

548 771 seniorów w wieku 65+ dozna złamania, a 109 542 osoby złamania kości bioder



Nie tam się

Nie osteoporoza, a upadki są główną przyczyną najgroźniejszych złamań. Konsekwencje upadków w świetle założeń polityki senioralnej w Polsce to bagatelizowany, choć kluczowy problem.

foto: iStockphoto 3x

W ostatnich miesiącach środki masowego przekazu zwracały naszą uwagę na działania rządu w zakresie kreowanej polityki senioralnej. Pod koniec 2013 r. przyjęto założenia polityki senioralnej w Polsce na lata 2014–2020. Wcześniej, w 2012 r., Rzecznik Praw Obywatelskich przedstawił strategię działania w starzejącym się społeczeństwie, a rząd zapowiada prace nad programem na rzecz aktywności społecznej osób starszych na lata 2014–2020. Są zamiary powołania grupy zadaniowej ds. seniorów w Mazowieckiem, powstają pomysły tworzenia rad seniorów i senierek w Toruniu, Sosnowcu i Częstochowie.

Nagle śmiertelne zdarzenie

Tymczasem istnieje o wiele mniej medialny, cichy i poważny problem, mogący rozłożyć na łopatki założenia polityki senioralnej – bagatelizowanie ryzyka upadku i jego zdrowotnych konsekwencji. Elementy kreowanej polityki senioralnej zakładają utrzymanie aktywności seniorów nie tylko w realizowaniu zadań społecznych, lecz także zawodowych. Wydłużenie wieku emerytalnego do 67 lat sprawia, że oczekujemy zdrowych seniorów, mogących pracować dłużej niż do-

tychczas. Jednak już osoba znacznie młodsza (50–55+) może się przewrócić i w konsekwencji pozostać na wiele tygodni przykuta do łóżka. Co gorsza, istnieje ryzyko, że już z niego nie wstanie.

Jak do tego dochodzi? Upadki są zdarzeniem bardzo częstym w Polsce; co dziesiąta osoba w wieku od 55 do 59 lat i co piąty senior powyżej 65. roku życia doświadcza co najmniej jednego upadku rocznie. Jedno na dziesięć z tych zdarzeń w grupie wiekowej 65+ spowoduje złamanie (częściej u kobiet – 77 proc.), natomiast dwa na sto upadków spowodują złamanie biodra lub szyjki kości udowej – są to najpoważniejsze konsekwencje upadku (badanie PolSenior). Leczenie złamań wymaga unieruchomienia pacjenta, co naraża go na powikłania, odleżyny, zakrzepicę żył głębokich, infekcje, a w konsekwencji przedwczesny zgon (badanie „Upadki osób w podeszłym wieku – przyczyny, konsekwencje i zapobieganie” autorstwa Agnieszki Borzym z 2009 r.). Polska znajduje się w grupie krajów o wysokim wskaźniku umieralności w wyniku upadku; jest to prawie 10 przypadków na 100 000 mieszkańców (w 2010 r.), podczas gdy średnia europejska wynosi 5,3 (dane Światowej Organizacji Zdrowia z „The In-

jury Chart Book”, 2002 r.). Oznacza to, że w 2010 r. z tej przyczyny łącznie zmarło 3755 osób, a 75 proc. tych zgonów dotyczyło grupy 55+. Tymczasem według Państwowego Zakładu Higieny, wśród osób 65+ upadki są już najczęstszą zewnętrzną przyczyną zgonów, wyprzedzając choroby układu krążenia i nowotwory (41 proc. zgonów w 2010 r.).

Szczególnie istotna jest grupa wiekowa 50–55+, w której ryzyko upadku zaczyna być poważnym problemem z uwagi na rosnące ryzyko innych stanów sprzyjających złamaniom. Wyniki badań sugerują, że to upadek, a nie osteoporoza, jest najsilniejszym, pojedynczym czynnikiem ryzyka złamania. Jeśli dotyczy biodra lub kości uda, powoduje niepełnosprawność, przykuwa do łóżka, ogranicza lub eliminuje z odgrywania ról społecznych i zawodowych. Przeszło połowa osób po takim złamaniu nie odzyskuje sprawności poruszania się i ma ograniczoną sprawność w zakresie czynności dnia codziennego („The Injury Chart Book”, 2002 r.).

Waga konsekwencji złamań bliższego końca kości udowej jest ogromna – prawie zawsze skutkują one hospitalizacją i są przyczyną zwiększonej chorobowości (w wypadku 14–36 proc. osób są przyczyną zgonu w pierwszym roku po złamaniu – według badania PolSenior). Konsekwencje złamań bioder i szyjki kości udowej są dotkliwe nie tylko dla poszkodowanego, lecz także dla systemu opieki zdrowotnej. Aż 90 proc. złamań bliższego końca kości udowej jest operowanych, z czego 4,4 proc. to wymiana stawu biodrowego (grupa 65+). Tylko dwa razy mniejszy odsetek operacji dotyczy grupy wiekowej 55–59 lat. Mimo że w większości wypadków wymienia się jeden staw, zabieg jest bardzo kosztowny. Wartość punktowa hospitalizacji w ramach endoprotezoplastyki pierwotnej całkowitej stawu biodrowego wynosi 383 punkty (cena punktu w hospitalizacji – 52 zł). Według danych NFZ, w 2012 r. wykonano w Polsce ponad 36 tys. takich operacji. A nie są one najdroższe – endoprotezoplastyka rewizyjna całkowita wyceniana jest na 25 tys. zł (co odpowiada 490 punktom), a przeprowadza się ich prawie 4 tys. To tylko wierzchołek góry lodowej. U ofiar upadków konieczne jest leczenie mniej poważnych urazów, które jednak z powodu ich częstotliwości mogą generować ogromne koszty dla płatnika. Na przykład wartość punktowa hospitalizacji w wypadku złamania lub zwichnięcia w obrębie miednicy lub kończyny dolnej wynosi 88 punktów. Ponadto należy pamiętać, że wiele mniej poważnych urazów powstałych w wyniku upadku zaopatrywanych jest w ramach opieki specjalistycznej. Ogółem tylko na świadczenia endoprotezoplastyki stawowej w 2010 r. wydaliśmy ok. 650 mln zł, co oznacza wzrost o 160 proc. od 2005 r.

Epizod za epizodem

Powtarzające się epizody upadku są przyczyną przyjęć do instytucji opieki długoterminowej (zakłady

” Co dziesiąta osoba w wieku 55–59 lat i co piąty senior powyżej 65. roku życia doświadcza co najmniej jednego upadku w ciągu roku ”

opiekuńczo-lecznicze, domy pomocy społecznej, w których może się znajdować ok. 2 proc. osób po epizodach upadku). Korzystanie ze świadczeń opieki długoterminowej może generować od 9 proc. do nawet 41 proc. kosztów całkowitych związanych z upadkami.

Uraz fizyczny i koszty dla systemu ochrony zdrowia to nie wszystkie istotne konsekwencje. Powstała po upadku obawa przed kolejnym może się przerodzić w zespół lęku poupadkowego powodujący obniżenie samoskuteczności i pewności siebie w zakresie czynności dnia codziennego, jak np. spacer. Lęk przed upadkiem może dotyczyć nawet 44 proc. osób, izolacja lub utrata niezależności odpowiednio 22 proc. i 14 proc. doświadczających upadku, natomiast rezygnacja z aktywności – 12 proc. osób (badanie „Epidemiologia, znaczenie

” Obok zasobów i infrastruktury systemowe działania organizacyjne mogą sprzyjać zaspokojeniu potrzeb seniorów w kontekście konsekwencji upadków bądź je ograniczać ”

kliniczne oraz koszty i profilaktyka upadków u osób starszych” autorstwa Edwarda Czerwińskiego i wsp. z 2008 r.). Do kosztów pośrednich powinniśmy przywiązywać większą wagę, tym bardziej że ich skala może być większa, niż nam się wydaje. Są to głównie utracone dochody gospodarstwa domowego, w którym rodzina sprawuje opiekę nieformalną nad poszkodowanym. Nie wiemy, w ilu gospodarstwach pacjenci są objęci tego typu opieką i jak duże mogą być utracone fundusze. Czas opieki nad seniorami wynosi ok. 20 godzin tygodniowo. Według Brytyjczyków, utrata produktywności zawodowej członków rodziny, a często i samego poszkodowanego, może średnio kosztować 40 tys. USD rocznie na każdego pacjenta („The Injury Chart Book”, 2002 r.). Można podejrzewać, że do liczenia kosztów

pośrednich będziemy w przyszłości podchodzić z większą uwagą, dzięki czemu problem konsekwencji upadków wyjdzie z niepożądanego cienia.

Koszty

Koszty i konsekwencje dla systemu ochrony zdrowia to jedynie liczby. Nie można zapomnieć, że za każdym takim zdarzeniem stoi konkretna osoba, cierpiąca fizycznie z powodu bólu i psychicznie z powodu niepełnosprawności. Upadki przyczyniają się do istotnego pogorszenia jakości życia pacjentów doznających takiego zdarzenia. Badania pokazują, że w porównaniu z osobami, które nie doznały upadku, jakość życia związana ze zdrowiem (*health-related quality of life* – HRQOL) jest niższa we wszystkich grupach wiekowych, z proporcjonalnym spadkiem jakości życia do

„ Leczenie złamań wymaga unieruchomienia pacjenta, co naraża go na powikłania, odleżyny, zakrzepicę żył głębokich, infekcje, a w konsekwencji przedwczesny zgon ”

rosnącego wieku. Zauważono również nasilenie epizodów depresji, mogących wynikać z braku poczucia bezpieczeństwa oraz zaniechania aktywności codziennych (badanie „Accidental falls, health-related quality of life and life satisfaction: a prospective study of the general elderly population” autorstwa Stenhagen i wsp. z 2014 r.).

Przeciwdziałać konsekwencjom upadku można co najmniej na dwa sposoby: profilaktyczny i terapeutyczny. Jeden i drugi musi się jednak opierać na rozpoznaniu potrzeb zdrowotnych osób narażonych na upadek i tych, które tego zdarzenia już doznały. Następnym logicznym krokiem jest zapewnienie niezbędnej infrastruktury i rozwiązań organizacyjnych.

Profilaktyka pierwotna upadków koncentruje się na prozdrowotnym oddziaływaniu na organizm człowieka, aby doprowadzić do zbudowania potencjału organizmu, który będzie odporny na upadki. Profilaktyka wtórna dotyczy badań przesiewowych w kierunku wykrywania upadków i ich odpowiedniego raportowania, leczenia operacyjnego (wymiana stawu biodrowego w przypadku złamania szyjki kości udowej i zespolenie kości w złamaniach okolicy krętarzy) oraz aktywizacji pacjenta mającej zapobiegać kolejnym upadkom. Pro-

filaktyka III stopnia dotyczy rehabilitacji oraz opieki długoterminowej.

Aktywność fizyczna

Do skutecznych, potwierdzonych dowodami naukowymi, metod oddziaływania należy przede wszystkim aktywność fizyczna polegająca na utrzymywaniu i budowaniu masy mięśniowej organizmu, ćwiczeniach równowagi, chodu oraz wytrzymałości. Rezultaty kilku badań (omówionych w „The Patient Who Falls: It’s Always a Trade-off” autorstwa Tinetti i wsp. z 2010 r.) wskazują, że stosowanie takich metod zmniejsza ryzyko upadku z 22 proc. do 46 proc. (profilaktyka pierwotna). Według innych badaczy, intensywne ćwiczenia fizyczne redukują również lęk związany z dodatkowym upadkiem, co jest przykładem profilaktyki wtórnej („Intensive Exercise Reduces the Fear of Additional Falls in Elderly People” autorstwa Oh i wsp. z 2012 r.). Innym działaniem profilaktyki pierwotnej oraz wtórnej jest suplementacja witaminą D₃, która u osób starszych okazuje się skuteczna w przeciwdziałaniu osteoporozie, zwiększającej ryzyko złamania podczas upadku (wyniki przeglądu systematycznego autorstwa Krzysztofa Łacha i wsp. z 2010 r.). Skuteczność leczenia operacyjnego złamań oraz działań rehabilitacyjnych ma ugruntowaną pozycję w praktyce medycznej i nie wymaga komentarza.

Rozpoznanie i zabezpieczenie potrzeb osób w wieku 50–55+ z ryzykiem upadku lub przebyłym złamaniem w wyniku upadku wydaje się najważniejsze z punktu widzenia proponowanej polityki senioralnej w Polsce. Dotychczas, jakkolwiek rozproszona w swoich priorytetach i nieskoordynowana w działaniach, polityka senioralna nie koncentrowała się na rozpoznaniu sytuacji i prognozowaniu potrzeb seniorów. Jej przejawy formułowane były m.in. w opracowaniu Rzecznika Praw Obywatelskich („Strategie działania w starzejącym się społeczeństwie: tezy i rekomendacje”) oraz w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2007–2015 (cel operacyjny 9: tworzenie warunków do zdrowego i aktywnego życia osób starszych). Tymczasem w roku ubiegłym przyjęto projekt Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020 w ramach Rządowego Programu na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2012–2013 (Program ASOS). Słuszne wydaje się skupienie uwagi i funduszy na profilaktyce pierwotnej, tj. na zwiększaniu aktywności fizycznej osób starszych. Jest to działanie naukowo udowodnione i skuteczne w redukowaniu ryzyka upadków i złamań. Z pewnością również trafia w potrzeby zdrowotne grupy zagrożonej upadkami. Podobnie w dokumencie RPO, postuluje się rozwój aktywności fizycznej poprzez promocję treningu siłowego, który zmniejsza ryzyko upadku.

Zabezpieczenie potrzeb pacjenta zagrożonego upadkiem lub tego, który już go doznał, z punktu widzenia

systemu opieki zdrowotnej tradycyjnie dotyczy podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), specjalistycznej (AOS) oraz leczenia szpitalnego. Rozpatrując jednak te najważniejsze konsekwencje, należy pozostać w obrębie AOS i leczenia szpitalnego. Wydaje się, że z punktu widzenia pacjenta nie jest istotne, czy ma do czynienia ze specjalistą geriatrą, czy – jak rekomendują Brytyjczycy i Amerykanie – z przeszkolonym zespołem geriatrycznym składającym się z internisty, reumatologa, ortopedy, neurologa, specjalisty rehabilitacji oraz psychologa – o ile zabezpieczone są jego potrzeby (wytyczne kliniczne brytyjskiego *National Institute for Health and Care Excellence*). Według danych Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, w Polsce liczba łóżek na oddziałach wewnętrznych wynosi prawie 26 tys. (6,7 na 10 tys. obywateli), reumatologicznych – 2384 (0,6 na 10 tys.), chirurgii urazowo-ortopedycznej – 10 794 (2,8 na 10 tys.), neurologicznych – 7751 (2,0 na 10 tys.) oraz rehabilitacyjnych 16 327 (4,2 na 10 tys.). Analogicznie liczba specjalistów chorób wewnętrznych wynosi 10 143 (2,6 na 10 tys.), a neurologii 2696 (0,7 na 10 tys.). Potrzeby długoterminowej opieki zabezpieczane są przez 2407 lekarzy, 692 psychologów, 9766 pielęgniarek, 385 rehabilitantów oraz 2482 opiekunów (dane za rok 2012). W roku poprzednim (2011) funkcjonowało 505 stacjonarnych zakładów opieki długoterminowej (zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze o charakterze ogólnym i psychiatrycznym) oraz 79 hospicjów. Istnieje poważna wątpliwość, czy potrzeby zdrowotne i opieka nad seniorami są i będą zabezpieczane na poziomie gwarantującym godne starzenie.

Dane wskazują, że potrzeby zdrowotne będą coraz większe. Na podstawie prostej ekstrapolacji wyników badania PolSenior można oszacować, że ok. 293 634 i 1 097 542 osoby co najmniej raz w roku doznają upadku (odpowiednio dla wieku 55–59 i 65+). 548 771 seniorów w wieku 65+ dozna złamania, a 109 542 – złamania kości bioder. Leczenia operacyjnego będzie wymagać 98 587 pacjentów (ok. 90 proc.). Pewien odsetek tych pacjentów będzie wymagać endoprotezoplastyki stawu biodrowego. W 2012 r. z funduszy publicznych przeprowadzono 39 865 takich zabiegów (dane NFZ). Część z nich była konieczna z powodu upadku. W tym samym roku liczba osób oczekujących na endoprotezoplastykę stawu biodrowego (przypadek pilny) wyniosła 6958 (ze średnim czasem oczekiwania 228 dni) oraz 65 278 oczekujących w trybie przypadku stabilnego (ze średnim czasem oczekiwania 457 dni). Oczywiście prosta ekstrapolacja jest w tym wypadku nieuzasadniona, jeśli jednak spojrzeć na liczby, można łatwo ocenić skalę niezabezpieczenia potrzeb seniorów z poważną konsekwencją upadku.

Tymczasem należy pamiętać, że zabezpieczenie potrzeb seniorów obarczonych ryzykiem lub tych, którzy doznali upadku, nie ogranicza się do świad-



„To upadek, nie osteoporoza, jest najsilniejszym, pojedynczym czynnikiem ryzyka złamania. Jeśli dotyczy biodra lub kości uda, powoduje niepełnosprawność, przykuwa do łóżka”

czeń opieki zdrowotnej. Jak wspomniano wcześniej, bardzo skuteczne są działania z zakresu profilaktyki pierwotnej. Niepokojące jest więc to, że niewiele jest samorządowych programów zdrowotnych skierowanych do seniorów koncentrujących się na poprawie siły mięśni i ogólnej aktywności fizycznej. Zgodnie z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych z funduszy publicznych, samorządowe programy zdrowotne (horyzontalne w odróżnieniu od narodowych, wertykalnych) muszą otrzymać opinię Agencji Oceny Technologii Medycznych.

W 2014 r. zaledwie jeden program odpowiada potrzebom seniorów z ryzykiem upadku, proponując ade-



„Rozpoznanie i zaspokojenie potrzeb osób w wieku 50–55+ z ryzykiem upadku lub przebyłym złamaniem w wyniku upadku wydaje się najważniejsze z punktu widzenia proponowanej polityki senioralnej w Polsce”

kwatne działania. Otrzymał on pozytywną rekomendację. W roku ubiegłym na ponad 290 opiniowanych programów zdrowotnych zaledwie trzy ukierunkowane były na potrzeby osób starszych. Jeden z nich dotyczył osób po 65. roku życia z dysfunkcją narządu ruchu, a proponowanym działaniem było włączenie seniorów do programu rehabilitacji i zachęcenie do zwiększenia aktywności fizycznej („Rehabilitacja i wspieranie ak-

tywności ruchowej dla seniorów, mieszkańców miasta Częstochowy na lata 2013–2017”). Drugi z nich dotyczył opieki geriatrycznej ukierunkowanej na poprawę sprawności osób po 65. roku życia w Jaworznie. Natomiast w trzecim zaproponowano świadczenia usług pielęgnacyjnych i pielęgniarstkich oraz działalność rewalidacyjną i usprawniającą ruchowo w środowisku domowym osób chorych, niepełnosprawnych, samotnych i starszych mieszkańców gminy Nysa. Wszystkie trzy programy, jako typ działania profilaktyki III stopnia, otrzymały pozytywną rekomendację.

Kroplą w morzu potrzeb seniorów jest ich zabezpieczenie na poziomie regionalnym. Potwierdza to brak realizacji inicjatyw poświęconych stricte upadkom. Poza sektorem publicznym, realizowane są pojedyncze i wyrwykowe, w sensie geograficznym, inicjatywy, jak chociażby projekt „Senior na 5+” Caritasu diecezji siedleckiej. Poza Narodowym Programem Zdrowia nie ma innych programów wertykalnych, ogólnopolskich, finansowanych przez ministra zdrowia i NFZ. Jedynym przejawem globalnego działania jest prewencja rentowa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Dotyczy ona jednak powrotu do pracy lub utrzymania osób wśród aktywnych zawodowo. Nie trafia zatem do seniorów i nie jest specyficznym zadaniem odpowiadającym potrzebom grupy zagrożonej upadkiem. Profilaktyczne potrzeby seniorów z ryzykiem upadku pozostają więc niezaspokojone na poziomie narodowym, regionalnym, a także poza sektorem publicznym.

Obok zasobów i infrastruktury, systemowe działania organizacyjne mogą sprzyjać zabezpieczeniu potrzeb seniorów w kontekście konsekwencji upadków bądź je ograniczać. Do pozytywnie oddziałujących mechanizmów z pewnością nie należy polityka cenowa. Wycena świadczeń pielęgniarstkich i opiekuńczych w opiece długoterminowej pozostaje niezmienną od 2012 r. W województwie małopolskim w roku ubiegłym osobodzień świadczeń pielęgniarstkich wyceniany był na 24,20–27,00 zł, co stanowi 93–103,8 proc. cen z roku 2012. Innym działaniem organizacyjnym mogącym sprzyjać zabezpieczeniu potrzeb jest redystrybucja funduszy i częściowa reorganizacja opieki długoterminowej w kierunku domów pomocy społecznej i opieki domowej. Na przykładzie województwa lubuskiego dokonano symulacji kosztów opieki długoterminowej dla zakładu opiekuńczo-leczniczego (ZOL), domu pomocy społecznej (DPS) i opieki domowej. W wyniku tej symulacji oszacowano 6,5 razy niższy koszt świadczenia w ramach opieki długoterminowej w DPS w porównaniu z ZOL oraz 2,5 razy tańszy niż w środowisku (interpelacja nr 15508 do ministra zdrowia w sprawie zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych mieszkańcom domów pomocy społecznej autorstwa Bożeny Sławiak). Są też doniesienia o trzykrotnie częstszych zdarzeniach upadków wśród pensjonariuszy opieki długoterminowej i szpitali w porównaniu z osobami mieszkającymi

Słowniczek pojęć

- **Upadek.** Zdarzenie opisywane kombinacją komponentów topograficznych, biomechanicznych oraz behawioralnych. Definiowane jest jako zmiana położenia ciała z poziomu zajmowanego na niższy (np. kontakt ciała z podłogą) lub równorzędny, niekoniecznie płaski (np. mebel bądź ściana). Z behawioralnego punktu widzenia jest to zdarzenie nagłe i nieintencjonalne, niezamierzone, mimowolne lub przypadkowe. Może być powiązane z przewlekłymi bądź ostrymi stanami medycznymi lub nieznanymi przyczynami. Wiele definicji opisuje zdarzenie upadku w kontekście potencjalnych uszkodzeń fizycznych ciała. Mimo to brakuje złotego standardu w definiowaniu zdarzenia upadku. Obserwuje się odmienne podejścia w rozlicznych definicjach (ustalenia z badań: „Systematic review of definitions and methods of measuring falls in randomised controlled fall prevention trials” autorstwa Hauer i wsp. z 2006 r. oraz „Definitions and methods of measuring and reporting on injurious falls in randomised controlled fall prevention trials: a systematic review” autorstwa Schwenk i wsp. z 2012 r.).
- **Życ z złamaniem.** Konsekwencje upadków postrzegane poprzez pryzmat (i) wyłącznie symptomów: złamania bioder, bliższego końca kości udowej oraz inne złamania i urazy; (ii) symptomów i interakcji z systemem opieki zdrowotnej: hospitalizacja, przyjęcie na oddziały ratunkowe, leczenie złamań, opieka lekarska, wizyty kontrolne; (iii) wyłącznie interakcji z systemem opieki zdrowotnej; (iv) skutków społecznych: utrata sprawności ruchowej, niepełnosprawność, izolacja, utrata ról społecznych w rodzinie w społeczeństwie; (v) skutków psychospołecznych: lęk przed upadkiem, zespół lęku poupadkowego; (vi) skutków ekonomicznych: koszty bezpośrednie i pośrednie, w tym leczenie skutków złamań, np. leczenie złamań, hospitalizacja (Schwenk i wsp., 2012 r.).
- **Polityka senioralna.** Ogół wielosektorowych i wieloresortowych działań polityki społecznej i zdrowotnej na rzecz seniorów. Uwzględnia rozpoznanie sytuacji starszego pokolenia, prognozowanie potrzeb osób starszych w kilku lub kilkunastoletniej perspektywie oraz zabezpieczenie potrzeb dające szansę na poprawę jakości życia i godnego starzenia się. Mowa tu o potrzebach zdrowotnych, rehabilitacyjnych i opiekuńczych oraz realizacji potrzeb większego zaangażowania społecznego i zawodowego. Celowym działaniem polityki senioralnej jest np. program aktywizacji osób starszych lub rozwój oferty edukacyjnej dla osób starszych w obszarach zgodnych z potrzebami (wg Rzecznika Praw Obywatelskich, „Strategie działania w starzejącym się społeczeństwie: tezy i rekomendacje” oraz „Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020”).
- **Profilaktyka chorób, inaczej zapobieganie.** Ogół działań mających na celu (i) redukcję czynników ryzyka sprzyjających danemu zdarzeniu lub chorobie u osób, u których choroba bądź zdarzenie jeszcze nie wystąpiło – profilaktyka pierwotna; (ii) wczesne wykrywanie zdarzenia lub choroby poprzez badania przesiewowe, wyłonienie grupy podwyższonego ryzyka oraz leczenie i redukcjonowanie postępu choroby – profilaktyka wtórna; (iii) minimalizowanie skutków choroby lub zdarzenia, rehabilitacja, opieka długoterminowa, działania ukierunkowane na poprawę jakości życia – profilaktyka III stopnia).

samodzielnie; być może wystarczająco podpira to tezę o zasadności reorganizacji opieki długoterminowej jako ważnego ogniwa systemu dla tych seniorów, którzy doznali konsekwencji upadku (projekt *European Network for Safety among Elderly*, 2006 r.). Seniorzy z pewnością nie mogą liczyć na prywatne ubezpieczenia medyczne – dla ubezpieczycieli z dużym prawdopodobieństwem tego rodzaju współpraca okazałaby się po prostu nieopłacalna. Kluczowy dla seniorów, obok działania na rzecz poprawy aktywności fizycznej, może się okazać rozwój usług społecznych i opiekuńczych, zwłaszcza poprzez stworzenie systemów wsparcia dla opiekunów nieformalnych, na poziomie lokalnym. Rozwiązanie pozwalające opiekunowi połączyć obowiązki zawodowe oraz opiekuńcze przyczyniłoby się nie tylko do lepszej jakości opieki nad seniorem, lecz także redukcji utraconych dochodów i obciążenia społecznego.

Temat polityki senioralnej i działań na rzecz seniorów będzie powracał każdorazowo przy analizowaniu prognoz demograficznych. Poprzez różne, niekoniecznie efektywne, działania będzie zyskiwał na medialności, tym bardziej jeśli działania te będą związane z gorącą jak zawsze debatą nad reorganizacją i finansowaniem systemu ochrony zdrowia i zabezpieczenia społecznego. Na drugim planie sztyndarowych działań na rzecz osób starszych wyłonią się problemy opieki nad seniorami, którzy nie wezmą bezpośredniego udziału w zakładanej przez politykę senioralną aktywizacji społecznej i zawodowej.

Krzysztof Łach

Autor jest analitykiem oceny technologii medycznych (HTA) w Biurze Zarządzania Innowacjami – Fundacja Badań Biomedycznych, Szpital Kliniczny w Barcelonie.