

Starsze społeczeństwo, starszy pacjent, starszy pracownik

# Geriatrya – model holenderski



foto: iStockphoto

Trudno o wspólny mianownik dla Holandii i Polski, jeśli chodzi o stosunek do opieki nad osobami starszymi. W Holandii, oprócz dużych budżetów ubezpieczenia społecznego przeznaczonych na ten cel, stawia się na pomoc zespołową, w Polsce zaś dominuje podejście indywidualne.

W Holandii pieniądze są wykorzystywane wyjątkowo skutecznie. Ludźmi starszymi zajmują się wolontariusze oraz osoby zatrudnione na częściowych i pełnych etatach, a system obejmuje zarówno opiekę szpitalną krótko- i długoterminową, pielęgniarstwo, jak i domową. W Holandii osoba starsza lub pacjent, dopłacając z własnej kieszeni (ubezpieczenia dodatkowe), może zapewnić sobie wyższy standard tej opieki. Usługi podstawowe są pokrywane w całości przez ubezpieczenie. Domy opieki także mają różny standard: podstawowy, wyższy i luksusowy. Grupa RIVAS, w której gościłem w ramach wymiany menedżerów programu HOPE *Exchange*, zdywersyfikowała swoje usługi w tym zakresie.

## Podobne wyzwania

W Polsce opieka długoterminowa jest refundowana przez Narodowy Fundusz Zdrowia, który na osoby starsze przeznacza jedynie 5, 6 proc. swoich funduszy. Budżet na rehabilitację to zaś ok. 2,5 proc., ale te wydatki obejmują także rehabilitację osób młodszych.

Zarówno Polska, jak i Holandia stoją przed wyzwaniami związanymi ze starzeniem się społeczeństw. Holandia znajduje się w przededniu wejścia w fazę emerytalną osób, które urodziły się po wojnie i w latach 50. (tzw. *baby boom*). Tamtejszy resort zdrowia pilnie pracuje nad restrukturyzacją budżetu na wiele lat wcześniej, ponieważ zaniechanie grozi katastrofą. Docelowo budżet zostanie zwiększony w ciągu kilkunastu lat kosztem innych usług, ale *per capita* nakłady mogą być niższe. Wyni-

ka to z prostej kalkulacji, że pomiędzy rokiem 2012, kiedy 14 proc. społeczeństwa stanowiły osoby nieaktywne zawodowo, a rokiem 2025 odsetek ten zwiększy się do 27 proc. Łatwo więc wyobrazić sobie, w jakiej sytuacji znalazło się państwo holenderskie.

## Ruch i używki

Programy wdrażane w Europie Zachodniej, nie tylko w Holandii, koncentrują się więc na zwiększeniu świadomości dotyczącej zdrowia, na promocji aktywności fizycznej, redukcji spożycia alkoholu oraz palenia tytoniu, na stosowaniu zdrowej diety, na aktywizacji zawodowej po 62. roku życia – zgodnie z zasadą, że ten kto pracuje, ten mniej choruje – na promowaniu pozytywnych relacji międzyludzkich i pozytywnego nastawienia. To wszystko powoduje podwyższenie granicy wieku, w którym konieczna staje się opieka długoterminowa. Najlepiej doczekać w dobrym zdrowiu do stanu przedterminalnego. Opieka długoterminowa jest bowiem najdroższa. W Holandii przewiduje się wzrost wydatków na ten cel o 30–50 proc. do 2025 r. W Polsce brakuje takich prognoz na najbliższe 10–15 lat. Jednocześnie sama opieka długoterminowa może zostać skrócona poprzez wprowadzenie bardziej efektywnych metod leczenia i profilaktyki. W Holandii duży nacisk kładzie się na wielokierunkową aktywizację chorego. Prowadzi ją personel medyczny, rehabilitanci, rodzina i znajomi. Najważniejsza jest aktywizacja ruchowa, żeby chory mógł możliwie szybko wstać z łóżka i poruszać się samodzielnie. Dowiedziono już, że w terapii poudarowej wspólne działania mogą skrócić pobyt w szpitalu z 9 nawet do 5 tygodni. To stanowi korzyść ze względu na wysokie koszty hospitalizacji, a także dla chorych, którzy preferują pobyt poza szpitalem.

## Sytuacja Polski

W Polsce jesteśmy 5–10 lat przed początkiem prawdziwych trudności wynikających ze zjawisk demogra-



Fot. Tomasz Waszczuk/Agencja Gazeta

„ Programy wdrażane w Europie Zachodniej koncentrują się na zwiększaniu świadomości dotyczącej zdrowia, na promocji aktywności fizycznej, redukcji spożycia alkoholu oraz palenia tytoniu „

ficznych, ale jeśli rząd nie zareaguje wcześniej, problem może narastać. Stanie się to przyczyną drenażu bieżących usług kontraktowanych przez szpitale z NFZ, a co za tym idzie – konieczności ich konsolidacji, zwłaszcza w powiatach, które w większym stopniu zajmują się opieką nad osobami starszymi. Osoby te bowiem pozostaną w miejscu zamieszkania, podczas gdy młodzi wyemigrują. W Holandii było podobnie. Z 300 placówek szpitalnych pozostało 100 i liczba ta w dalszym ciągu się zmniejsza.

Podejście do profesjonalnej opieki nad osobami starszymi ma więc co najmniej kilka poziomów: ustawodawczy, dojrzałej relacji i odpowiedzialności społecznej, profesjonalizmu placówek opieki nad osobami starszymi. Na pewno w Polsce potrzeba jeszcze zmian w zakresie umiejętności spojrzenia na problemy w codziennym życiu osób starszych. Zmianie ulega bowiem model, w którym rodzina zajmuje się seniorem, a ten

oczekuje pomocy. Aktywny 80-latek przy dzisiejszym postępie technologii, medycyny i świadomości społecznej oraz dochodowości w kolejnej generacji będzie zjawiskiem codziennym. A wtedy upomni się o swoje. I wcale nie byłoby źle, jak sądzę, żeby dotyczyło to nie tylko jego oczekiwań w sprawie np. dostępu do rynku pracy. System kulturowy, społeczny i również prawny w Polsce na razie nie tworzy sprzyjającego klimatu w tej dziedzinie. Można się więc spodziewać, że oczekiwania będą skoncentrowane raczej na szeroko rozumianych żądaniach socjalnych i jakościowych związanych z opieką zdrowotną. Przy aktualnych wskaźnikach rozrodności (jedne z najniższych w Europie, o świecie nie wspominając) temat ten urasta do rangi bardzo poważnego problemu.

*Bogusław Budziński  
Autor jest ekspertem Domu Lekarskiego SA,  
uczestnikiem programu  
wymiany menedżerów HOPE*