

2. Podwójne starzenie się ludności – od kiedy zaczyna się późna starość?

*Piotr Szukalski**



<https://orcid.org/0000-0002-2631-3238>

2.1. Wprowadzenie

Cały niniejszy tom ma dwa główne przesłania: 1) wskazanie na niejednoznaczność terminu „starość” z perspektywy wieku kalendarzowego oraz 2) wskazanie na niejednorodność przebiegu starości, a zatem wzrastające wraz z wiekiem zróżnicowanie zdrowotne, funkcjonalne i sprawnościowe osób w tym samym wieku.

W poniższym rozdziale chciałbym skupić się na obu powyższych przesłaniach, patrząc na nie z nieco innej perspektywy – nie ogółu ludności uznawanej za seniorów, lecz jedynie tej subpopulacji osób, w przypadku których w miejsce przymiotnika „starzy” najchętniej użylibyśmy terminu „bardzo starzy”. Stąd też cel niniejszego opracowania jest trojaki. Po pierwsze – zastanowienie się, czy istnieje jedna, powszechnie akceptowana w nauce definicja osób bardzo starych, po drugie – sprawdzenie, na ile taka ewentualna grupa jest jednorodna z punktu widzenia stanu zdrowia i sprawności, po trzecie – przedstawienie przyczyn, dla których (niezależnie od odpowiedzi na pytania powiązane z dwoma wcześniejszymi celami) zainteresowanie różnorodnie definiowanymi zbiorowościami osób najstarszych będzie w przyszłości narastać.

* Dr hab., profesor Uniwersytetu Łódzkiego, Wydział Ekonomiczno-Socjologiczny, Instytut Socjologii.

2.2. Podwójne starzenie się ludności

Rozpocząć należy od określenia podstawowego trendu demograficznego, który prowadzi do rozrostu liczbowego populacji osób bardzo starych, tj. podwójnego starzenia się ludności.

Wraz z obniżaniem się umieralności i wydłużaniem się długości typowego ludzkiego życia widoczne jest zwiększanie się prawdopodobieństwa dożycia do zaawansowanego wieku. W efekcie liczba osób dożywających do wieku 70, 80 czy 90 lat w trakcie powojennego okresu w świecie Zachodu stale wzrasta.

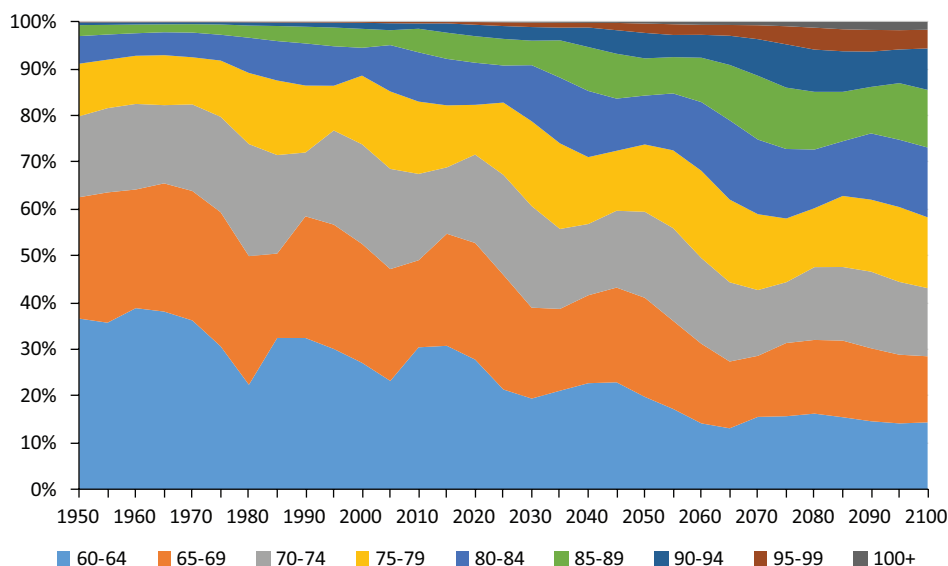
Dodatkowo wzrost ten jest napędzany – a niekiedy okresowo modulowany – czynnikiem kohortowym², tj. wpływem zdarzeń sprzed wielu dekad, które oddziaływały na występującą wówczas liczbę urodzeń. Przykładowo, obie wojny światowe doprowadziły do zmniejszenia liczby nowo zawieranych małżeństw i do rozłąk między małżonkami, prowadząc do okresowego zmniejszenia się w ich trakcie liczby urodzeń. Podobnie działo się w okresie kryzysu ekonomicznego początku lat 30. XX wieku, choć czynniki prowadzące do niższej liczby urodzeń miały inne uwarunkowania. Z drugiej strony, po każdym takim kryzysie społecznym pojawia się faza kompensacji, a zatem czas, gdy – w przypadku powyższych przykładów dzięki nastaniu pokoju lub obniżeniu się drastycznego poziomu bezrobocia do poziomu standardowego – osoby odkładające na później swe plany matrymonialne i prokreacyjne mogły przystąpić do realizacji swych zamierzeń (Szukalski 2012). W takiej sytuacji wzrasta na kilka lat liczba urodzeń. Takie zaszłości rzutują na liczbę osób znajdujących się na poszczególnych etapach życia z odpowiednim opóźnieniem. Przykładowo, 60 lat po wybuchu drugiej wojny światowej, widoczny wówczas spadek liczby zawieranych związków małżeńskich i urodzeń doprowadził w Europie do spadku liczby osób osiagających swe 60. urodziny.

W rezultacie w rosnącej grupie seniorów³ wzrasta liczba i udział tych najstarszych, niezależnie od stosowanej cezurę wie-

² W demografii termin kohorta oznacza grupę osób, w życiu których w tym samym czasie wystąpiło to samo zdarzenie, np. grupę osób, które urodziły się w tym samym roku kalendarzowym.

³ Na potrzeby tego opracowania korzystać będę z obowiązującej od 2015 r. w Polsce definicji osoby starszej jako osoby mającej co najmniej 60 ukończonych lat. Osoby te w powojennej Polsce stanowiły szybko rosnącą grupę, odpowiadając za 2,045 mln w 1950 r., 4,194 mln w 1970 r., 5,586 mln w 1990 r., 7,418 mln

ku określającego początek późnej starości, zaś zmiany liczebności poszczególnych, jednorodnych grup wieku seniorów odzwierciedlają wspomniane wyżej przemiany o charakterze sekularnym i nadzwyczajnym (rys. 1–2).



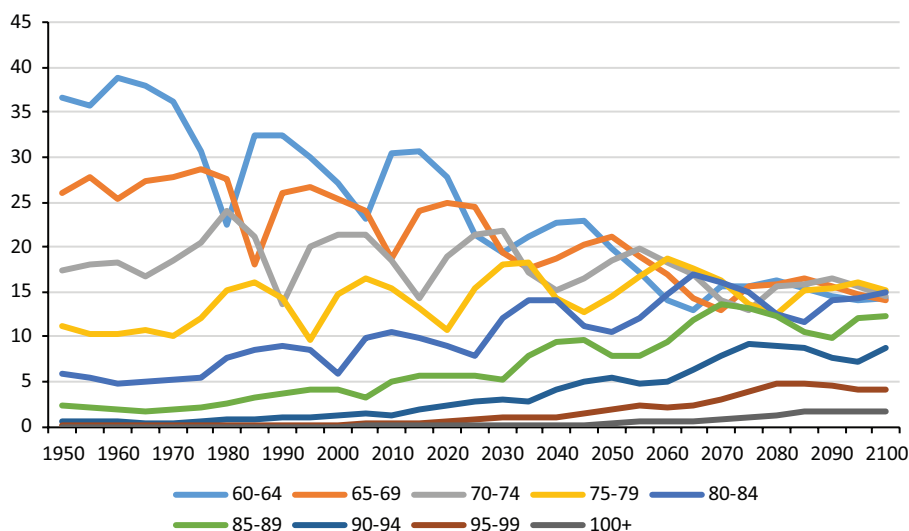
Rysunek 1. Struktura wieku osób 60+ w Polsce
w latach 1950–2100 (w %)

Źródło: opracowanie własne na podstawie UN Population Division,
World Population Prospects 2019, <https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Population/> (dostęp: 18.12.2019)

Ciekawy jest zwłaszcza rysunek 2. Pokazuje on, jak w trakcie długiego (obejmującego półtora wieku) okresu w Polsce – z jednej strony – stale wzrasta ważność osób najstarszych wśród ogółu seniorów, z drugiej zaś – zanika wpływ czynnika kohortowego w warunkach braku kryzysów społecznych, założonego w projekcji ludnościowej ONZ z 2019 roku. Z obu rysunków wynika, że w dzisiejszej Polsce występuje zjawisko podwójnego starzenia się ludności, a zatem – tym szybszy wzrost liczby ludności, im wyższego wieku to dotyczy. W efekcie występuje wzrost udziału osób najstarszych

w 2010 i 9,508 mln na koniec 2018 r. Również w przyszłości rosnąć ma ich liczba – do 10,647 mln w 2030 r. i 12,919 mln w 2050 r. Wielkości te stanowią odpowiednio: 8,2, 12,9, 14,7, 19,4, 24,8, 28,1 i 38,8% ludności ogółem.

wśród ogółu seniorów, nawet i wówczas, gdy liczba ludności i liczba seniorów będzie się zmniejszać. Proces ten obserwowany jest zarówno w Polsce, jak i w innych krajach Europy i świata (Maier, Jeune, Vaupel 2021; Szukalski 2004, 2006).



Rysunek 2. Udział ludności według 5-letnich grup wieku wśród wszystkich osób w wieku 60 lat i więcej, Polska, 1950–2100 (w %)

Źródło: opracowanie własne na podstawie UN Population Division, *World Population Prospects 2019*, <https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Population/> (dostęp: 18.12.2019)

2.3. Od kiedy zaczyna się późna starość

Odpowiedź na pytanie o początek późnej starości jest trudna i prosta zarazem. Trudna – nie można bowiem jednoznacznie określić momentu jakościowej przemiany wśród wszystkich osób dożywających zaawansowanego wieku. Łatwa – gdyż w ostatnich dekadach pojawiło się kilka podejść uznających osiągnięcie pewnego uznaniowo wyznaczonego wieku jako wyodrębniającego ludzi bardzo starych od tych „nie aż tak starych”. Upodobanie do „okrągłego” wieku – widoczne i w przeszłości w postaci częstego podwyższania wieku do liczb kończących się na 0 i w mniejszym stopniu na 5 – przejawia się występowaniem w tym przypadku kilku wielkości różniących się od siebie o 5 lat, a mianowicie wieku 75, 80, 85 i 90

lat. W takiej też kolejności przedstawię te granice, choć – patrząc na chronologię ich powstawania – kolejność winna być inna: 80, 75, 90, 85 lat.

Granica 75 lat pojawiła się pod koniec lat 60. XX wieku, gdy amerykańska psycholog i gerontolog Bernice Neugarten próbowała zwalczać mity o homogeniczności zbiorowości osób starszych. Próbuując „odczarować” osoby we wczesnej fazie starości, podzieliła zbiorowość seniorów na dwie grupy: „młodych starych” i „starych starych”, przyjmując granicę 75 lat jako odgradzającą ich cezurę. Zabieg ten miał na celu odróżnienie wśród mających prawo w USA do finansowanych ze źródeł federalnych świadczeń w ramach zabezpieczenia społecznego i do bezpłatnej opieki zdrowotnej (tj. w wieku 65+) osób, które są w pełni samodzielne, od osób wymagających wsparcia ze strony swych rodzin, sąsiadów i społeczności lokalnych. Jak pokazał czas, powyższe rozróżnienie, mające na celu zdjęcie odium ciężaru i niesamodzielności z grupy „młodych starych”, nie poprawiło ich image’u, pogarszając dodatkowo percepcję społeczną „starych starych” (Suzman, Manton, Willis 1992).

Wiek 80 lat z kolei pojawił się jako granica umożliwiająca oddzielenie „trzeciego wieku” od „czwartego wieku”. W obu przypadkach chodzi o osoby, które z uwagi na wiek charakteryzują się tzw. niesamodzielnością ekonomiczną, tj. utrzymywaniem się z transferów publicznych (emerytury, renty z tytułu niezdolności do pracy, renty rodzinne). Różnica między nimi odnosi się do samodzielności funkcjonalnej, czyli możliwości wykonywania (prawie) wszystkich czynności dnia codziennego bez pomocy innych. Tak rozumiana samodzielność jest typowa dla osób w „trzecim wieku”, podczas gdy w przypadku tych w „czwartym wieku” zakłada się konieczność ustawicznego korzystania ze wsparcia innych. Najczęściej jako autorkę tych terminów podaje się Simone de Beauvoir (jej *La vieillesse* z 1970 r.), czasami jednak zauważa się, iż de Beauvoir upowszechniła jedynie (głównie dzięki wpływowemu, angielskiemu tłumaczeniu tej pracy, która ukazała się w 1972 r. pod tytułem *The coming of age*) pojęcia stosowane we Francji w latach 60. (Silver 2003).

Kolejna cezura, tj. wiek 85 lat, może być wyjaśniana na dwa sposoby. Po pierwsze, ćwierć wieku po pracach B. Neugarten ukazała się wpływowa praca pod redakcją R.M. Suzman, D.P. Willisa i K.G. Mantona, ukierunkowana na wskazanie, że kłopoty zdrowotne, socjalne, funkcjonalne, społeczne i psychiczne „starych

starych” nie są bynajmniej domeną ich młodszego odłamu, ale że widoczna jest w każdym z przywołanych wymiarów różnica pomiędzy „najstarszymi starymi” (tj. osobami w wieku 85+) a pozostałą częścią „starych starych” (tj. grupy definiowanej odtąd jako 75–84 lat) (Suzman, Manton, Willis 1992). Po drugie, na początku XXI w. prace biogerontologów poświęcone kwestii dziedziczenia predyspozycji do długowieczności wykazały, iż regularne przekraczanie przez przodków danej osoby wieku 85 lat wskazuje na występowanie u danej osoby predyspozycji do osiągania bardzo zaawansowanego wieku. Dodać należy, że owi przodkowie są dość szczególni, albowiem są to kobiety z matrylinearnej strony rodziny (matka, matka matki i jej matka itp.), co związane jest z umiejscowieniem zegara biologicznego określającego czas replikacji DNA i skracania się chromosomów w tej części komórki, która dziedziczona jest po matce. Zaznaczyć przy tym trzeba, iż niedożywianie przodkiń do zaawansowanego wieku nie musi oznaczać braku genetycznych predyspozycji do długowieczności, gdyż przedwczesne zgony z powodu wypadków, zatruc czy chorób zakaźnych nie są traktowane jako dowody genetycznego zaprogramowania do wczesnego zgonu (Gavrilov, Gavrilova 2001; Carey 2003).

Wreszcie ostatnia granica, tj. wiek 90 lat, została przyjęta w 1974 r. na Światowym Kongresie Ludnościowym w Bukareszcie jako granica długowieczności definiowanej demograficznie, a nie genetycznie. W tym przypadku przyczyną prowadzącą do wyodrębnienia takiej cezury była widoczna w latach wcześniejszych fascynacja długowiecznością rozumiana jako dożywanie do wyjątkowo wysokiego wieku (stulatkowie i pierwsi tzw. superstulatkowie, czyli osoby w wieku 110 lat i więcej, choć w ich przypadku występował często brak wiary w prawdziwość wieku) i chęć zrozumienia biologicznych i społecznych uwarunkowań, które umożliwiają powszechne dożycie do tak wysokiego wieku w zdrowiu i sprawności (Rosset 1979).

Jak widać, przedstawione cezury zazwyczaj odnoszą się do spodziewanego związku pomiędzy wiekiem a zdrowiem, sprawnością i samodzielnością. Choć realistycznie oceniając, zdawać sobie należy sprawę, iż relacja ta ma charakter probabilistyczny (tj. z wiekiem zwiększa się prawdopodobieństwo wystąpienia problemów), a nie deterministyczny (tj. po przekroczeniu pewnego wieku wszyscy mają pewne problemy zdrowotne), w literaturze gerontologicznej

i demograficznej od lat stosuje się podziały wskazujące na inny typ związku. To, na ile ów „typ idealny” – uproszczony ogląd świata lub pewnej zbiorowości, mający podkreślić ich najważniejsze cechy – samoistnie kreuje pewien sposób myślenia o specyfice późnej starości w kategoriach problemów zdrowotnych i niemożności samodzielnego funkcjonowania, jest kwestią dyskusyjną, choć wysoce prawdopodobną.

2.4. Od jakiego wieku zaczyna się funkcjonalnie późna starość?

Jak już wspomniano, zbiorowość osób najstarszych jest bardzo zróżnicowana wewnętrznie z punktu sprawności i samodzielności. Podstawowym czynnikiem oddziałującym na te dwie cechy jest stan zdrowia, który – co oczywiste – wraz z wiekiem się pogarsza. Patrząc z tej perspektywy, rodzi się pytanie – czy rzeczywiście widoczne są w ramach zbiorowości seniorów aż tak duże różnice w poszczególnych podgrupach wieku, które by uzasadniały wyodrębnianie podzbiorowości osób najstarszych. Na to pytanie postaramy się w niniejszym punkcie znaleźć odpowiedź.

W pierwszej kolejności spojrzymy, jak we współczesnej Polsce zmienia się wraz z wiekiem udział osób mających różnorodne problemy zdrowotne (tabela 1).

Tabela 1. Choroby przewlekłe i dolegliwości wśród polskich seniorów według płci (m – mężczyźni, k – kobiety) i wieku w 2014 r. (jako % ludności w danym wieku i płci)

Wyszczególnienie	Ogółem 60+	60–69 lat	70–79 lat	80 lat i więcej
1	2	3	4	5
Chorujący przewlekłe	88,9	85,2	92,5	95,2
m	85,4	82,3	89,1	93,0
k	91,4	87,8	94,6	96,1
Astma	7,2	6,4	7,9	8,5
m	7,0	5,8	7,5	11,3
k	7,4	7,0	8,2	7,2

Tabela 1 (cd.)

1	2	3	4	5
Przewlekłe zapalenie oskrzeli, POCHP, rozedma płuc	6,9	5,9	7,6	8,7
m	7,4	5,8	8,6	12,6
k	6,5	6,0	6,9	7,0
Zawał serca i jego konsekwencje	9,3	6,8	11,7	13,6
m	13,0	10,0	16,7	20,1
k	6,7	4,0	8,5	10,8
Choroba wieńcowa, dusznica bolesna	26,8	18,2	34,1	42,2
m	24,9	19,2	30,8	40,3
k	28,1	17,5	36,2	43,0
Wysokie ciśnienie krwi	52,6	47,6	58,5	59,4
m	47,3	45,0	51,7	49,4
k	56,4	49,8	62,9	63,8
Udar mózgu i jego konsekwencje	6,1	4,5	7,6	9,0
m	7,5	5,6	10,6	10,6
k	5,1	3,5	5,7	8,3
Choroba zwyrodnieniowa stawów	39,7	32,9	45,6	52,2
m	29,0	25,0	33,4	39,3
k	47,3	39,5	53,5	58,0
Bóle dolnej partii pleców	41,7	39,3	44,0	45,8
m	36,3	34,3	37,4	43,3
k	45,5	43,5	48,2	46,9
Bóle środkowej partii pleców	29,0	25,8	30,4	36,9
m	24,0	22,2	25,8	29,1
k	32,4	28,8	33,3	40,3

1	2	3	4	5
Bóle szyi (karku) lub inne przewlekłe dolegliwości szyi (karku)	29,7	27,8	31,3	33,2
m	23,8	22,7	25,4	25,4
k	33,9	32,2	35,1	36,7
Cukrzyca	17,7	14,6	21,6	21,5
m	17,8	15,7	20,2	22,3
k	17,7	13,6	22,5	21,2
Alergia	9,0	8,6	9,4	9,7
m	5,4	5,5	5,1	5,4
k	11,5	11,1	12,2	11,6
Marskość wątroby	1,2	1,0	1,4	1,5
m	1,4	1,0	1,7	2,3
k	1,1	0,9	1,2	1,2
Choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy	8,0	7,5	9,5	7,4
m	7,7	7,9	6,7	8,7
k	8,2	7,1	11,2	6,9
Nietrzymanie moczu, problemy z kontrolowaniem pęcherza moczowego	12,2	6,6	14,1	27,0
m	7,5	3,9	10,3	19,5
k	15,5	8,9	16,5	30,3
Problemy z nerkami	8,1	6,4	10,0	10,7
m	6,8	5,3	8,3	11,1
k	9,1	7,4	11,1	10,5
Silne bóle głowy (migrena)	11,6	10,7	12,8	12,3
m	6,9	7,2	6,4	6,9
k	14,8	13,8	16,8	14,7

Tabela 1 (cd.)

1	2	3	4	5
Depresja	6,8	5,9	7,6	8,3
m	4,3	3,6	4,6	7,3
k	8,6	7,9	9,5	8,7
Choroby tarczycy	11,7	12,1	12,1	9,4
m	3,7	3,5	4,2	3,5
k	17,3	19,4	17,2	12,1
Choroby prostaty (przerost gruczołu krokowego) – tylko u mężczyzn	22,7	14,7	32,3	41,2
Inne choroby	18,9	17,1	19,5	23,8
m	16,5	15,1	17,9	20,3
k	20,6	18,8	20,5	25,3

Źródło: Europejskie Ankietowe Badanie Zdrowia z 2014, za MRPiPS 2019, s. 34–35.

Choć widoczne jest narastanie problemów zdrowotnych wraz z coraz wyższym wiekiem, zmiany te mają stopniowy charakter, uniemożliwiając znalezienie jakiegoś empirycznego punktu rozdzielającego osoby starsze na wyraźnie różniące się podzbiorowości.

Narastające wraz z wiekiem problemy zdrowotne są przyczyną utrzymującego się związku pomiędzy wiekiem a częstością deklarowania niepełnosprawności prawnej czy biologicznej⁴. Jednakże należy zdawać sobie sprawę z tego, że w przypadku niepełnosprawności tylko biologicznej – tj. tej ocenianej często subiektywnie – występują bardzo duże zmiany w zakresie poziomu deklarowanej niepełnosprawności w długim okresie. Pogląd na skalę takich zmian dają wyniki ostatnich Narodowych Spisów Powszechnych (tabela 2).

⁴ Niepełnosprawność prawna jest potwierdzona orzeczeniem odpowiedniej komisji lub lekarza orzecznika, natomiast niepełnosprawność biologiczna wynika z rzeczywistego odczuwania przez badanych niemożności samodzielnego wykonywania czynności typowych dla danej fazy życia.

Tabela 2. Niepełnosprawność w Polsce wśród osób starszych według wieku i płci w świetle danych spisów powszechnych (NSP) z lat 1978–2011 (w przeliczeniu na 1000 osób danej płci i wieku)

Rok NSP	Wiek w latach				
	60–64	65–69	70–74	75–79	80+
mężczyźni					
1978	261	254	267	310	360
1988	356	335	355	376	409
2002	408	368	414	458	472
2011	285	292	336	386	428
kobiety					
1978	202	207	234	274	327
1988	286	302	340	362	416
2002	308	351	415	463	495
2011	220	289	349	404	446

Źródło: GUS, 1999; GUS, 2003a, GUS, 2013.

Niezależnie od czynników warunkujących owe długofalowe, różnokierunkowe zmiany, bez wątpienia w przypadku osób najstarszych występuje w każdym przypadku wyższa częstość deklarowanej niepełnosprawności. Jednakże ponownie – choć w tym przypadku skala zachodzących zmian jest zdecydowanie bardziej widoczna – brak jest jakiegoś jednoznacznie i samorzutnie narzucającej się cezurę wieku rozdzielającej poszczególne podzbiorowości.

Zdecydowanie ważniejsze z punktu widzenia stopnia samodzielności i sprawności nie jest posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności czy postrzeganie siebie jako osoby z niepełnosprawnościami, lecz rzeczywiste występowanie ograniczeń funkcjonalnych. Do ich badania używa się skali Katza (ADL) i skali Lawtona (IADL). Pierwsza z nich mierzy zdolność do wykonywania 6 podstawowych czynności dnia codziennego (mycie całego ciała, ubieranie się, korzystanie z toalety, poruszanie się, kontrolowanie potrzeb fizjologicznych, jedzenie), przypisując tym czynnościom punktację, która maksymalnie osiąga razem 6 pkt (pełna samodzielność). Druga skupia się na wykonywaniu nieco bardziej skomplikowanych, mniej

podstawowych czynności – np. samodzielne zakupy, korzystanie z komunikacji miejskiej, wykonywanie prac domowych i pranie. W pełni samodzielne osoby mogą uzyskać łącznie 24 pkt.

Realizowane w latach 2010–2011 badanie PolSenior umożliwia uzyskanie porównywalnych danych odnoszących się do 5-letnich grup wieku (tabela 3).

Tabela 3. Wyniki skali Katza i Lawtona według wieku i płci w Polsce (w punktach)

Wiek	Skala Katza		Skala Lawtona	
	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety
65–69	5,98	5,99	22,89	23,36
70–74	5,92	5,98	22,44	23,08
75–79	5,83	5,93	21,53	21,54
80–84	5,80	5,66	20,31	19,30
85–89	5,52	5,35	18,20	16,85
90+	5,31	4,81	15,41	13,84

Źródło: Wizner, Skalska, Klich-Rączka i inni, 2012, s. 85, 87.

W tym przypadku dopiero w wieku 80 lat i więcej zauważyć można rozpoczynanie się skokowych zmian w zakresie oceny stopnia samodzielnego funkcjonowania badanych seniorów, choć ocena ta jest uznaniowa, albowiem dopiero w przypadku dwóch najstarszych grup wieku (85–89 lat i 90+) występujące różnice są bezsprzecznie duże w każdym z przedstawionych przypadków.

Badanie PolSenior umożliwia również spojrzenie na inny wymiar, wielokrotnie wspominany przy okazji omawiania teoretycznych podejść do cezury wieku rozdziałającej seniorów na tych młodszych i starszych – zależności od pomocy innych. Udział osób potrzebujących pomocy ze strony innych wynosił 14,5% w grupie wieku 65–69, a w nieco starszych grupach wieku wzrastał, osiągając wartości 19,1% oraz 31,5%. Począwszy od wieku 80–84 lata, prawie połowa potrzebowała pomocy (48,6%), w grupie wieku 85–89 lat – 62,5%, a wśród osób w wieku 90 i więcej lat – 80,4% (Błędowski 2012). Patrząc zatem z perspektywy samooceny konieczności bycia wspieranym, wiek 80 lat ponownie pojawia się jako granica, od której co

najmniej połowa seniorów potrzebuje stałego wsparcia funkcjonalnego ze strony rodziny, znajomych, sąsiadów lub instytucji.

Podsumowując niniejszy punkt, stwierdzić należy, że w rzeczywistości brak jest jakiegś samonarzucającej się cezury wieku, która umożliwiłaby dokonanie podziału starości na wczesną i późną. Jeśli już cezura taka jest potrzebna, to – o ile nie może być osadzona na pełnej uznaniowości – powinna jednak odnosić się do granicy 80 lub nawet 85 lat, tj. wieku na tyle zaawansowanego, że wyraźnie różniącego typową zdolność do samodzielnego działania wśród jednostek o kilka lat raptem starszych lub młodszych.

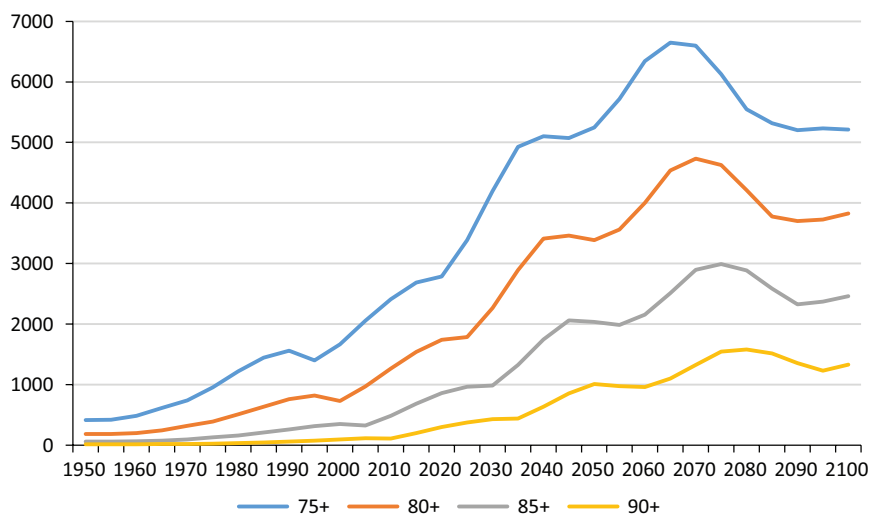
2.5. Liczba osób najstarszych w przyszłości

Warto teraz zastanowić się nad przyczynami, dla których zainteresowanie różnorodnie definiowanymi zbiorowościami osób najstarszych będzie w przyszłości narastać. Dziać się tak będzie z uwagi na długotrwały wzrost liczby i odsetka osób najstarszych. W praktyce zdecydowanie ważniejsze jest wskazanie tego, jak w nadchodzących 2–3 dekadach – a zatem w okresie na tyle niedługim, aby uwzględniać go w społecznej wyobraźni – zwiększać się będą zastępy najstarszych Polek i Polaków.

Trzymając się prezentowanych wcześniej czterech odmiennych sposobów definiowania osób bardzo starych, przyjrzyjmy się zmianom liczebności wyodrębnianych na ich podstawie podzbiorowości seniorów (rysunek 3).

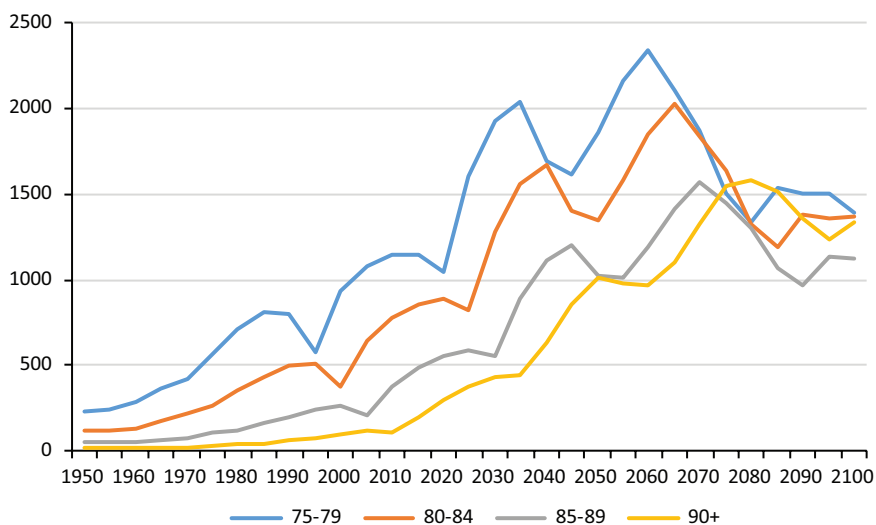
Niezależnie z jaką cezurą późnej starości mamy do czynienia, w każdym przypadku oczekiwać należy szybkiego wzrostu liczby osób bardzo starych. W porównaniu do odnotowanej na koniec roku 2018 liczby osób w poszczególnych grupach wieku, w roku 2030 ich liczba będzie wyższa o (w nawiasie dane dla roku 2040): 75+ – 54,1% (87,3%), 80+ – 35,9% (104,9%), 85+ – 25,1% (120,9%), 90+ – 70,8% (153,5%). W przypadku najstarszych grup ich liczebność ma w ciągu 12 lat zwiększyć się przynajmniej o 25%, zaś w 2040 r. liczba osób mających co najmniej 80 lat może ulec podwojeniu.

Nierównomierne tempo wzrostu poszczególnych podgrup wynikać ma zarówno z odmiennego wpływu redukcji umieralności, jak i z wpływu czynnika kohortowego, tj. bardzo widocznego w przypadku poszczególnych podgrup wieku wpływu drugiej wojny światowej i powojennej kompensacji (rysunek 4).



Rysunek 3. Liczba osób w różnych kategoriach wieku późnej starości, Polska, 1950–2100 (w tys. osób)

Źródło: opracowanie własne na podstawie UN Population Division, *World Population Prospects 2019*, <https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Population/> (dostęp: 18.12.2019)



Rysunek 4. Liczba osób bardzo starych według wieku, Polska, 1950–2100 (w tys. osób)

Źródło: opracowanie własne na podstawie UN Population Division, *World Population Prospects 2019*, <https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Population/> (dostęp: 18.12.2019)

Już od roku 2021 – tj. 75 lat od rozpoczęcia się powojennej kompensacji⁵ – widoczny będzie szybki wzrost liczby „starszych seniorów”, odnoszący się z odpowiednim opóźnieniem do kolejnych grup wieku.

Tak szybki wzrost liczby najstarszych mieszkańców naszego kraju samoistnie przekłada się na wzrost potrzeb społecznych specyficznych dla tej grupy wieku. W tym miejscu chciałbym wspomnieć tylko o dwóch konsekwencjach, związanych odpowiednio z większym zapotrzebowaniem na: 1) opiekę zdrowotną i 2) instytucjonalne formy całodobowej opieki.

W pierwszym przypadku warto zaznaczyć, iż brak jest szacunków odnoszących się jedynie do konsekwencji wzrostu liczby osób bardzo starych, istnieją natomiast prace poświęcone wskazaniu rezultatów zachodzących przemian demograficznych, w tym i podwójnego starzenia się ludności. W takim przypadku przykładowo oczekuje się, że liczba hospitalizacji pomiędzy 2010 a 2030 tylko pod wpływem przemian demograficznych wzrośnie o 9,6%, natomiast w warunkach zakładanej powolnej depopulacji oznaczać to będzie wzrost częstości pobytów szpitalnych w przeliczeniu na stałą liczbę ludności o 11,4%. Jednocześnie liczba hospitalizacji osób w wieku 80+ wzrosłaby o 66,4%, zaś udział hospitalizacji tak zdefiniowanych osób bardzo starych wśród ogółu pobytów szpitalnych podniósłby się z 8,3 do 12,6% (Golinowska, Kocot, Sowa 2013, s. 141). Zaznaczyć trzeba jednak, że w tego typu szacunkach nie uwzględnia się specyfiki pacjenta bardzo starego, wynikającej np. z typowej wielochorobowości i wielolekowości, prowadzących do dłuższej hospitalizacji i większej liczby niezbędnych badań na osobę, a zatem wyższych jednostkowych kosztów (Wieczorowska-Tobis 2011).

Z kolei w przypadku drugim szacunki (Szweda-Lewandowska 2008) wskazują, że samo podwójne starzenie się ludności, prowadząc do postępującego wzrostu liczby osób 75+, odpowiadałoby za konieczność wzrostu liczby miejsc dla tej kategorii wieku w domach pomocy społecznej z 22 tys. w 2005 do 44,1 tys. w 2030 r. w sytuacji braku zmian częstości występowania niepełnosprawności i korzystania z tego typu instytucji. Nawet optymistycznie zakładając,

⁵ Z uwagi na trwanie ciąży – jak i w mniejszym zakresie na czas potrzebny do organizacji ślubu i wesela – efekty zakończenia wojny widoczne były w przypadku urodzeń dopiero od 1946 r.

iż występować będzie długotrwale zmniejszanie się skali niepełnosprawności o 2% w skali roku, liczba miejsc w DPS-ach dla tej grupy wieku musiałaby się zwiększyć do 25,1 tys.

Oba szacunki wskazują na wagę procesu podwójnego starzenia się ludności dla funkcjonowania sektorów ochrony zdrowia i pomocy społecznej. Powyższe przykładowe zmiany są bez wątpienia wskazówką odnośnie do skali przemian w zakresie popytu na szereg usług społecznych, wynikających z przedstawionych przeobrażeń demograficznych. Należy sobie zdawać sprawę z tego, że w przypadku krajowych prognoz demograficznych przygotowywanych przez GUS zaobserwować można, jak wraz z pojawianiem się kolejnych ich wersji wzrastają przewidywane liczby najstarszych Polek i Polaków pod wpływem uwzględniania szybszego, niż to było zakładane, spadku umieralności (tabela 4).

Tabela 4. Liczba osób w wieku 80 lat i więcej w latach 2015–2035 według prognoz GUS z lat 1997–2014 (w tys.)

Prognoza z roku	2015	2020	2025	2030	2035
1997	1 281	1 336	–	–	–
1999	–	1 358	–	1 821	–
2003	1 471	1 548	1 536	2 053	–
2008	1 488	1 566	1 537	2 005	2 574
2014	1 560	1 684	1 680	2 206	2 869

Źródło: opracowanie własne na podstawie GUS 1999, 2009, 2014; RRL 2000.

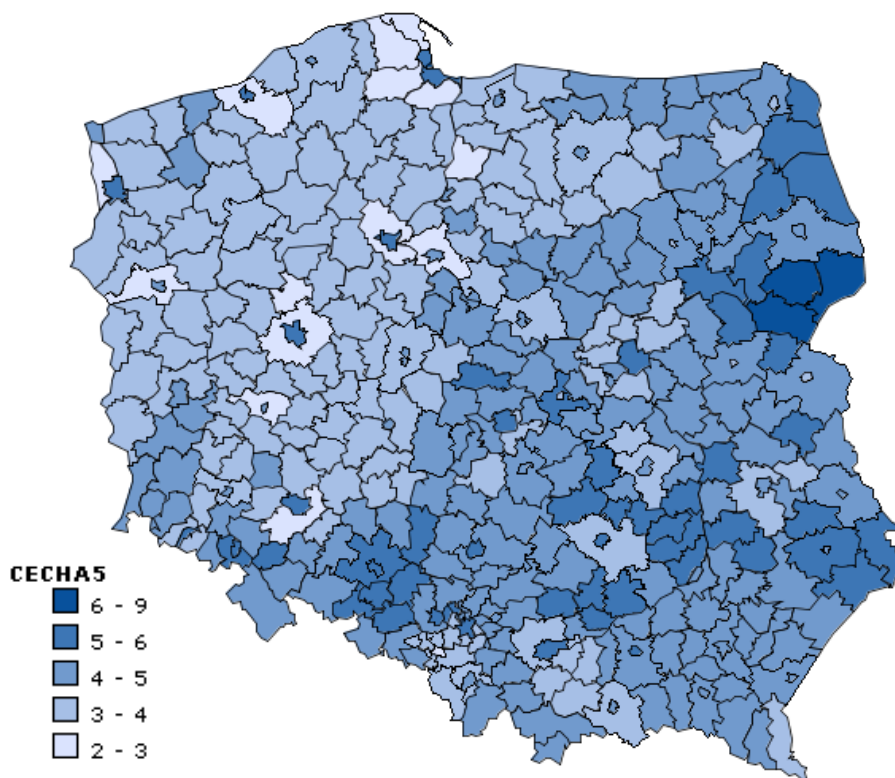
Może się zatem zdarzyć, zwłaszcza w sytuacji nieoczekiwanego odkrycia leków lub opracowania nowych skutecznych procedur medycznych w zakresie kuracji nowotworowej i chorób układu krążenia, że podwójne starzenie przebiegać będzie zdecydowanie szybciej, potęgując wspomniane wcześniej problemy z zapewnieniem odpowiedniego poziomu usług z zakresu ochrony zdrowia i pomocy społecznej.

2.6. Przestrzenna koncentracja osób bardzo starych

Przedstawiając powyżej prognozy demograficzne, wspomniano o spodziewanym znaczącym wzroście liczby i udziału najstarszych Polaków oraz o konsekwencjach takich zmian dla dostarczania wybranych usług społecznych. Zaznaczyć zatem trzeba, że już dziś na

poziomie lokalnym w szeregu polskich gmin znaleźć można przykłady terenów, gdzie udział osób bardzo starych jest zdecydowanie wyższy niż ten spodziewany w skali kraju w 2050 roku. Przykładowo, na koniec roku 2017 w gminie Orla (woj. podlaskie) osoby w wieku 80+ stanowiły 16,1% ogółu ludności, z kolei w gminie Dubicze Cerkiewne (również z Podlasia) – 14,6%.

W układzie powiatowym owo zróżnicowanie jest zdecydowanie mniejsze, albowiem na koniec 2019 r. – przy minimum w powiatach polickich i żorskim (2,2% ludności w wieku 80+) – maksima występowały w: powiecie grodzkim Sopot (8,3%) i powiatach ziemskich hajnowskim (7,7%), bielskim (7,0%) i siemiatyckim (6,6%) – mapa 1.



Mapa 1. Udziały ludności w wieku 80 lat i więcej według powiatów na koniec 2019 r. (jako % ludności ogółem)

Źródło: opracowanie własne na podstawie Banku Danych Lokalnych GUS

Tak wysoki udział najstarszych seniorów występuje na obszarach długotrwale poddanych zjawisku depopulacji, gdzie kilka kolejnych dekad ucieczki młodych prowadzi do niewielkiej liczby urodzeń, a w rezultacie do wypaczenia struktury wieku, gdzie seniorzy już dziś odpowiadają za prawie połowę ludności (w przywołanych gminach to: Orla – 43,3%, Dubicze Cerkiewne – 44,0%). W efekcie oczekiwać można, iż powiązane z podwójnym starzeniem się problemy są na takich obszarach szczególnie dotkliwe. Obecnie i w przyszłości proces ten w największym stopniu dotyczyć będzie położonych peryferyjnie obszarów wiejskich, a zatem gmin o najniższych dochodach własnych, co jednoznacznie wskazuje na niemożność rozwiązywania wyłaniających się z przemian demograficznych problemów przez władze lokalne *per se*.

W warunkach miejskich koncentracja ludzi bardzo starych występuje często w przypadku budynków i osiedli mieszkaniowych zasiedlanych pół wieku temu, gdy – po odczekaniu swojej kolejki – wprowadzali się do nowych mieszkań z reguły trzydziestolatkwie. W naturalny sposób po upływie kilku dekad znaczna część pozostałych przy życiu mieszkańców osiąga bardzo zaawansowany wiek, mając problemy z klatkami schodowymi pozbawionymi wind, brakiem infrastruktury umożliwiającej samodzielne poruszanie się czy odległościami do sklepów i punktów usługowych.

2.7. Zakończenie

W nadchodzących dekadach czeka nas szybki wzrost liczby osób bardzo starych, zaś opowiedzenie się za wyższą cezurą wieku, od którego zakwalifikujemy daną osobę do tej populacji, prowadzi jedynie do późniejszego wystąpienia efektu powojennego baby-boomu z jednocześnie większym względnym przyrostem liczebności tej grupy. Przed samym wzrostem – pomijając możliwość utrwalenia się niekorzystnych zmian w zakresie umieralności obserwowanych w latach 2016–2019, pogłębionych przez epidemię COVID-19 – nie ma ucieczki, zaś sam ów przyrost traktowany być powinien jako namacalny rezultat poprawy warunków i jakości życia w naszym kraju.

Zmiany te dostrzegane są przez decydentów, choć słabo przekłada się to na programowane działania. Przykładowo prawie

w przypadku każdego województwa (wyjątkiem jest łódzkie) w priorytetach polityki zdrowotnej na nadchodzące lata wpisywane są rozwój odpowiednio przygotowanej kadry i instytucji oraz rozwój specjalistycznych usług opiekuńczo-pielęgnacyjnych, choć realny stan rozwoju geriatry i opieki długookresowej wskazuje dopiero na początek procesu nadrabiania wieloletnich zaległości. Większość województw wpisuje w swoje dokumenty strategiczne również rozwój srebrnej gospodarki, choć sam ten termin bywa rozmaicie rozumiany. Słabość, a w zasadzie brak, reprezentantów osób najstarszych prowadzi do rzeczywistego pomijania ich interesów przy projektowaniu polityk publicznych (Szukalski 2014).

Jednocześnie ów prognozowany przyrost liczby osób najstarszych powinien już dziś zachęcać decydentów do podjęcia przygotowań związanych zarówno z zapewnieniem odpowiedniej opieki lekarskiej, usług opiekuńczo-pielęgnacyjnych, jak i nowych usług o charakterze aktywizacyjnym. O ile w przypadku pierwszej grupy potrzeb uznać można, iż prezentowana we wrześniu 2019 r. w Pałacu Prezydenckim, wypracowana przez Narodową Radę Rozwoju, koncepcja funkcjonowania Centrów Zdrowia 75+ stanowi całościową próbę rozwiązania przyszłych problemów, o tyle w przypadku pozostałych dwóch grup potrzeb brak jest nawet próby nieholistycznego, choćby i jedynie częściowego, podejścia do problemu.

Czas mija, zaś za kilka, góra kilkanaście, lat obudzimy się w Polsce, w której mieć będziemy setki tysięcy najstarszych Polek i Polaków wymagających wzmożonej, długotrwałej opieki. Czy do tego czasu wypracujemy szczególne podejście do postrzegania problemów długowieczności, sugerowane przez niektórych badaczy? (Phillipson 2015). Trudno przewidzieć, niewiele na to wskazuje.

Bibliografia

- Błędowski P. (2012), *Potrzeby opiekuńcze osób starszych*, [w:] M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski (red.), *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, Termedia, Warszawa, s. 449–466, <http://212.87.21.2/polsenior/sites/polsenior.iimcb.gov.pl/files/file/monografia/monografiaPolSenior.pdf> (dostęp: 20.04.2020).
- Carey J.R. (2003), *Longevity. The biology and demography of life span*, Princeton, Oxford.

- Gavrilov L.A., Gavrilova N.S. (2001), *The reliability theory of aging and longevity*, „Journal of Theoretical Biology”, t. 213.
- Golinowska S., Kocot E., Sowa A. (2013), *Zasoby kadr dla sektora zdrowotnego. Dotychczasowe tendencje i prognozy*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie”, t. 11, nr 2, s. 125–147.
- Główny Urząd Statystyczny (1999), *Seniorzy w polskim społeczeństwie*, ZWS GUS, Warszawa.
- Główny Urząd Statystyczny (2003), *Prognoza ludności na lata 2003–2030*, <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/prognoza-ludnosci/prognoza-ludnosci-na-lata-2003-2030,1,2.html/> (dostęp: 20.04.2020).
- Główny Urząd Statystyczny (2003a), *NSP 2002. Osoby niepełnosprawne oraz ich gospodarstwa domowe 2002. Część I – Osoby niepełnosprawne*, <https://stat.gov.pl/spisy-powszechne/narodowe-spisy-powszechne/narodowy-spis-powszechny-2002/osoby-niepelnosprawne-oraz-ich-gospodarstwa-domowe-2002-czesc-i-osoby-niepelnosprawne,6,1.html>
- Główny Urząd Statystyczny (2009), *Prognoza ludności na lata 2008–2035*, ZWS GUS, Warszawa, http://stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/L_prognoza_ludnosci_na_lata2008_2035.pdf (dostęp: 20.04.2020).
- Główny Urząd Statystyczny (GUS) (2013), *Ludność. Stan i struktura demograficzno-społeczna. Wyniki NSP 2011*, ww.stat.gov.pl/gus/5840_14834_PLK_HTML.html/ (dostęp: 25.04.2020).
- Główny Urząd Statystyczny (2014), *Prognoza ludności na lata 2014–2050*, ZWS GUS, Warszawa, http://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5469/1/5/1/prognoza_ludnosci_na_lata____2014_-_2050.pdf (dostęp: 20.04.2020).
- Maier H., Jeune B., Vaupel J.W. (red.) (2021), *Exceptional Lifespans*, Demographic Research Monographs, Springer.
- Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej (MRPiPS) (2019), *Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za 2018 r.*, Warszawa, <https://www.gov.pl/web/rodzina/informacja-o-sytuacji-osob-starszych-w-polsce-za-rok-2018> (dostęp: 20.04.2020).
- Phillipson C. (2015), *The political economy of longevity: Developing new forms of solidarity for later life*, „The Sociological Quarterly”, t. 56, s. 80–100, <https://doi.org/10.1111/tsq.12082>
- Rosset E. (1979), *Trwanie życia ludzkiego*, Ossolineum, Wrocław.
- Rządowa Rada Ludnościowa (RRL) (2000), *Sytuacja demograficzna Polski. Raport 1999–2000*, RCSS, Warszawa, s. 213.
- Silver C.B. (2003), *Gendered identities in old age: Toward (de)gendering?*, „Journal of Aging Studies”, t. 17, s. 379–397.
- Suzman R.M., Manton K.G., Willis D.P. (1992), *Introducing the oldest old*, [w:] R.M. Suzman, D.P. Willis, K.G. Manton (red.), *The oldest old*, Oxford University Press, Oxford–New York, s. 3–14.

- Szukalski P. (2004), *Osoby bardzo stare w Polsce i w krajach Unii Europejskiej – przeszłość, teraźniejszość, przyszłość*, „Prace Instytutu Ekonometrii i Statystyki UŁ”, nr 142, s. 33, <http://dspace.uni.lodz.pl:8080/xmlui/handle/11089/3573/> (dostęp: 20.04.2020).
- Szukalski P. (2006), *Populacja osób bardzo starych w społeczeństwie polskim – stan obecny i perspektywy*, [w:] J.T. Kowaleski (red.), *Ludzie starzy w polskim społeczeństwie w pierwszych dekadach XXI wieku*, Wydawnictwo UŁ, Łódź, s. 115–150, <http://dspace.uni.lodz.pl:8080/xmlui/handle/11089/5597> (dostęp: 20.04.2020).
- Szukalski P. (2012), *Wpływ kryzysów na zachowania demograficzne*, „Wiadomości Statystyczne”, nr 4, s. 17–30, <http://dspace.uni.lodz.pl:8080/xmlui/handle/11089/3643/> (dostęp: 20.04.2020).
- Szukalski P. (2014), *Ludzie bardzo starzy w Polsce – niewidoczna grupa docelowa polityki społecznej?*, „Studia Demograficzne”, nr 2(166), 57–78, <http://dspace.uni.lodz.pl:8080/xmlui/handle/11089/11159/> (dostęp: 20.04.2020).
- Szweda-Lewandowska Z. (2008), *Prognoza zapotrzebowania na miejsca w domach pomocy społecznej dla osób w wieku 75 lat i więcej*, [w:] J.T. Kowalewski, P. Szukalski (red.), *Starzenie się ludności Polski. Między demografią a gerontologią społeczną*, Wydawnictwo UŁ, Łódź.
- UN Population Division (2019), *World Population Prospects 2019*, <https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Population/> (dostęp: 18.12.2019).
- Wieczorowska-Tobis K. (2011), *Specyfika pacjenta starszego*, [w:] K. Wieczorowska-Tobis, T. Kostka, A.M. Borowicz (red.), *Fizjoterapia w geriatrici*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, s. 18–27.
- Wizner B., Skalska A., Klich-Rączka A., Piotrowicz K., Grodzicki T. (2012), *Ocena stanu funkcjonalnego u osób w starszym wieku*, [w:] M. Mosakowska, A. Więcek, P. Błędowski (red.), *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, Termedia, Warszawa, <http://212.87.21.2/polsenior/sites/polsenior.iimcb.gov.pl/files/file/monografia/monografiaPolSenior.pdf> (dostęp: 20.04.2020).

**Double population ageing
– when does the very old age start?**

(abstract)

Population ageing is a well-recognized demographic and social phenomenon, unlike the so-called double ageing of the population – defined as a sharp increase in the number and proportion of very old people. This chapter is an attempt to characterize the subpopulation of very old people, to define the onset of very old age, and to identify the social and institutional consequences of an increase in the share of very old people in proportion to the general population.

Keywords: longevity, the oldest olds, population ageing, Poland, 21st century

JEL: H4, J11, J14, Z1

**Podwójne starzenie się ludności
– od kiedy zaczyna się późna starość?**

(streszczenie)

Starzenie się ludności jest dobrze rozpoznany zjawiskiem demograficznym i społecznym, w przeciwieństwie do tzw. podwójnego starzenia się populacji, definiowanego jako gwałtowny wzrost liczby i odsetka osób w bardzo podeszłym wieku. W niniejszym rozdziale podjęto próbę scharakteryzowania subpopulacji osób bardzo starych, zdefiniowania początku bardzo starej starości oraz zidentyfikowania społecznych i instytucjonalnych konsekwencji wzrostu udziału osób bardzo starych w stosunku do ogółu populacji.

Słowa kluczowe: długowieczność, ludzie bardzo starzy, starzenie się ludności, Polska, XXI wiek