

ПРОМЕНИ В ПОТРЕБНОСТИТЕ ОТ МЕДИЦИНСКИ И СОЦИАЛНИ ГРИЖИ С НАПРЕДВАНЕ НА ВЪЗРАСТТА

Лора Георгиева

*Катедра по социална медицина и организация на здравеопазването,
Медицински университет – Варна*

CHANGES IN MEDICAL AND SOCIAL CARE NEEDS WITH PROGRESSION OF AGE

Lora Georgieva

*Department of Social Medicine and Healthcare Organization, Faculty of Public Health,
Medical University of Varna*

РЕЗЮМЕ

Продължителността на човешкия живот се увеличава и съответно нараства относителният дял на лицата на възраст 65 и повече години. Популационното застаряване е особено забележимо в Европейския регион, като в България делът на възрастните хора надхвърля 20% през 2016 г. С напредване на възрастта се променят потребностите от медицински и социални грижи. Настоящата статия анализира потребностите от първична и болнична медицинска помощ, грижи в следхоспитализационния период, прием на медикаменти, дентална помощ, технически помощни средства, домашни грижи, социални грижи. Обсъждат се грижите за възрастните хора и трудностите при получаването им в нашата страна. Представени са добри практики от световния опит в организацията на медицинските и социалните услуги, съобразени с потребностите в напреднала възраст.

Ключови думи: възраст 65 и повече години, потребности, медицински грижи, социални грижи

ABSTRACT

Human lifespan increases and the share of persons aged 65 years and over increases respectively. Population ageing is significant in the European region. In Bulgaria, the proportion of the elderly exceeds 20% in 2016. With the progression of age, the needs for medical and social care change. This paper analyses the needs for primary and hospital care, care in the post-hospital period, intake of medicines, dental care, technical aids, home care, and social care. The specifics of services for the elderly people and difficulties in their receiving in our country are discussed. The best practices of the world experience in medical and social care organization, relevant to advanced age, are presented.

Keywords: age 65 and over, needs, medical care, social care

УВОД

Относителният дял на населението на възраст 65 и повече години се увеличава. Докато в развиващите се страни този дял е около 5%, в развитите е над 15%. Популационното застаряване е силно изразено в Европейския регион, където в страни като Италия, Германия, България и Гърция възрастовата група 65 и повече години надхвърля 20% (12). Според последното преброяване на българското население от 2011 г. този дял е 18.9%, а през 2016 г. вече е 20.7% (7) (Таблица 1).

Таблица 1. Относителен дял на населението на възраст 65 и повече години в някои европейски страни, по последни налични данни

Държава	% население на 65+ години	Година
Албания	12.64	2015
Австрия	18.40	2014
Белгия	17.67	2013
България	20.70	2016
Великобритания	17.36	2014
Германия	20.92	2014
Гърция	20.28	2013
Дания	17.65	2012
Естония	18.57	2014
Испания	18.32	2014
Италия	21.00	2012
Латвия	19.23	2014
Литва	18.58	2014
Норвегия	16.03	2014
Полша	15.19	2014
Португалия	19.62	2013
Румъния	15.16	2014
Русия	12.73	2011
Словакия	13.75	2014
Словения	16.55	2010
Сърбия	18.25	2014
Турция	7.60	2013
Унгария	17.72	2014
Финландия	19.66	2014
Франция	17.95	2013
Холандия	17.09	2013
Чехия	17.60	2014
Швейцария	17.50	2013
Швеция	19.52	2014
Европейски съюз	18.44	2014
Европа	15.08	2014

Източници:

European Health For All Database (HFA-DB), WHO Regional Office for Europe.

Национален статистически институт, България

С напредване на възрастта намалява мобилността, което затруднява извършването на базовите и инструменталните дейности от ежедневието. Здравното състояние се усложнява от кумулирането на хронична патология. Нараства честотата на психичните разстройства и когнитивните нарушения.

Ниският личен доход (пенсия) затруднява поддържането на необходимите за здравето температура и хигиена в дома; осигуряването на достатъчна, пълноценна и диетична храна; закупуването на назначените лекарства; заплащането на свързани със здравето услуги; осигуряването на транспорт до здравни и социални институции в друго населено място или в чертите на голям град.

Демографската трансформация изисква приспособяване на медицинските и социалните грижи към променящите се потребности.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Настоящата разработка представя променящите се потребности от различни форми на медицинско и социално обслужване за лицата на възраст 65 и повече години. Разгледани са особеностите на предоставянето им в България и добри практики от световния опит. Анализирани са резултати от собствени проучвания, чуждестранни и български източници.

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

Първичната медицинска помощ има основна роля в цялостните медицински грижи за възрастните хора поради предимно хроничния характер на заболяванията и необходимостта от мониториране и поддържащо лечение. Проблемът за достъпността на общите практики до пациентите не е нов и е често дискутиран - основателно е напомнянето на Jordan et al. още през 1998 г., че вземащите здравнополитически решения би трябвало да помислят за разпределението на практиките, а самите ОПЛ да организират работата си така, че местоживееенето да не е причина за нарушаване правото на медицинска помощ (17). В България свободният избор на ОПЛ за селското население е сведен до избиране на най-близката практика, която често е в друго населено място, без обществен транспорт до там, а регламентираният ред за посещение на селата е незадоволителен.

Болничната помощ е свързана както с новооткрити заболявания, травми и усложнения на хронични заболявания, така и с реконструктив-

ни интервенции, които целят повишаване на автономността и подобряване на качеството на живота в напреднала възраст. Нараства обемът на интервенциите за смяна на тазобедрената става при остеоартроза с цел освобождаване от болка и възстановяване на подвижността, както и при счупвания на бедрената шийка (21). Над една четвърт от всички хоспитализации в Европа са на лица на възраст 65 и повече години. Болничният персонал въпреки голямата си натовареност следва да оказва на възрастния пациент необходимото внимание, за да повдигне духа му и така да стимулира възстановяването.

Медикаментите, които възрастните хора приемат ежедневно, са много повече в сравнение с приеманите от по-младите. Лицата на 65 и повече години приемат до 12 медикамента дневно, като в същото време страдат три до седем пъти повече от страничните ефекти и лекарствените взаимодействия в сравнение с по-младите (19). Модифицирането на медикаментозния режим по време на хоспитализация води до назначаване на голям брой лекарства, съобразени с водещата причина за постъпване в болницата и с всички придружаващи заболявания. Допълнителното променяне на броя и вида на лекарствата след изписване от болницата повишава риска от объркване (18). Назначаването на голям брой медикаменти на възрастните пациенти трябва да е съобразено на първо място с тяхната безопасност (20), защото те се затрудняват при спазването на сложния медикаментозен режим, при четенето на имената на лекарствата, при различаването на извадените таблетки, дори при отварянето на лекарствените опаковки (16). Важен проблем пред възрастните хора в България е снабдяването с лекарства. Намалената мобилност прави достигането до аптека трудно, особено ако най-близката аптека е в друго населено място.

Денталната помощ е насочена към максимално дълго запазване на естественото съзъбие и качествено зъбопротезиране. Въпреки статистическите данни за добра осигуреност на нашата страна с лекари по дентална медицина (през 2016 г. на един лекар по дентална медицина се падат 887 души от населението) (7) техните кабинети са концентрирани в големите градове, което прави услугите им трудно достъпни за жителите на малките градове и селата. Високите цени също са бариера пред получаването на качествени дентални грижи.

Следхоспитализационният период също е критичен в напреднала възраст, защото правилата за минимизиране на болничния престой

водят до изписване на пациентите с големи потребности от медицински грижи във времето непосредствено след изписване. Завръщайки се в дома си и изправяйки се пред необходимостта от приспособяване към новото състояние, от прилагане на нова медикаментозна терапия, от контролни прегледи, лабораторни и инструментални изследвания и т.н., възрастните хора се чувстват безпомощни (14). Добра практика от световния опит е организирането на следхоспитализационните грижи още по време на болничния престой, което представлява т.нар. стандартизирано планиране на изписването. При него след стриктна оценка на функционалния и когнитивния статус се дават подробни писмени инструкции за възрастния пациент, медикаментозен режим, комуникации с поемащите медицинските грижи след изписване, препоръки към специализирани консултанти, документирано обучение на пациента, възможни проблеми и препоръки за тях, телефонен номер за денонощна обратна връзка (15). Липсата на адекватни следхоспитализационни грижи може да опорочи постигнатия в болницата здравен резултат и да доведе до рехоспитализация, усложнено състояние или инвалидизация.

Персонални грижи в домашни условия са необходими на възрастните хора за кратко или продължително време. Не всички възрастни имат близки, които да им помагат в ежедневните дейности, да им приготвят лекарствата в правилната доза и точното време, да съблюдават съответната диета, да ги предпазват от декубитус. Наше проучване установи, че в рамките на седмица след изписване от болницата част от възрастните пациенти са получили рани от залежаване, при това в многочислени домакинства, което показва, че наличието на близки само по себе си не гарантира адекватност на грижите, когато липсват умения или желание за полагане на грижи (2). Липсата на медицинска информираност или съдействие за изпълняване на назначенията в следхоспитализационния период показва очевидната необходимост от функциониране на официални източници за грижи. Намаленият брой на сестрите в първичната медицинска помощ прави наблюдението, манипулациите и помощта за хронично болните и недееспособните пациенти проблематични (4). Грижите за тези пациенти са оставени изцяло на техните семейства, които невинаги са в състояние да ги полагат пълноценно (5,6). В България за грижи в домашни условия се наемат болногледачи, като наеманите лица обикновено нямат медицинска под-

готовка или са пенсиониранни медицински сестри. По света обучението на професионалисти за грижи, обобщено наричани „здравни асистенти“, е широко застъпено (13). У нас придобилите такава професионална квалификация все още са твърде малко.

Техническите помощни средства (ТПС) подпомагат автономното функциониране на много възрастни хора. В скалите за оценка на способностите за извършване на дейностите от ежедневието справянето с помощта на ТПС за придвижване (протези, бастун, патерици, инвалидна количка, ходилка) се оценява като независимост (3). Най-често използваните ТПС от възрастните хора са бастун и слухов апарат. Основният проблем пред възползването от ТПС е снабдяването с тях. В България регламентираният ред за получаването им изисква посещение на редица институции, често в различни населени места, което е трудно за възрастните хора дори в състояние на добро здраве. Самостоятелното снабдяване е почти неизпълнима задача, защото потребностите от ТПС възникват именно поради нарушено функциониране. Пример за добра практика за своевременно осигуряване на ТПС е регламентът в Политиката и процедурите за планиране на изписването на Dorset HealthCare NHS Trust (2002): В болницата се оценява спешността на необходимостта от ТПС (доколко е допустимо забавяне) и се уведомяват снабдяващите агенции. Изписването от болницата може да бъде отложено до получаване на ТПС. Целта на процедурата е пациентът да си тръгне от болницата с ТПС или те да са доставени в дома му преди изписването (11). Тоалетният стол и столът за баня улесняват самообслужването. Съществен принос за профилактиката на рана от залежаване (декубитус) имат антидекубиталната възглавница и антидекубиталният дюшек.

Социалните грижи за възрастните хора се осъществяват в няколко направления:

Социалното подпомагане цели да компенсират финансовата уязвимост в напреднала възраст. Най-честите му форми са подпомагане за закупуване на лекарства и за подпомагане на отопление. Тези права в нашата страна обаче не се възприемат положително от възрастните българи, чието всеобщо мнение е, че не следва да очакват подпомагане, а да получават достойно възнаграждение, с което спокойно да изживеят своите старини (1), защото за положен дългогодишен труд се полага достойна пенсия, а не поставяне в положение за искане на социална помощ.

Професионалните служби за домашни грижи в много страни предлагат освен домакинска помощ също сестрински грижи и физикална терапия. Тези елементи са залегнали в Националната рамка за обслужване на възрастните хора във Великобритания (10). Службите за домашни грижи улесняват ежедневното функциониране, съдействат за по-бързо възстановяване при заболяване или травма, правят възможно ранното изписване от болница и адекватното продължение на необходимите грижи в извънболнични условия. В България подобни функции изпълнява домашният социален патронаж (8). Сходни са също позициите социален асистент и личен асистент, които оказват домашни грижи в различен обем и продължителност.

Агенциите за подобряване на дома, функциониращи в някои страни, се основават на разбирането, че устройството на жилището трябва да бъде подходящо и безопасно. Те адаптират домашната среда в съответствие с функционалния капацитет на възрастния човек – монтират домашни помощни средства, обезопасяват стълбите с перила и контактите с предпазители, извършват дребни ремонтни дейности.

Домовете за стари хора са институционална социална услуга, към която се пристъпва при изчерпване на възможностите за грижи в домашни условия. Настаняването в такъв дом е крайна мярка, която е нежелана от възрастния човек, но при липса на алтернативни източници на грижи е единствената възможност за осигуряване на по-нататъшното съществуване.

Застаряването е широко дебатирана тема, която често навежда към идеи за създаване на специални здравни услуги за възрастни пациенти. Ясно е, че възрастните хора имат нужда от внимателно отношение, но не са редки случаите, при които открито се пренебрегват именно поради напредналата им възраст. Cassel (1994) основателно отбелязва, че бюрократичната нагласа да се negliжират грижите за възрастните хора поради тяхната хронологична възраст е неразбираема и нарушава принципа на справедливостта – всеки да получава помощ, независимо от възрастта. Не бива необходимостта от повече грижи да се тълкува като необходимост от създаване на специални здравни институции на възрастов принцип, а трябва просто да се получат знания за потребностите на тези хора, за да се подобрят грижите за тях от съществуващите институции (9). Прекаленото акцентирание на възрастта не помага за по-доброто здравно обслужване, а често има негативен ефект върху самите па-

циенти, които се чувстват изолирани, ненужни и стресирани. Уважението и загрижеността към всички без разлика от възрастта има позитивен ефект както за по-възрастните, така и за младите възрастови групи.

ИЗВОДИ

С напредване на възрастта нарастват потребностите от медицинско наблюдение и поддържане на състоянието в съответствие с хроничната патология, което е обект на първичната медицинска помощ. Пред общопрактикуващия лекар стои отговорността да прецизира необходимата медикаментозна терапия за поддържащо лечение и да ограничи лекарствата до минимално възможния брой, като се съобрази с реалната възможност тези лекарства да бъдат закупени.

Проблематични остават вниманието към възрастния човек и изписването от болница с големи потребности от медицинска помощ, без ясна представа за поемането на грижите по-нататък.

Грижите в домашни условия с напредване на възрастта включват както здравни, така и социални елементи. Полагането на грижи от членовете на същото домакинство невинаги е възможно. Наемането на лица без необходимата компетентност също не допринася за доброто здраве и самочувствие.

Цялостната организация на медицинската помощ трябва да бъде съобразена с възможностите на всички хора да се възползват от нея. Фиксирането върху наличието на медицински услуги без ясна визия за достъпа до тях пречатства посещането на здравните потребности и задълбочава здравните неравенства.

ЛИТЕРАТУРА

1. Визев С., Л. Томов, Ж. Павлова, С. Максимова, В. Тодоров, К. Визев, Н. Ковачева. Здравен, социално-икономически и антрополофизиологичен статус при планинско селско население. *Социална медицина* 2003; 1:24-27.
2. Георгиева Л. Здравни потребности на лицата на възраст 65 и повече години след активно стационарно лечение. Дисертационен труд за присъждане на научна и образователна степен „Доктор“. Варна, 2009.
3. Георгиева Л. Здравни потребности на населението. Варна: СТЕНО, 2011.
4. Георгиева Л. Участие на медицинските сестри в посещане на здравните потребности на възрастните хора след активно стационарно лечение. *Здравни грижи*, 2009; 1:28-31.
5. Георгиева Л., С. Попова. Потребности на възрастните хора от помощ за извършване на инструментални дейности от ежедневието. В: *Стареене и здраве*, София: БАН, 2009; 166-182.
6. Георгиева Л., С. Тончева. Потребности от персонални грижи на възрастните хора след активно стационарно лечение. *Здравни грижи*, 2009; 2:5-11.
7. Национален статистически институт, България (<http://www.nsi.bg/>).
8. Правилник за прилагане на Закона за социално подпомагане. ДВ бр.133, 1998, изм. и доп. 1999, ... 2014.
9. Cassel CK. Researching the health needs of elderly people. *BMJ*, 1994, 308:1655-1656.
10. Department of Health. Older people's NSF standards. Standard Three. (http://www.dh.gov.uk/en/SocialCare/Deliveringadultsocialcare/Olderpeople/OlderpeoplesNSFstandards/DH_4002288).
11. Dorset HealthCare NHS Trust. Discharge Planning Policy and Procedure. 2002.
12. European Health for All Database (HFA-DB), WHO Regional Office for Europe (<http://data.euro.who.int/hfad/>).
13. Georgieva L, Cvetkov L, Dimitrova D. Needs for education of professional caregivers in healthcare. In: *Public Health and Health Care in Greece and Bulgaria: the Challenge of the Cross-border Collaboration in Times of Financial Crisis*, Athens: Papazissis Publishers, 2011; 583-590.
14. Grimmer K, Moss J, Falco J. Experiences of elderly patients regarding independent community living after discharge from hospital: a longitudinal study. *International Journal for Quality in Health Care* 2004; 16(6):465-472.
15. Halasyamani L, Kripalani S, Coleman E, Schnipper J, van Walraven C, Nagamine J, Torcson P, Bookwalter T, Budnitz T, Manning D. Transition of care for hospitalized elderly patients - development of

- a discharge checklist for hospitalists. *Journal of Hospital Medicine* 2006; 1:354-360.
16. Jones D. Health maintenance for frail elderly people. In: Detels R, Holland WW, Mc Even J, Omenn GS. (Eds.) *Oxford Textbook of Public Health, Third Edition, Vol.3*, Oxford University Press, 1997.
 17. Jordan J, Dowswell T, Harrison S, Lilford RJ, Mort M. Whose priorities? Listening to users and the public. *BMJ*, 1998, 316:1668-1670.
 18. Mansur N, Weiss A, Beloosesky Y. Relationship of in-hospital medication modifications of elderly patients to postdischarge medications, adherence, and mortality. *The Annals of Pharmacotherapy* 2008; 42(6):783-789.
 19. Menscer D, Leitch BB. Approach to the geriatric patient. In: Sloane PD, Slatt LM, Curtis P (Eds). *Essentials of Family Medicine*. Second edition. Baltimore: Williams & Wilkins, 1993.
 20. Peate I. Medicines and the older person: principles of good practice. *Br J Nurs* 2003; 12(9):530-535.
 21. Rajaratnam G, Black NA, Dalsiel M. Total hip replacement in the National Health Service: is need being met? *Journal of Public Health* 1990; 12(1):56-59.

*Адрес за кореспонденция:
Доц. д-р Лора Георгиева, дм
Медицински университет "Проф. д-р Параскев
Стоянов"
Катедра по социална медицина и организация на
здравеопазването
ул. "Марин Дринов" №55
гр. Варна 9002
e-mail: lora hg@abv.bg*