

Trzeba kształcić geriatrów, budować ośrodki pomocy społecznej

# Ostatni dzwonek

Maciej Murkowski



foto. Bartłomiej Barczyk / Agencja Gazeta

Jeśli chodzi o opiekę nad ludźmi w podeszłym wieku, jesteśmy na szarym końcu Europy. Brakuje kompleksowej oceny stanu zdrowia i warunków życia najstarszych mieszkańców kraju, nie mamy dostatecznej wiedzy na temat problemów związanych ze starością, sytuacją zdrowotną, społeczną i ekonomiczną tej rosnącej populacji. Czas, aby zacząć działać.

Wydłużający się przeciętny okres trwania życia i starzenie się populacji powodują, że przybywa ludzi z przewlekłymi chorobami i niepełnosprawnością. W związku ze starzeniem się społeczeństwa koszty opieki zdrowotnej rosną o 2,7 proc. rocznie. Demografowie od co najmniej dwóch lat ostrzegają: społeczeństwo starzeje się nieuchronnie. Średnia oczekiwana długość życia Polaka wynosi 70,7 roku, a Polki – 79,2 roku. Według danych GUS, żyje wśród nas 385 tys. osób mających 85 i więcej lat. W 2020 r. już ponad milion Polaków będzie dobiegać 90. roku życia. W 2035 r. co czwarty będzie miał 65 lat lub więcej.

## Bezruch

Mimo że w przychodniach połowa pacjentów to ludzie starsi, a w szpitalach ich liczba sięga 70 proc.,

nie implikuje to istotnych decyzji w polityce zdrowotnej państwa. Takie specjalizacje, jak gerontologia i geriatria, nie wzbudzają zainteresowania młodych lekarzy. Dotyczy to także psychiatrii, rehabilitacji i reumatologii. 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 oraz specjalistów z zakresu szeroko pojętej opieki nad ludźmi starszymi.

W Polsce polityka zdrowotna i społeczna dotycząca rozwiązywania problemów ludzi w starszym wieku nie jest skoncentrowana (jak w większości krajów europejskich) w jednym resorcie. Problemami tymi zajmują się równolegle Ministerstwo Zdrowia oraz Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej. Jest to przyczyna nieskutecznej polityki i strategii w dziedzinie opieki nad zdrowiem i życiem ludzi starszych.

### Niepełna opieka

W opiece domowej i środowiskowej (najważniejszej) równolegle działają jednostki opieki zdrowotnej (podstawowa opieka zdrowotna wsparta konsultacjami ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, pielęgniarki środowiskowe, pielęgniarska długoterminowa opieka domowa, paliatywna opieka domowa) oraz jednostki resortu pracy i polityki społecznej (gminne i miejskie ośrodki opiekuna społecznego). Ale to opieka niepełna i niezadowolająca. Jednocześnie obserwuje się stałe zwiększanie liczby rodzin, które opiekują się bliską osobą, podporządkowując temu obowiązkowi swoje życie. To wiąże się z ograniczaniem własnej aktywności zawodowej, rezygnacją z wyjazdów, nieradzeniem sobie z własnymi problemami zdrowotnymi, w tym z brakiem snu. Trudne i krępujące mogą być relacje opiekun – chory, jeśli np. chorą matką musi zająć się syn.

Narasta problem wsparcia opiekunów. Często są to osoby pracujące zawodowo w pełnym wymiarze godzin – alarmuje Robert Anderson, przewodniczący stowarzyszenia opiekunów rodzinnych „Eurocarers”. W 2009 r. w raporcie o chorobie Alzheimera zwrócono uwagę na brak wsparcia ekonomicznego, psychologicznego i społecznego dla nieformalnych domowych opiekunów. W Polsce coraz bardziej aktualne jest pytanie, czy jesteśmy gotowi do ponoszenia pewnych kosztów opieki i kompensacji pieniężnej dla opiekunów (co jest już praktyką w niektórych krajach) lub przesunięcia funduszy na opiekę domową. Jest to tym bardziej zasadne, że niektóre badania porównujące koszty opieki instytucjonalnej z opieką domową wykazują, że opieka domowa może być tańsza nawet o 60 proc. Warto w tym miejscu przypomnieć, że projekt ustawy o ubezpieczeniach pielęgnacyjnych od trzech lat jest w tzw. sejmowej zamrażarce!



foto: images.com/Corbis

## Brak profesjonalizmu

Raport Biura Rzecznika Praw Obywatelskich wskazuje, że dostępność świadczeń opieki długoterminowej w Polsce jest bardzo ograniczona.

„Bez ryzyka popełnienia większego błędu można uznać, że znaczna część z tych osób lub ich opiekunów ponosi opłaty z tytułu korzystania ze świadczeń niezakontrowanych przez NFZ, a częściowo nawet udzielanych przez osoby niedostatecznie do tego przygotowane” – czytamy w raporcie. Oznacza to, że dostęp do tego rodzaju pomocy, poważnie utrudniony ze względu na niewielkie rozmiary świadczeń zakontrowanych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego i niewielką ofertę placówek pomocy instytucjonalnej, w dużej mierze jest uzależniony od sytuacji materialnej gospodarstwa domowego z osobą niesamodzielną.

Dodatkowo RPO zwraca uwagę na fakt, że świadczenia opieki długoterminowej są łatwiej dostępne w ośrodkach miejskich, podczas gdy na wsi – ze względu na wyższy odsetek osób w wieku poprodukcyjnym – zapotrzebowanie na świadczenia pielęgnacyjne jest wedle szacunków wyższe. „Wprawdzie łatwiej jest w tym środowisku o zaspokojenie potrzeb opiekuńczych, co wynika z bardziej niż w mieście rozbudowanych kontaktów rodzinnych i sąsiedzkich, ale usługi te nie zawsze są świadczone w sposób profesjonalny” – zauważają autorzy raportu.

### Przytulki

W instytucjonalnej opiece stacjonarnej funkcjonują oddziały i szpitale opieki długoterminowej (teoretycznie przeciętny pobyt pacjenta od miesiąca do dwóch miesięcy), zakłady opiekuńczo-lecznicze (ZOL) oraz zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze (ZPO) (teoretycznie przeciętny pobyt pacjenta od pół roku do

„ Mimo że w przychodniach połowa pacjentów to osoby starsze, a w szpitalach ich liczba sięga 70 proc., nie powoduje to istotnych decyzji w polityce zdrowotnej państwa ”

roku). Pacjenci kwalifikujący się do stałej, często długoterminowej opieki długoterminowej kierowani są do domów pomocy społecznej, które od 20 lat są jednostkami organizacyjnymi resortu pracy i polityki społecznej. W tym roku Najwyższa Izba Kontroli

przeprowadziła ocenę sytuacji w tych jednostkach. Wyniki są porażające. W komentarzu dr. Jarosława Derejczyka, wieloletniego dyrektora Szpitala Geriatrycznego im. Jana Pawła II w Katowicach, „zakłady opiekuńczo-lecznicze stały się miejscami, gdzie niejednokrotnie najszybciej się umiera”. Doktor Derejczyk zjawisko to nazywa „eutanazją społeczną”.

W Polsce funkcjonuje 427 ZOL (225 publicznych i 202 niepubliczne) oraz 178 ZPO (78 publicznych i 100 niepublicznych). Zadaniem tych jednostek jest kontynuacja leczenia, rehabilitacji i pielęgnacji zapoczątkowanej na oddziałach i w szpitalach opieki długoterminowej. Zdaniem NIK, idea funkcjonowania tych zakładów jako miejsc, w których osoby chore miały zdrowieć, by wrócić do rodzin lub zostać pen-

## Strategia dla Polski

Potrzebą chwili jest opracowanie przez międzyresortowy zespół narodowego programu opieki zdrowotnej i socjalnej nad populacją ludzi starszych. Na wzór podobnych programów dla onkologii i psychiatrii powinien jak najszybciej powstać kompleksowy dokument, który po zdefiniowaniu sytuacji w tym zakresie sformułuje strategię rozwiązywania tej złożonej problematyki w bliższej i dalszej perspektywie i uzyska zapewnienie jej finansowania. Do szybkiego rozważenia, przed sformułowaniem programu, pozostają m.in. następujące, kluczowe zagadnienia:

### 1. Zadania o charakterze międzyresortowym

1.1. Rozważenie (wzorem wielu krajów europejskich) zasadności połączenia Ministerstwa Zdrowia i Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, co pozwoli na pełną integrację działań w zakresie opieki zdrowotnej i socjalnej nad populacją ludzi starszych.

1.2. Rozwiązanie problemu finansowania członków rodziny – opiekunów ludzi w podeszłym wieku z daleko posuniętą niepełnosprawnością.

### 2. Zadania dla Ministerstwa Zdrowia

2.1. Finansowanie opieki podstawowej uzależnione od skutecznie poszerzonych możliwości diagnostycznych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych dla pacjentów starszych wiekiem oraz rzeczywisty rozwój pielęgniarstwa domowej opieki długoterminowej i domowej opieki paliatywnej.

2.2. Uruchomienie przez NFZ finansowania dziennych oddziałów szybkiej diagnostyki dla osób starszych.

2.3. Opracowanie koncepcji „Szpitala przyjaznego dla ludzi starszych”. Chodzi tu nie tylko o oddziały długoterminowe, ale także o oddziały dzienne szybkiej diagnostyki dla tej grupy wiekowej i oczywiście o maksymalnie rozwiniętą długoterminową opiekę domową.

2.4. Skoncentrowanie opieki stacjonarnej dla ludzi w wieku podeszłym w resorcie zdrowia (w wypadku niemożności integracji obu resortów). Opieka ta byłaby realizowana

przez oddziały i szpitale opieki długoterminowej, zakłady opiekuńczo-lecznicze i zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze (dotychczasowe tzw. domy pomocy społecznej). Poprawi to znacznie opiekę lekarską, pielęgniarstwa i rehabilitacyjną nad pensjonariuszami oraz zapewni jednolity system skierowań pozostający w kompetencjach lekarzy specjalistów (odstąpienie od skierowań przez organy administracji samorządowej). Przedsięwzięcie to wymaga oczywiście ujednoczenia systemu finansowania działalności zakładów oraz zapewnienia pieniędzy na budowę lub modernizację nowych obiektów (przy wykorzystaniu niektórych dotychczasowych obiektów szpitalnych). Działania te powinny (podobnie jak szpitale) uzyskać możliwość dofinansowania z funduszy unijnych.

Istnieje także konieczność przyjęcia obowiązkowych norm i standardów jakości w placówkach opieki stacjonarnej. Trzeba wypracować standardy dla wszystkich rodzajów świadczonej opieki, a działalność objąć (podobnymi jak w wypadku szpitali) systemami zarządzania jakością (licencjonowanie, akredytacja, certyfikacja ISO, TQM).

2.5. Minister zdrowia powinien wprowadzić przedmiot „geriatria” do minimum programowego studiów medycznych, a w kontraktach NFZ z podmiotami ochrony zdrowia konieczne jest uwzględnianie specyfiki terapii i opieki geriatrycznej (inna wycena, zmiana procedur) oraz rezygnacja z ustalania granic wieku w powszechnych programach profilaktycznych.

2.6. Na studiach licencjackich I st. z zakresu zdrowia publicznego powinno się uruchomić możliwość specjalizacji dla przyszłych organizatorów opieki nad człowiekiem starym. Tutaj dobrym przykładem jest Warszawska Szkoła Wyższa Przymierza Rodzin na Ursynowie, która przygotowuje uruchomienie od jesieni studiów licencjackich zdrowia publicznego ze specjalizacją organizatora opieki nad człowiekiem starym (uczelnia ta jest na 3. miejscu w rankingu niepublicznych szkół wyższych w Polsce).

sjonariuszami domów pomocy społecznej (DPS), uległa poważnemu wypaczeniu. Kontrola stwierdziła fatalne warunki socjalne, w których funkcjonują osoby chore i wiekowe (brak minimalnej powierzchni na łóżko, zbyt mało urządzeń higienicznych i sanitarnych, gabinety lekarskie, pielęgniarskie i rehabilitacyjne zajęte na pokoje chorych, niskie stawki żywieniowe, bałagan w dokumentacji medycznej).

Czas pobytu pacjenta w tych ośrodkach nie jest zależny od postępów leczenia i rehabilitacji, a bardziej od sytuacji materialnej. W rezultacie wiele osób niewymagających opieki lekarskiej blokuje miejsca potrzebującym, a czas oczekiwania na miejsce w zakładzie wydłuża się do 12 miesięcy.

### Niezrozumiały podział kompetencji

Tryb postępowania wobec osób kierowanych przez jednostki samorządu do ZOL i ZPO nie pozwalał na identyfikację osób, które faktycznie powinny być skierowane do DPS. Należy podkreślić (co jest niezrozumiałe), że ZOL i ZPO są jedynymi zakładami opieki zdrowotnej, w wypadku których o skierowaniu i leczeniu decydują organy administracji samorządowej. Jednocześnie organy te (co również jest niezrozumiałe) nie sprawują nadzoru nad dostępnością do leczenia i poziomem świadczeń w tych zakładach.

Pobyt pacjenta w ZOL i ZPO jest współfinansowany przez NFZ, w przeciwieństwie do pobytu w DPS, współfinansowanego przez samorząd.

Najwyższa Izba Kontroli negatywnie oceniła działania gmin na rzecz rozwoju własnego systemu usług opiekuńczych oraz działania powiatów w zakresie utrzymania i rozwoju infrastruktury domów pomocy społecznej. W objętych kontrolą powiatach liczba DPS-ów uległa zmniejszeniu, a prawie połowa z nich nie zapewniała wymaganych standardów w zakresie infrastruktury, zatrudnianej kadry i działalności.

Niedostateczny rozwój infrastruktury miał bezpośredni wpływ na pogarszające się warunki pobytu pensjonariuszy oraz powodował wzrost liczby oczekujących na umieszczenie w DPS (z 2173 w 2004 r. do 3047 w 2008 r., tj. o 40 proc.).

### Brak planów

W sytuacji gdy niekorzystne tendencje demograficzne oraz niekorzystne zmiany w strukturze rodzin sprawiają, że coraz większa część opieki nad osobami starszymi będzie musiała być przenoszona do różnych form opieki instytucjonalnej, wyniki kontroli NIK pokazują, iż gminy i powiaty nie uwzględniają tych faktów w swojej działalności bieżącej i tworzonych strategiach. Jednocześnie trzeba podkreślić, że system finansowania rozwoju infrastruktury domów pomocy społecznej wykracza poza możliwości powiatów, które ograniczają swoje działania do administrowania już istniejących zakładów.



fot. Magda Starowińska/Fotorepza

## Raport Jaworskiej

Zdaniem dr hab. Barbary Szatur-Jaworskiej, prof. Uniwersytetu Warszawskiego, wiceprzewodniczącej Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego, poprawa sytuacji osób starszych w polskiej ochronie zdrowia wymaga wielokierunkowych zmian obejmujących:

- podniesienie poziomu wiedzy geriatrycznej lekarzy i decydentów w ochronie zdrowia;
- zmianę postaw pracowników ochrony zdrowia wobec starszych pacjentów;
- zmianę procedur obowiązujących w publicznej ochronie zdrowia.

Do kluczowych, oczekiwanych zmian dr Szatur-Jaworska zalicza:

- zwiększenie liczby lekarzy geriatrów;
- wprowadzenie do minimum programowego studiów medycznych przedmiotu „geriatria”;
- uwzględnienie w kontraktach z NFZ specyfiki terapii i opieki geriatrycznej – inna wycena, zmiana procedur;
- rezygnację z ustalania granic wieku w powszechnych programach profilaktycznych, np. takich jak badania mammograficzne;
- rozwijanie różnorodnych form opieki długoterminowej nad osobami przewlekle chorymi i niepełnosprawnymi w miejscu zamieszkania oraz w instytucjach; zarówno w formie pomocy świadczonej w zastępstwie rodziny, jak i pomocy wspierającej rodzinę, która zajmuje się osobą obłożnie chorą;
- zwiększenie liczby łóżek w hospicjach dla pacjentów z chorobami nowotworowymi i nienowotworowymi;
- wprowadzenie możliwości wystawienia przez lekarza recepty umożliwiającej zakup leków przez 3–6 miesięcy w określonej dawce miesięcznie, co powinno skrócić kolejki do lekarzy rodzinnych wskutek wyeliminowania z nich tych seniorów, którzy przychodzą tylko „po receptę”;
- zmianę sposobu myślenia o zdrowiu przez osoby starsze (jak pokazują badania, osoby słabo wykształcone preferują „przekazanie” pieczy nad swym zdrowiem specjalistom, lepiej wykształceni większą rolę przypisują sobie – swoim wyborom i stylowi życia i to podejście należy promować).

## Uprzykrzanie starości

Przygotowana przez polskich geriatrów diagnoza dotycząca nieprawidłowości w realizacji praw starszych pacjentów, sporządzona w 2005 r. dla potrzeb projektu Akademii Rozwoju Filantropii w Polsce „Stop dyskryminacji ze względu na wiek”, zwraca uwagę na następujące problemy:

1. W zakładach opieki zdrowotnej w stosunku do pacjenta seniora bardzo często nie stosuje się standardów geriatrycznych: zbyt krótki czas wizyty lekarskiej, zła jakość pracy – niedostosowana do fizjologii starzenia, brak wiedzy geriatrycznej – przypisywanie objawów leczonej w danym momencie choroby wyłącznie efektowi starości.
2. W Polsce brakuje specjalistów geriatrów, a w mini-mach programowych kształcenia lekarzy brakuje przedmiotu „geriatria”.
3. Narodowy Fundusz Zdrowia nie kontraktuje usług geriatrycznych. Zbyt mało jest specjalistycznych oddziałów geriatrycznych oraz poradni. Co więcej, obserwuje się proces likwidacji „łóżek geriatrycznych” – w latach 1999–2004 ich liczba spadła z 465 do 300.
4. Obserwuje się niechętny stosunek pielęgniarek środowiskowych do starych, niesprawnych pacjentów.
5. Nie prowadzi się edukacji pacjenta przez lekarza w leczeniu przewlekłych chorób (farmakoterapia, dieta, aktywność fizyczna i intelektualna) oraz w przygotowaniu pacjenta seniora do zabiegów diagnostycznych i leczniczych.
6. Często praktyką jest niekierowanie osób starszych na badania profilaktyczne. Osoby te mają też większe niż inni pacjenci kłopoty z uzyskaniem skierowań na badania dodatkowe, konsultacje specjalistyczne, diagnostykę i leczenie szpitalne, rehabilitację oraz do sanatorium.
7. Osoby w podeszłym wieku mają ograniczony dostęp do pomocy w nagłych przypadkach (pogotowie ratunkowe) – o przystąpieniu karetki decyduje często wiek pacjenta.

8. Utrudnione jest załatwianie (brak procedur) wielu spraw medycznych i urzędowych w sytuacji osób starszych – niemobilnych, ciężko chorych. Niemożliwe jest telefoniczne załatwienie skierowania na karetkę pogotowia dla obłożnie chorego seniora, którym opiekuje się tylko jeden opiekun, który nie może pozostawić pacjenta bez opieki w domu.

9. Złe traktowanie starszych pacjentów przez lekarzy i średni personel: brak kultury osobistej, arogancja, poniżanie, paternalistyczny stosunek do seniora. Seniorzy spotykają się w placówkach ochrony zdrowia z obojętnością, a niekiedy nawet z niechęcią.

10. Niemal całkowity brak łóżek w opiece paliatywnej dla pacjentów z chorobą nienowotworową.

W zakresie procedur lekarze geriatry zwracają uwagę na następujące problemy:

1. Narodowy Fundusz Zdrowia nie kontraktuje dotąd świadczeń dziennych oddziałów szybkiej diagnostyki.
2. W dostępie do programów profilaktycznych stosowane są ograniczenia wieku (np. z profilaktyki chorób układu krążenia mogą skorzystać tylko osoby do 65. roku życia).
3. Dostęp do porad lekarza geriatry utrudnia procedura, zgodnie z którą pacjent musi wcześniej otrzymać skierowanie i wykonać dodatkowe badania specjalistyczne, co wymaga od niesprawnego seniora wielokrotnych wizyt w placówkach ochrony zdrowia.
4. W kontraktach z NFZ nie uwzględnia się czasu trwania wizyty u geriatry – dużo dłuższego niż w przypadku pozostałych specjalności.
5. W kontraktach ze szpitalami NFZ nie uwzględnia wyższych kosztów leczenia starszych wiekiem pacjentów, związanego z dłuższym czasem hospitalizacji, potrzebą zaangażowania wielodyscyplinarnych zespołów, koniecznością stosowania wielu procedur diagnostycznych i terapeutycznych u jednego pacjenta (w związku z wieloma chorobami w starszym wieku).
6. Narodowy Fundusz Zdrowia nie kontraktuje wielu typowych dla geriatry procedur diagnostyczno-terapeutycznych.

Z uwagi na wysoki odsetek zakładów (44 proc. DPS ze 112 kontrolowanych) niespełniających wymaganych standardów infrastruktury, istnieje realne niebezpieczeństwo likwidacji części z nich po 31 grudnia 2010 r.

### Mieć dziadka, czyli dziecko

W unijnej strategii *Europa 2020*, zwracającej uwagę na społeczne i ekonomiczne skutki starzenia się społeczeństwa, położono nacisk na potrzebę wsparcia osób zajmujących się ludźmi uzależnionymi od opieki innych. Parlament Europejski podkreślił (w marcu 2010 r.) potrzebę powiązania roli opiekuna z pracą

zarobkową, zrównania jego szans na rynku pracy i zabezpieczenia jego dochodów.

Ekspertki zauważają, że najbardziej korzystnym trendem jest utrzymanie modelu opieki domowej, jakkolwiek na innych niż obecnie zasadach. Każdy chory będzie chciał zostać w domu jak najdłużej, bo to przynosi mu największą korzyść, dlatego trzeba stworzyć taki system, który to umożliwi. W Szwecji opieka nad chorymi w domu trwa dłużej, niż jest to zwykle przyjęte w innych krajach. Osoba, która się opiekuje chorym, musi mieć jakieś perspektywy – potrzebuje uznania i akceptacji oraz wsparcia, doradztwa, fachowej informacji i szkoleń. Taka osoba



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

for: Barłomiej Barczyński/Agencja Gazeta

musi być świadoma, jak istotny wkład wnosi do systemu opieki zdrowotnej.

### 20 mln opiekunów

W Europie ok. 20 mln opiekunów domowych świadczy niepłatne usługi w zakresie opieki domowej powyżej 20 godzin w tygodniu. W trakcie swojej prezydencji (II połowa 2009 r.) Szwedzi wyliczyli, że 80 proc. godzin opieki jest wykonywanych przez nieformalnych opiekunów: członków rodzin, pracujących „na czarno” opiekunów i sąsiadów. Wśród nich przeważają kobiety.

W większości państw „starej” UE opieka pochodzi z dwóch źródeł:

- członkowie rodziny dostają wsparcie osobowe i finansowe,
- opiekę świadczą opiekunowie instytucjonalni.

Oznacza to, że do chorego na kilka godzin przychodzi pracownik socjalny lub opiekun, odciążając domowników. W sytuacji wyczerpania możliwości opieki domowej chory kierowany jest do placówki stacjonarnej.

Problemem pozostaje niejednokrotnie niski poziom usług świadczonych przez osoby przychodzące i personel w placówkach stacjonarnych. Angela Cluzel z europejskiego stowarzyszenia dyrektorów ośrodków opieki stacjonarnej dla starszych osób przyznaje, że w placówkach tych dochodzi niekiedy do nadużyć i zaniedbań. Problemem jest również brak fachowej opieki pielęgniarskiej. ■