

## Opieka nad osobami z zaburzeniami psychicznymi w wieku podeszłym

*Caring for mentally disturbed elderly patients*

TADEUSZ PARNOWSKI, STANISŁAW PUŻYŃSKI

*Z II Kliniki Psychiatrycznej IPiN w Warszawie*

**STRESZCZENIE.** *Starzenie się społeczeństw jest faktem wymagającym zmiany organizacji pomocy dla ludzi w wieku podeszłym. Dotyczy to zwłaszcza ludzi z zaburzeniami psychicznymi. Na tle organizacji opieki nad osobami z zaburzeniami psychicznymi wieku podeszłego w różnych krajach, autorzy omawiają sytuację w Polsce i kierunki rozwoju psychogeriatрії.*

**SUMMARY.** *The ageing of society is a fact which requires modifications in the organization of care for the elderly, particularly those old people who are also mentally disturbed. The authors discuss the current situation in Poland and the directions of development of psycho-geriatrics against the backdrop of organization of care of elderly mentally disturbed patients in other countries.*

**Słowa kluczowe:** wiek podeszły / organizacja pomocy  
**Key words:** old age / organization of care

### STARZENIE SIĘ SPOŁECZEŃSTW

W społeczeństwach całego świata następuje zmiana proporcji poszczególnych grup wieku. W 1990 roku wśród 4,4 miliarda ludzi, 8.5% osób przekroczyło 60 rok życia, do 2010 roku odsetek ten zwiększy się do 57%, podczas gdy wielkość populacji wzrośnie o 38%. Obecnie w Polsce jest ponad 4 mln osób, które przekroczyły 65 rok życia. Według szacunkowych ustaleń w roku 2000 liczba ta wzrośnie do 6 mln, nastąpi również odwrócenie proporcji osób pracujących i niepracujących.

Starzenie społeczeństwa niesie określone problemy zdrowotne. U 80% ludzi w wieku powyżej 60 r.ż. występuje przynajmniej jedna choroba, najczęściej jednak pojawia się kilka schorzeń równocześnie. Do najczęstszych należą choroby układu krążenia, nadciśnienie tętnicze, choroby zwyrodnieniowe kości i stawów, osteoporoza. Często występują krótkotrwałe i przewlekłe reakcje adaptacyjne, przebieg zaś wcześniej występujących zaburzeń psychicznych staje się przewlekły, poja-

wiają się nie występujące wcześniej zaburzenia, jak np. zespoły otepienne. Wzrasta także częstość zaburzeń psychicznych o etiologii egzogennej.

W Polsce, z powodu braku form pośrednich i niedostatecznej liczby wyszkolonego personelu, średni czas pobytu w oddziałach psychogeriatrycznych trwa około roku. W 1993 roku przebywało ponad rok w szpitalach psychiatrycznych 40.7% pacjentów z rozpoznaniem psychoz organicznych starczych i przedstarczych oraz 32.5% pacjentów z przewlekłymi organicznymi stanami psychotycznymi.

Średni czas pobytu w szpitalu wynosił odpowiednio 501 i 610 dni (4).

Powstaje pytanie, czy społeczna służba zdrowia jest przygotowana do udzielenia pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi wieku podeszłego. Czy istniejąca sieć placówek psychiatrycznej opieki zdrowotnej w postaci stosunkowo licznych poradni zdrowia psychicznego, nieprawidłowo rozmieszczonej bazy łóżkowej oraz nielicznych form pośred-

nich jest wystarczająca? Pytanie to ma charakter retoryczny i odpowiedź na nie jest jednoznaczna, mianowicie - nie. Jest niewystarczająca zarówno pod względem ilościowym, jak też jakościowym.

## MODELE NA ŚWIECIE

Rozwój modeli organizacyjnych opieki nad osobami w wieku podeszłym zależy od tradycji kulturowej, stopnia integracji społeczeństwa i poziomu ekonomicznego poszczególnych krajów. Wzrastająca liczba osób powyżej 65 r.ż. powoduje, że nawet najbogatsze państwa nie potrafią sobie poradzić z organizacją opieki zdrowotnej w sposób całościowy. Stacjonarny model leczenia, nadal obecny w lecznictwie, jest bardzo krytykowany. Pojawiają się liczne doniesienia o traktowaniu ludzi w wieku podeszłym w sposób naruszający ich godność, o narastającej dehumanizacji w kontaktach z nimi i pogarszaniu ich poziomu życia. Z powodu niewydolności tego systemu, wysokich kosztów utrzymania i niskiej efektywności - w latach osiemdziesiątych zaczęły powstawać ruchy samopomocowe, oferujące lepszą, profesjonalną jakość pomocy w opiece nad ludźmi w wieku podeszłym.

W niektórych krajach wypracowano model opieki, który sprawdził się w różnych kręgach kulturowych. W modelu tym rozbudowana została zarówno opieka medyczna, dzięki zorganizowaniu form pośrednich i dziennych, jak i opieka środowiskowa harmonijnie łącząca pomoc służb społecznych i organizacji samopomocowych oraz środowiskowych. Model ten w niektórych krajach europejskich realizowany jest w dwóch postaciach.

### Rozwijanie i specjalizacja struktur już istniejących

Pierwsza forma organizacji opieki polega na rozwijaniu w ogólnych szpitalach psychiatrycznych oddziałów psychogeriatrycznych, oddziałów pobytu okresowego dla osób z zaburzeniami otępiennymi i oddziałów stałego pobytu dla chorych z otępieniem głębokim.

W modelowym szpitalu psychogeriatrycznym znajduje się:

- *oddział psychiatryczny*, w którym leczeni są chorzy z zaburzeniami psychicznymi; obowiązują w nim zasady podobne do obowiązujących w oddziałach psychiatrycznych ogólnych;
- *oddział okresowego pobytu*. Celem pobytu jest ustalenie rozpoznania i ew. próby leczenia zespołów otępiennych o nasileniu niewielkim i średnim. W oddziale tym znajdują się także części łóżek, na które przyjmowani są pacjenci ze względów społecznych (odciążenie rodziny);
- *oddział pobytu stałego*, w którym znajdują się pacjenci z otępieniem głębokim, wymagający stałej pomocy szpitalnej, niemożliwej do zapewnienia w warunkach domu opieki społecznej.

Ciągłość opieki jest zapewniona dzięki obecności pielęgniarek i asystentów socjalnych zatrudnionych jednocześnie w szpitalu, jak i w środowisku oraz dzięki organizacji leczenia domowego. Uzupełnieniem tych form jest sprawnie działający system opieki środowiskowej, niezależnie od struktur szpitalnych i finansowanej z innych źródeł. Zachowana w ten sposób ciągłość opieki nad chorym umożliwia w razie potrzeby szybką interwencję medyczną. W środowisku działają służby pomocy społecznej, organizacje prywatne lub państwowe zapewniające wsparcie dla osób mniej sprawnych fizycznie i psychicznie (odwiedziny w domach, pomoc przy podstawowych codziennych zajęciach) oraz domy dziennego pobytu.

System ten zapewnia w danym rejonie pełną informację o potrzebach zdrowotnych i konieczności wsparcia społecznego dla osób w wieku podeszłym (5).

### Organizacja niezależnych centrów psychogeriatrycznych

Drugą formą organizacji pomocy dla osób w wieku podeszłym są specjalistyczne centra psychogeriatryczne (4, 5). W rejonie, obejmującym nawet duży zasięg terytorialny,

organizowane są samodzielne centra psychogeriatryczne finansowane przez różne organizacje (budżet centralny, gminę, województwo, organizacje prywatne) i przez pojedyncze osoby (darowizny, opłaty). Centra takie mogą pełnić zadania w ramach jednej dzielnicy (w dużych miastach), jak i regionalną - w województwach rolniczych o dużym rozproszeniu ludności (6).

Centra psychogeriatryczne składają się z:

- części dziennej dostępnej dla wszystkich osób w wieku podeszłym niezależnie od stopnia niesprawności (kluby, restauracje, sale wspólnego pobytu);
- części zamkniętej, która dzieli się na część szpitalną i część opiekuńczą.

Część dzienna zmniejsza izolację osób w wieku podeszłym i umożliwia im znalezienie się w "przyjaznym środowisku". W tej części znajdują się także sale rehabilitacji ruchowej i fizykoterapii, sale "diagnostyczne", w których ocenia się stopień nasilenia niesprawności oraz sale terapii zajęciowej. Przebywają w niej zarówno ludzie starsi z niewielkimi zaburzeniami sprawności fizycznej, jak i całkowicie zdrowi somatycznie. W przypadku centrów położonych w pewnej odległości od zabudowy mieszkalnej, osoby niesprawne ruchowo dowożone są przystosowanymi samochodami (2).

W części szpitalnej znajdują się: oddział psychogeriatryczny i oddział somatyczny. W oddziale psychogeriatrycznym (około 20-25 łóżek) przebywają pacjenci z otępieniem, w tym z współistniejącymi chorobami somatycznymi lub zaburzeniami psychotycznymi. Chorzy ci są przyjmowani po krótkim pobycie w szpitalu ogólnym. Celem pobytu jest poprawa ich stanu fizycznego i psychicznego, aby mogli powrócić do środowiska. W oddziale somatycznym (około 30-35 łóżek) przebywają pacjenci z takimi schorzeniami, jak: cukrzyca, choroba Parkinsona, choroby układu naczyniowo-sercowego. Tam też przebywają pacjenci, u których wymagana jest rehabilitacja, np. po złamaniach kości, oraz chorzy w stanach terminalnych. W czasie pobytu pacjenci

poddawani są licznym konsultacjom (psychiatry, neurologa, ortopedy, laryngologa, stomatologa, etc.). Celem pobytu jest zarówno opieka medyczna, leczenie, jak też rehabilitacja. W czasie pobytu chorych w oddziale towarzyszyć im mogą krewni.

W części opiekuńczej centrum (np. w Ten Kerselaere w Belgii) znajdują się oddziały pielęgnacyjne dla chorych z chorobami somatycznymi oraz głębokimi stanami otępiennymi oraz oddział okresowego pobytu. W pobliżu centrum znajdują się, połączone z nim funkcjonalnie, mieszkania w których osoby chore mogą mieszkać ze swoim partnerem do końca życia, korzystając z pomocy i opieki pracowników centrum (6).

W tak zorganizowanej strukturze pomocy osobom w wieku podeszłym rola oddziałów szpitalnych zawęża się do postępowania diagnostycznego i terapeutycznego. Rozbudowa systemów środowiskowych umożliwi zwiększenie efektywności pobytu w szpitalu i przesunie funkcje opiekuńcze na tańsze, lepiej do tego celu przygotowane formy opieki.

## FORMY SAMOPOMOCY

Brak możliwości zapewnienia efektywnej pomocy i opieki ze strony służby zdrowia wobec narastającej liczby osób chorych w wieku podeszłym, spowodował rozwój form pomocy środowiskowej. W latach osiemdziesiątych zaczęły powstawać grupy samopomocy rodzin osób z zespołami otępiennymi. Początkowo służyły one wymianie informacji służących do poprawy jakości opieki nad chorym z otępieniem oraz terapii wspierającej dla opiekunów, jednak już po krótkim czasie stały się strukturami organizującymi alternatywne formy opieki środowiskowej (1).

Stowarzyszenia alzheimerowskie, w oparciu o grupy wsparcia zajęły się organizacją wzajemnej opieki domowej chorych z otępieniami, zaktywizowały służby pomocy społecznej, wywalczyły w wielu krajach obniżenie kosztów opieki nad chorymi (np. tańsze pieluchy, bezpłatne leki i sprzęt rehabilitacyjny).

Organizacje te, poza organizowaniem pomocy w domach chorych, prowadzą także domy dziennego pobytu dla osób fizycznie sprawnych, z otępieniem o niewielkim nasileniu.

## PROGRAM

Wymienionym potrzebom 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 oraz dzienne oddziały lub pododdziały psychogeriatryczne. Planuje się, że w każdym szpitalu psychiatrycznym dysponującym 400-500 łózkami powinien być wydzielony oddział psychogeriatryczny. W miastach liczących powyżej 100 tysięcy mieszkańców powinny być także zorganizowane struktury opieki psychogeriatrycznej obejmujące poradnię psychogeriatryczną (ukierunkowaną na diagnostykę zaburzeń pamięci) oraz oddział dzienny. Optymalnym rozwiązaniem przyszłościowym byłoby organizowanie małych oddziałów psychogeriatrycznych przy szpitalach ogólnych (20 łóżek) przez zakłady opieki zdrowotnej (państwowe) oraz domów pomocy okresowej i stałej (rezydencyjnej) przez opiekę społeczną. Oddziały psychogeriatryczne powinny być organizowane z uwzględnieniem specyfiki wieku podeszłego. Dotyczy to rozwiązań konstrukcyjnych (duże przestrzenie jasno oświetlone, instalacja urządzeń pomagających w chodzeniu, siadaniu etc.) oraz urządzenia rehabilitacyjne (2). Szczególny rodzaj opieki polega na obecności liczniejszego, niż jest to przewidziane w aktualnych normach, personelu średniego, współpracy lekarzy różnych specjalności (psychiatrów, neurologów, internistów) z terapeutami zajęciowymi, pracownikami socjalnymi, neuropsychologami i fizjoterapeutami.

Współpraca w rozwiązaniu problemów związanych z zespołami otępiennymi pomiędzy służbą zdrowia i opieką społeczną jest

konieczna. Zakłady opieki zdrowotnej powinny zapewnić osobom w wieku podeszłym możliwość szybkiego ustalenia rozpoznania i właściwej farmakoterapii (w oddziałach i poradniach psychogeriatrycznych, oddziałach dziennych), a do zadań opieki społecznej powinno należeć intensywne rozwijanie działań terapeutycznych i opiekuńczych w domach okresowego i stałego pobytu. Do działań tych powinni być włączeni członkowie rodzin, wolontariusze i organizacje społeczne.

Planowane działania powinny obejmować również: szkolenie lekarzy domowych w zakresie psychiatrii wieku podeszłego, szerokie uświadamianie zarówno lekarzom innych specjalności, jak i społeczeństwu szczególnych problemów zdrowotnych omawianego okresu życia, uruchamianie okręgowych (wojewódzkich) poradni geriatrycznych i poradni zaburzeń pamięci. Przy szpitalach należy organizować oddziały dzienne, stanowiące ogniwo pośrednie pomiędzy pełnodobowymi oddziałami psychogeriatrycznymi i opieką środowiskową. Zarówno w poradniach, jak i w oddziałach, powinna być zapewniona ścisła współpraca internistów, neurologów, psychiatrów i psychologów.

Przy tworzeniu opieki środowiskowej należy uwzględnić domy dziennego pobytu oparte o struktury samorządowe i sieć gminnych ośrodków pomocy społecznej; pojawia się też konieczność organizowania domów pobytu okresowego i stałego oraz zapewnienia odpowiednio przygotowanego pod względem fachowym personelu.

Zgodnie z zapisami zawartymi w Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego dotyczącymi prewencji IV stopnia (badań naukowych i rozwoju systemów informacji zdrowotnej) należy stymulować podejmowanie programów badawczych z zakresu psychogeriatryki, które powinny uwzględniać złożoność problematyki wieku podeszłego - od fizjologii do chorób zwyrodnieniowych - oraz zagadnienia epidemiologiczne.

## **PIŚMIENNICTWO**

1. Bertolote J.M.: Quality assurance in Mental Health Care. W: Sartorius N., Girolamo G., Andrews G., German G.A., Eisenberg L. (ed.): Treatment of mental disorders. Am. Psychiat. Press, Washington 1993, 443-461.
2. Information booklet for day patients and carers. Psychiatric Day Hospital, Royal Victoria Hospital, Edinburgh.
3. Jaszczuk H., Pietrzykowska B., Wierzbicki S., Langiewicz W., Sobańska M. (red.): Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej. Rocznik Statystyczny 1993. IPiN, Warszawa 1994.
4. Killeen J. (ed.): Dementia: sharpening local plans. Scottish Action on Dementia. Edinburgh 1990, 6.
5. Killeen J.: Dementia in Scotland. Agenda for Action 1991-1995. Scottish Action on Dementia. Edinburgh 1991, 6.
6. Presentation of the geriatric centre Ten Kerselaere. Ten Kerselaere 1992.

*Adres: Dr Tadeusz Parnowski, II Klinika Psychiatryczna IPiN,  
Al. Sobieskiego 119, 02-957 Warszawa*