

Portal Rynek Zdrowia publikuje ciekawy artykuł Ryszarda Rotaub, który winien zainteresować osoby przygotowujące samorządowe programy zdrowotne.

Jak czytamy: „Badania opublikowane w Science, dowodzące, iż społeczeństwa "starzeją się zdrowiej", nie wywołały w Polsce szerszej dyskusji. Dziwne, bo skoro stan zdrowia seniorów poprawia się, zatem - być może - mniej środków można przeznaczać na ich leczenie. Taka teza postawiona w poważnym periodyku powinna zainteresować decydentów kształtujących politykę zdrowotną. Nie tylko w Polsce.

Najkrócej mówiąc, naukowcy ze Stony Brook University w USA, Międzynarodowego Instytutu Stosowanej Analizy Systemów (IIASA) w Wiedniu i Wiedeńskiego Instytutu Demografii proponują, by starość mierzyć raczej stanem organizmu niż liczbą przeżytych lat.

Zobrazujmy to konkretnym przykładem. W przypadku stwardnienia rozsianego (SM) lekarz wypełnia ankietę, w której przyznaje choremu punkty, m.in. za wiek, czas trwania choroby, jej postać. Dostęp do drogiej terapii interferonem mają jedynie chorzy, którzy otrzymają przynajmniej 21 punktów. Im ktoś starszy, otrzymuje automatycznie mniej punktów: chory do 40 lat otrzyma sześć punktów, między 40. a 60. rokiem życia - trzy punkty, gdy ma skończone 60 lat dostanie tylko jeden.

A gdyby tak płatnik świadczeń zrezygnował z kryterium wieku? Wtedy lekarz musiałby brać pod uwagę realne medyczne wskazania, a nie wiek kalendarzowy. Właśnie to zdają się sugerować amerykańscy naukowcy."

Jak czytamy w Rynku Zdrowia, to może być przełom.

„Badacze stawiają generalną tezę, że dzięki postępowi medycyny, społeczeństwa starzeją się wolniej, zaś stan zdrowia osób w starszym wieku jest lepszy niż kiedyś. Uważają obecne metody oceny starzenia się społeczeństwa za mylące i proponują, żeby do lamusa odłożyć wskaźnik OADR, określający proporcję osób powyżej 65. roku życia do tych w wieku produkcyjnym.

Byłby to przełom, bo informacje dotyczące starzenia się publikowane przez ONZ oraz agencje statystyczne na świecie opierają się na wieku chronologicznym, przy czym za stare uważa się zwykle osoby 65-letnie lub nawet młodsze.

Na konwencjonalnych przesłankach dotyczących wieku budowane są też polskie raporty. Obliczono na przykład, że w 2009 roku co czwarty hospitalizowany miał więcej niż 65 lat. Opieka nad nimi kosztowała NFZ 8 mld zł. Czyli co trzecia złotówka wypłacona szpitalom przeznaczona była dla osób w podeszłym wieku.

Ale naukowcy proponują wprowadzenie wskaźnika (ADDR). Według nich, ten nowy wskaźnik powinien określać proporcję pomiędzy tymi, którzy wymagają opieki, a tymi, którzy mogą ją zapewnić. Zupełnie pomijają tradycyjny podział na osoby w wieku przedprodukcyjnym, produkcyjnym i poprodukcyjnym.

Oczywiście takie postawienie sprawy spowodowałoby spory zamęt w demografii, polityce społecznej, polityce zdrowotnej, gerontologii i wielu innych dziedzinach, także do geriatricii."

Dziennikarz Rynku Zdrowia stawia pytanie: Na ile istotny w leczeniu i w finansowaniu leczenia jest czynnik wieku?

„Prof. Tomasz Grodzicki, konsultant krajowy w dziedzinie geriatrii mówi nam: - W ustalaniu wytycznych postępowania należy przede wszystkim uwzględnić oczekiwaną długość życia pacjenta, obecność chorób współistniejących oraz wyniki badań u osób w wieku podeszłym. Wiek metrykalny może być jedynie czynnikiem pomocniczym. Jeżeli na przykład efekt leczenia będziemy mogli uzyskać za 10 lat, a oczekiwana długość życia wynosi 2-3 lata, to nie jest celowe stosowanie takiej terapii.

Profesor uważa, że liczne choroby współistniejące mogą w istotny sposób wpłynąć na efekty leczenia i również powinny być brane pod uwagę przy formułowaniu rekomendacji.

- Reasumując, przy ustalaniu kryteriów postępowania należy uwzględniać wiek biologiczny, czyli najprościej mówiąc - ogólny stan zdrowia pacjenta oraz dotychczasowe doświadczenia kliniczne, a wybierając model terapii preferencje chorego lub jego opiekuna prawnego - twierdzi prof. Grodzicki.

Gdy mowa o wieku biologicznym, warto dodać, że tempo starzenia się jest warunkowane genetycznie. Wiele cech genetycznych to predyspozycje, nad którymi w jakimś stopniu można mieć kontrolę, a więc można wpływać na tempo starzenia. W zależności od predyspozycji genetycznych oraz warunków życia, narządy wewnętrzne mogą starzeć się w różnym tempie. Nie zawsze w takim, jaki wynika z wieku kalendarzowego.

Doskonale ilustruje to m.in. operacja przeprowadzona niedawno w nowotarskiej lecznicy, gdzie dokonano usunięcia zaćmy z równoczesnym wszczepieniem soczewki wewnątrzgałkowej u 102-letniej pacjentki. Zabieg poprzedzony został dokładnymi badaniami. Wykazały, że kobieta jest w dobrej formie i nie ma u niej żadnych przeciwwskazań do operacji.

Violetta Tomczyk-Dorożyńska, która przeprowadziła zabieg, mówi portalowi rynekzdrowia.pl, że osoby starsze cierpiące na kataraktę nie powinny się poddawać i rezygnować z możliwości, jakie daje współczesna medycyna.

Trzeba jednakże zauważyć, że usunięcie zaćmy u osób w bardzo podeszłym wieku, to w Polsce wciąż rzadkość. Według szacunkowych danych w naszym kraju cierpi na nią około 800 tysięcy osób, z czego na zabieg oczekuje prawie 250 tysięcy.

Pytanie: ile wśród „kolejkowiczów” jest osób niezakwalifikowanych do operacji przez przypisanie im miana seniora?

Kolejny przykład - również z ostatnich dni - potwierdza zasadność tezy, że ważniejszy od wieku kalendarzowego jest wiek biologiczny. Oto chirurdzy z SP ZOZ w Kędzierzynie-Koźlu usunęli metodą laparoskopową pęcherzyk żółciowy u 102-letniej pacjentki.

Chirurg dr Janusz Pichurski, konsultant wojewódzki w dziedzinie chirurgii ogólnej dla województwa opolskiego zauważa, że taka operacja to znak czasów:

- Polskie społeczeństwo starzeje się i będzie coraz więcej operacji u pacjentów po 80., 90. czy nawet setnym roku życia. I to nie tylko w stanach ostrych, jak w przypadku kozielskiego szpitala, ale i innych,

w tym endoprotezoplastyki, która poprawia znacznie komfort życia pacjentów w tym wieku - przekonuje dr Pichurski.

Jak podkreśla w rozmowie z naszym portalem, sprzyjają temu rozwój chirurgii małoinwazyjnej i nowoczesne podejście do rehabilitacji, które polega na szybkim uruchamianiu pacjenta.

- Chirurgia małoinwazyjna to duże dobrodziejstwo, również dla pacjentów w bardzo podeszłym wieku. Jeśli tylko pacjent nie ma obciążeń kardiologicznych i innych dolegliwości, które uniemożliwiałyby przeprowadzenie operacji, nie ma kogoś takiego jak „za stary” pacjent - zaznacza chirurg."

*Źródło: Ryszard Rotaub/Rynek Zdrowia*