

O PROBLEMIE ZDROWEJ STAROŚCI

Marcin Golec

Instytut Zdrowia Publicznego
Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego

WSTĘP

Starość – to elementarne zjawisko biologii nigdy jeszcze w historii nie zajęło tak wysokiego miejsca na liście problemów ludzkiego społeczeństwa. Starość nigdy bowiem nie była tak powszechna i masowa

wśród ludzkiej populacji jak dzisiaj. Stało się tak dzięki tryumfowi cywilizacji: przedłużeniu przeciętnego wieku, jakiego dożywają mieszkańcy naszej planety, zwłaszcza z krajów wysoko rozwiniętych (Notestein 1954). Osiągnięcie to spowodowało jednak w ciągu ostatnich dekad zmiany w demografii i stylu życia

społeczeństw zachodnich, które zaszły tak daleko, że dzisiaj konieczne stało się przededefiniowanie celów i sposobów działania medycyny.

Spontaniczna i planowa przebudowa systemu opieki zdrowotnej dokonuje się na naszych oczach już od kilkunastu lat. Nieuniknione wydaje się przesunięcie akcentów w opiece zdrowotnej ze sfery efektownego zwalczania ostrych chorób, np. za pomocą antybiotykoterapii czy metod chirurgii, na znacznie mniej spektakularne, ale za to znacznie bardziej skomplikowane i wymagające długotrwałych ram czasowych, metody powstrzymywania procesów starzenia i utraty funkcji narządów.

STARZENIE SIĘ SPOŁECZEŃSTW KRAJÓW ROZWIŃIĘTYCH

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) podaje, że liczba osób w wieku powyżej 60. roku życia przekroczyła obecnie na świecie 600 mln, a według prognoz do 2050 r. osiągnie 2 mld (WHO 2002). Dynamika tego procesu jest jeszcze intensywniejsza w Polsce, gdzie starzenie się społeczeństwa zachodzi w przyspieszonym tempie na skutek zarówno wzrostu przeciętnej długości życia, jak i spadku dzietności oraz emigracji (Golinowska, Sowa 2006). W krajach rozwiniętych ponad 70% żyjącej dzisiaj populacji przekroczy w swoim życiu 60. rok życia, a od 30% do 40% umrze w wieku ponad 80 lat (Brody 1988).

Ten dynamiczny wzrost populacji ludzi starszych jest konsekwencją dwóch nakładających się na siebie trendów: wzrostu średniej długości życia oraz spadku wskaźników dzietności w krajach wysoko rozwiniętych.

Wzrost średniej długości życia spowodowany jest osiągnięciami XIX- i XX-wiecznej medycyny i powszechnym zastosowaniu wielu odkryć nauk biomedycznych poprzez tworzone przez dekady rozbudowane systemy opieki zdrowotnej. Medycyna poprzednich dwóch wieków przedłużała średnie życie ludzkie w sposób wysoce nieefektywny: na rok życia dłużej w pełnej sprawności przypadało 3,5 roku życia dłużej w stanie choroby i inwalidztwa (Brody 1988).

Dokładne analizy nad strukturą wydatków sektora opieki zdrowotnej w starzejących się populacjach krajów rozwiniętych ujawniły, że wzrost wydatków w tym sektorze jest największy w okresie 2-5 lat przed śmiercią (Zweifel i in. 1999).

ZMIANY W SEKTORZE OPIEKI ZDROWOTNEJ

Jeżeli system szeroko pojętej polityki zdrowotnej nie ulegnie zmianie, koszty opieki zdrowotnej nad populacją powyżej 65. roku życia w państwach członkowskich OECD (a więc w grupie najbardziej rozwiniętych krajów świata) przekroczą czterokrotnie koszty leczenia populacji poniżej 65. roku życia (Oxley, MacFarlan 1994). Dane OECD dotyczące wydatków na opiekę zdrowotną wśród krajów członkowskich pokazują, że starzenie się społeczeństwa jest dynamicznie narastającym problemem krajów zamożnych. Mechaniczna ekstrapolacja obecnych danych na następne dziesięciolecie ukazuje starzenie się społeczeństwa jako główny czynnik wzrostu nakładów na opiekę zdrowotną w znacznej większości krajów rozwiniętych (Oxley, MacFarlan 1994).

Prognozy mówią o stanie rzeczy w przypadku zaniechania zmian w polityce zdrowotnej. Nie uwzględniają również rozwoju technologicznego.

Zmianą obniżającą koszty opieki zdrowotnej (także nad populacją osób starszych), wprowadzaną

obecnie powszechnie w wielu krajach, jest likwidacja części placówek szpitalnych na rzecz opieki ambulatoryjnej, placówek półotwartych oraz opieki domowej (można to zaobserwować np. w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie, gdzie w ramach Kliniki Geriatrii powstał oddział pobytu dziennego).

Stało się to możliwe dzięki rozwojowi technologii: nowe leki pozwalają utrzymać stabilny stan chorego i w wielu przypadkach uniknąć powikłań, a co za tym idzie hospitalizacji. Wiele badań diagnostycznych (ultrasonografia, spirometria, duże spektrum badań laboratoryjnych) jest dzisiaj dostępnych na poziomie ambulatoryjnym, co pozwala uniknąć błędnych i generujących koszty decyzji, np. hospitalizacji.

Najbardziej spektakularnym przykładem sukcesu nowoczesnej farmakologii jest współczesna psychiatria – nowe leki pozwalają na zamykanie znacznej części szpitali psychiatrycznych na rzecz opieki otwartej lub półotwartej (co dotyczy także starszej części populacji).

Medycyna ostatnich dwóch wieków osiągnęła ogromne sukcesy, walcząc głównie z chorobami zakaźnymi, w których zmagano się z pojedynczym czynnikiem etiologicznym: chorobotwórczym drobnoustrojem. Jasno określona etiologia i ostry przebieg choroby determinowały sposób walki z chorobą: szczepionka, antybiotyk lub eradykacja. Obecnie funkcjonujące systemy opieki zdrowotnej i filozofia ich działania są zaprojektowane na zwalczanie chorób w stosunkowo młodych społeczeństwach, chorób w znacznej mierze zakaźnych, mających charakter ostry, o klarownej etiologii i ustalonych sposobach walki z nimi.

Teraz i w przyszłości, w starzejących się populacjach krajów rozwiniętych medycyna ma do czynienia z zupełnie inną strukturą chorób: chorób przewlekłych o złożonych mechanizmach etiopatogenetycznych, upośledzających funkcjonowanie narządów i systemów podczas wieloletniego przebiegu.

Skonstruowany ponad 100 lat temu sektor opieki zdrowotnej w wielu krajach staje się w znaczącym stopniu niewydolny w obliczu takich problemów. Nie wystarczą reformy tego systemu skoncentrowane na medycynie naprawczej. Zamiast systemu opieki zdrowotnej należy zastanowić się nad skonstruowaniem systemu zdrowia, kładąc większy akcent niż dotychczas na promocję zdrowia i prewencję chorób przewlekłych, a także na analizy z innych dziedzin nauki (ekonomii, matematyki, bioinformatyki), pozwalające na podejmowanie bardziej trafnych decyzji w sektorze opieki zdrowotnej.

ZDROWA STAROŚĆ

Starość nie jest chorobą, ale procesy starzenia się, które najogólniej mogą być określone jako wzrost entropii w komórce, organizmie, powodują spadek zdolności naprawy, co znacznie zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia choroby: od nowotworów, poprzez choroby przewlekłe (jak m.in.: POChP, choroby układu krążenia) aż do urazów i chorób narządu ruchu.

Zdrowa starość jest zatem ściśle związana z zachowaniem funkcji poszczególnych organów, systemów i wreszcie całego organizmu – a to wiąże się nierozdzielnie ze zdolnością do naprawy: wystarczającej odpowiedzi na bodźce stresowe i czynniki szkodliwe otaczającego środowiska (Jansen-Dürr, Osiewacz 2002).

Oddalenie w czasie i redukcja niepełnosprawności uważane jest za podstawowy warunek zdrowej

starości (Simons i in. 2000). Dominującymi przyczynami niepełnosprawności są obecnie w krajach rozwiniętych choroby przewlekłe:

- układu oddechowego (astma, POChP),
- choroby metaboliczne (cukrzyca),
- układu krążenia (nadciśnienie tętnicze, choroba wieńcowa),
- związane z zaburzeniami ośrodkowego układu nerwowego i psychiki (demencja, depresja, zaburzenia lękowe),
- zaburzenia funkcjonowania narządów zmysłów (słuchu i wzroku) (dane na przykładzie Australii: Mathers i in. 2001).

Już teraz zauważalny jest nacisk medycyny na zachowanie sprawności narządów ruchu i zmysłów. Stąd działania w zakresie polityki zdrowotnej (promocji zdrowia, prewencji chorób oraz z zakresu medycyny naprawczej) kładące nacisk na ćwiczenia fizyczne pozwalające opóźnić i zredukować niepełnosprawność, odpowiednie planowanie przestrzeni publicznej, pozwalające na jak najdłuższą społeczną aktywność osób starszych, oraz unikanie urazów, stosowanie metod zabiegowych, pozwalających na jak najszybsze uruchomienie osób starszych po przebytym urazach (np. powszechne wprowadzenie protez stawu biodrowego jako metody leczenia częstych u osób starszych złamaniach szyjki kości udowej).

Zapewnienie zdrowej starości spowoduje przedłużenie średniej długości życia (osoby cieszące się dobrym zdrowiem w 70. roku życia mają dłuższą przewidywaną długość życia niż ich rówieśnicy cierpiący na choroby przewlekłe i niepełnosprawni) (Gray 2005). Co ciekawe, takie osoby żyjące dłużej nie powodują znaczącego wzrostu kumulatywnych kosztów opieki zdrowotnej. Największa konsumpcja kosztownych usług zdrowotnych związana jest bowiem z okresem 2–5 lat przed śmiercią. Zmniejsza się ona wraz z wiekiem, co z kolei powoduje, że kumulatywny koszt opieki zdrowotnej nad osobami starszymi nie zwiększa się więc w przypadku większej średniej życia (Gray 2005).

Wzrost odsetka populacji osób starszych w krajach rozwiniętych wiąże się nie tylko ze zwiększonymi wydatkami sektora ochrony zdrowia – w równym stopniu ten trend demograficzny obciąża także system opieki społecznej: rent i emerytur. Powszechnie rozważanym sposobem ratowania sytuacji w tym sektorze są plany podwyższonego wieku emerytalnego. Urzeczywistnienie tych planów będzie jednak możliwe tylko w przypadku podjęcia złożonego zestawu działań, zapewniających zdrową starość (inaczej formalne podwyższenie wieku emerytalnego nie będzie miało sensu: chorzy zasilą bowiem szeregi rencistów).

Jak duże znaczenie może mieć przedłużenie aktywności zawodowej doświadczonych pracowników, może świadczyć przykład powszechnego zastosowania szkoleń korekcyjnych, który pozwolił na przedłużenie okresu pracy Europejczyków (zwłaszcza osób o wysokich kwalifikacjach) nawet o dwie dekady, co było jedną z przyczyn zdobycia przez Europę dominującej pozycji na świecie (Landes 1998).

SUMMARY

Ageing – this elementary biological process never before was so common within human population. This is due to prolongation of an average age, especially in developed countries. Population ageing results in deep changes within healthcare systems. Ageing processes can be described as growth of entropy causing decrease of repair. This results in elevated risk of disease. Healthy ageing is strictly connected to preservation of organs functionality. This depends on repair potential: proper response to stress factors. Thus it seems inevitable to change the main interest within health care sector from treatment of acute diseases to less spectacular, more composed methods of maintaining organs functionality and slowing down ageing processes. Due to these needs healthcare system is inevitably evolving into interdisciplinary health sector with increasing role of health promotion.

PODSUMOWANIE

Zjawisko starzenia się społeczeństw krajów rozwiniętych pociąga za sobą konieczność dogłębnych zmian jakościowych w sektorze opieki zdrowotnej, spowodowanych zarówno zmianą profilu wiekowego pacjentów, jak też charakteru problemów zdrowotnych. Służba zdrowia powinna być przygotowana do leczenia osób starszych, cierpiących na choroby przewlekłe o złożonej etiologii, często współistniejące.

Zmiana jakościowa powinna także polegać na innym rozłożeniu akcentów – z medycyny naprawczej na prewencję i promocję zdrowia, czyli na przejściu od polityki opieki zdrowotnej do polityki zdrowia (Oxley, MacFarlan 1994).

Takie przeobrażenia można zaobserwować już od kilku lat w naszym kraju: zwiększa się liczba łóżek w lecznictwie stacjonarnym przeznaczonych dla osób przewlekłe chorych, powstają oddziały opieki dziennej (przede wszystkim w lecznictwie geriatrycznym i psychiatrycznym), rozwijają się zakłady promocji zdrowia w placówkach naukowych i pioniry promocji zdrowia w innych instytucjach publicznych (inspekcja sanitarna), zwiększa się rola zawodów nielekarskich (m.in. rehabilitantów, pielęgniarek, specjalistów zdrowia publicznego) w sektorze opieki zdrowotnej.

Wobec ciągłych kłopotów finansowych i organizacyjnych polskiej służby zdrowia dynamika tych zmian może się jednak okazać niedostateczna wobec szybkości niż na zachodzie Europy postępujących procesów starzenia się społeczeństwa (Golinowska, Sowa 2006).

LITERATURA

- Brody J.A. (1988), *Changing health needs of the ageing population*, „Ciba Found Symp” nr 134, s. 208–220.
- Golinowska S., Sowa A. (2006), *Health and Morbidity in the Accession Countries. Country Report – Poland*, AHEAD ENEPRI Research Report No. 29, Warszawa.
- Gray A. (2005), *Population Ageing and Health Care Expenditure*, „Ageing Horizons” nr 2, s. 15–20.
- Jansen-Dürr P., Osiewacz H.D. (2002), *Healthy ageing: a question of stress, damage and repair*, „EMBO Rep” nr 12(3), s. 1127–1132.
- Landes D.S. (1998), *The wealth and poverty of nations: why some are so rich and others so poor*, New York: W.W. Norton.
- Mathers C.D., Vos T.E., Stevenson C.E. (2001), *The burden of disease and injury in Australia*, „Bull World Health Organ” nr 79, s. 1076–1084.
- Notestein F.W. (1954), *Some demographic aspects of aging*, „Proceedings of the American Philosophical Society” nr 98, s. 38–45.
- Oxley H., MacFarlan M. (1994), *Health Care Reform Controlling Spending and Increase Efficiency*, „Economics Department Working Papers” nr 149, Paris: OECD.
- Simons L.A., McCallum J., Friedlander Y., Simons J. (2000), *Healthy ageing is associated with reduced and delayed disability*, „Age Ageing” nr 29, s. 143–148.
- WHO (2002), *Active ageing: a policy framework*, Madryt.
- Zweifel P., Felder S., Meiers M. (1999), *Ageing of population and health care expenditure: a red herring?*, „Health Econ” nr 8, s. 485–496.