

Polska ochrona zdrowia jest nieprzygotowana na zmiany demograficzne

# Epidemia starości

Maciej Murkowski

Polityka społeczna i zdrowotna nie może dalej omijać największego problemu, czyli starzenia się społeczeństwa. Z tym zjawiskiem integralnie związany jest stały wzrost wskaźnika rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych. W załączniku do rozporządzenia Rady Ministrów z 28 grudnia 2010 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego znalazła się informacja, że wskaźnik ten wzrósł w latach 1990–2007 o 119 proc. w opiece ambulatoryjnej i o 50 proc. w opiece stacjonarnej.

Osoby powyżej 65. roku życia to znaczna część polskiego społeczeństwa, a średnia wieku w naszym kraju jest coraz wyższa. Jak jednak wygląda starość? Jaki jest stan zdrowia i... portfela polskich seniorów? Czy państwo przygotowało się na zmiany demograficzne?

Te pytania, według prof. Piotra Błędowskiego, kierownika projektu PolSenior, stały się punktem wyjścia do największego w Polsce badania populacji ludzi starszych. Wzięło w nim udział 5695 osób – 4979 po 65. roku życia i grupa na przedpolu starości – 716 respondentów w wieku 55–59 lat.

### Starość i choroba

Dzięki współpracy różnych ośrodków powstał multidyscyplinarny projekt poświęcony medycznemu, biologicznemu, społecznemu i ekonomicznemu aspektom starzenia się populacji i związanym z tym zadaniom społeczeństwa, administracji publicznej, rodzin oraz organizacji pozarządowych.

Starzenie się organizmu jest procesem fizjologicznym i niekoniecznie wiąże się z chorowaniem, jednak wielochorobowość i niesprawność prowadzące do niedołęstwa występują znacznie częściej u ludzi starszych niż w młodszych grupach wiekowych.

Szacuje się, że w Polsce populacja osób powyżej 65. roku życia liczy prawie 5 mln ludzi – 2 proc. z nich to obłożnie chorzy, a 17 proc. ma poważne problemy z poruszaniem się w mieszkaniu.

Ludzie starsi przeciętnie cierpią na trzy, cztery choroby przewlekłe i zażywają stale od czterech do pięciu leków. Zaledwie 7 proc. osób w wieku powyżej 75 lat nie zgłasza żadnych schorzeń przewlekłych. Potrzeby ludzi w wieku podeszłym zazwyczaj mają charakter złożony.

### Ekonomia

Prawie zawsze na typowe w tym wieku problemy zdrowotne nakładają się społeczne i ekonomiczne uwarunkowania życia (m.in. warunki mieszkaniowe, sytuacja rodzinna i wsparcie otoczenia), które istotnie wpływają na stan zdrowia.

Prognoza GUS zakłada, że udział osób w wieku poprodukcyjnym w populacji w roku 2035 wzrośnie o 11 proc. w porównaniu z 2007 r. i wyniesie 26,7 proc. GUS szacuje również, że każdego roku będzie przybywać ponad 100 tys. osób w wieku poprodukcyjnym. W latach 2010–2020 wzrost ten będzie nawet dwukrotnie wyższy.

Z badania PolSenior wynika, że prawie 30 proc. ankietowanych ma stałe objawy depresji, która nie jest zdiagnozowana ani leczona. Co trzeci respondent powyżej 65. roku życia ma zaburzenia pamięci i często wymaga stałej opieki.

U prawie połowy seniorów stwierdzono źle skorygowane wady wzroku, a niemal 2 proc. widzi bardzo słabo albo wcale. Na zaćmę cierpi prawie co 3. senior, na jaskrę co 14., a co 50. ma zdiagnozowane zwyrodnienie

nie plamki żółtej, które w rzeczywistości występują zapewne znacznie częściej.

Starcze osłabienie ostrości słuchu jest upośledzeniem specyficznym dla podeszłego wieku. Co 3. osoba po 65. roku życia słyszy gorzej niż wcześniej, a 1,3 proc. respondentów całkowicie utraciło słuch.

### Psychika

Choroby osób w wieku podeszłym w dużej mierze są także związane z psychiką. Pamięć, myślenie, procesy postrzegania, funkcje językowe i wzrokowo-przestrzenne wchodzą w skład funkcji poznawczych, które wraz z wiekiem ulegają pogorszeniu.

„ Starzenie się organizmu jest procesem fizjologicznym i niekoniecznie wiąże się z chorowaniem „

Badanie PolSenior wykazało, że u 28 proc. osób po 65. roku życia występuje lekkie lub umiarkowane otępienie. Prawie co 20. respondent ma znacznie zaburzone funkcje poznawcze, w stopniu uniemożliwiającym samodzielne funkcjonowanie. Nadciśnienie tętnicze występuje we wszystkich grupach wiekowych, jednak najczęściej dotyka ludzi po 65. roku życia. Badanie potwierdziło, że wśród seniorów nadciśnienie występuje u prawie 75 proc. populacji. Większość osób w podeszłym wieku zdaje sobie sprawę z tej przypadłości (ponad 75 proc.) i jest leczona (około 70 proc.).

Zaburzenia gospodarki węglowodanowej szczególnie często występują po 65. roku życia. Co 4. senior pomiędzy 65. a 80. rokiem życia i co piąty powyżej 80. roku życia ma cukrzycę. Co 5. cierpi również na zaburzenia glikemii na czczo.

Prawie 45 proc. respondentów chorujących na cukrzycę ma powikłania. Najwięcej, bo aż 40 proc., okulistyczne, a prawie 7 proc. nerkowe. U co 25. chorego występuje tzw. stopa cukrzycowa.

### Niesamodzieln

Jak pokazują badania PolSenior, populacja osób po 65. roku życia nie jest jednorodna. Należą do niej zarówno ludzie cieszący się dobrym zdrowiem i w pełni aktywni, jak i schorowani i niesamodzieln.

Wydłużanie się czasu trwania życia jest sukcesem, ale równocześnie stanowi problem, przede wszystkim natury ekonomicznej. Wiąże się bowiem z większymi obciążeniami systemu emerytalnego i zdrowotnego oraz innymi kosztami związanymi z opieką medyczną nad osobami starszymi.



Z danych WHO wynika, że do 2030 r. w krajach rozwiniętych liczba obywateli powyżej 65. roku życia wzrośnie z 10 proc. do 23 proc., natomiast w rozwijających się z 5 proc. do 10 proc. Z kolei liczba osób, które mają więcej niż 80 lat, wzrośnie pięciokrotnie. Te liczby pokazują, w jakim tempie muszą rosnać wydatki m.in. na leczenie chorób neurologicznych, związanych w większości z procesami starzenia. Niebezpieczeństwo udaru mózgu wzrasta np. gwałtownie po przekroczeniu 65. roku życia.

Według WHO, zasadniczym celem polityki zdrowotnej w tym zakresie jest:

- wczesne wykrywanie i zapobieganie problemom zdrowotnym;
- promocja zdrowia osób starszych dotycząca utrzymania i poprawy sprawności (fizycznej i psychicznej);
- organizacja opieki w taki sposób, aby zapewnić osobie starszej jak najdłuższe samodzielne funkcjonowanie w środowisku domowym;
- zapobieganie instytucjonalizacji (umieszczaniu w placówkach opiekuńczych) poprzez przeciwdziałanie niepełnosprawności fizycznej i psychicznej.

### Brak polityki

Jak wygląda odpowiedź systemu opieki zdrowotnej i socjalnej na te problemy w Polsce? Niestety, nie ma jasno sformułowanych zaleceń polityki zdrowotnej i społecznej. W Polsce nie ma instytutu geriatry (jednym z możliwych wariantów jego organizacji jest restrukturyzacja Instytutu Reumatologii i poszerzenie jego funkcji o geriatrję i rehabilitację). Nie posiadamy również centralnego ośrodka podstawowej opieki zdrowotnej, a przykład kardiologii i onkologii pokazuje, że bez tego nie uda się osiągnąć pożądanego postępu. Mimo że połowa pacjentów w przychodniach to osoby starsze (a w szpitalach nawet 70 proc.), nie podjęto istotnych decyzji dotyczących zmian w polityce zdrowotnej państwa.

### Rodzinni

Lekarz rodzinny powinien być najważniejszą postacią w opiece nad osobami starszymi. Posiadając odpowiednie informacje i właściwie korzystając z dostępnych form opieki, lekarz ma możliwość właściwego pokierowania opieką nad pacjentem w podeszłym wieku

„ Wydłużanie się czasu życia jest sukcesem, ale równocześnie stanowi problem, przede wszystkim natury ekonomicznej ”



for. Alberto Ruggieri/illustration Worris/Corbis

i stworzenia mu szansy na jak najdłuższe życie w dobrej formie.

W praktyce, według prof. Tomasza Grodzickiego – krajowego konsultanta w dziedzinie geriatry, NFZ nie dostrzega, że starszy pacjent jest obciążony kilkoma schorzeniami i w związku z tym wymaga zwiększonej opieki pielęgniarzkiej i rehabilitacyjnej, co musi generować określone koszty. Jego zdaniem NFZ traktuje pacjenta geriatrycznego tak samo jak innych.

W zakresie procedur w POZ geriatrzy zwracają uwagę na następujące problemy:

- NFZ nie kontraktuje świadczeń dziennych geriatrycznych oddziałów szybkiej diagnostyki;
- w dostępie do programów profilaktycznych stosowane są ograniczenia wiekowe (np. z profilaktyki chorób układu krążenia mogą skorzystać tylko osoby do 65. roku życia);
- dostęp do porad geriatry utrudnia procedura, zgodnie z którą pacjent musi otrzymać skierowanie i wykonać dodatkowe badania specjalistyczne, co wymaga od niesprawnego seniora wielokrotnych wizyt w placówkach ochrony zdrowia;
- w kontraktach z NFZ nie uwzględnia się czasu wizyty człowieka starszego – znacznie dłuższego niż w wypadku pozostałych specjalności;
- NFZ nie kontraktuje wielu procedur diagnostyczno-terapeutycznych typowych dla populacji w starszym wieku;
- w opiece zdrowotnej stacjonarnej, zgodnie z unijnymi standardami, na 10 tys. mieszkańców powinny przypadać dwa łóżka geriatryczne – w Polsce powinno ich więc być 7,6 tys., a jest jedynie 600;



- osoby starsze przewlekle chore, niesprawne, wymagające stałego leczenia;
- osoby starsze przewlekle chore, z trwałym upośledzeniem sprawności (obłożnie chorzy, wymagający stałej opieki pielęgniarki lub opiekunki, a w okresie zastrzeżeń hospitalizacji).

Dwie ostatnie grupy obejmują pacjentów mogących mieć trudności z dotarciem do placówki opieki zdrowotnej. Dlatego też osoby te wymagają szczególnego nadzoru. Zakwalifikowanie pacjenta do III lub IV grupy powinno obowiązywać pracowników opieki zdrowotnej do częstszych wizyt domowych i prowadzenia badań okresowych (podobnie jak bilansu zdrowia dzieci) w celach zapobiegawczych.

„ Prawie 30 proc. badanych ma stałe objawy depresji, która nie jest zdiagnozowana ani leczona „

- niedoszacowanie umów przez płatnika, które w ramach systemu JGP sięga – według konsultanta krajowego – 30 proc.; rozliczanie pacjenta geriatrycznego w ramach JGP uniemożliwia płacenie za całościową ocenę jego stanu zdrowia. To powoduje, że w każdym szpitalu oddział geriatryczny jest deficytowy.

### Stu dwudziestu geriatrów

W Polsce mamy zaledwie 120 geriatrów. Ta garstka specjalistów nie jest w stanie udzielić fachowej pomocy wszystkim potrzebującym. Aby leczyć dolegliwość zwaną starością, niezwłocznie potrzebne jest wyedukowanie rzeszy geriatrów, fizykoterapeutów i specjalistów z zakresu opieki nad ludźmi starszymi. Na uczelniach medycznych nie ma katedr geriatrici, co powoduje brak obowiązkowego szkolenia z geriatrici.

W opiece zdrowotnej i społecznej brakuje także standardów postępowania z osobami w wieku podeszłym oraz zakładów opieki długoterminowej spełniających normy.

### Podstawowa opieka zdrowotna

Podstawą opieki prowadzonej przez lekarza pierwszego kontaktu powinno być określenie liczby osób starszych w poszczególnych przedziałach wiekowych (65–75 lat, ponad 75 lat), a następnie zbadanie ich w celu pogrupowania na:

- osoby starsze sprawne i samodzielne, wymagające tylko okresowej kontroli stanu zdrowia;
- osoby starsze sprawne i samodzielne, jednak z powodu schorzeń przewlekłych wymagające stałego leczenia ambulatoryjnego;

Planując opiekę POZ nad ludźmi starszymi, należy starać się zapewnić kompleksowe rozwiązywanie ich problemów zdrowotnych i ciągłość opieki nad nimi. Można to uzyskać poprzez:

- dobrą współpracę lekarza rodzinnego z pielęgniarką rodzinną/środowiskową, opiekunką środowiskową i pracownikiem socjalnym;
- konsultowanie stanu pacjenta z odpowiednimi specjalistami (tj. geriatrą, neurologiem, psychiatrą i in.);
- korzystanie z usług fizjoterapeuty, psychologa, logopedy i in. (np. dietetyczki, terapeuty zajęciowego);
- współpracę z organizacjami działającymi na rzecz osób starszych w środowisku lokalnym (np. Caritas, Stowarzyszenie Rodzin Chorych na Chorobę Alzheimerera);
- dobrą współpracę ze szpitalem i innymi placówkami opieki zdrowotnej w zakresie przekazywania informacji na temat pacjenta, uzgadniania terminów przyjęcia i wypisu pacjenta oraz planu dalszego postępowania.

Dotyczy to zwłaszcza zapewnienia ciągłości rehabilitacji, diagnostyki, leczenia i edukacji zdrowotnej pacjentów (szczególnie po leczeniu szpitalnym). W wypadku chorych z zaburzeniami psychicznymi konieczna jest bliska współpraca z centrami zdrowia psychicznego (CZP).

### Ocena sprawności

W podstawowej opiece zdrowotnej oprócz zwykłego badania lekarskiego (podmiotowego, przedmiotowego i dodatkowego) powinno się u osób starszych przeprowadzać przynajmniej niektóre elementy kompleksowej oceny geriatrici, w tym ocenę:

- sprawności w zakresie podstawowych czynności życia codziennego;





fot. Images.com/Corbis

„ Mamy zaledwie 120 geriatrów. Ta garstka specjalistów nie jest w stanie udzielić fachowej pomocy wszystkim potrzebującym „

- zagrożenia upadkami;
- stanu psychicznego w zakresie pamięci i funkcji poznawczych;
- w kierunku wykrywania obecności zaburzeń psychicznych, np. depresji;
- funkcjonowania w środowisku społecznym (wsparcia ze strony rodziny, sąsiadów, znajomych, udzielania się na rzecz innych);
- warunków materialnych i mieszkaniowych, które mogą wpływać na stan zdrowia.

### Kreowanie polityki

Priorytetem powinno być opracowanie od podstaw polityki zdrowotnej i społecznej dotyczącej kompleksowej opieki nad człowiekiem starym, opierającej się na działaniach przyszłej, nowoczesnej POZ w Polsce, uwzględniającej model *fund bolder* – własnego budżetu.

Trzeba ponownie zintegrować w resorcie zdrowia politykę zdrowotną i społeczną, tj. opiekę środowiskową, ambulatoryjną, dzienną i stacjonarną oraz socjalną nad człowiekiem starym (w 1991 r. zagadnienia te niefortunnie rozdzielono między resort zdrowia i resort pracy). Potrzebą chwili jest opracowanie przez zespół mię-

dzyresortowy narodowego programu opieki zdrowotnej i socjalnej nad populacją ludzi w starszym wieku. Na wzór podobnych programów narodowych dla onkologii i psychiatrii powinien powstać jak najszybciej kompleksowy dokument, zawierający zarówno diagnozę, jak i strategię krótko- i długoterminowe.

### Program

Program powinien uwzględniać następujące zagadnienia:

- Zgodnie z zapowiedzią premiera – rozwiązanie problemu finansowania opiekunów, członków rodzin ludzi w podeszłym wieku z daleko posuniętą niepełnosprawnością.
- Finansowanie POZ premiujące wielodyscyplinarne świadczenia terapeutyczne i rehabilitacyjne dla pacjentów starszych (przy uwzględnieniu przeznaczenia na ten cel specjalnych środków) oraz rzeczywisty, odpowiednio finansowany rozwój pielęgniarstwa długoterminowej opieki domowej i domowej opieki paliatywnej.
- Ponowną integrację POZ z systemem opieki społecznej i odbudowę integracji zespołów opieki środowiskowej (*community care*) ściśle zintegrowanych z modelem środowiskowej psychiatrycznej opieki zdrowotnej.
- Organizowanie poradni geriatrycznych prowadzących aktywną rehabilitację i wyróżniających się wielodyscyplinarnym podejściem geriatrycznym do osób starszych.
- Promowanie szpitali przyjaznych dla ludzi starszych. Chodzi głównie o oddziały i szpitale geriatryczne dzienne i stacjonarne oraz dzienne oddziały szybkiej diagnostyki dla tej grupy wiekowej (dotąd niefinansowane przez NFZ).
- W opiece stacjonarnej długoterminowej (zintegrowanej docelowo w resorcie zdrowia) zapewnienie rozwoju oddziałów i szpitali opieki długoterminowej, zakładów opiekuńczo-leczniczych i zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych (dotychczasowe domy pomocy społecznej). Poprawi to znacznie opiekę lekarską, pielęgniarstwa i rehabilitacyjną nad pensjonariuszami oraz zapewni jednolity system skierowań poprzez lekarzy specjalistów (odstąpienie od obecnego systemu skierowań przez organy administracji samorządowej).
- Przyjęcie obowiązkowych norm i standardów zapewnienia jakości w placówkach długoterminowej opieki stacjonarnej i objęcie ich (jak szpitali opieki krótkoterminowej) systemami zarządzania jakością (licencjonowanie, akredytacja, certyfikacja ISO, TQM).
- Uwzględnianie specyfiki terapii i opieki geriatrycznej (inna wycena, zmiana procedur) w kontraktach NFZ z podmiotami ochrony zdrowia oraz rezygnacja z ustalania granic wieku w powszechnych programach profilaktycznych.
- Wprowadzenie specjalizacji „organizator opieki nad człowiekiem w wieku podeszłym” na studiach licencyjnych ze zdrowia publicznego. ■