyna się szkolenie w zakresie modułu specjalistycznego, w tym przypadku z zakresu geriatryi, a minimalny czas jego trwania wynosi 2 lata.

Tak więc łączny minimalny czas trwania szkolenia specjalizacyjnego z zakresu geriatryi wynosi 5 lat.

Dodatkowo geriatrya znajduje się w wykazie specjalizacji, w których lekarz może uzyskać tytuł specjalisty, jeżeli posiada specjalizację I stopnia w zakresie chorób wewnętrznych lub specjalizację II stopnia albo tytuł specjalisty w odpowiedniej dziedzinie medycyny; i tak dla geriatryi są to choroby wewnętrzne, medycyna ogólna, medycyna rodzinna, neurologia.

Podejście do pacjenta stosowane w geriatryi redukuje m.in. wskaźniki hospitalizacji i inne koszty. Poprawia przede wszystkim sprawność funkcjonalną osób starszych dzięki interdyscyplinarnemu podejściu, którego nie oferują zwykle inne specjalizacje. Odpowiednio zorganizowana geriatrya przynosi korzyści ekonomiczne dla całego systemu ochrony zdrowia. Poprzez integrację świadczeń zdrowotnych i wiedzy medycznej obniża liczbę porad wąsko specjalistycznych oraz polifarmakoterapii w przypadku pacjentów geriatrycznych mających równocześnie wiele schorzeń. Kształcenie w zakresie geriatryi w ramach studiów medycznych jest dostępne tylko na niektórych uczelniach jako zajęcia fakultatywne, a nie obligatoryjne, co przyczynia się do tego, że lekarze praktykujący zarówno w podstawowej opiece zdrowotnej, jak i wielu innych specjalnościach nie mają podstawowej wiedzy z zakresu geriatryi. Ponadto aby sprostać wyzwaniom, m.in. procesowi podwójnego starzenia się ludności Polski, już teraz należałoby podjąć pilne działania w zakresie modułowej edukacji aktualnie pracujących lekarzy, głównie internistów i lekarzy rodzinnych w zakresie skutecznego leczenia rosnącej grupy osób w wieku podeszłym.

Wysoka średnia wieku obecnie praktykujących w Polsce geriatrów wskazuje, że działania na polu edukacji nowych kadr należy podjąć niezwłocznie. Niezbędne jest zbudowanie wertykalnego modelu kształcenia i opieki geriatrycznej, który powinien obejmować zarówno poziom kliniczny (uniwersytecki) służący leczeniu i usprawnianiu najstarszych pacjentów, ale też kształceniu obecnych i przyszłych lekarzy w zakresie geriatryi, jak i poziom lokalny opieki geriatrycznej nad pacjentami, głównie w placówkach szczebla powiatowego i gminnego. Powinny być również zorganizowane w całej Polsce, na podstawie potrzeb populacyjnych, geriatryczne oddziały szpitalne oraz ośrodki opieki ambulatoryjnej z odpowiednio przygotowanymi kadrami lekarzy, pielęgniarek, fizjoterapeutów, psychologów, edukatorów zdrowotnych i pracowników socjalnych, którzy świadczyliby opiekę medyczną nad rosnącą grupą najstarszych Polaków. Niezależnie od tego należy zaplanować taki system kształcenia kadr lekarskich i pielęgniarskich, aby docelowo w każdym szpitalu w Polsce zapewnić możliwość zatrudnienia w charakterze konsultantów lekarzy i pielęgniarek z przygotowaniem do leczenia i opieki nad pacjentami geriatrycznymi [15].

Jednym z najważniejszych wyzwań w geriatryi jest zapewnienie optymalnej opieki nad osobami starszymi z wieloma dolegliwościami o charakterze przewlekłym. Występowanie wielochorobowości jest obciążone wyższym odsetkiem zgonów, niesprawności, zdarzeń niepo-

żądanych; związane jest z częstszym korzystaniem przez pacjentów z opieki medycznej, instytucjonalizacją opieki oraz z niższą jakością życia. Większość wytycznych praktyki klinicznej (*clinical practice guidelines* – CPGs) skupia się na prowadzeniu leczenia w pojedynczym schorzeniu; zastosowanie takiej opieki u osób starszych z wielochorobowością może się okazać nieodpowiednie, nieprzynoszące korzyści lub nawet szkodliwe. Niedoskonałości CPGs nie wynikają z niedociągnięć w opracowywaniu i wdrażaniu wytycznych, ale głównie z faktu, że starsi pacjenci z wielochorobowością są zazwyczaj wykluczani lub słabo reprezentowani w badaniach klinicznych oraz obserwacyjnych. Przy prowadzeniu opieki nad starszymi chorymi z wielochorobowością trzeba uwzględnić zasady postępowania w poszczególnych chorobach przewlekłych, leczenie i interwencje farmakologiczne i niefarmakologiczne, diagnostykę przesiewową i pogłębioną, profilaktykę, kontynuację leczenia oraz opiekę w terminalnym stadium choroby [34].

Szczególne wyzwanie stanowi także farmakoterapia chorych z wieloma schorzeniami przewlekłymi [35]. Polipragmazja (zażywanie przez chorego wielu leków równocześnie bez znajomości mechanizmów ich działania i występujących między nimi interakcji, alternatywnie przepisywanie nadmiernej liczby leków bez wyraźnej potrzeby [36]) prowadzi do wielu nieprawidłowości w leczeniu, ze zwiększonym ryzykiem leczenia nieodpowiedniego, niedostatecznego lub nadmiernego, błędów medycznych, pogorszenia współpracy, interakcji lek–lek oraz lek–choroba, a także niepożądanych reakcji na stosowane leczenie [35].

W celu poprawy opieki nad osobami starszymi z wielochorobowością Panel Ekspertów Amerykańskiego Towarzystwa Geriatrycznego zaproponował właściwą, opartą na faktach opiekę, w której centrum znajduje się pacjent, a ponadto wskazał na konieczność partnerstwa między agencjami rządowymi, organizacjami zawodowymi, instytucjami akademickimi, jak również inwestycji zasobów w nowe programy i szkolenia dla wszystkich członków interdyscyplinarnego zespołu. Zdefiniowano, że lekarze muszą przeszkolić się w zakresie zmiany schematu opieki, w której koncentrują się na pojedynczej chorobie, a także włączyć rodzinę i przyjaciół w skuteczną współpracę w zakresie opieki zdrowotnej, ponieważ osoby starsze z wielochorobowością mogą wymagać wsparcia w konkretnych zadaniach i decyzjach związanych z opieką zdrowotną [37].

Ważną rolę w sprawowaniu opieki nad osobami starszymi odgrywa gerontologia, która stanowi wszechstronną analizę starości i procesu starzenia się człowieka w wymiarze indywidualnym i ponadindywidualnym. Powinna ona uwzględniać aspekty zdrowotne, biologiczne, psychologiczne, społeczne oraz ekonomiczne. Właściwe określenie czynników wpływających na rozwój człowieka w wieku starszym i zdefiniowanie jego potrzeb powinno się przekładać na budowanie programów i strategii wsparcia osób starszych we wszystkich dziedzinach życia. Wsparcie to nie powinno być jednak rozumiane wyłącznie jako dostęp do świadczeń zdrowotnych czy dostarczanie usług społecznych, lecz jako wypracowanie

i wdrożenie właściwych narzędzi przeciwdziałających wykluczeniu seniorów z życia społecznego, ich aktywizację oraz inkluzję, a także jako budowanie modelu przygotowania do starości [38].

Potrzeby w zakresie opieki długoterminowej mają zakorzenie medyczne, a charakter świadczeń jest raczej socjalny, co widać na przykładzie funkcji przypisanych poszczególnym instytucjom opieki długoterminowej w Polsce i ich realizacji. Na przykład domy pomocy społecznej prowadzą działalność nie tylko pielęgnacyjną (i prozdrowotną w szerokim rozumieniu, np. rehabilitacyjną i promującą zdrowe starzenie się), ale także socjalno-bytową oraz kulturalno-integracyjną. Owo przesunięcie wynika zarówno ze złożonych i prawdopodobnie rosnących potrzeb osób starszych, ale także z tego, że coraz powszechniejsze jest zrozumienie dla tego, by polityka społeczna nie tylko zaspokajała konkretne potrzeby, ale sprzyjała integracji i jak najdłuższemu podtrzymaniu potencjału osób, do których jest adresowana. Odejście od pielęgnacji ku rehabilitacji i promocji aktywnego starzenia się, w przypadku socjalnej zaś od świadczenia bytowych usług ku coraz większej integracji z otoczeniem, to przewidywane i pożądane kierunki ewolucji opieki długoterminowej w przyszłości [39].

■ Rola opiekuna medycznego

Postępujący proces starzenia się europejskich społeczeństw spowodował zwiększenie zapotrzebowania na świadczenie usług opiekuńczych osobom chorym i niesamodzielnym. Obserwuje się również bardzo niskie zainteresowanie kształceniem w zawodzie pielęgniarki, których jest z każdym rokiem mniej. Skutkuje to ogromną potrzebą kształcenia w zawodzie opiekuna medycznego. To zawód należący do branży medycznej, w której strukturach zachodzą nieustanne przemiany. Branża ta potrzebuje kompetentnych opiekunek i opiekunów, aby świadczyli usługi opiekuńcze, pielęgnacyjne i higieniczne wobec swoich podopiecznych. Istnienie tego zawodu zwiększy efektywność i jakość usług adresowanych do osób niesamodzielnych. Zachodzące procesy demograficzne i starzenie się społeczeństw przyczyniają się do tego, że zawód ten jest poszukiwany na rynku pracy zarówno w Polsce, jak i za granicą [40].

Opiekun medyczny został wprowadzony do klasyfikacji zawodów szkolnictwa zawodowego w wyniku wspólnych działań Ministerstwa Zdrowia i Ministerstwa Edukacji Narodowej poprzez wymienienie go w załączniku do ówczesnego rozporządzenia w sprawie klasyfikacji zawodów szkolnictwa zawodowego. Zawód ten obecnie uregulowany jest przepisami Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 23 grudnia 2011 roku w sprawie klasyfikacji zawodów szkolnictwa zawodowego [41], które zostało wydane na podstawie art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 7 września 1991 roku o systemie oświaty [42], a do jego kompetencji należy świadczenie usług opiekuńczych osobie chorej i niesamodzielnej. Opiekun medyczny jest wymieniony w grupie pracowników opieki osobistej w ochronie zdrowia i pokrewnych. Rozpoznaje on i rozwiązuje problemy opiekuńcze osoby

chorej i niesamodzielnej w różnym wieku. Jest to osoba, która pomaga swoim podopiecznym zaspokajając potrzeby biopsychospołeczne. Asystując personelowi medycznemu podczas wykonywania zabiegów pielęgnacyjnych, pomaga mu i jednocześnie wspiera osobę chorą i niesamodzielną. Podczas świadczenia usług z zakresu opieki medycznej osobie chorej i niesamodzielnej podejmuje współpracę z zespołem opiekuńczym i terapeutycznym. Poprzez swoją postawę zawodową powinna propagować zachowania prozdrowotne [43].

Zawód opiekuna medycznego należy do grupy zawodów społecznych, w których przy definiowaniu roli, jaką ma pełnić dany pracownik w zespole, poza kompetencjami zawodowymi powinno się również oceniać kompetencje społeczne, które nawiązują do umiejętności budowania i utrzymania relacji międzyludzkich, czyli zarówno relacji z pacjentem, jak i relacji w zespole. Wobec powyższego do najważniejszych cech opiekuna medycznego powinny należeć empatia, zdolności komunikacyjne, umiejętność pracy w zespole oraz elastyczność. Natomiast kompetencje opiekuna medycznego zawierają się w dwóch głównych sferach: pierwsza z nich to podstawowa pielęgnacja, w ramach której można wymienić czynności związane z higieną osobistą, pomoc w przyjmowaniu pożywienia, pomoc w poruszaniu się czy wydalaniu. Druga to czynności opiekuńcze związane z zagwarantowaniem poczucia bezpieczeństwa, a we współpracy z członkami zespołu terapeutycznego – sprawowanie pomocy przy pielęgnowaniu i rehabilitacji, komunikowaniu się i podtrzymywaniu pełnionych ról społecznych oraz dodatkowo współpraca z pracownikiem socjalnym w przypadku tzw. specjalistycznych usług opiekuńczych świadczonych w ramach pomocy społecznej w zakresie pomocy w prowadzeniu gospodarstwa domowego, zakupu leków itd. [40].

Do zadań opiekuna medycznego należy rozpoznanie i zaspokajanie potrzeb osoby chorej i niesamodzielnej zgodnie z zaleceniem lekarza i pielęgniarki. Przy czym kompetencje opiekuna medycznego stanowią część kompetencji pielęgniarki, co pozwoli z kolei na efektywniejsze wykorzystanie wysokospecjalistycznych umiejętności pielęgniarskich. Dołączenie opiekuna medycznego do organizacji zespołowej opieki nad chorymi nie powoduje wzrostu jej kosztów, a nawet poprzez zapobieganie zaostreniom przewlekłych chorób może je zminimalizować. Liderem opieki długoterminowej w instytucjach oraz w strukturach pomocy domowej powinna być jednak pielęgniarka ściśle współpracująca z lekarzem [44].

Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej

System opieki zdrowotnej i społecznej nad osobami starszymi w Polsce nie jest dostosowany do potrzeb tej populacji, ponieważ oferuje świadczenia zdeintegrowane, rozproszone i niespójne. Ponadto system nie spełnia standardów podejścia geriatrycznego, do których należą powszechność, jakość, dostępność i kompleksowość zaspokajania wielorakich potrzeb. Obecnie mamy do czynienia z taką sytuacją, że długotrwała opieka nad niedołączonymi i poważnie chorymi, często na choro-

by przewlekłe, osobami starszymi w Polsce spoczywa głównie na rodzinie, która w niedostatecznym stopniu wspomagana jest usługami medycznymi i pozamedycznymi systemu opiekuńczego państwa. Podkreślić należy również fakt braku przygotowania lekarzy POZ do opieki geriatrycznej oraz brak zharmonizowania opieki wysokospecjalistycznej, co jest przyczyną nieskuteczności leczenia lub pogorszenia stanu zdrowia u dużej części osób chorych w starszym wieku. Oprócz tego dyskryminacja w zakresie procedur diagnostycznych i leczniczych ze względu na wiek, ale także sposób kwalifikowania chorych do wysokospecjalistycznych procedur bez pełnej geriatrycznej analizy przeciwwskazań jest ważną przyczyną nieskuteczności leczenia lub działań niepożądanych u dużej części chorych w starszym wieku [45].

Zdiagnozowano [46], że występuje niedostateczna liczba kadry opieki geriatrycznej i istnieje nagła potrzeba stworzenia kompleksowego systemu opieki geriatrycznej. Tymczasem specjalistyczna opieka zdrowotna uwzględniająca potrzeby ludzi starszych jest w Polsce na niezadowalającym poziomie. Świadczą o tym poniżej przytoczone dane – znikoma liczba lekarzy geriatrów i pielęgniarek ze specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego oraz brak placówek geriatrycznych czy szpitalnych oddziałów geriatrycznych [47], za co ponosi odpowiedzialność Narodowy Fundusz Zdrowia, który nisko wycenia opiekę geriatryczną [48]. W Polsce liczba lekarzy wykonujących zawód i posiadających specjalizację w dziedzinie geriatryki wynosi 308 [49], przy czym część z nich nie pracuje z zawodem, ponieważ jest to nieopłacalne [50], natomiast liczba pielęgniarek (specjalistów w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego) wynosi 374. Natomiast liczba specjalistów w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej to 492, a liczba pielęgniarek, które uzyskały tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa opieki długoterminowej – 1718. Znacznie lepiej prezentuje się sytuacja odnośnie do ukończenia kursów kwalifikacyjnych, i tak liczba absolwentów kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa opieki długoterminowej wynosiła 16 110, w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej – 3825. Natomiast liczba absolwentów kursu specjalistycznego z zakresu kompleksowa pielęgniarstwa opieka nad pacjentem z najczęstszymi schorzeniami wieku podeszłego, który był organizowany tylko i wyłącznie w ramach projektu systemowego *Rozwój kwalifikacji i umiejętności kadry pielęgniarskiej w kontekście zmian epidemiologicznych będących następstwem starzejącego się społeczeństwa* od listopada 2013 roku tylko w dwóch województwach (łódzkim i zachodniopomorskim), wyniosła 90 [51].

Należy podkreślić, że opieka nad osobą w wieku starszym powinna być sprawowana przez wielodyscyplinarny zespół złożony z personelu medycznego, niemedycznego oraz wolontariuszy. Tak rozumiana i realizowana opieka zapewnia holistyczne spojrzenie na potrzeby osoby starszej, a tym samym umożliwia indywidualizację w zakresie świadczonych usług zdrowotnych [52].

W ramach programu kursu specjalistycznego z zakresu kompleksowa pielęgniarstwa opieka nad pacjentem z najczęstszymi schorzeniami wieku podeszłego zakła-

dano przeszkolenie 4800 pielęgniarek i pielęgniarzy z obszaru całej Polski, jednak w ramach realizacji projektu w latach 2013–2014 uruchomiono aż 258 edycji kursów, które ukończyło 8191 osób [53], co należy ocenić bardzo pozytywnie, a w chwili złożenia artykułu do druku trwała jeszcze procedura przetargowa mająca na celu wybór organizatorów kolejnych edycji kursu specjalistycznego, prowadzonego w roku 2015, na obszarze działania poszczególnych Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych [54].

Kolejnym ogromnym problemem jest brak łóżek na oddziałach geriatrycznych, których według danych zawartych w Biuletynie Statystycznym Ministerstwa Zdrowia [55] na dzień 31 grudnia 2012 roku jest w całej Polsce tylko 672, a wskaźnik łóżek na 10 tys. ludności wynosi 0,2. Niepokojąca jest też taka sytuacja, że w niektórych województwach (mazowieckim, podlaskim, pomorskim, świętokrzyskim, warmińsko-mazurskim) nie było ani jednego łóżka na oddziale geriatrycznym.

Wobec powyższych danych można wysnuć wniosek, że dostępność do specjalistycznej opieki geriatrycznej jest na poziomie niezadowolającym. W reakcji na tę sytuację od roku 2012 Departament Pielęgniarek i Położnych Ministerstwa Zdrowia – jako beneficjent systemowy oraz Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego – pełniące rolę partnera projektu rozpoczęli realizację projektu systemowego pt. *Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej*. Projekt ten jest innowacyjnym przedsięwzięciem edukacyjnym, którego realizacja może się przyczynić do stworzenia podstaw nowej jakości opieki geriatrycznej w Polsce. Adresatami tego projektu są lekarze podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, fizjoterapeuci oraz opiekunowie medyczni i terapeuci środowiskowi, którzy będą mieli szansę stać się liderami w zakresie opieki geriatrycznej w swoich miejscach pracy i środowiskach [56].

W ramach projektu realizowane są odrębne szkolenia dla przedstawicieli grup zawodowych objętych projektem (tj. lekarzy POZ, pielęgniarek POZ, fizjoterapeutów, opiekunów medycznych oraz terapeutów środowiskowych).

Poniżej przedstawione zostały dane dotyczące liczby osób przeszkolonych w kolejnych latach realizacji pro-

jektu, z uwzględnieniem poszczególnych grup zawodowych (Tabela I).

Interpretując dane z Tabeli I, można ocenić pozytywnie duże zainteresowanie tą formą kształcenia wśród grupy zawodowej pielęgniarek, fizjoterapeutów i opiekunów medycznych, natomiast niepokojąco niskie jest zainteresowanie tą formą szkolenia grupy lekarzy, którzy powinni przecież stanowić filar w opiece geriatrycznej nad pacjentem właśnie na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej, tym bardziej że można zaobserwować duże niedobory lekarzy ze specjalizacją geriatryczną. Należy nadmienić, że początkowo plany zakładały przeszkolenie 2000 pielęgniarek, 1000 fizjoterapeutów i 200 opiekunów medycznych, ale w związku z dużym zainteresowaniem szkoleniami zmieniono początkowe założenia i w przypadku grupy zawodowej pielęgniarek i opiekunów medycznych zwiększono aż o 100% plany, w odniesieniu do opiekunów medycznych jednak i ten zabieg okazał się niewystarczający.

Wolontariat

Zgodnie z ustawą z dnia 24 kwietnia 2003 roku o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie [58] wolontariuszem medycznym może zostać pełnoletnia osoba, która po przejściu wstępnej kwalifikacji ukończy odpowiednie szkolenie. Ponadto świadczenia zdrowotne mogą być udzielane również w ramach wolontariatu, na zasadach określonych w porozumieniu, o którym mowa w art. 44 wspomnianej wyżej ustawy, zawartym z wolontariuszem. Również studenci zdobywający kwalifikacje do wykonywania zawodu medycznego oraz uczestnicy studiów doktoranckich mogą brać udział w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w ramach kształcenia w podstawowej jednostce organizacyjnej uczelni medycznej lub innej uczelni, w której prowadzone jest kształcenie na kierunkach medycznych, pod bezpośrednim nadzorem osób wykonujących zawód medyczny właściwy ze względu na treści kształcenia (art. 21 ust. 1–3 u.d.l.).

Zadaniem wolontariusza medycznego jest świadczenie bezpłatnej, bezpośredniej pomocy choremu w schyłkowej fazie przewlekłej choroby i jego bliskim, w sta-

Grupa zawodowa objęta projektem	Plan	2012	2013	2014	Razem	% osiągniętego planu
Lekarze POZ	2000	46	486	309	841	42,05%
Pielęgniarki POZ	4000	300	1316	1654	3270	81,75%
Fizjoterapeuci	1420	138	459	778	1375	96,83%
Opiekunowie medyczni	400	25	98	294	417	104,25%
Terapeuci środowiskowi	200	0	67	71	138	69,00%
Razem	8020	509	2426	3106	6041	75,32%

Tabela I. Liczba osób przeszkolonych w latach 2012–2014 z uwzględnieniem poszczególnych grup zawodowych.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie „Liczba osób przeszkolonych w latach 2012–2014 z uwzględnieniem poszczególnych grup zawodowych”, dane otrzymane z Departamentu Pielęgniarek i Położnych Ministerstwa Zdrowia, Warszawa 2015 [57].

cjonarnym hospicjum lub w opiece domowej. Do zadań wolontariuszy należą m.in.: pomoc przy pielęgnacji pacjenta, karmienie i towarzyszenie choremu, pomoc w pracach porządkowych na oddziale hospicyjnym i w opiece domowej. Celem nadrzędnym służby wolontariusza jest towarzyszenie pacjentowi i jego rodzinie w ostatnim etapie życia. Zakres tej pomocy wiąże się z bieżącymi potrzebami pacjenta i jego rodziny oraz grafikiem dyżurowym domowego zespołu wspierającego. Wolontariuszem medycznym może być osoba posiadająca zawodowe przygotowanie (lekarz, pielęgniarka, technik medyczny). Najczęściej jednak wolontariuszami zostają odpowiednio przygotowani ochotnicy, przedstawiciele innych zawodów mający różne życiowe doświadczenia i połączeni wspólną chęcią pomagania chorym [59].

Wypalenie zawodowe

Przy sprawowaniu opieki nad osobami starszymi trzeba pamiętać o wypaleniu zawodowym, które jest zespołem objawów psychicznych i somatycznych będących skutkiem stresu występującego przewlekle w związku z wykonywaną pracą zawodową. Wśród różnych grup zawodowych narażonych na wystąpienie zespołu wypalenia zawodowego wymienia się lekarzy i pielęgniarki. Z jednej strony kierują się w swojej pracy współczuciem i troską o chorego, który znajduje się pod ich opieką, z drugiej strony muszą zachować dystans emocjonalny do problemów zdrowotnych tych osób. Zapobieganie zespołowi wypalenia zawodowego jest bardzo ważne, ponieważ jego obecność to obciążenie psychiczne personelu medycznego, ale także negatywne skutki emocjonalne dla samych pacjentów [60].

Zespół wypalenia może także dotyczyć pomocnika rodzinnego sprawującego długotrwale opiekę nad pacjentem przewlekle chorym przez czynny udział w procesie pielęgnacji i leczenia domowego [61].

Ponadto lepsze radzenie sobie przez personel medyczny z czynnikami stresującymi powinno się przyczynić w szczególności do poprawy jakości opieki i większego bezpieczeństwa pacjenta [62].

Podsumowanie

Pozytywnie należy ocenić fakt, że zgodnie z deklaracją zawartą w załączniku do Uchwały Nr 238 Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2013 roku w sprawie przyjęcia dokumentu Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020 [63] celem polityki senioralnej w Polsce będzie wspieranie i zapewnienie możliwości aktywnego starzenia się w zdrowiu oraz możliwości prowadzenia w dalszym ciągu samodzielnego, niezależnego i satysfakcjonującego życia, nawet przy pewnych ograniczeniach funkcjonalnych. Podejście to nawiązuje do wskaźnika lat przeżytych w zdrowiu – *Healthy Life Years* (HLY), który jest jedynym z europejskich wskaźników strukturalnych (*European Structural Indicators*) – i dotyczy zdrowia jako czynnika związanego z rozwojem i dobrobytem. Ponadto jest miarą stanu zdrowia określonego jako „funkcjonalne” – stanu pełnej efektywności

działań, produktywności, a więc w aspekcie ekonomiczno-społecznym [64].

Pozytywnie należy ocenić działania mające na celu zdywersyfikowanie pomocniczych zawodów medycznych. Należy tutaj podkreślić coraz bardziej znaczącą rolę opiekuna medycznego w opiece nad osobami starszymi. Pozytywnie należy ocenić również realizację projektu *Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej*, który jest realizowany na poziomie POZ. Pozytywne jest również wdrażanie idei podejścia geriatrycznego, którą jest zespołowa i interdyscyplinarna współpraca – lekarza, pielęgniarki, fizjoterapeuty, psychologa, opiekuna medycznego, terapeuty środowiskowego, pracownika socjalnego, a w razie potrzeby również logopedy, dietetyka, farmaceuty lub kapelana. Zespołowe podejście geriatryczne rozumiane jest jako proces kompleksowej oceny problemów zdrowotnych, sprawności fizycznej, stanu psychicznego, poziomu wsparcia społecznego, w tym rodzinnego, sytuacji materialnej oraz warunków życia pacjenta geriatrycznego, a realizowane przez interdyscyplinarny zespół geriatryczny ma na celu poprawę poziomu i jakości świadczeń zdrowotnych, poprawę stanu funkcjonalnego oraz jakości życia pacjenta [65].

Należy mieć na uwadze, że na deficyt kadry pielęgniarskiej mają wpływ również wskaźniki demograficzne – starzenie się społeczeństwa, wzrost liczby przewlekle chorych wymagających opieki geriatrycznej i długoterminowej, wzrost zachorowań na choroby nowotworowe, wzrost potrzeb opieki paliatywnej instytucjonalnej i domowej oraz starzenie się samej grupy zawodowej. Dobrym pomysłem, z którym autor bezwzględnie się zgadza, według konsultanta krajowego ds. pielęgniarstwa, prof. Marii Kózki, jest możliwość dopuszczenia do obsługi pacjentów słabiej wykwalifikowanych kadr, we wszystkich krajach UE są bowiem pracownicy o niższych kwalifikacjach, np. opiekunowie medyczni, asystentki pielęgniarek, laboranci – wykonujący badania, dietetycy – zajmujący się żywieniem chorych. Poprzez takie rozwiązanie powinna poprawić się efektywność wykorzystania czasu pracy pielęgniarek [66].

Negatywnie natomiast należy ocenić małą liczbę lekarzy geriatrów i pielęgniarek ze specjalizacją geriatryczną oraz znikome zainteresowanie lekarzy POZ uczestnictwem w programie Ministerstwa Zdrowia.

Niezbędne wydaje się również włączenie przedmiotu „geriatria” jako obligatoryjnego do programu kształcenia studentów medycyny na kierunkach lekarskich wszystkich uczelni medycznych przy wykorzystaniu klinik geriatrycznych, wprowadzenie obowiązkowego kształcenia podyplomowego lekarzy rodzinnych z zakresu geriatrii, zwiększenie liczby miejsc specjalizacyjnych z zakresu geriatrii oparte na klinikach i oddziałach geriatrycznych [67].

Ponadto docelowo pożądanym akcentem byłoby zbudowanie zintegrowanego systemu dostarczania opieki zdrowotnej, w którym profilaktyka pierwotna i wtórna chorób, diagnostyka, leczenie, rehabilitacja i zapewnienie opieki długoterminowej (opiekuńczo-leczniczej i pielęgnacyjno-leczniczej) nad przewlekle chorymi byłyby

postrzegane jako jeden ciągły i powiązany zbiór działań zorientowanych na utrzymanie zdrowia pacjentów i podnoszenie jakości ich życia [68].

Dostosowywanie zasobów kadry medycznej do potrzeb starzejącego się społeczeństwa

Celem artykułu jest pokazanie zmian w zasobach kadr medycznych poprzez tworzenie nowych specjalizacji czy nowych zawodów lepiej dostosowanych do potrzeb starzejącego się społeczeństwa, opartych na analizie danych z GUS, Ministerstwa Zdrowia oraz aktów prawnych.

Zmiany demograficzne stanowią poważne wyzwanie dla polityki społecznej i gospodarczej UE i państw członkowskich. Z jednej strony można obserwować przyspieszenie procesu starzenia się społeczeństwa, a z drugiej wydłużanie przeciętnego trwania życia, ponadto stan zdrowia człowieka zmienia się z każdym upływającym rokiem życia. Po osiągnięciu pewnego wieku osoby starsze w większym stopniu powinny dbać o stan swojego zdrowia i kontrolować je, korzystając z pomocy medycznej. Dodatkowo pogorszenie sprawności w zakresie wykonywania codziennych czynności oraz zaburzenia pamięci i funkcji poznawczych poważnie zwiększają zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne, świadczenia pielęgnacyjne, usługi opiekuńcze, opiekę długoterminową i terminalną. Dlatego należy stworzyć system opieki skoordynowany z tymi potrzebami, który będzie zaspokajał odpowiednie zasoby kadr medycznych, które zapewnią profesjonalną opiekę nad osobami starszymi. Będą to nie tylko przedstawiciele „zawodów medycznych”, do których zaliczamy lekarzy i pielęgniarki, lecz również inni specjaliści ochrony zdrowia (np. farmaceuci, specjaliści do spraw higieny, promotorzy zdrowia, fizjoterapeuci, dietetycy i specjaliści do spraw żywienia), jak również tzw. pomocniczy personel medyczny – asystentka pielęgniarki, opiekun medyczny. Ponadto można zaobserwować również działania, których celem jest poprawa opieki nad osobami w wieku podeszłym w Polsce poprzez podniesienie kompetencji kadr medycznych w zakresie opieki geriatrycznej. Jednocześnie zespołowe podejście geriatryczne rozumiane jako proces kompleksowej oceny problemów zdrowotnych, sprawności fizycznej, stanu psychicznego, poziomu wsparcia społecznego, w tym rodzinnego, sytuacji materialnej oraz warunków życia pacjenta geriatrycznego, realizowane przez interdyscyplinarny zespół geriatryczny ma na celu poprawę poziomu i jakości świadczeń zdrowotnych, poprawę stanu funkcjonalnego oraz jakości życia pacjenta.

Piśmiennictwo

- Domagała A., *Planowanie kadr medycznych systemu zdrowotnego – potrzeba czy konieczność?*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie. Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia” 2013; 11(2): 148.
- Golinowska S., Kocot E., Sowa A., *Zasoby kadr dla sektora zdrowotnego. Dotychczasowe tendencje i prognozy*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie. Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia” 2013; 11(2): 128–129.
- Opieka medyczna nad osobami w wieku podeszłym*, Nr ewid.2/2015/P/14/062/KZD, Najwyższa Izba Kontroli, Warszawa 2015: 7.
- Karkowska D., *Zawody medyczne*, LEX a Wolters Kluwer business, Warszawa 2012.
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (tekst jedn.: Dz.U. z 2013 r. poz. 217).
- Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (tekst jedn.: Dz.U. z 2011 r. Nr 277, poz. 1634, z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. z 2011 r. Nr 174, poz. 1039, z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 19 kwietnia 1991 roku o izbach aptekarskich (tekst jedn.: Dz.U. z 2008 r. Nr 136, poz. 856, z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 27 lipca 2001 roku o diagnostyce laboratoryjnej (tekst jedn.: Dz.U. z 2014 r. poz. 174).
- Ustawa z dnia 20 lipca 1950 roku o zawodzie felczera (tekst jedn.: Dz.U. z 2012 r. poz. 1133, z późn. zm.).
- Karkowska D., *Pozostałe zawody medyczne – zagadnienia ogólne*, Serwis Prawo i Zdrowie, Wolters Kluwer, Warszawa 2013.
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 lutego 2012 roku w sprawie podstawy programowej kształcenia w zawodach (Dz. U. poz. 184, z późn. zm.).
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 23 grudnia 2011 roku w sprawie klasyfikacji zawodów szkolnictwa zawodowego (Dz.U. z 2012 r. poz. 7).
- Zdrowie i ochrona zdrowia w 2012 r.*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2013: 65–68, 81
- Gujski M., Kalbarczyk W.P. (red.), *Zdrowie priorytetem politycznym państwa – analiza i rekomendacje*, Instytut Ochrony Zdrowia, Warszawa 2013: 46–47, 61–62.
- Chandler G.E., *Pielęgniarstwo. Pierwsze kroki w zawodzie*, ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2012: 14.
- Wstępna ocena zasobów kadrowych pielęgniarek i położnych w Polsce do roku 2020*, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 2010: 25.
- Waligórska M., Kostrzewa Z., Potyra M., Rutkowska L., *Prognoza ludności na lata 2014–2020*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2014: 25, 102, 109, 126, 162–165.
- Szymańczak J., *Starzenie się polskiego społeczeństwa – wybrane aspekty demograficzne*, w: G. Ciura, W. Zgliczyński (red.), *Starzenie się społeczeństwa polskiego*, Studia Biura Analiz Sejmowych 2012; 2(30): 9.
- Błędowski P., *Proces starzenia się ludności a progresywne zarządzanie zdrowiem*, w: V. Korporowicz (red.), *Zarządzanie progresywne zdrowiem. Kierunki, strategie, metody*, ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2015: 92.
- Waligórska M., Kostrzewa Z., Potyra M., Rutkowska L., *Prognoza ludności na lata 2014–2020*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2014: 25, 102, 109, 162–165.
- Wiktorowicz J., *Starzenie się ludności Unii Europejskiej jako wyzwanie dla rynku pracy*, w: E. Kryński, P. Szukalski (red.), *Rozwiązania sprzyjające aktywnemu starzeniu się w wybranych krajach Unii Europejskiej. Raport końcowy*, Uniwersytet Łódzki, Łódź 2013: 20.
- Kocot-Górecka K., *Zmiany demograficzne w Polsce po 1989 r. i ich wybrane konsekwencje*, w: E. Kotowska (red.), *Niska dzietność w Polsce w kontekście percepcji Polaków. Diagnoza społeczna 2013. Raport tematyczny*, Minister-

- stwo Pracy i Polityki Społecznej, Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, Warszawa 2014: 12.
24. *Finansowanie hospitalizacji pacjentów od 65 r.ż.*, 2011, <http://www.nfz.gov.pl/new/?katnr=8&dzialnr=2&nr=4378>; dostęp: 15.06.2014.
 25. *Zielona Księga w sprawie pracowników służby zdrowia w Europie*, Komisja Wspólnot Europejskich COM(2008) 725, Bruksela 2008: 6.
 26. http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/trends/WPP2012_Wallchart.pdf; dostęp: 12.05.2015
 27. *Sytuacja demograficzna osób starszych i konsekwencje starzenia się ludności Polski w świetle prognozy na lata 2014–2050*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2014: 37–38.
 28. Szukalski P., *Ludzie bardzo starzy we współczesnej Polsce*, „Przegląd Socjologiczny” 2013; 62(2): 35–36.
 29. Błędowski P., *Proces starzenia się ludności a progresywne zarządzanie zdrowiem*, w: V. Korporowicz (red.), *Zarządzanie progresywne zdrowiem. Kierunki, strategie, metody*, ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2015: 98.
 30. Mossakowska M., Więcek A., Błędowski P. (red.), *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, Poznań 2012: 563, za: Błędowski P., *Proces starzenia się ludności a progresywne zarządzanie zdrowiem*, w: V. Korporowicz (red.), *Zarządzanie progresywne zdrowiem. Kierunki, strategie, metody*, ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2015: 95.
 31. Krzyszkowski J., *Usługi opiekuńcze dla ludzi starych w miejscu zamieszkania w krajach UE i w Polsce*, w: J.T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Starość i starzenie się jako doświadczenie jednostek i zbiorowości ludzkich*, Zakład Demografii UŁ, Łódź 2006: 154.
 32. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 roku w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny (Dz.U. z 2012 r. poz. 1489).
 33. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 stycznia 2013 roku w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyistów (Dz.U. z 2013 r. poz. 26).
 34. Piotrowicz K., *Opieka ukierunkowana na starszego pacjenta z wielochorobowością – podejście zaproponowane przez Panel Ekspertów Amerykańskiego Towarzystwa Geriatrycznego*, „Gerontologia Polska” 2013; 21(3): 64.
 35. Gryglewska B., *Trudności w leczeniu starszych chorych z wielochorobowością*, „Gerontologia Polska” 2013; 21(3): 73.
 36. *Polipragmazja*, „Służba Zdrowia” 2008; 88–91: 30.
 37. Piotrowicz K., *Opieka ukierunkowana na starszego pacjenta z wielochorobowością – podejście zaproponowane przez Panel Ekspertów Amerykańskiego Towarzystwa Geriatrycznego*, „Gerontologia Polska” 2013; 21(3): 72.
 38. Błędowski P., Stogowski A., Wiczerowska-Tobis K., *Wyzwania współczesnej gerontologii*, Wyższa Szkoła Nauk Humanistycznych i Dziennikarstwa w Poznaniu, Poznań 2013: 7.
 39. Bakalarczyk R., *Tworzenie się systemu opieki długoterminowej w Polsce – między służbą zdrowia a pomocą społeczną*, w: M. Grewiński, J. Krzyszkowski (red.), *Współczesne tendencje w pomocy społecznej i pracy socjalnej*, Warszawa 2011: 42–43.
 40. Szwalkiewicz E., *Rola opiekuna medycznego w zespole opiekuńczym i terapeutycznym*, w: D. Talarska, K. Wiczerowska-Tobis, E. Szwalkiewicz (red.), *Opieka nad osobami przewlekle chorymi, w wieku podeszłym i niesamodzielnyymi. Podręcznik dla opiekunów medycznych*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010: 32, 33–34.
 41. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 23 grudnia 2011 roku w sprawie klasyfikacji zawodów szkolnictwa zawodowego (Dz.U. z 2012 r. poz. 7).
 42. Ustawa z dnia 7 września 1991 roku o systemie oświaty (tekst jedn. Dz.U. z 2004 r. Nr 256, poz. 2572, z późn. zm.).
 43. Sieplińska J., Prokurat G., Cis K., *Program nauczania dla zawodu opiekun medyczny 532102 o strukturze przedmiotowej*, Krajowy Ośrodek Wspierania Edukacji Zawodowej i Ustawicznej, Warszawa 2012: 6.
 44. Werachowska L., Damps-Konstańska I., Janowicz A., Krakowiak P., *Opiekun medyczny nowym elementem zespołu terapeutycznego w opiece nad przewlekle chorymi i starszymi pacjentami*, „Problemy Pielęgniarstwa” 2013; 21(2): 236.
 45. Uchwała Nr 238 Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2013 roku w sprawie przyjęcia dokumentu Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020 (M.P. z 2014 r. poz. 118): 13–14.
 46. *Krajowy Plan Działania na rzecz Europejskiego Roku Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej 2012 w Polsce*, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, Warszawa 2012.
 47. Urbaniak B., *Aktywizacja zawodowa starszego pokolenia – czy europejski rok aktywności osób starszych i solidarności międzypokoleniowej dobrze ją promuje?*, „Acta Universitatis Lodzensis Folia Oeconomica” 2013; 291: 13.
 48. Lisowska K., *Niska wycena, rosnące zagrożenia: strategia dla opieki geriatrycznej w kraju*, 2011, <http://www.rynekzdrowia.pl/Geriatria/Niska-wycena-rosnace-zagrozenia-strategia-dla-opieki-geriatrycznej-w-kraju,107419,33.html>; dostęp: 20.05.2015.
 49. *Zestawienie liczbowe lekarzy i lekarzy dentyistów wg dziedziny i stopnia specjalizacji z uwzględnieniem podziału na lekarzy wykonujących i niewykonujących zawodu – stan na 31.03.2014*, Naczelna Izba Lekarska w Warszawie, Warszawa 2014.
 50. *Opieka medyczna nad osobami starszymi (panel ekspertów)*, 2014, <http://www.nik.gov.pl/aktualnosci/opieka-medyczna-nad-osobami-w-podeszlym-wieku.html>; dostęp: 15.06.2014.
 51. *Dane dotyczące liczby pielęgniarek, które uzyskały tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego w latach 2002–2014 (sesja wiosenna)*, Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 2014.
 52. Cegła B., Kachaniuk H., Strugała M., Czekaj R., Pruszyński J., *Materiały dydaktyczne dla uczestników kursu specjalistycznego kompleksowa pielęgniarstwa opieka nad pacjentem z najczęstszymi schorzeniami wieku podeszłego, opracowane w ramach projektu systemowego rozwój kwalifikacji i umiejętności kadry pielęgniarskiej w kontekście zmian epidemiologicznych będących następstwem starzejącego się społeczeństwa współfinansowanego przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego realizowanego w latach 2013–2015*, Warszawa 2013: 4.

53. <http://www.geriatrya.ckppip.edu.pl/geriatrya/o-projeckcie-2/statystyka.html>; dostęp: 25.05.2015.
54. http://www.geriatrya.ckppip.edu.pl/news/150/142/Informacja_d_Geriatrya_szczegolowy.html; dostęp: 02.06.2015.
55. *Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia*, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Warszawa 2013.
56. Broczek K., Bień B., *Wprowadzenie*, w: B. Bień, K. Broczek (red.), *Pomocnicze materiały szkoleniowe dla uczestników szkoleń z zakresu opieki geriatrycznej*, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2012: 3.
57. *Liczba osób przeszkolonych w latach 2012–2014 z uwzględnieniem poszczególnych grup zawodowych*, dane otrzymane z Departamentu Pielęgniarek i Położnych Ministerstwa Zdrowia, Warszawa 2015.
58. Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 roku o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (tekst jedn.: Dz.U. z 2010 r. Nr 234, poz. 1536, z późn. zm.).
59. Damps-Konstańska I., Werachowska L., Krakowiak P., *Rola opiekuna medycznego i wolontariusza w zaawansowanej POChP*, „Medycyna Paliatywna w Praktyce” 2009; 3: 153.
60. Orzechowska A., Talarowska M., Drozda R. et al., *Zespół wypalenia zawodowego u lekarzy i pielęgniarek*, „Polski Merkurusz Lekarski” 2008; 150: 507–509.
61. Pietrzak B., *Zespoły lekarsko-pielęgniarskie w systemie opieki nad przewlekle chorym*, w: B. Pietrzak, T. Karkowski (red.), *Zarządzanie personelem pielęgniarskim w podmiotach leczniczych. Zagadnienia wybrane*, ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2013: 233.
62. Wilczek-Rużyczka E., *Wypalenie zawodowe pracowników medycznych*, ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2014: 147.
63. Uchwała Nr 238 Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2013 roku w sprawie przyjęcia dokumentu Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020 (M.P. z 2014 r. poz. 118).
64. Gromulska L., Wysocki M. J., Goryński P., *Lata przeżyte w zdrowiu (Healthy Life Years, HLY) – Zalecany przez Unię Europejską syntetyczny wskaźnik sytuacji zdrowotnej ludności*, „Przegląd Epidemiologiczny” 2008; 4: 811–812.
65. Bień B. et al., *Standardy postępowania w opiece geriatrycznej*, Stanowisko Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego opracowane przez ekspertów Zespołu ds. Gerontologii przy Ministrze Zdrowia, „Gerontologia Polska” 2013; 21(2): 37.
66. Sygut M., *Czy za dziesięć lat zabraknie w kraju pielęgniarek?*, <http://www.rynekzdrowia.pl/Nauka/Czy-za-dziesiec-lat-zabraknie-w-kraju-pielęgniarek,139041,9.html>; dostęp: 20.01.2015.
67. Derejczyk J., Bień B., Kokoszka-Paszko J., Szczygieł J., *Gerontologia i geriatrya w Polsce na tle Europy – czy należy inwestować w ich rozwój w naszym kraju?*, „Gerontologia Polska” 2008; 16(3): 157–158.
68. Rudawska I., *Zintegrowana opieka zdrowotna. Podejście relacyjne do obsługi pacjenta jako klienta*, ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2014: 101.