

Poradnie dla chorych w wieku podeszłym – nowe struktury w psychiatrii polskiej

*Outpatient mental health facilities for the elderly
– new structures in Polish psychiatry*

TADEUSZ PARNOWSKI¹, SŁAWOMIRA KOTAPKA-MINC¹,
JAROSŁAW ŁĄCZKOWSKI², MARZENA MARYNIAK-WIŚNIEWSKA²

Z: 1. II Kliniki Psychiatricznej IPiN w Warszawie
2. Wojewódzkiego Ośrodka Lecznictwa Psychiatricznego w Toruniu

STRESZCZENIE. Autorzy przedstawiają działalność nowej formy lecznictwa otwartego w Polsce na przykładzie poradni psychogeriatrycznych funkcjonujących w dwóch miastach wojewódzkich. Analizują celowość organizowania takich struktur oraz rozważają dalsze implikacje funkcjonowania poradni w sieci lecznictwa dla chorych w wieku podeszłym. Wskazują na istotną rolę leczenia ambulatoryjnego w zwiększaniu efektywności pomocy.

SUMMARY. The authors outline activities of a new form of open health care services in Poland, on the example of two psychogeriatric outpatient facilities functioning in two cities (district capitals). Usefulness of establishing such units, and further implications of their functioning in the network of health care services for elderly patients are considered. An important role of outpatient treatment accessibility for more efficient helping older patients is emphasized.

Słowa kluczowe: psychogeriatrya / poradnie psychogeriatryczne
Key words: psychogeriatry / psychogeriatric outpatient facilities

Starzenie się społeczeństwa, wzrost liczby osób w wieku podeszłym z zaburzeniami psychicznymi oraz lęk przed skutkami starzenia się powodują, że coraz więcej ludzi, nie tylko powyżej 65 r.ż., zgłasza się do lekarzy. Zmiany strukturalne w Polsce wpływają także na odmienny sposób widzenia świata i człowieka. Modny staje się styl życia w zdrowiu, pełnej wydolności fizycznej i intelektualnej. Powoduje to zgłaszanie się do lekarzy ludzi młodych lub osób w wieku średnim, które chcą uzyskać wyczerpujące informacje na temat profilaktyki zdrowej starości.

Struktura populacji w wieku powyżej 65 r.ż. zmienia się radykalnie. Wśród całkowitej populacji polskiej liczącej 38 580 600 osób, w 1985 r. było 3 523 300 osób w wieku powyżej 65 r.ż. W roku 1994 liczba ta osiągnęła

wartość 4 219 400. Wzrasta liczba osób powyżej 65 r.ż. z zaburzeniami psychicznymi zgłaszających się do poradni zdrowia psychicznego. Chorzy ci wymagają szczególnych procedur diagnostycznych i odmiennego sposobu leczenia z powodu współwystępowania licznych chorób, ich przewlekłego charakteru oraz braku efektywności leczenia. Liczne objawy niepożądane zmuszają chorych do częstych wizyt niemożliwych do realizowania w rejonowych PZP. Zasadne wydaje się więc organizowanie dla tej grupy chorych wyspecjalizowanych form leczenia dziennego i środowiskowego. Powinny być one prowadzone przez psychiatrów doświadczonych w problematyce wieku podeszłego, których wiedza psychiatryczna będzie wzbogacana o możliwości leczenia neurologicznego i internistycznego.

Tablica 1. Leczeni wg rozpoznań w poradniach zdrowia psychicznego w latach 1992–1995

Rok	Leczeni ogółem		Leczeni pierwszy raz	
	N	wsk./100 tys.	N	wsk./100 tys.
Zaburzenia niepsychotyczne organiczne				
1992	45 803	119,4	10 273	26,8
1993	49 907	129,8	11 083	28,8
1995	56 977	147,7	13 164	34,1
Psychozy organiczne starcze i przedstarcze				
1992	13 891	36,2	4 111	10,7
1993	14 148	36,8	4 263	11,1
1995	15 658	40,6	4 778	12,4

Problem ten dotyczy przede wszystkim najczęściej występujących w wieku podeszłym chorób, takich jak zaburzenia pamięci, depresje i parafrenia.

Tablica 2. Leczeni w poradniach zdrowia psychicznego na terenie województwa warszawskiego i toruńskiego (zaburzenia psychotyczne starcze i przedstarcze) – wskaźniki na 100 tys. ludności

Województwo	1994	1995
Leczeni ogółem		
warszawskie	52,0	54,1
toruńskie	32,5	44,3
Leczeni po raz pierwszy		
warszawskie	16,9	17,7
toruńskie	15,9	17,9

Sądzić można, że pomoc poradni zdrowia psychicznego udzielana chorym z rozpoznaniem psychoz organicznych starczych i przedstarczych jest niewystarczająca. Wzrost liczby osób leczonych ogółem i po raz pierwszy w PZP sugeruje potrzebę dalszego rozwijania opieki ambulatoryjnej.

Praca niniejsza omawia potrzeby organizowania i funkcjonowania nowej formy lecznictwa otwartego w psychiatrii – specjalistycznych poradni dla osób w wieku podeszłym.

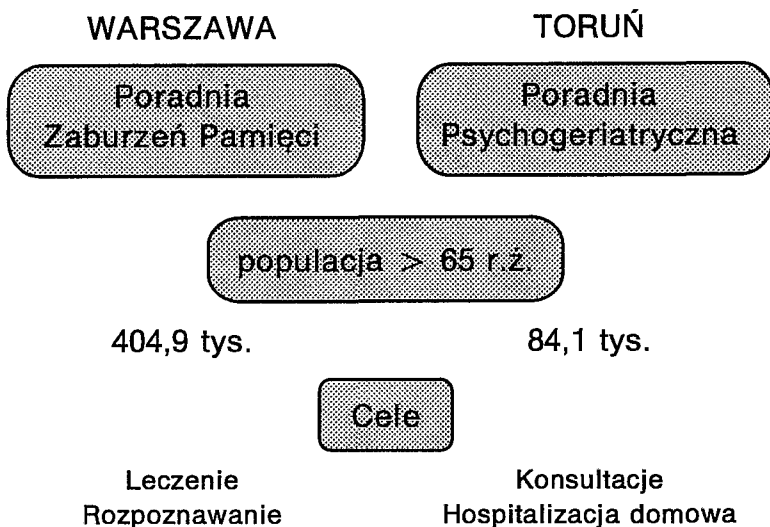
ORGANIZACJA I ZADANIA PORADNI

W pracy analizowano funkcjonowanie niedawno otwartych w dwóch miastach (Warszawie i Toruniu) poradni dla osób w wieku podeszłym.

Poradnia Zaburzeń Pamięci w Warszawie powstała jesienią 1994 r. w Instytucie Psychiatrii i Neurologii. Cele powołania Poradni były trojakie:

- objęcie opieką chorych z zaburzeniami pamięci i innymi zaburzeniami psychicznymi wieku podeszłego przed i po hospitalizacji w Oddziale Psychogeriatryi II Kliniki Psychiatrycznej IPiN,
- działalność diagnostyczna dotycząca osób z podejrzeniem zaburzeń pamięci,
- konsultacje i poradnictwo dla chorych z rozpoznanymi zaburzeniami funkcji poznawczych i ich opiekunów.

Do poradni zgłaszają się osoby z obszaru Warszawy i jej okolic. Zgodnie z założeniami chorzy powinni być kierowani przez lekarzy z poradni rejonowych psychiatrycznych, neurologicznych i ogólnych, a także lekarzy rejonowych. W przyszłości rolę tę będą spełniać lekarze rodzinni. W celu zapewnienia sprawnego działania poradni



Rysunek 1. Ogólne porównanie działalności poradni dla osób w podeszłym wieku w Warszawie i Toruniu

– chorzy powinni zgłaszać się z wykonanymi podstawowymi badaniami laboratoryjnymi, EKG, EEG, badaniem tomograficznym mózgu, jednak w praktyce często zgłaszali się także chorzy przez nikogo nie kierowani, bez badań dodatkowych.

Poradnia była początkowo czynna raz w tygodniu. Ponadto, raz w tygodniu odbywały się konsultacje i badania kwalifikacyjne w celu przyjęcia do Oddziału Psychogeriatryi. Wobec dużej liczby osób zgłaszających się, od 1996 r. Poradnia działa dwa razy w tygodniu, w godz. 10⁰⁰–14⁰⁰. W Poradni przyjmują jeden psychiatra i jeden neuropsycholog zatrudnieni w Oddziale Psychogeriatryi II Kliniki Psychiatrycznej IPiN.

Proces diagnostyczny jest podzielony na kilka etapów z uwzględnieniem badania stanu somatycznego, psychiatrycznego i neurologicznego. Wykonywane są wszystkie badania laboratoryjne w pracowniach i zakładach Instytutu, niezbędne do ustalenia rozpoznania, szczególnie układu sercowo-naczyniowego i ośrodkowego układu nerwowego, badania testowe przesiewowe, szeroki zakres skal psychopatologicznych i baterie testów neuropsychologicznych.

Poradnia Psychogeriatryczna Wojewódzkiego Ośrodka Lecznictwa Psychiatrycznego w Toruniu istnieje od lutego 1994 r. Działa w strukturze Wojewódzkiej Poradni Zdrowia Psychicznego. Rejon działania obejmuje Toruń i przyległe gminy. Czynna jest od 11⁰⁰ do 14⁰⁰. Ponadto, odbywane są wizyty domowe dwa razy w tygodniu.

W Poradni pracuje dwóch lekarzy, psycholog i pielęgniarka. Oprócz pomocy diagnostycznej, psycholog obejmuje opieką psychologiczną zarówno pacjentów, jak i ich rodziny. Pielęgniarka, oprócz asystowania lekarzowi podczas wizyt, odbywa samodzielne wizyty domowe u pacjentów obłożnie chorych. Poradnia Psychogeriatryczna korzysta z pomocy prawnika i pracownika socjalnego, zatrudnionych w WPZP.

Poradnia Psychogeriatryczna ma charakter konsultacyjny. Rejestracja odbywa się na podstawie skierowania lekarskiego. Kryterium przyjęcia do Poradni pacjentów pierwszorazowych jest przede wszystkim wiek chorego (ukończony 65 r.ż.). Pacjenci leczeni w WPZP mogą być objęci opieką Poradni po konsultacji lekarza do tej pory leczącego chorego z lekarzem Poradni Psychogeriatrycznej.

Poradnia specjalizuje się w leczeniu depresji wieku podeszłego oraz zespołów otępiennych. Obejmuje stałą opieką pacjentów z rozpoznaniem depresji oraz otępienia typu alzheimerowskiego. Pozostali pacjenci przekazywani są po jednej lub kilku wizytach do dalszego leczenia u lekarzy rejonowych. Większość konsultacji odbywa się w domach pacjentów po skierowaniu przez lekarzy rejonowych różnych specjalności.

Poradnia korzysta z dość szerokiego zaplecza diagnostycznego. Oprócz rutynowych badań laboratoryjnych istnieje możliwość badania poziomu witaminy B12 i kwasu foliowego we krwi, poziomu hormonów tarczycy i in., wykonania tomografii komputerowej oraz badania dopplerowskiego.

ANALIZA ZGŁASZAJĄCYCH SIĘ

W okresie od 1994 do 1996 r. w Poradni w Warszawie zarejestrowano 164 chorych, natomiast w Poradni w Toruniu – 214 osób. W Toruniu odbyło się w tym czasie 500 konsultacji, natomiast w Warszawie konsultacje dotyczyły głównie chorych hospitalizowanych w innych oddziałach IPiN i nie zostały objęte statystyką. Liczba wizyt w Toruniu wynosiła 1644 (średnia liczba wizyt 1 chorego w ciągu 3 lat = 7,7), w Warszawie takich wizyt było 298 (średnia liczba wizyt 1 chorego w ciągu 2,5 roku = 3,1).

Liczebność chorych w poszczególnych grupach wieku ilustruje tablica 3. Średni wiek chorych w Warszawie wynosił 68,98 lat, natomiast w Toruniu – 71,6 lat. Wiek kobiet w grupie badanej w Warszawie wynosił 70,4 lat, a w Toruniu 74,5 lat. Także średni wiek mężczyzn w Warszawie był nieco niższy niż chorych w Toruniu (66,5 lat vs 68,7 lat).

Równie często współmałżonkowie byli głównymi opiekunami zgłaszających się chorych w Warszawie, jak i w Toruniu (38,8% vs 39,2%). Znacznie częściej chorymi leczonymi w Toruniu opiekowały się dzieci (44,7%, w Warszawie – 32%) oraz dalsi krewni i znajomi (13,4%, w Warszawie – 9,7%) (tablica 4.).

Tablica 3. Liczba chorych z uwzględnieniem przedziałów wieku

Wiek	Warszawa		Toruń	
	N=164	%	N=214	%
<40	2	1,2	–	–
40–50	9	5,5	5	2,3
51–60	25	15,2	18	8,4
61–65	16	9,8	18	8,4
66–70	29	17,7	43	20,1
71–75	43	26,2	47	22,0
76–80	17	10,4	39	18,2
81–85	12	7,3	26	12,1
86–90	10	6,1	15	7,0
<90	1	0,6	3	1,4

Tablica 4. Opiekunowie chorych

Opiekun	Warszawa [%]	Toruń [%]
Żona/mąż	38,8	39,2
Córka	22,3	31,2
Syn	9,7	13,5
Brat/siostra	2,9	1,4
Dalszy krewny	3,9	8,8
Znajomy	5,8	4,6
Bez opiekuna	16,5	2,3

Wśród chorych zgłaszających się do Poradni Zaburzeń Pamięci w Warszawie 123 (75%) zamieszkiwało rejon wielkiej Warszawy, natomiast do poradni w Toruniu z rejonu zgłosiło się 194 (90,6%) chorych. W obu badanych grupach przeważały kobiety: w Warszawie – 102 (62,2%), w Toruniu – 150 (70,1%).

Wykształcenie badanych znacząco różniło się w obu poradniach. W Toruniu przeważały osoby z wykształceniem podstawowym (49,1%, w Warszawie – 12,1%). Drugą co do wielkości grupą byli chorzy z wykształceniem średnim (w Toruniu – 33,2%). Także odsetek chorych z wykształceniem niższym niż podstawowym był wyższy w Toruniu niż w Warszawie (11,7% vs 6,6%). Natomiast w Warszawie najliczniejszą grupę stanowili chorzy z wykształceniem średnim (48,4%). Drugą co do liczebności

była grupa chorych z wykształceniem wyższym (32,9%, w Toruniu – 6%).

Analizie poddano również powody zgłoszenia się do obu poradni. W Warszawie najczęściej chorzy zgłaszali się w celu ustalenia rozpoznania (58%). W celu rozpoczęcia terapii lub w celu zmiany dotychczasowego, nieskutecznego leczenia zgłosiło się 27% chorych. Stosunkowo rzadko zgłaszali się opiekunowie z chorymi z powodu zaburzeń zachowania w przebiegu otępienia (15%). Nie było zgłoszeń w celu wypełnienia formularzy do uzyskania renty lub zmiany grupy inwalidzkiej. W Toruniu najczęściej zgłaszali się chorzy lub ich opiekunowie z powodu zaburzeń zachowania (55,6%) lub w celu ustalenia rozpoznania (41,7%). Jedyne 3 osoby (1,4%) zgłosiły się w celu uzyskania dokumentów uprawniających do starania się o rentę. Nie zarejestrowano chorych, którzy wymagaliby zmiany leczenia z powodu objawów niepożądanych lub nieskuteczności terapii.

Wyodrębniono szereg ogólnych kategorii diagnostycznych, w których mieściły się poszczególne zespoły psychopatologiczne. Rozpoznanie stawiane w Poradni Psychogeriatrycznej w Toruniu przyporządkowano kategoriom diagnostycznym ICD-10. Na przykład rozpoznanie „zespołu psychoorganicz-

nego o typie charakteropatycznym” odpowiada organicznym zaburzeniom osobowości (F07), w grupie „inne zaburzenia pamięci” znalazły się łagodne zaburzenia pamięci spowodowane wiekiem, łagodne zaburzenia procesów poznawczych, zaburzenia pamięci u osób uzależnionych od alkoholu i w przebiegu padaczki, a także zaburzenia pamięci spowodowane guzem mózgu. Ustalanie rozpoznania nieuwzględnionych w ICD-10 (np. otępienie mieszane, depresja/otępienie) odbywało się na podstawie spełnienia kryteriów klinicznych, zarówno otępienia naczyniopochodnego i alzheimerowskiego oraz otępienia i epizodu depresyjnego). Szczegółowe dane o rozpoznaniach z uwzględnieniem płci i wieku zawarte są w tablicy 5.

Analizując rozpoznania ustalone w obu poradniach stwierdzono interesujące różnice. W Warszawie znacznie częściej rozpoznawano otępienie naczyniopochodne, natomiast w Toruniu – otępienie alzheimerowskie. W Toruniu wyraźnie częściej stwierdzano rozpoznanie otępienia o przyczynach mieszanych. Częstsze zgłaszanie się chorych z otępieniem naczyniopochodnym do poradni w Warszawie wynikać może ze zwracania większej uwagi ich opiekunów na dyskretne zmiany osobowości i zaburzenia funkcjonowania. Łatwa dostępność do specjalistycznej

Tablica 5. Rozpoznanie zarejestrowanych chorych z uwzględnieniem płci i wieku

Rozpoznanie	Warszawa				Toruń			
	ogółem		wg płci (średnia wieku)		ogółem (%)		wg płci (średnia wieku)	
	N	%	mężczyźni	kobiety	N	%	mężczyźni	kobiety
Choroba Alzheimerera	27	16,5	9 (59,6)	18 (66,5)	45	21,0	9 (76,7)	36 (75,9)
Otępienie naczyniopochodne	62	37,8	25 (73,1)	37 (75,2)	28	13,1	12 (69,3)	16 (80,3)
Otępienie mieszane	5	3,0	1 (62,0)	4 (70,6)	42	19,6	14 (71,9)	28 (78,2)
Depresja	17	10,4	5 (59,0)	12 (71,0)	57	26,6	12 (63,2)	45 (69,7)
Depresja/otępienie	9	5,5	2 (70,5)	7 (69,5)	16	7,5	7 (65,8)	9 (75,1)
Inne zaburzenia pamięci	26	15,8	9 (59,7)	17 (64,4)	11	5,1	2 (62,0)	9 (67,8)
Zespoły paranoidalne	3	1,8	2 (69,5)	1 (48,0)	5	2,3	–	5 (74,6)
Organiczne zaburzenia osobowości	7	4,3	6 (50,6)	1 (54,0)	10	4,7	8 (66,3)	2 (66,5)
Otępienie niezróżnicowane	8	4,9	3 (66,5)	5 (79,0)	–	–	–	–

aparatury obrazowej i możliwość zwiększenia precyzji rozpoznania w specjalistycznych klinikach neurologicznych Instytutu jest prawdopodobnie przyczyną rzadszego rozpoznawania otępienia o etiologii mieszanej.

Z przedstawionych danych wyraźnie widać, że wiek większości chorych trafiających do poradni, zarówno w Warszawie, jak i w Toruniu, mieściła się w przedziale 66–75 lat (43,9%, 42,1%). Częstsze zgłaszanie się w Warszawie chorych młodszych (do 61 r.ż. w Warszawie – 21,9%, w Toruniu – 10,7%) może wynikać z rozpowszechnionych informacji w środowisku stołecznym o potrzebie diagnozowania pojawiających się zaburzeń psychicznych, a zwłaszcza zaburzeń pamięci. Nie bez wpływu pozostaje wykształcenie korzystających z poradni (w Warszawie przeważa średnie i wyższe). Interpretacja tych danych jest oczywiście dyskusyjna, niemniej jednak w Warszawie działa od 5 lat kilka organizacji upowszechniających wiedzę na temat choroby Alzheimera, częściej też w środkach masowego przekazu pojawiają się artykuły na ten temat.

FUNKCJONOWANIE STRUKTUR

Doświadczenia z dwóch lat działania obu poradni upoważniają nas do kilku następujących wniosków.

1. Poradnie wypełniają lukę w opiece nad chorymi w wieku podeszłym z zaburzeniami psychicznymi, a szczególnie z zaburzeniami pamięci. Do poradni często kierowani są chorzy z poradni rejonowych zdrowia psychicznego i poradni neurologicznych rozumiejących specyfikę i trudności procesu diagnostycznego.

2. Istotną rolą poradni jest możliwość wczesnej diagnozy zespołów otępiennych, m.in. na podstawie wyników testów neuropsychologicznych i dodatkowych badań obrazowych. Ma to szczególne znaczenie w diagnostyce różnicowej choroby Alzheimera, otępienia naczyniopochodnego, choroby rozsianych ciałek Levy'ego i otępienia czołowego [Pasquier 1997].

3. W Polsce działa zaledwie 5 poradni zajmujących się zaburzeniami pamięci, zgłaszanie się wielu chorych powoduje wydłużenie procesu diagnostycznego. Rozpoznawanie i różnicowanie zaburzeń funkcji poznawczych jest w warunkach polskich procesem uciążliwym, wymaga kilku wizyt w celu wykonania wszystkich niezbędnych badań. Badanie stanu somatycznego, neurologicznego i psychicznego z użyciem skal i testów trwa około 2,5 godzin. Zebranie wywiadu i przeprowadzenie badania neuropsychologicznego trwa dodatkowo 4 godziny. Duże trudności związane są z zebraniem pełnego wywiadu od opiekuna zajętego sprawowaniem ciągłej opieki, co powoduje konieczność dodatkowych wizyt.

4. Do sprawnego działania poradni konieczna jest praca zespołowa psychiatry, internisty, neurologa, neuropsychologa, pracownika socjalnego i pielęgniarki środowiskowej. Nieobecność którejkolwiek z tych osób zwiększa trudności w działaniach terapeutyczno-opiekuńczych. Niemożność otrzymania pełnych informacji o początku choroby, dynamice narastania zmian, stopniu utraty samodzielności i zaburzeniach zachowania powoduje trudności w leczeniu i organizowaniu opieki w warunkach domowych.

5. Ułatwieniem rozpoznawania zaburzeń psychicznych będzie wprowadzenie ustrukturalizowanej standaryzowanej dokumentacji zawierającej m.in. skale oceniające wszystkie wymiary funkcjonowania psychicznego i somatycznego.

Działalność poradni dla osób w wieku podeszłym obejmuje kilka istotnych zadań.

Po pierwsze, ich podstawowa funkcja polega na świadczeniu wyspecjalizowanej opieki medycznej gwarantującej prawidłową diagnostykę zaburzeń psychicznych i ich leczenie zgodnie z wymogami współczesnej psychogeriatry. Dotyczy to w szczególności chorych z zespołem otępiennym, w stosunku do których nihilizm terapeutyczny został zastąpiony aktywną postawą mającą na celu próbę spowalniania postępu procesu otępiennego, jak również eliminowanie lub łagodze-

nie objawów depresji, objawów psychotycznych czy zaburzeń zachowania. Oprócz istotnej poprawy jakości życia chorego ma to także bezpośredni wpływ na kontynuowanie opieki w warunkach domowych.

Po drugie, poradnie te zwiększają poczucie bezpieczeństwa u opiekunów. Jest to możliwe dzięki: (1) szczegółowemu informowaniu opiekunów o przebiegu zaburzeń otępiennych, wyjaśnianiu przyczyn zachowań chorego i poradach dotyczących sposobu radzenia sobie z nimi, (2) zapewnieniu ciągłości opieki nad chorym, (3) umożliwieniu częstych kontaktów z chorym i opiekunem (również telefonicznych) w nagłych, kryzysowych sytuacjach, wprowadzaniu opiekunów w problemy związane z długotrwałą opieką, (4) dostarczaniu informacji na temat istniejących lokalnych źródeł wsparcia społecznego (grupy samopomocowe, stowarzyszenia, fundacja, dzielnicowe grupy wsparcia), (5) emocjonalnemu wsparciu opiekunów oraz zrozumieniu i docenieniu ich wysiłków związanych z długotrwałą opieką nad chorym z zespołem otępiennym.

Po trzecie, poradnie ze względu na zakres funkcjonowania stanowią część struktur pośrednich pomiędzy pełnodobowymi oddziałami psychiatrycznymi i opieką środowiskową. Leczenie w poradni i próby leczenia domowego powodują, że znaczna część chorych nie jest kierowana do szpitali. Ma to m.in. duże znaczenie w zapobieganiu objawom psychopatologicznym spowodowanym nagłą zmianą środowiska. Zmniejsza także, co nie jest bez znaczenia, obłożenie łóżek szpitalnych.

Cele działania omawianych poradni są zgodne z działaniami poradni w różnych krajach na całym świecie. Włączają one działania praktyczne (wielodyscyplinarne podejście, ustalanie wczesnej diagnozy i planowanie indywidualnej opieki, informowanie społeczeństw o tym, że zaburzenia pamięci nie są fizjologicznym starzeniem się, podejmowanie przemyślanych decyzji, a nie stosowanie interwencji kryzysowych) i badawcze (rozwój nowych metodologii, badania nowych sposobów leczenia) [Bayer 1987].

W aktualnie istniejącej strukturze placówek psychiatrycznych w Polsce nie ma małych oddziałów psychogeriatrycznych przy szpitalach ogólnych ani oddziałów dziennych ukierunkowanych na opiekę i rehabilitację chorych z zespołami otępiennymi.

Nadal organizowane są duże oddziały psychogeriatryczne w szpitalach psychiatrycznych bez potrzebnego zaplecza diagnostycznego i konsultacyjnego. Lokalizacja wielu szpitali psychiatrycznych (poza miastami) uniemożliwia korzystanie z form pośrednich i utrudnia powrót do środowiska. Ten tradycyjny model jest nieefektywny i kosztowny. Uniemożliwia traktowanie osób w wieku podeszłym z poszanowaniem ich godności i prywatności. Jakość usług jest gorsza niż wobec innych pacjentów, niemożliwe jest stosowanie technik orientacji w rzeczywistości i treningów utrzymania umiejętności.

Potrzebom tym wychodzi na przeciw Program Ochrony Zdrowia Psychicznego, który postuluje w zakresie prewencji II (leczenie) i III (rehabilitacja) stopnia zmianę zadań części oddziałów dużych szpitali psychiatrycznych i przeznaczenie ich, po modernizacji, na całodobowe lub dzienne oddziały lub pododdziały psychogeriatryczne. Zasadą podstawową w opiece psychogeriatrycznej powinno być utrzymanie chorego w środowisku tak długo, jak jest to możliwe. Rozbudowa środowiskowej sieci pomocy to zintensyfikowanie pomocy medycznej w domu (częsta obecność lekarzy pierwszego kontaktu, pielęgniarek środowiskowych, opiekunów), łatwa dostępność do domów dziennego pobytu, w których nadzór medyczny połączony będzie z rehabilitacją, obecność specjalistycznych poradni psychogeriatrycznych zapewniających całościową opiekę zdrowotną oraz dziennych i nocnych oddziałów psychiatrycznych dla chorych w wieku podeszłym zapewniających łatwość prowadzenia adekwatnych form terapii [Parnowski 1995].

Podsumowując należy stwierdzić, że opieka zdrowotna w stosunku do osób w wieku

podeszłym powinna wiązać się z efektywniejszą pomocą medyczną oraz działaniami organizacyjnymi, do których należy zaliczyć:

- szkolenie lekarzy pierwszego kontaktu w zakresie psychiatrii wieku podeszłego,
- tworzenie poradni geriatrycznych, poradni zaburzeń pamięci i niewielkich oddziałów psychogeriatrycznych przy szpitalach ogólnych,
- zapewnienie zarówno w poradniach, jak i oddziałach, ścisłej współpracy internistów, neurologów, psychiatrów i psychologów,
- uwzględnienie w opiece środowiskowej domów dziennego pobytu opartych o struktury samorządowe i sieć gminnych ośrodków pomocy społecznej,
- organizowanie domów pobytu okresowego i stałego ze szczególnym uwzględnieniem potrzeb chorych z otępieniem, w których jest zatrudniony przeszkolony personel i zapewniony szczególny rodzaj

opieki i rehabilitacji ukierunkowany na utrzymywanie istniejących jeszcze zasobów pamięciowych.

PIŚMIENNICTWO

1. Bayer A.J., Pathy M.S.J., Twining C.: The memory clinic. A new approach to the detection of early dementia. *Drugs* 1987, 33, suppl. 2, 84-89.
2. Parnowski T., Pużyński S.: Opieka nad osobami z zaburzeniami psychicznymi w wieku podeszłym. *Post. Psychiatr. Neurol.* 1995, 4, suppl. 1, 7-11.
3. Pasquier F., Lavenu I., Lebert F., Jacob B., Steinling M., Petit H.: The use of SPECT in a multidisciplinary memory clinic. *Dement. Geriatr. Cogn. Disord.* 1997, 8, 85-91.
4. Zakłady psychiatrycznej i neurologicznej opieki zdrowotnej. *Rocznik Statystyczny* 1994. IPiN, Warszawa 1995.
5. Zakłady psychiatrycznej i neurologicznej opieki zdrowotnej. *Rocznik Statystyczny* 1995. IPiN, Warszawa 1996.

*Adres: Dr Tadeusz Parnowski, II Klinika Psychiatryczna IPiN,
Al. Sobieskiego 1/9, 02-957 Warszawa*