

Psychogeriatrya w Polsce nie istnieje

Prof. nadzw. dr hab. med.

Tadeusz Parnowski

II Klinika Psychiatryczna, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

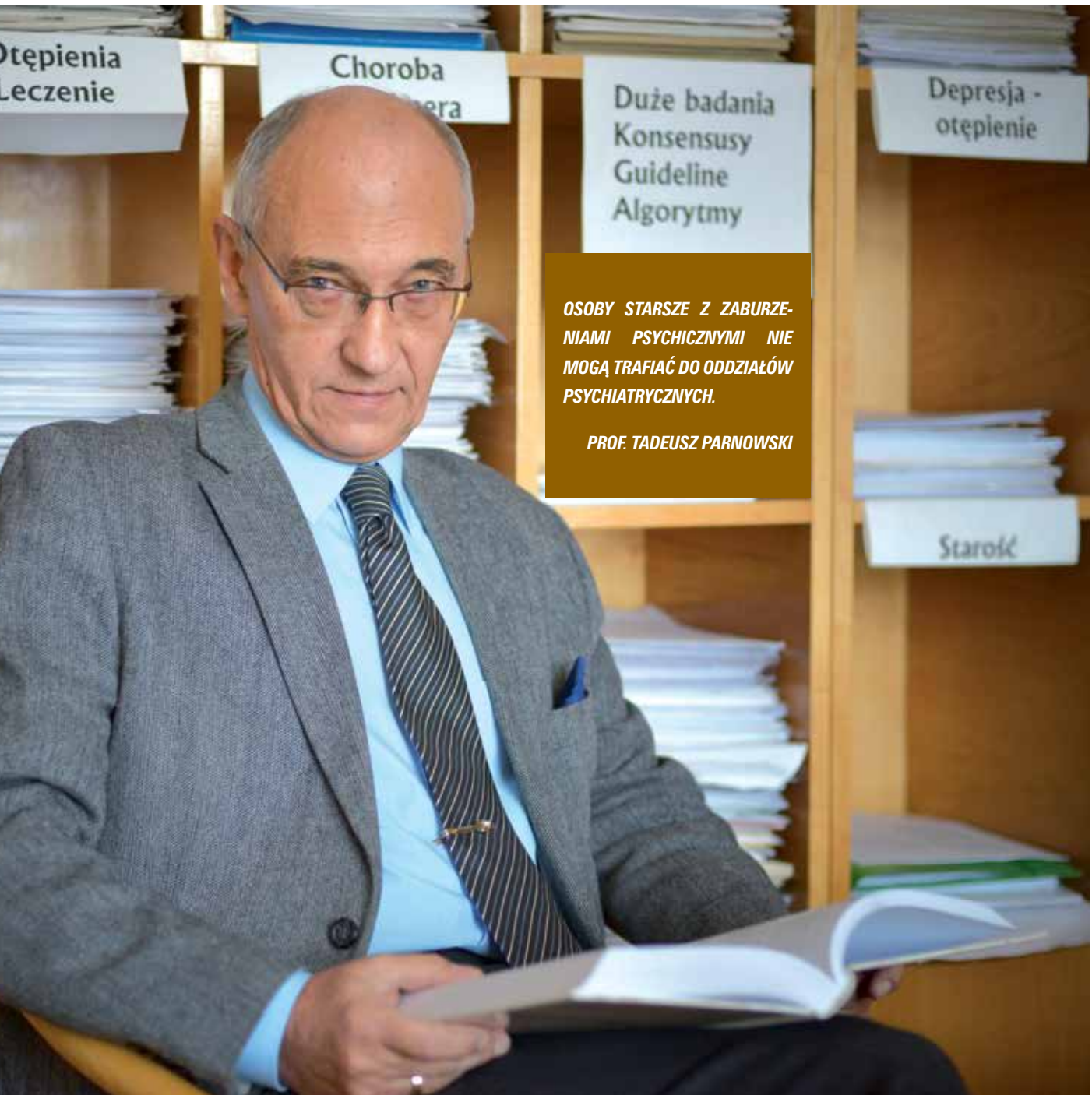
Zyjemy w kraju, w którym ochrony zdrowia nie tworzy się tak, by ogniskowała się na człowieku i jego potrzebach, tylko tak, by była najwygodniejsza dla urzędnika, który tę rzeczywistość kreuje. Tym sposobem mamy w Polsce około 500 łóżek psychogeriatrycznych, a w samym województwie mazowieckim cztery oddziały o takim profilu, ale cóż z tego, skoro, w odróżnieniu od większości krajów zachodnich, nie mamy takiej specjalności medycznej, a pacjenci nie mają środowiska, do którego mogliby trafić po wyjściu z oddziału psychogeriatrycznego.

Nie mamy nawet przychodni psychogeriatrycznych, bo NFZ po kilku latach zezwalania na tworzenie się pod egidą psychogeriatryi poradni alzheimerowskich czy poradni zaburzeń pamięci zlikwidował konkursy na te świadczenia w systemie ambulatoryjnym. Nie wiadomo zatem, skąd ci pacjenci trafiają na oddziały psychogeriatryczne i dokąd później ich wypisujemy. Same łóżka szpitalne nie tworzą przecież psychogeriatryi. Jeśli nie ma poradni, czyli przedłużenia środowiskowego, jeśli nie ma środowiska, czyli na przykład psychogeriatrycznych centrów zdrowia psychicznego, jeśli są tylko oddziały, a po oddziałach pomoc społeczna DPS lub ZOL, mówimy o czymś, czego prawie nie ma. Jest to tym bardziej przykre, że od lat 80. XX wieku nurt psychogeriatryczny rozwija się na całym świecie bardzo żywo. W Polsce niestety nie. Na ponad 5 mln ludzi w wieku podeszłym mamy w sumie 160 geriatrów, a w województwie mazowieckim jest ich 16. W sumie kwalifikacje ma 28, ale pozostali nie pracują w zawodzie. Bo i co to za zawód? Marnie wyceniani.

ARMIA SENIORÓW

Jeszcze kilkadziesiąt lat temu człowiek pracował do 65. r.ż., przechodził na emeryturę i przeżywał jeszcze najwyżej kilka lat. Teraz poprawiły się warunki życia, wzrosła świadomość i mamy stosunkowo lepsze warunki leczenia. Ludzie dłużej żyją, jest ich więcej, a dla państwa zaczął się kłopot. W tej chwili populację osób starszych dzieli się na trzy grupy: od 65. do 75. r.ż., od 75. do 85. roku życia i 85 plus. Taki podział został wprowadzony, bo w wieku podeszłym co 10 lat zmienia się sposób funkcjonowania człowieka. Jest inna wydolność, inna sprawność funkcji poznawczych, inna możliwość fizyczna samodzielnego funkcjonowania. To oznacza, że powinniśmy inaczej organizować pomoc ludziom, którzy mają 65 lat, a inaczej tym, którzy zbliżają się do 90.

Dlaczego problem ludzi starszych zupełnie nie interesuje naszych decydentów? Tego nie jestem w stanie zrozumieć. Przecież populacja ludzi po 65. r.ż. obejmuje w Polsce 5,2 mln osób. Jeszcze w 2010 roku było to 4,8 mln, co pokazuje, jak szybkie jest tempo zmian i jak ogromna jest to rzesza ludzi, których nikt nie zagospodarowuje, nie stwarza szansy, by mogli pracować czy uprawiać jakąkolwiek aktywność społeczną, edukacyjną itp. Z jednej strony mamy bowiem do czynienia – w przypadku tej młodszej grupy osób w podeszłym wieku – ze zdrową populacją, z drugiej zaś rośnie rzesza osób około 80. r.ż. i starszych. Nie są oni w stanie samodzielnie mieszkać, potrzebują środowiska, wsparcia i takiej organizacji



OSOBY STARSZE Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI NIE MOGĄ TRAFIAĆ DO ODDZIAŁÓW PSYCHIATRYCZNYCH.

PROF. TADEUSZ PARNOWSKI

for. Włodzimierz Wasyluk

życia, która pozwoliłaby im na normalne, godne funkcjonowanie w społeczeństwie.

KIM JEST TEN PACJENT

Z badania PolSenior wynika, że 75 proc. osób w podeszłym wieku cierpi na nadciśnienie tętnicze, czyli chorobę nie tylko wyniszczającą, ale i skracającą życie. W tym wieku 23 proc. osób ma cukrzycę typu 2. Jeśli do tego dodać osteoporozę u ok. 20 proc. kobiet czy podobny odsetek

mężczyzn z przerostem stercza oraz niemal 20 proc. osób z niedosłuchem i 30 proc. z zaburzeniami widzenia, okazuje się, że około 80 proc. populacji osób w wieku podeszłym cierpi na co najmniej jedną, a najczęściej na trzy choroby przewlekłe.

Jeśli chodzi o zaburzenia psychiczne, czynników wywołujących jest w wieku podeszłym co najmniej o 80 proc. więcej niż w wieku średnim. W grupie czynników biologicznych znajdują się choroby somatyczne i choroby ośrodkowego układu nerwowego, np. choroba

Alzheimera czy Parkinsona lub Huntingtona, ale też choroby naczyń mózgu. Wszystkie one mogą zwiększać ryzyko depresji, zaburzeń świadomości i otępień.

W przypadku depresji – współwystępowanie tej jednostki chorobowej oznacza zwykle brak motywacji do życia i do działania, zmniejszoną mobilność. Często osoby dotknięte depresją nie przyjmują leków, nie dbają o odpowiednie przyjmowanie posiłków i nawodnienie. Ten związek między chorobami somatycznymi a depresją jest w starszym wieku niezwykle częsty. Bywa, że jeśli zbyt intensywnie leczymy depresję, pogarsza się stan somatyczny chorego.

Innym problemem charakterystycznym dla wieku podeszłego są zaburzenia świadomości. Mają rozmaite tło i występują u ok. 20 proc. populacji, co oznacza, że co piąty starszy człowiek może cierpieć z tego powodu. Główną przyczyną jest odwodnienie, choroby infekcyjne nierozpoznane i nieleczone. Te osoby żyją w izolacji społecznej. Przy braku stymulacji dla ośrodkowego układu nerwowego funkcje poznawcze ulegają jeszcze silniejszemu pogorszeniu.

Dość częstym problemem są też otępienia, występujące u około 10 proc. populacji osób po 65. r.ż. Jest to niestety proces przewlekły. Zespoły otępienne, niezależnie czym uwarunkowane – czy to zwyrodnieniowe, tak jak w przypadku choroby Alzheimera, czy to spowodowane chorobą układu krążenia najpierw, a potem chorobą naczyń mózgu, trwają od 5 do 15 lat. Jest to populacja osób, które nie są sprawne intelektualnie, nie mogą same funkcjonować i których stan będzie się pogarszał.

JAK TO SIĘ ROBI NA ŚWIECIE

Potrzebujemy w Polsce opieki psychogeriatrycznej. Osoby starsze z zaburzeniami psychicznymi nie mogą trafiać do oddziałów psychiatrycznych. Przed dziesięcioma laty podsumowaliśmy liczbę pacjentów oddziałów psychiatrycznych, którzy skończyli 65. r.ż. i w czasie hospitalizacji ulegli urazom. Okazało się, że jest ich bardzo wielu. Osoby starsze bardzo często były potrącane przez młodszych pacjentów z chorobami psychicznymi, ale też często występowały u nich wypadki w oddziale zupełnie nieprzystosowanym dla osób w podeszłym wieku.

Dlatego w 2004 roku stworzyliśmy pierwszy w Polsce oddział psychogeriatryczny. Dziś wiemy, że to nie wystarczy, że powinien powstać wielowymiarowy system, jak w Holandii, Belgii, Szwecji czy w Finlandii. Wszystkie te kraje trochę inaczej organizują pomoc, ale wszystkie oferują kompleksową opiekę i wsparcie nie tylko ludziom starszym, ale również ich opiekunom.

W okolicach Ter Knesselare w Belgii centrum psychogeriatryczne jest położone na styku trzech miast. Z każdego dojazd zajmuje 30 minut busem, który jest dla starszych osób bezpłatny. W centrum na samym dole ulokowana jest ogromna kawiarnia, gdzie ci ludzie mogą się spotkać, pogawędzić. Tuż obok usytuowano dużą salę gimnastyczną, gdzie prowadzone są ćwiczenia dostosowane dla ludzi

w podeszłym wieku. Obok funkcjonuje oddział, do którego opiekun może przywieźć osobę z otępieniem na cały dzień. Pracują w nim terapeuci, którzy się takim pacjentem zajmują – wspólnie ćwiczą, rysują, wychodzą na spacer itd. W centrum zlokalizowane są również mieszkania chronione, pod ciągłym nadzorem pielęgniarstwa, w których mieszkają starsze osoby cierpiące na zaburzenia psychiczne związane z wiekiem. Podobnie jest w Amsterdamie, choć tam taki ośrodek został zlokalizowany w centrum miasta, przy ulicy handlowej. Stoi tam kilkupiętrowy budynek, na parterze którego mieści się przytulny pub – miejsce spotkań starszych osób. Na piętrze zlokalizowane są sale ćwiczeniowe. Jeszcze wyżej jest oddział, na który kierowani są pacjenci po hospitalizacji – w szpitalu w Holandii leży się bardzo krótko, więc te osoby muszą dojść do siebie, zanim z powrotem trafią do domu. Jeszcze wyżej są ulokowane mieszkania chronione. Tutaj wygląda to tak, że jest 10 pokoi ze wspólnym salonem. Codziennie lokatorów odwiedza pielęgniarka, aplikuje leki, potem odbywają się zajęcia z terapeutą, a popołudnia są wolne – te osoby mogą spotkać się w salonie i poplotkować albo spędzić czas u siebie w pokoju. Podobnie funkcjonują centra psychogeriatryczne w Edynburgu. Są to domy dziennego lub pełnodobowego pobytu, gdzie centralne miejsce stanowi kawiarnia, a obok są rozrzucone na parterze i piętrze mieszkania chronione.

JAK JEST U NAS

Takie ośrodki powinny również powstawać w Polsce. W dużych miastach w każdej dużej dzielnicy, w mniejszych jeden na 50 tys. mieszkańców. W ten sposób tworzyłby się załazek środowiska, ale też łatwiej, taniej i mniej czasochłannie można by zorganizować opiekę medyczną. Lekarz i pielęgniarka przychodziliby do takiego centrum, a nie kursowaliby po domach pacjentów.

Drugim ogniwem byłyby oddziały psychogeriatryczne, na które powinny trafiać m.in. starsze osoby z zaburzeniami świadomości czy niektórymi postaciami psychoz, ale także z depresjami. Zwłaszcza ci ostatni pacjenci powinni trafiać na takie oddziały, bo mamy bardzo dużo atypowych depresji, które są nierozpoznane, a częstość występowania samobójstw jest w tej grupie najwyższa i wynosi od 14 do 17 proc. Kto ma jednak diagnozować takich pacjentów, skoro nie ma poradni psychogeriatrycznych!? Powinny one istnieć na samym dole tej drabiny i być miejscem dokładnej diagnozy problemu oraz odpowiedniego pokierowania takiego pacjenta.

Ostatnim problemem do rozwiązania jest specjalizacja z psychogeriatryi, by móc kształcić specjalistów w tej dziedzinie. Tak funkcjonuje to w USA, we Francji, w Wielkiej Brytanii. W Polsce nikt problemu nie dostrzega. Tkwiemy zatem w kraju, w którym psychogeriatrya jest, ale tak jakby jej nie było.

Opracowała Magda Szrejner