

Dr med. Anita Gębska – Kuczerowska
Polskie Towarzystwo Gerontologiczne,
Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego

Jaki winien być docelowy model opieki medycznej nad osobą w podeszłym wieku?

Wzrastające oczekiwania wobec systemu opieki zdrowotnej i społecznej wynikają z obserwowanego na całym świecie oraz w Polsce starzenia demograficznego. Ważnym, z punktu widzenia planowania w systemie opieki zdrowotnej i społecznej, jest uwzględnianie całościowej oceny stanu zdrowia populacji oraz przyjęcie określonych kryteriów (standardów) w zakresie opieki: profilaktyki, terapii, rehabilitacji. Przejrzystość, dostępność informacji o standardach opartych i zgodnych z naukowymi przesłankami wraz z opinią o możliwości ich realizacji (tj. procedurach) jest ważnym argumentem, narzędziem dla polityki. Natomiast brak takich ustaleń stanowi potencjalnie zagrożenie dyskryminacją lub podejrzenie nierównego traktowania grup ryzyka, jakimi mogą być osoby gorzej wykształcone lub sytuowane, z większymi własnymi ograniczeniami, np. podyktowanymi niepełnosprawnością. Wprawdzie wyniki badań Głównego Urzędu Statystycznego (SILC) nie zaklasyfikowały populacji polskich seniorów do grupy osób zagrożonych ubóstwem w wymiarze materialnym, jednak wątpliwości interpretacji wynikają ze świadomości ograniczeń metodycznych.

Nie bez znaczenia dla oceny różnic w podejściu do starości metrykalnej i biologicznej są dane statystyczne. Z analiz porównawczych syntetycznych wskaźników zdrowia (np. HALE) wynika, iż stan zdrowia w Polsce, pomimo że poprawił się, to jednak nadal pozostaje gorszy w porównaniu z innymi krajami UE. Kwestią istotną acz budzącą wątpliwości oraz otwarte dyskusje pozostaje, w jakim zakresie, a także od kedy opieka medyczna powinna być prowadzona przez lekarza geriatrę, a kiedy przez lekarza rodzinnego. Czy mając na względzie powyższe wątpliwości możemy ocenić, w jakim zakresie i czy wyłącznie kryterium wieku może decydować o sposobie podejścia do człowieka?

Dlatego tak ważne jest określenie, doprecyzowanie, gdzie w systemie opieki zdrowotnej należy „umieścić” specjalistyczne usługi geriatryczne. Jak wskazuje analiza medycznego rynku pracy - popyt na zatrudnianie specjalistów geriatrów nie odzwierciedla wzrastającego odsetka seniorów w populacji polskiej.

Równie ważną kwestią jest, w jakim stopniu i czy efektywnie realizowane są wszystkie etapy opieki medycznej, począwszy od profilaktyki, terapii, a kończąc na rehabilitacji. Niewystarczająca koordynacja w zakresie kolejnych etapów opieki medycznej, oderwanie opieki medycznej i społecznej sprawiają, że nieefektywnie wykorzystywane są istniejące zasoby obu systemów opieki, w których osoba potrzebująca nie zawsze może się odnaleźć. Sytuacja taka budzi również wątpliwości co do jakości świadczeń podmiotów gospodarczych szybko wypełniających potrzeby rynku, jednak nie zawsze mając na względzie dobro człowieka nad zysk ekonomiczny.

Przejrzyste kryteria działań w oparciu o standardy dają podstawę do wypracowania jakości, natomiast monitorowanie ich wdrażania gwarantuje poprawę opieki (systemu).

Istotne z punktu widzenia i funkcjonowania społeczeństwa obywatelskiego jest zaangażowanie wszystkich stron dialogu do kontroli jakości opieki w zakresie ich kompetencji. Dlatego ważnym jest włączenie w proces decyzyjny organizacji pozarządowych już od momentu pozyskiwania opinii w badanych kwestiach. Konieczne jest tym samym prowadzenie szerokiej edukacji w zakresie geriatry, gerontologii na etapie tworzenia polityki, a także edukacji indywidualnej w zakresie zdrowia (promocja zdrowia, edukacja terapeutyczna, wiedza o prawach i obowiązkach itp.)

W najbardziej wyidealizowanej formie funkcjonowania państwa zagwarantowanie wszystkim wiedzy bez możliwości jej praktycznego wdrożenia nie jest synonimem postępu. Ważne jest wypracowanie docelowego modelu opieki (kierunku transformacji systemu o. zdrowotnej, społecznej), określenie podmiotów, przypisanie im kompetencji oraz umożliwienie realizacji zadań. Nie zwalnia to jednak z konieczności permanentnej oceny potrzeb społecznych, zdrowotnych etc. i oceny możliwości ich zaspakajania w zakresie przyjętym za standard. Tym samym podejście takie umożliwi pełniej określić grupy ryzyka związanego z wykluczeniem w celu podjęcia efektywnych działań zaradczych.

Dysproporcje, jakie mogą wynikać pomiędzy popytem na świadczenia oraz możliwością ich podaży, połączone z brakiem umiejętności znalezienia się w systemie opieki osób potrzebujących, stanowią istotny element zagrożenia wykluczeniem ze względu na brak wiedzy, inercję oraz odrębność systemu opieki zdrowotnej i społecznej. W obrębie obu systemów naraża to Państwo = Obywateli na niedoszacowanie i ponoszenie nieuzasadnionych kompetencją kosztów. Najważniejsze w dyskusji nad idealnym spójnym systemem opieki jest uwzględnienie podmiotowości oraz potrzeb osób starszych, niepełnosprawnych, a także konieczność wspierania ich rodzin (np. w zakresie elastycznych warunków zatrudnienia, wspierania wolontariatu), by w sytuacjach uzasadnionych unikać form opieki instytucjonalnej.