


Hortiterapia

jako
element
wspomagający
leczenie
tradycyjne

Pod redakcją
Agnieszki Krzywińskiej

 rhythmos

PIOTR LEWANDOWSKI

Instytut Melioracji, Kształtowania Środowiska i Geodezji
Uniwersytet Przyrodniczy w Poznaniu

Uwarunkowania społeczno-formalne hortiterapii w Unii Europejskiej i Polsce

Część 1. Ekonomia i demografia senioralna

Streszczenie W pracy zaprezentowano uwarunkowania demograficzne i ekonomiczne Unii Europejskiej oraz Polski wpływające na możliwości rozwoju hortiterapii w nieodległej przyszłości. Odnosi się to głównie do grupy docelowej, jaką są osoby starsze (w wieku poprodukcyjnym). W perspektywie czasowej ta populacja będzie w społeczeństwach europejskich najszybciej powiększać się liczebnie. Hortiterapia może być traktowana również jako forma terapii prozdrowotnej i prewencyjnej. Relatywnie niskie koszty realizacji pozwalają na jej promocję adresowaną do grupy docelowej, jaką są seniorzy.

Słowa kluczowe hortiterapia, społeczeństwo, ekonomia seniorów, starzenie się społeczeństwa, demografia, Unia Europejska

Wprowadzenie

O roli hortiterapii jako specyficznej formie, wspomagającej inne rodzaje terapii leczniczych napisano już wiele publikacji, nadając jej różne nazwy, m.in. ogrodoterapia, ogrodolecznictwo, hortikuloterapia, terapia ogrodnicza, terapia zielenią czy zielona terapia (GÓRSKA-KŁĘK I IN. 2009, LATKOWSKA I MIERNIK 2012, CYLKOWSKA-NOWAK I TOBIS 2014, PŁOSZAJ-WITKOWSKA 2014, DĄBSKI I IN. 2015). Hortiterapia może być też elementem znacznie szerszego socjoogrodnictwa (ang. socio-horticulture), które jako dziedzina interdyscyplinarna obok relacji człowiek-roślina (w tym wpływu roślin na fizyczne i psychiczne zdrowie człowieka, jego zachowanie i stosunki międzyludzkie) obejmuje różne formy terapii ogrodniczej, a także

edukację socjalną, elementy socjologii miast i wsi oraz kulturalnej roli ogrodnictwa (NOWAK 2001, LATKOWSKA 2008).

Rola hortiterapii jako formy oddziaływania na zdrowie fizyczne i psychiczne człowieka stale rośnie i w warunkach krajów wysoko rozwiniętych, a szczególnie Unii Europejskiej powinna dalej wzrastać (NOWAK 2001). Czynniki decydującymi o jej perspektywnie wzrastającej roli są aspekty starzejących się, zamożnych społeczeństw tych krajów, jak i relatywnie niskie koszty i wymogi techniczne dla jej wdrażania. Poza tradycyjnymi ogrodami może to być np. wykorzystanie roślin doniczkowych (HENSCHKE 2014), balkonowych czy ziół (DZIEDZIC I MAJKOWSKA-GADOMSKA 2014). Może to być także realizacja modnego ostatnio ogrodu społecznego, jako wyraz problemu braku zieleni w polskich miastach. Celem takiej inicjatywy jest tworzenie ogrodów przez grupy sąsiedzkie, które dzięki wspólnej pracy nie tylko bezpośrednio przyczynią się do upiększenia swojej okolicy, lecz także wzmocnią panujące między nimi relacje. Może to być także współdziałanie działkowców i wolontariuszy w rodzinnych ogrodach działkowych, partycypacja społeczna grupy hortiterapeutycznej w działalności zieleni miejskiej (pielęgnacja i uprawa wyznaczonych rabat, skwerów itp.). Może to być także działanie w ramach klubów seniora, realizowane w przestrzeni publicznej ogrodów botanicznych, arboretów, gospodarstw agroturystycznych, czy terenach zieleni wokół szpitali i domów opieki społecznej, szczególnie polecane dla osób nieuprawiających sportów oraz bez możliwości wyjazdu poza miasto (NOWAK 2012A). Mogłaby to również (dla najsprawniejszej i najbardziej aktywnej grupy) być tzw. „senioralna partyzantka ogrodnicza”, upiększająca planowo, ale z zaskoczenia zapomniane miejsca w swym otoczeniu. Nie są to działania relatywnie kosztowne, ale każdorazowo jednak wymagają profesjonalisty, który w odpowiedni i przemyślany sposób pokieruje i zaopiekuje się grupą, i równocześnie umiejętnie zrealizuje scenariusz prac z zielenią, mając na względzie dwa cele – ważniejszy terapeutyczny i końcowy efekt ogrodniczy. „Zaopiekowanie” w tym przypadku odnosi się także do psychicznej potrzeby człowieka, szczególnie silnej u osób starszych. Taka forma „zielonej opieki” może być także realizowana w ogrodach przyszpitalnych (GÓRSKA-KŁĘK I IN. 2013). Należy pamiętać, że część osób starszych może mieć ograniczenia wynikające z chorób wieku starczego, lub dysfunkcji motorycznych. W hortiterapii nie jest to jednak barierą ograniczającą (NOWAK 2012B). Profesjonalista powinien jednak być tego świadom. Powinien ponadto nadzorować bieżącą kondycję podopiecznych i uwarunkowania środowiskowe (np. pogodowe).

Właściwa terapia ogrodnicza powinna koncentrować się na kontakcie z żywymi roślinami, gdyż jej główny aspekt terapeutyczny to czerpanie korzyści z pielęgnacji roślin. Pacjenci mogą korzystać z zajęć związanych z naturą i roślinami (LATKOWSKA 2008). Poprzez aktywne i bierne korzystanie z ogrodu bazujące na wrodzonej potrzebie kontaktu z przyrodą może doskonale uzupełniać tradycyjne metody fizjoterapeutyczne (GÓRSKA-KŁĘK I IN. 2009).

Jak podaje GÓRSKA-KŁĘK I IN. (2009), w Polsce brak oficjalnego uznania tej formy terapii. Nie ma również specjalności i kursów z zakresu ogrodnictwa, chociaż na świecie można spotkać wiele szkół, które mają w swych programach hortiterapię. Co ciekawe, np. w Anglii w latach 30. XX wieku ogrodnictwo stało się oficjalną formą terapii dla fizycznie i psychicznie chorych (PUDELSKA I IN. 2016), a od 1992 roku zaczęto tam nauczać terapii ogrodniczej na uczelniach (NOWAK 2001). Jak podaje DRIEST (2006), w latach 1995–2001 odnotowano w Europie 18% wzrost miejsc pracy w sektorze opieki długoterminowej, przy czym tzw. realizacja zajęć z zakresu rolnictwa dla zdrowia (ang. Farming for Health – FH) w tym hortiterapeutycznych jest jedną z głównych jej form. Większość osób korzystających z FH to osoby starsze, z upośledzeniem umysłowym i fizycznym i niepełnosprawne psychicznie. Większość należy do grupy docelowej opieki długoterminowej. Dlatego też długoterminowa opieka jest jednym z głównych źródeł dochodów FH. W ostatnich latach jednak i w naszym kraju rozwijają się liczne studia podyplomowe o takiej specjalności. Biorąc pod uwagę zawody wskazane jako perspektywnie zapewniające miejsca pracy w przyszłości, poszukiwani będą przede wszystkim programiści, finansiści, inżynierowie, specjaliści nauk technicznych i rzemiosła oraz sektora usług. W tym ostatnim dominują usługi społeczne oraz pielęgnacji i ochrony zdrowia. Zainteresowanie zatrudnieniem wzrośnie także dla osób w sektorze socjalnym, dla specjalistów zajmujących się wsparciem środowisk senioralnych i asystentów rodziny. Z Raportu Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej dotyczącego zawodów nadwyżkowych i deficytowych w 2013 roku, przygotowanego na podstawie napływu ofert do urzędów pracy wynika, że z trzydziestu wymienionych w raporcie zawodów najczęściej poszukuje się robotników gospodarczych. Czwarte miejsce zajmuje opiekun osoby starszej (MPIPS 2014).

Należy także podkreślić, że jak wspomniano wcześniej, realizacja terapii ogrodniczej nie musi pociągać za sobą wysokich kosztów wiążących się z jej wdrożeniem. Przykłady projektowania i realizacji parku rehabilitacyjnego z zastosowaniem rozwiązań w warunkach ograniczenia, czy wręcz minimalizacji kosztów jego realizacji przedstawili LIS I IN. (2012). Równocześnie efekty ekonomiczne wynikające z obecności działek, czy ogrodów i terenów zieleni są znacznie większe niż wartość posadzonych roślin, czy zebranych z nich plonów i obniżenia z tego tytułu kosztów utrzymania rodziny. Wynika to przede wszystkim z braku nakładów finansowych ze środków publicznych na zakładanie parków i ogrodów w miastach. Ich obecność podnosi także wartość przyległych nieruchomości, wpływa pozytywnie na turystyczną percepcję destynacji turystycznych, generując tym samym miejsca pracy w tym sektorze, a także wpływa korzystnie na efektywność pracy osób pracujących w ich pobliżu (NOWAK 2001). Biorąc zaś pod uwagę nakłady ponoszone na profilaktykę prozdrowotną, hortiterapia może okazać się jedną z najtańszych form terapii zajęciowej dla osób w jesieni życia.

Biorąc pod uwagę grupy docelowe, do których skierowane są działania obejmujące całe spektrum hortiterapii – osoby w wieku poprodukcyjnym są populacją, która w przypadku krajów europejskich będzie dynamicznie powiększała swój udział w ich społeczeństwach w stosunku do pozostałych grup demograficznych. Zjawisko to dotyczy także Polski, dlatego szczególna rola i perspektywy rozwoju hortiterapii odnoszą się do społeczeństwa polskiego. Wynika to z najszybszego jego starzenia się w Unii Europejskiej i równocześnie relatywnie niższej zamożności w stosunku do tzw. krajów starej piętnastki Unii. Z drugiej zaś strony nasz kraj może również stać się interesującym rynkiem usług w zakresie opieki nad seniorami nie tylko dla własnych, ale także nieco lepiej sytuowanych obywateli, z tzw. „starej” części Unii Europejskiej. Już obecnie rynek ten w Polsce bardzo dynamicznie rozwija się, oferując tego typu usługi na najwyższym poziomie (niekiedy wyższym niż w rodzimym kraju), głównie dla starszych obywateli Niemiec (JARANOWSKI 2013, JARECKA 2017).

Sytuacja ekonomiczna

Dystans zamożności społeczeństwa polskiego powoli się zmniejsza w stosunku do krajów tzw. „starej piętnastki” Unii Europejskiej, ale daleko nam jeszcze do najbogatszych. Według EUROSTATU (2016), w 2015 roku czołówkę najzamożniejszych otwierał Luksemburg z wartością 91 635 € PKB per capita (271% przeciętnej 28 krajów Unii Europejskiej). Kolejny kraj – Dania – z dwukrotnie niższą wartością (46 858 €) otwierał listę czterech członków z przedziału do 40 076 € (pozycja 5 – Holandia). Niemcy (37 087 €) znalazły się na 9 pozycji. Francja z wartością 32 879 € jest ostatnim 11 krajem z wartością ponad średnią unijną (28 726 €). Polska z wartością 11 123 € znalazła się na 24 pozycji. Poniżej znalazły się Węgry (11 052 €), Chorwacja (10 419 €) oraz zamykające zestawienie Rumunia (8 070 €) i Bułgaria (6 136 €). Spośród krajów postkomunistycznych, które razem z Polską weszły do Unii Europejskiej w 2004 roku, wyprzedziły nas: Słowenia (18 680 €), Estonia (15 580 €), Czechy (15 553 €), Słowacja (14 398 €), Litwa (12 780 €) oraz Łotwa (12 326 €) (EUROSTAT 2016).

Poziom życia w różnych krajach można określić na podstawie pomiaru cen wielu towarów i usług w każdym z nich w stosunku do średnich dochodów, przy zastosowaniu wspólnej, umownej waluty (dolar międzynarodowy wyrażony USD), zwanej „standardem siły nabywczej” (SSN). Wartość PKB per capita wyrażona standardem siły nabywczej miejscowej waluty wyniosła średnio dla 28 krajów Unii Europejskiej 36 237 USD, a dla Polski 24 567 USD (GUS 2015c). Polska z podaną wartością w powyższym zestawieniu znalazła się na 23 pozycji (68,6% przeciętnej 28 krajów Unii Europejskiej).

Istotny jest również fakt relatywnie niskich dochodów osób w wieku poprodukcyjnym. Stanowi ją dla zdecydowanej większości omawianej grupy społecznej źródło, jakim jest emerytura. Z hasłem, że Polska goni Europę, można spotkać się coraz częściej. Najchętniej przytaczany przez polityków dowód to

ten, że polskie PKB na mieszkańca coraz bardziej zbliża się do unijnej średniej. Faktycznie, wartość polskiego PKB per capita w stosunku do średniego PKB liczonego dla wszystkich Państw Unii, wzrasta z roku na rok. Wskazana powyżej wartość oznacza, że PKB na mieszkańca w Polsce wynosi już $\frac{2}{3}$ średniej wartości dla państw Unii. Jednak podstawowe pytanie brzmi: Co z tego wynika dla przeciętnego Polaka, a w przypadku podjętej tematyki – emeryta? Właściwej odpowiedzi może udzielić wskaźnik pokazujący, w jakiej części PKB przekłada się na grubość portfeli emerytów w Polsce. Można by się spodziewać, że skoro państwo i społeczeństwo się bogaci, to tym wyższe powinny być również emerytury gwarantowane przez państwo.

Kompleksowo tematyką emerytur w krajach członkowskich Unii Europejskiej zajął się w 2011 roku Parlament Europejski. Opublikował on raport dotyczący systemów emerytalnych w krajach Unii (EUROPEAN PARLIAMENT 2011). Zawiera on, m.in. dane dotyczące wysokości emerytury minimalnej obowiązującej w różnych krajach Unii Europejskiej. Znow liderem jest Luksemburg z emeryturą gwarantowaną w wysokości 1552 €, przy średniej dla krajów Unii Europejskiej wynoszącą 552 €. Powyżej średniej poza Luksemburgiem znalazło się jeszcze 11 krajów. Grupę tę rozpoczynała Holandia (1066 €). W środkowej części znalazły się Austria i Szwecja (po 784 €) oraz nieco niżej Dania i Niemcy (odpowiednio 731 i 702 €). Zamyka ją Finlandia (558 €). Tuż poniżej średniej unijnej znalazły się Włochy (499 €) oraz pogrążona w kryzysie Grecja (496 €). Polska z wartością 172 € uplasowała się na 6 pozycji od końca. Za naszym krajem znalazły się Estonia (128 €), Węgry (99 €) i Czechy (89 €). Zestawienie zamykają najbiedniejsze – Rumunia i Bułgaria (odpowiednio 81 i 70 €). Należy pamiętać, że powyższy raport z 2011 roku nie obejmuje Chorwacji, która przystąpiła do Unii Europejskiej 1 lipca 2013 roku.

Z powyższego zestawienia wynika, że emerytura minimalna w Polsce w 2011 roku należała do zdecydowanie najniższych w całej Unii. W pięciu krajach minimalna emerytura była niższa niż w Polsce, jednak Słowacy (z gwarancją przeciętnej 296 €) otrzymywali emeryturę minimalną niemal dwukrotnie wyższą niż Polacy. Przy podanej średniej wartości emerytury minimalnej dla 27 krajów Unii wynoszącej 532 € polska emerytura minimalna (172 €) stanowiła zaledwie 32% średniej unijnej! Stąd wniosek, że produkt krajowy osiągany jest na poziomie $\frac{2}{3}$ średniej europejskiej, natomiast emerytury są na poziomie zaledwie $\frac{1}{3}$ średniej unijnej. Dodatkowo płec jest jednym z czynników determinujących dochody osiągane w okresie pracy zawodowej, a w konsekwencji wpływa na wysokość pobieranej emerytury. W przypadku kobiet emerytura jest niższa niż mężczyzn średnio o około 30%. Ponadto subpopulacja osób starszych jest wyraźnie zróżnicowana pod względem uzyskiwanych dochodów. Determinuje ją też miejsce zamieszkania i związany z tym wykonywany zawód różnicujący dochody seniorów. Średnia emerytura wypłacana przez KRUS wynosiła w 2011 roku 845 zł, a przez ZUS 1783,06 zł (BŁĘDOWSKI I IN. 2012).

Różnice w dochodach są przyczyną nierówności w dziedzinie lecznictwa. Możliwość zakupu sprzętu rehabilitacyjnego czy wyposażenia ułatwiającego codzienne funkcjonowanie osoby z problemami motorycznymi jest uzależnione od jej możliwości finansowych. Również wzrastający (wraz z wiekiem) udział kosztów leków jest dla osób otrzymujących najniższe transfery z ZUS dużym obciążeniem. Gospodarstwa domowe emerytów i rencistów stanowią grupy, w których wydatki na zdrowie zajmują – po wydatkach na żywność i eksploatację mieszkania – trzecią pod względem udziału pozycję (BŁĘDOWSKI I IN. 2012).

Jeśli zatem Polskę porównywać do Europy, należy to robić „w pakiecie”, a nie tylko pod względem wybranych wskaźników, pasujących do obranej tezy. Pozycja gospodarcza Polski (68,6% średniej) nie odzwierciedla bowiem w żaden sposób zasobności portfeli polskich emerytów (32% średniej). Porównując wartość PKB w Polsce do wysokości emerytur, dochodzi się zatem do wniosku, że emerytury są niedowartościowane. Gdyby wartość emerytur miała odzwierciedlać poziom polskiego PKB, to emerytury minimalne w Polsce musiałyby wzrosnąć do poziomu 68,6% średniej unijnej. A to oznacza, że musiałyby być wyższe o około 110% niż obecnie.

Emeryci są grupą społeczną, która w najniższym wymiarze korzysta z efektów rozwoju kraju, pomimo długoletniego okresu ciężkiej pracy, niekiedy przytłoczonej zdrowiem. Równocześnie w jesieni życia nakłady na zdrowie emeryta stają się jednym z największych wydatków w budżecie domowym. Osoba starsza posiadająca niskie dochody w pierwszym rzędzie minimalizuje wydatki na kulturę, komunikację i życie towarzyskie (czynniki te wpływają na ograniczenie kontaktów społecznych). Następnie redukuje wydatki socjalne, obniżając komfort życia, oszczędzając np. na ogrzewaniu i jedzeniu, w końcu zaś ogranicza wydatki na leki (mimo że z wiekiem wzrasta procentowy ich udział w budżecie domowym).

Sytuacja demograficzna Europy stwarza perspektywę dla dynamicznego rozwoju rynku pracy w obszarze usług opieki senioralnej. W Polsce działa już kilkanaście prywatnych ośrodków dla niemieckich seniorów, m.in. w Zabełkowie na Śląsku, w Karpaczu i Szklarskiej Porębie oraz w Rokitnie na Ziemi Lubuskiej, Malechowie koło Kołobrzegu czy w Świnoujściu. W trakcie budowy są kolejne. W 2016 roku 2,8 mln Niemców wymagało stałej opieki. Wg szacunków, za kilka lat będzie ich ponad 3 miliony. Spośród nich 70% będzie miało zapewnioną stałą opiekę w domu, 30% trafi do stacjonarnych ośrodków pomocy. Z badań ankietowych agencji PricewaterhouseCoopers AG z Frankfurtu nad Menem wynika, że ze względu na niższe koszty co drugi Niemiec byłby gotów wysłać rodziców wymagających stałej opieki do domów seniora za granicę, w tym bardzo chętnie do Polski. Pobyt w ośrodkach o identycznym standardzie w RFN kosztuje około 2,5–4 tys. €, podczas gdy w Polsce między 0,9–1,6 tys. € miesięcznie. Podane kwoty obejmują całodobową opiekę, wyżywienie, sprzątanie, wizyty lekarskie, podstawową rehabilitację oraz terapię zajęciową, w tym zajęcia z zakresu hortiterapii. Mimo wysokiego standardu usług i wykwalifikowanego personelu

w ośrodkach takich zajęte jest tylko 20% miejsc. Decyzja wysłania najbliższych krewnych do polskich domów opieki nie jest łatwa i wymaga determinacji. Jest ona bowiem bardzo negatywnie oceniana przez niemiecką opinię publiczną. Niepochlebnie o nowym trendzie wypowiadają się także niemieckie organizacje lobbystyczne z branży opiekuńczej, obawiające się polskiej konkurencji (JARECKA 2017). Gdy w grę wchodzi pieniądze i perspektywy rozwoju rynku, stosuje się marketing negatywny. Utrwaloną pozycję na rynku opieki nad niemieckimi seniorami mają Hiszpania (głównie Majorka) i daleka Tajlandia. Walorem tych miejsc jest przede wszystkim klimat. Atutem Polski jest bez wątpienia sąsiedztwo z Niemcami (JARANOWSKI 2013).

Oczywiście, słowo „rynek” w tym aspekcie brzmi niefortunnie, bo mowa o działalności opiekuńczej. Z punktu widzenia mechanizmów gospodarki jest to jednak rynek i to coraz większy, bo coraz bardziej pogarsza się sytuacja demograficzna. W latach 90. ubiegłego wieku, wobec zbliżającego się wtedy „srebrnego wyżu”, Niemcy wprowadziły obowiązkowe ubezpieczenie pielęgnacyjne, czyli polisę na wypadek utraty mniejszej lub większej samodzielności i koniecznej w związku z tym opieki ze strony innych osób. Przewidziano trzy poziomy pielęgnacji. Kwalifikacja do poziomu trzeciego, najwyższego, przysługuje ludziom, którzy wymagają stałej pomocy przy jedzeniu, myciu, ubieraniu, rozbieraniu itd. Dodatek pielęgnacyjny nie wystarcza zazwyczaj na pokrycie pełnych kosztów. Tak więc ceny za świadczenie usług pielęgnacyjnych są niewątpliwie atutem strony polskiej. Jest jeszcze inny ważny argument. Według opinii uczniów jednej z niemieckich szkół pielęgniarstwa, przygotowanie polskich kolegów i koleżanek do pracy w domach opieki jest szersze. Nie ogranicza się, jak w Niemczech, do kanonów profesjonalnej opieki, lecz jest bogatsze o elementy rehabilitacji i terapii (JARANOWSKI 2013). Ta druga, po odpowiednim uzupełnieniu wykształcenia, mogłaby również być szerzej wspierana aktywną lub bierną formą hortiterapii (GÓRSKA-KŁĘK I IN. 2009).

Sytuacja demograficzna

Pozorna wada, jaką jest znacznie gorszy status ekonomiczny polskich seniorów, w przypadku roli hortiterapii i społeczeństwa polskiego jest jego zaletą. Polacy są bowiem społeczeństwem tradycyjnie nastawionym do życia, nieco wolniej wdrażającym nowinki technologiczne i sceptyczniej podchodzącym do przemian relacji społecznych niż społeczeństwa zachodnie. Równocześnie polskie społeczeństwo dopiero niedawno przekroczyło pułap połowy obywateli mieszkających na terenach miejskich. Jest to efekt wojny i największych w Europie zniszczeń obszarów zurbanizowanych. Pułap połowy obywateli mieszkających w miastach został przekroczony w Polsce na przełomie lat 60. i 70. ubiegłego wieku. Dodatkowo od 2011 roku maleje liczba mieszkańców miast i ich udział w ogólnej liczbie ludności kraju (obecnie ludność miejska to około 60,3%,

a w 2000 roku prawie 62%). Sukcesywnie rośnie liczba ludności zamieszkałej na obszarach wiejskich. Wynika to z postępującego od 2000 roku kierunku przemieszczeń ludności z miasta na wieś, najczęściej do gmin podmiejskich, zlokalizowanych wokół dużych miast. Dodatkowo po wejściu Polski do Unii Europejskiej właśnie z miast nastąpiła największa zarobkowa migracja definitywna (na pobyt stały) ludności do krajów zachodnich (GUS 2015A).

Taka sytuacja powoduje, że aktualny statystyczny mieszkaniec Polski albo mieszka na terenach wiejskich, albo jest mieszkańcem miasta w pierwszym lub drugim pokoleniu. Oznacza to, że ma bardzo silnie zakorzenioną potrzebę obcowania z przyrodą.

W 2050 roku liczba ludności Polski wyniesie 33,95 mln. W porównaniu do stanu w roku 2013 zmniejszy się o 4,55 mln, tj. o 12%. Oprócz ujemnego przyrostu naturalnego nastąpią dalsze niekorzystne zmiany w wiekowej strukturze ludności. Osoby w wieku 65 lat i więcej będą stanowiły prawie $\frac{1}{3}$ populacji, a ich liczba wzrośnie o 5,4 miliona w porównaniu do 2013 roku. Na terenach wiejskich do roku 2030 będzie występować systematyczny, choć powolny wzrost ogólnej liczby ludności. W konsekwencji opisanych zmian nastąpi zmniejszenie udziału ludności miast w populacji ogółem z 60,5% w 2013 roku do 55,5% w 2050 roku (GUS 2014). Istotne zróżnicowanie przebiegu zmian stanu ludności oraz dynamiki tych procesów na obszarach miejskich i wiejskich wynika, m.in. z odrębności procesu wymierania populacji, a także odmienności zachowań prokreacyjnych ludności (w tym średniego wieku rodzenia i liczby dzieci). Na proces zmian w liczebności obu populacji w znacznym stopniu wpływają też obserwowane od kilku lat zmiany w charakterze migracji ze wsi do miast. Piramidę wieku ludności Polski do roku 2050 obrazuje ilustracja 1.

Przeciętne trwanie życia będzie nadal się wydłużało, kontynuując wieloletnią tendencję wzrostową. W 2050 roku osiągnie wartości większe od obecnych o 9 lat dla mężczyzn i 6 lat dla kobiet. W miastach mężczyźni będą dożywali wieku 82,5 lat, kobiety 87,5 lat, natomiast na wsi odpowiednio 81,6 i 87,4 lat. Podobnie jak obecnie mężczyźni w miastach będą żyli o blisko rok dłużej niż na wsi, dla kobiet zaś przeciętne trwanie życia ulegnie zrównaniu (z niewielką przewagą dla mieszkanki miast). Zmniejszy się nadumieralność mężczyzn. W 2013 roku w Polsce różnica ta wynosiła 8,3 lat. W ciągu blisko 40 lat różnica ta nie będzie przekraczała 5,4 lat. Po 2045 roku trwanie życia dla mężczyzn przekroczy barierę 80 lat. Do 2040 roku wartość współczynnika feminizacji utrzyma się niemal na stałym poziomie i będzie wynosić niewiele ponad 106 kobiet na 100 mężczyzn w skali całego kraju, co świadczy o „zaburzonej” równowadze płci (GUS 2014).

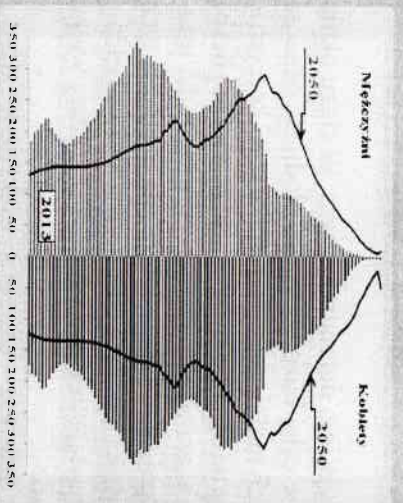
Starzenie się populacji jest zjawiskiem powszechnym i nieodwracalnym. Stopień zaawansowania procesu zależy od fazy rozwoju społeczeństwa. Zauważalne zmiany struktury populacji pojawiły się w Europie w XIX wieku (Wielka Brytania, Francja, Dania, Szwecja) wraz z przemianami społeczno-ekonomicznymi związanymi z industrializacją i urbanizacją, którym towarzyszyły

przemiany ludnościowe nazwane przejściem demograficznym. W ciągu około 100 lat zjawisko rozprzestrzeniło się w całej Europie. Niska płodność oznacza mniejszą liczbę urodzeń i potencjalnych matek w przyszłości. Z kolei korzystne zmiany umieralności przekładające się na dłuższe życie skutkują większą liczbą osób starszych w populacji. Migracje zagraniczne dotyczą głównie ludzi młodych, co powoduje dalsze zniekształcenie struktury. Zatem siła działania tych trzech czynników: płodności, umieralności, migracji oraz wpływ wyzów i niżów demograficznych z przeszłości i ich następstwa determinują strukturę wieku społeczeństwa w przyszłości (GUS 2014).

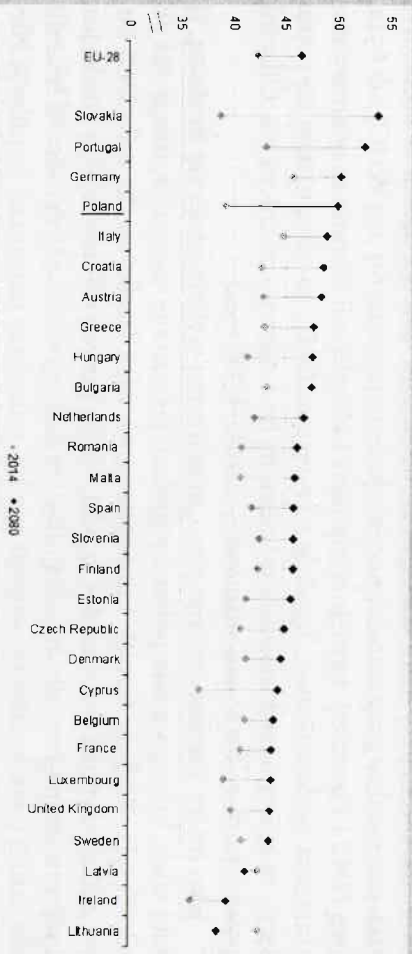
Starzenie się populacji – zgodnie z definicją – oznacza zwiększanie odsetka osób starszych, przy jednoczesnym zmniejszaniu odsetka dzieci. W literaturze jako metrykalny próg starości przyjmuje się najczęściej 60 (wg WHO) lub 65 lat (wg ONZ i Eurostat). Istnieje wiele miar i klasyfikacji stopnia zaawansowania starzenia społeczeństwa. Zgodnie z kryterium ONZ, za starą uznaje się populację, w której udział ludności w wieku 65 lat i więcej przekracza 7%. Odsetek powyżej 10% to faza zaawansowanej starości (GUS 2014).

Jako miarę zaawansowania procesu starzenia wykorzystuje się medianę, tj. taki wiek, którego jedna połowa populacji jeszcze nie osiągnęła, druga zaś już ukończyła. Według danych Eurostatu (2015), wiek środkowy dla całej Unii Europejskiej wynosił w 2012 roku 41,9 lat. Na tle innych członków Unii Polska jest krajem stosunkowo młodym (najmłodsza demograficznie była ludność Irlandii, dla której wiek środkowy wynosił 35,5 lat, najstarsza natomiast populacja Niemiec z medianą prawie o 10 lat wyższą). W 2013 roku wartość tego wskaźnika dla Polski wynosiła 36,9 lat dla mężczyzn oraz 40,4 lat dla kobiet, przy czym starsza demograficznie ludność żyje w miastach. Przewiduje się, że w 2050 roku wiek środkowy wzrośnie do 49,6 lat dla mężczyzn i 54,3 lat dla kobiet, co oznacza w skali kraju wzrost o odpowiednio 12,7 i 13,9 lat. Tempo starzenia będzie zróżnicowane – do 2020 roku mediana zwiększy się o 2,8 lat (o 2,9 dla mężczyzn i 2,7 dla kobiet). W ciągu 15 lat – do 2035 roku – wyniki wskazują na znaczny wzrost wieku środkowego o 6,7 lat. Przyrost mediany ulegnie spowolnieniu w kolejnych latach – do 2050 roku zwiększy się o 3,9 lat. Co drugi mężczyzna zamieszkały w miastach przekroczy 50 lat (mediana 50,6), zaś co druga kobieta – 56 lat. O kilka lat młodsza będzie populacja wsi – co drugi mężczyzna osiągnie wiek 48,5 lat, a kobieta 52 lata (GUS 2014).

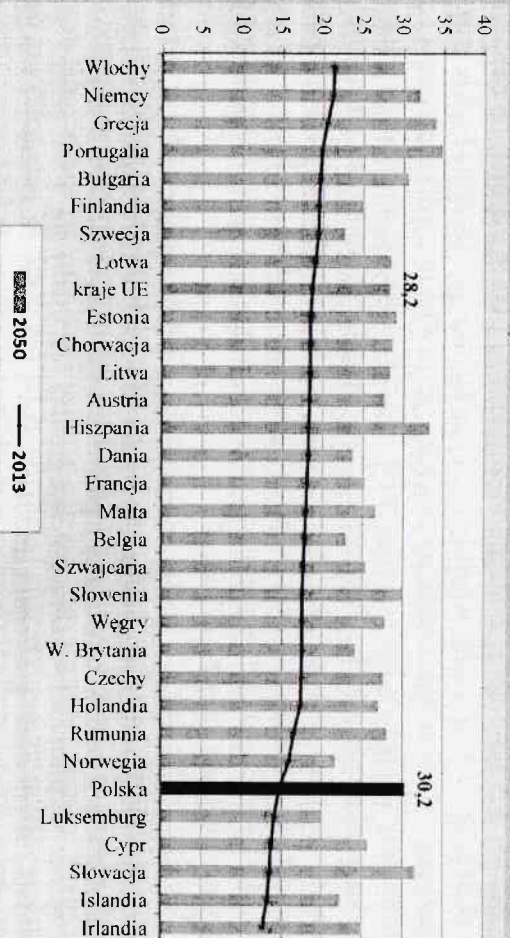
Według skali starości, opartej na medianie, wartość z przedziału 30–34 lata oznacza ludność starą demograficznie. Polska wkroczyła w tę fazę rozwoju na początku lat 80. Z kolei w końcu lat 90, głównie za sprawą gwałtownie spadających urodzeń, została przekroczona kolejna granica – staliśmy się społeczeństwem bardzo starym demograficznie (mediana 35 lat i więcej). W perspektywie do 2050 roku proces starzenia bardzo przyspieszy i staniemy się jednym z najstarszych społeczeństw w Europie (GUS 2014). Bardzo dobrze ilustruje to kolejny wykres obejmujący perspektywę aż do 2080 roku (ILUSTRACJA 2).



■ Ilustracja 1. Piramida wieku ludności w Polsce (w tys.) (2013 rok – dane rzeczywiste, 2050 rok – prognoza) (GUS 2015b)



■ Ilustracja 2. Wzrost mediany wieku w populacjach krajów Unii Europejskiej w okresie od 2014 do 2080 roku (Eurostat 2015)



■ Ilustracja 3. Udział (w %) osób w wieku 65 lat i więcej w populacjach krajów Unii Europejskiej ogółem w latach 2013 i 2050, (GUS 2014)

Do końca horyzontu prognostycznego (rok 2050) spodziewany jest przyrost odsetka osób starszych (65+) o 19 p. proc. w miastach oraz o 16,8 p. proc. na wsi. Udział osób starszych przekroczy 30% na obszarach wiejskich i zbliży się do 35% na terenach miejskich. W skali kraju liczebność tej zbiorowości zwiększy się o 5,4 mln. Dramatyczny wzrost liczby osób starszych wystąpi już w pierwszych latach prognozy. W 2015 roku 65 lat ukończyły osoby urodzone w 1950 roku, w kolejnych roczniki wyżu urodzeń z lat 50. Po 2020 roku dynamika starzenia się społeczeństwa spowolni aż do 2035 roku. Później, do 2050 roku, nastąpi ponownie znaczne zwiększenie liczebności tej grupy wieku (liczne roczniki 1970–1985). W 2050 roku liczba osób w wieku 65 lat i więcej będzie stanowiła w miastach 179,3% stanu z 2013 roku i odpowiednio 224,9% na terenach wiejskich (GUS 2014). Udział populacji 65+ w Polsce na tle krajów Unii Europejskiej przedstawiono na ilustracji 3.

W Polsce w 2050 roku spośród 3,5 mln osób w wieku 80+ ponad 59 tys. ukończy 100 lat. W Europie, w wielu krajach wysoko rozwiniętych, o wyższym niż w Polsce trwaniu życia, już w XX w. liczba osób długowiecznych osiągała pokaźne rozmiary. Można zatem mówić o demokratyzacji starości (democratization of old-age). Oznacza to, że dożywanie starości nie jest już „zarezerwowane” dla nielicznych, ale dotyczy rosnącej części populacji.

Jedną z miar starzenia ludności jest indeks starości (ageing index), określający relacje międzypokoleniowe populacji, czyli liczbę dziadków przypadających na tysiąc wnuków. Obliczany jest jako liczba osób w wieku 65 lat i więcej przypadająca na 1000 osób w wieku 0–14 lat. W 2013 roku w Polsce wynosił on średnio 983 seniorów (1127 w miastach i 800 na wsi). Opisane zmiany struktury ludności w podziale na grupy wieku spowodują do 2050 roku ponad dwuipółkrotny wzrost wartości wskaźnika w miastach i prawie trzykrotny na wsi. Po 2020 roku należy spodziewać się szybszego wzrostu niż w pierwszych latach prognozy (GUS 2014).

Należy jednocześnie zaznaczyć, że w 2014 roku udział osób w wieku 0–17 lat w ogólnej populacji (18%) był mniejszy niż odsetek osób w tzw. wieku poprodukcyjnym (19%), odnoszącym się dla kobiet 60+ i mężczyzn 65+, podczas gdy na początku lat 90. ubiegłego wieku proporcje te wynosiły 2:1 na korzyść liczebności dzieci (GUS 2015B).

Prognozowany wskaźnik obciążenia demograficznego jest stosunkiem przewidywanej liczb osób w wieku 65 lat (wiek, gdy są one na ogół bierne zawodowo) i osób w wieku 15–64 lat (aktywni zawodowo). Według danych Eurostatu (2015), w 2030 roku Polska ze wskaźnikiem 35,4 znajdzie się w grupie 10 państw tzw. przeciętnego obciążenia, obok Szwecji (35,5), Estonii (39,6), Danii (36,5), Czech (35,2), Austrii (37,4), Chorwacji (39,1), Bułgarii (38,9), Francji (39,0) i Hiszpanii (39,6). Najwyższy wskaźnik będą wtedy posiadały Litwa (47,3), Niemcy (46,8), Portugalia (43,1), Łotwa (41,9), Finlandia (41,3), Grecja (41,2), Włochy (40,8) oraz Słowenia (40,6) i Holandia (40,1), przy średniej dla 28 krajów Unii Europejskiej

wynoszącej 39,0. Przy czym wzrost w przypadku Polski od roku 2020 wyniesie aż 8,3 osoby. W stosunku do roku 2015 (21,8 Polska i 28,8 średnia Unii Europejskiej) jest to wzrost bardzo dynamiczny. Powyższy wskaźnik odnosi się głównie do miast. Do 2050 roku liczba osób starszych przypadająca na 100 osób w wieku 15–64 lat ulegnie potrojeniu. Podobna skala zmian spodziewana jest na wsi, choć przyrosty będą wolniejsze. Całkowity współczynnik obciążenia wzrośnie od wartości 42 osób w 2013 roku do 81 osób w 2050 roku (87 w miastach i 75 na wsi).

Współczynnik opieki nad rodzicami (parent support ratio) wskazuje liczbę osób w wieku 85 i więcej lat przypadającą na 100 osób w wieku 50–64 lat. Wzrośnie on z 8 (w 2013) do 38 (w 2050 roku) (GUS 2014). Wskaźnik ten jest bardzo niepokojący, bo wymagać będzie znalezienia rozwiązań alternatywnego „zaopiekowania” się starszymi ludźmi przez jeszcze aktywne zawodowo dzieci. Taką formą, szczególnie dla seniorów samodzielnych i sprawnych fizycznie mogłaby być oferowana przez różne organizacje i instytucje – hortiterapia, jako część terapii zajęciowej – aktywizującej powyższą społeczność.

Według prognoz opracowanych przez EUROSTAT (2015) dla 28 krajów Unii Europejskiej łącznie, w perspektywie do 2050 roku liczba ludności tych krajów zwiększy się o 3,6% (z około 507 mln w 2012 roku do 525,5 mln), natomiast Polski zmniejszy się o blisko 10%. Jednocześnie populacja osób w wieku 80 lat i więcej zwiększy się zarówno w Polsce, jak i w Unii Europejskiej o blisko 130%. W 2050 roku wskaźnik obciążenia demograficznego osobami starszymi dla Polski (53) będzie nieznacznie wyższy niż wyznaczony łącznie dla całej Unii Europejskiej (50). W 2012 roku wynosił on dla Polski 20, natomiast dla całej Unii Europejskiej 27 (GUS 2014).

Podsumowanie

Statystyka publiczna w sposób ciągły i na bieżąco dostarcza danych dla zobrazowania trendu zmian w populacji kraju. Polska jest krajem starzejącym się! I to „starzejącym się podwójnie”. Rośnie liczba i odsetek osób powyżej 65 roku życia, a wśród nich tych najstarszych (powyżej 80 roku życia). W 2013 roku w Polsce żyło 38,5 mln osób, z czego 5,67 mln stanowili ludzie powyżej 65 roku życia. Według prognoz GUS na lata 2008–2035 liczba ludności Polski będzie się zmniejszać, natomiast zwiększy się liczba osób w wieku 65 lat i więcej, by w 2035 roku osiągnąć 8,36 mln. Ponad dwukrotnie zwiększy się też liczba osób powyżej 80 roku życia: z 1,14 mln (2007) do 2,57 mln (2035 rok). Wskaźniki starzenia, jak i 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 ta jednak zmieni się diametralnie już w ciągu najbliższej dekady. W 2050 roku Polska zaś stanie się jednym z krajów o najbardziej zaawansowanym procesie starzenia populacji w Europie (GUS 2014). Rynek usług opiekuńczych dla seniorów jest w związku z tym bardzo

obietujący. Tendencję powyższą doskonale oszacowały firmy oferujące tego typu usługi, które również wkroczyły na nasz rynek. Na razie wysoki standard opieki senioralnej proponowany jest obywatelom zamożniejszych Niemiec, których społeczeństwo starzało się dotychczas szybciej. Wśród różnych form terapii zajęciowej w placówkach tych oferowane są również elementy hortiterapii. Właściciele i administratorzy takich obiektów doceniają jej rolę bardziej niż ich polscy odpowiednicy. Być może wynika to także z większej świadomości zachodnich zarządców bądź też ich rachunku ekonomicznego. Atutem polskich ośrodków pomocy jest zdecydowanie niższa cena oferowanej usługi, jej bardzo wysoki standard oraz sąsiedztwo naszego kraju z Niemcami.

Biorąc pod uwagę wskazane uwarunkowania demograficzne oraz ekonomiczne starzejącej się populacji Polaków w wieku poprodukcyjnym, można uznać, że forma terapii ogrodniczej, jako jedna z tańszych, może być promowana w warunkach polskich w profilaktyce zdrowia i jego rehabilitacji. Tendencje demograficzne w Polsce wyraźnie wskazują, że pomimo zwiększania się długości życia, pozostaje znaczna dysproporcja płci pomiędzy szybciej umierającymi mężczyznami a znacznie dłużej i aktywniej spędzającymi późny wiek dojrzały kobietami. Równocześnie, przy utrwalonym tradycyjnym zachowaniu ról społecznych, szczęśliwie dla hortiterapii, aktywność ogrodnicza nie wyklucza żadnej płci. Można nawet powiedzieć, że wrażliwsze na piękno i walory estetyczne kobiety, są bardziej predestynowane do tej formy aktywności w okresie po zakończeniu aktywności zawodowej. Biorąc pod uwagę opisaną nadumieralność mężczyzn, aż dziwi, że tak trudno w naszym kraju pozyskać narzędzia odpowiednio dostosowane do potrzeb kobiet ogrodniczek oraz osób słabszych fizycznie (SKALSKI 2013). Można się jedynie zastanawiać, dlaczego ta forma terapii socjalizującej i usprawniającej osoby starsze, dotychczas nie jest promowana w ramach polityk i programów społecznych. Realizuje się badania naukowe w zakresie geriatry, gerontologii i psychologii starzenia, a nie uwzględnia oczekiwań docelowej, dynamicznie powiększającej się grupy społecznej. Szerzej temat ten został ujęty w drugiej części publikacji (LEWANDOWSKI 2017).

Literatura

- Błędowski P., Szatur-Jaworska B., Szweda-Lewandowska Z., Kubicki P. 2012. Raport na temat sytuacji osób starszych w Polsce. Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, Warszawa.
- Cylkowska-Nowak M., Tobis S. 2014. Zastosowanie hortikuloterapii w gerontologii. *Gerontologia Polska* 4: 185–191.
- Dąbski M., Dudkiewicz M., Durlak W., Konopińska-Memej A. 2015. Rola i kształtowanie zieleni w otoczeniu szpitali. *Przestrzeń i Forma* 24(1): 41–56.
- Driest P.F. 2006. Long-term care in Europe. W: Hassink J. and van Dijk M. (eds.). *Farming for health: Green-care farming across Europe and the United States*. Springer, Dordrecht: 101–106.

- Dziedzic A., Majkowska-Gadomska J. 2014. Znaczenie oraz wykorzystanie roślin warzywnych i ziół w terapii. W: Płoszaj-Witkowska B. (red.). Hortiterapia. Wydawnictwo UWM, Olsztyn: 11-27.
- European Parliament 2011. Pension systems in the EU – contingent liabilities and assets in the public and private sector. Directorate-General for International Policies. Policy Department A: Economic and Scientific Policy. Economic and Monetary Affairs. IP/A/ECON/ST/2010-26. October 2011. PE 464.456.
- Eurostat 2015. People in the EU – population projections. http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/People_in_the_EU_-_population_projections. (Dostęp 24.02.2017).
- Eurostat 2016. Purchasing power parities (PPPs), price level indices and real expenditures for ESA 2010 aggregates (Last update: 21-12-2016). http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=prc_ppp_ind&lang=en. (Dostęp 24.02.2017).
- Górska-Kłęk L., Adamczyk K., Sobiech K. 2009. Hortiterapia – metodą uzupełniającą w fizjoterapii. *Fizjoterapia* 17/4: 71-77.
- Górska-Kłęk L., Zaguła M., Adamczyk K., Czerniak A., Jarosik M., Sobiech K.A. 2013. „Zielona opieka” we wrocławskich ogrodach przyszpitalnych. *Fizjoterapia* 21, 2: 36-42. DOI 10.2478/physio-2013-0018.
- GUS 2014. Prognoza ludności na lata 2014-2050. Studia i analizy statystyczne. GUS Warszawa.
- GUS 2015a. Podstawowe informacje o rozwoju demograficznym Polski do 2014 roku. GUS Warszawa.
- GUS 2015b. Dzieci w Polsce w 2014 roku. Charakterystyka demograficzna. GUS Warszawa.
- GUS 2015c. Rocznik statystyki międzynarodowej. GUS Warszawa.
- Henschke M. 2014. Rośliny doniczkowe w hortiterapii. W: Płoszaj-Witkowska B. (red.). Hortiterapia. Wydawnictwo UWM, Olsztyn: 43-58.
- Jaranowski M. 2013. Oferta dla Niemców. Jesień życia w Polsce? Deutsche Welle. <http://dw.com/p/19y9V>. (Dostęp 24.02.2017).
- Jarecka A. 2017. Na starość do Polski. Prywatne domy opieki czekają na Niemców. Deutsche Welle. <http://dw.com/p/2Y46F>. (Dostęp 26.02.2017).
- Latkowska M.J. 2008. Hortiterapia – rehabilitacja i terapia przez pracę w ogrodzie. *Zeszyty Problemowe Postępów Nauk Rolniczych* 525: 229-235.
- Latkowska M.J., Miernik M. 2012. Ogrody terapeutyczne – miejsca biernej i czynnej „zielonej terapii”. *Architektura. Czasopismo Techniczne* 30: 245-251.
- Lewandowski P. 2017. Uwarunkowania społeczno-formalne hortiterapii w Unii Europejskiej i Polsce. Część 2. Psychologia starości i polityka senioralna. W: Krzyżmińska A. (red.). Hortiterapia jako element wspomagający leczenie tradycyjne. Rhythmos, Poznań: 193-210.
- Lis A., Podhajaska E., Górska-Kłęk L., Sobiech K.A. 2012. Park rehabilitacyjny a problem wpływu niskobudżetowości na rozwiązania strukturalno-przestrzenne. *Fizjoterapia* 20(1): 28-37. DOI 10.2478/v10109-012-0005-2.
- MPiPS 2014. Zawody deficytowe i nadwyżkowe w 2013 roku. Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej. Departament Rynku Pracy. Warszawa.
- Nowak J. 2001. Socjoogrodnictwo. *Postępy Nauk Rolniczych* 3: 57-69.
- Nowak J. 2012a. Hortiterapia. Cz. 3. Aby cieszyć się życiem. *Działkowiec* 08: 21-24.
- Nowak J. 2012b. Hortiterapia. Cz. 4. Bez barier. *Działkowiec* 09: 35-37.

- Płoszaj-Witkowska B. 2014. Wstęp. W: Płoszaj-Witkowska B. (red.). Hortiterapia. Wydawnictwo UWM, Olsztyn: 7-9.
- Pudelska K., Dutkiewicz M., Durlak W., Parzymies M. 2016. Ranga dawnych i współczesnych ogrodów terapeutycznych. *Acta Scientiarum Polonorum, Formatio Circumiectus* 15(1): 125-137.
- Skalski J. 2013. Szpadel męski jako przyczyna kobiecej udręki przy wykonywaniu prac pielęgnacyjnych we własnym ogrodzie. *Sztuka Ogrodu Sztuka Krajobrazu* 1(5): 47-51.

Socio-formal conditions of the hortitherapy in the European Union and in Poland

Part 1. Economy and demography of the seniors

Key words hortitherapy, society, economics of seniors, population aging, demography, European Union.

Abstract In the paper demographic and economic conditions of European Union and Poland affecting the potential for hortitherapy development are presented. These are mainly related to the target group – i.e. seniors (retirement age). In a longer time perspective this group will be the fastest growing population in Europe. Hortitherapy may also be treated as a form of health-oriented and preventive therapy. The relatively low costs of the implementation allow its promotion addressed to the target group – i.e. seniors..