

Η ΣΦΑΙΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΤΩΝ ΥΠΕΡΗΛΙΚΩΝ

Rodney M. Coe

Υπάρχουν τουλάχιστον τρεις λόγοι, οι οποίοι αιτιολογούν γιατί επιβάλλεται στον γιατρό να αρχίσει να ενημερώνεται σχετικά με την γεροντολογία και την γηριατρική: α) ο πληθυσμός των ηλικιωμένων ατόμων αυξάνεται τόσο σε απόλυτους αριθμούς, όσο και σε ποσοστό, β) υπάρχει μεγάλη συσχέτιση μεταξύ ηλικίας και νοσηρότητας και ανικανότητας που προέρχεται από χρόνια νοσήματα και γ) το σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας δεν έχει κατορθώσει, με την σημερινή του οργάνωση, να καλύψει όλες τις ανάγκες των υπερηλικών. Οι συνθήκες αυτές κάνουν φανερό ότι στο μέλλον: α) θα υπάρξει μια συνεχής αύξηση της ζήτησης για την παροχή ορθών υπηρεσιών υγείας προς τα υπερήλικα άτομα, τα οποία παρά το γεγονός ότι έχουν μεγαλύτερες ανάγκες περίθαλψης, δεν έχουν ωστόσο τα οικονομικά μέσα που απαιτούνται για την αντιμετώπισή τους και β) θα διευρυνθεί ο ρόλος του γιατρού στην προβλεπόμενη σφαιρική περίθαλψη των ηλικιωμένων ατόμων.

Η ΠΛΗΘΥΣΜΙΑΚΗ ΑΥΞΗΣΗ

Στις ΗΠΑ ο πληθυσμός των ηλικιωμένων έχει αυξηθεί σταθερά, τόσο σε απόλυτους αριθμούς όσο και ως ποσοστό επί του συνολικού πληθυσμού. Έτσι, ενώ το 1900 περίπου 4% του συνολικού πληθυσμού των ΗΠΑ, ο οποίοςς απαριθμούσε τότε 76 εκατομμύρια άτομα, ήταν άνω των 65 ετών, το 1950 το ποσοστό αυτό είχε αυξηθεί σε 8% (12,4 εκατομμύρια άτομα). Παράλληλα, υπολογίζεται ότι το 1980 υπήρχαν στις ΗΠΑ 24 εκατομμύρια

ηλικιωμένοι, δηλαδή 11% περίπου του συνολικού πληθυσμού, ενώ το 2020 το ποσοστό αυτό πιστεύεται ότι θα έχει φθάσει στο 16%⁷.

Ιδιαίτερη σημασία παρουσιάζει η ταχύρρυθμη αύξηση των υπερηλικών προχωρημένης ηλικίας, δηλαδή των ατόμων με ηλικία άνω των 75 ετών. Έτσι, μεταξύ του 1950 και του 1975 η ποσοστιαία αύξηση του πληθυσμού των υπερηλικών άνω των 75 ετών ήταν 119%. Ενώ συγκριτικά, ο πληθυσμός των ατόμων μεταξύ 65 και 74 ετών αυξήθηκε κατά 65%. Το γεγονός αυτό πρέπει να υπογραμμισθεί τόσο γιατί οι υπερήλικες προχωρημένης ηλικίας περιλαμβάνουν και τους «εύθραυστους υπερήλικες», που χαρακτηρίζονται από ιδιαίτερα υψηλά ποσοστά ανικανότητας, όσο και γιατί έχουν ιδιαίτερα αυξημένες ιατρικές ανάγκες, καθώς και υγειονομικών υπηρεσιών.

Ορισμένα χαρακτηριστικά των υπερηλικών έχουν επίσης μεγάλη σημασία στην γηριατρική πράξη, επειδή συνδέονται άμεσα με τον βαθμό και τα είδη της αναπηρίας, που συνοδεύουν τις παθήσεις του γήρατος. Αυτά επομένως προσλαμβάνουν ιδιαίτερη αξία κατά την εκτίμηση των δυνατοτήτων μιας θεραπευτικής αγωγής. Πληθυσμιακές στατιστικές μελέτες⁸ π.χ. δείχνουν ότι:

1. Ο αριθμός των ηλικιωμένων γυναικών υπερέχει του αριθμού των ηλικιωμένων ανδρών. (Έτσι το 1978 το προσδόκιμο επιβίωσης των γυναικών κατά την γέννησή τους ξεπερνούσε τον αντίστοιχο ανδρικό δείκτη κατά 7 έως 8 έτη, ενώ μετά το 65ο έτος τον ξεπερνούσε κατά 4 έως 5 έτη).
2. Η πλειοψηφία των ηλικιωμένων γυναικών είναι χήρες αντίθετα με την πλειοψηφία των ηλικιωμένων ανδρών, των οποίων η σύζυγος ζει. Οι άνδρες έχουν επομένως κάποιο συγκριτικό πλεονέκτημα σε σχέση με τις γυναίκες, στην περίπτωση π.χ. θεραπευτικής αγωγής στο σπίτι, ιδιαίτερα όταν χρειάζεται κάποια βοήθεια ή επίβλεψη για την ορθή εφαρμογή των οδηγιών του γιατρού.
3. Το 95% των ηλικιωμένων ζει στην κοινότητα. Στην πλειοψηφία τους ζουν ανεξάρτητοι σε δικά τους σπίτια ή διαμερίσματα, ενώ το 1/6 των ηλικιωμένων ζει με τα παιδιά του ή άλλους συγγενείς.
4. Το εισόδημα του 1/4 των ηλικιωμένων είναι χαμηλότερο ή ίσο με το αποδεκτό όριο πενίας.
5. Οι ηλικιωμένοι, που ζουν σε πόλεις, συνήθως διαμένουν σε υποβαθμισμένες συνοικίες από όπου έχουν περιορισμένη πρόσβαση προς τα κέντρα παροχής υπηρεσιών υγείας, τα καταστήματα, τις εκκλησίες, τους ομίλους και γενικά τις απαραίτητες υπηρεσίες που χρειάζονται για την εξυπηρέτησή τους.

ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ

Η θεαματική σημαντική αύξηση του μέσου όρου ζωής, η οποία είναι αποτέλεσμα των καλύτερων συνθηκών υγιεινής που επικρατούν, της καλύτερης διατροφής και της τεχνολογικής προόδου (π.χ. εμβόλια και αντιβιοτικά), συμβαδίζει με την αύξηση των χρόνιων παθήσεων και των ανικανότητων. Η συχνότητα εμφάνισης καρδιοπαθειών, καρκίνου, υπέρτασης, διαβήτη και αρθρίτιδας, αυξάνεται αξιοσημείωτα με την πάροδο της ηλικίας. Οι αναπηρίες που συνοδεύουν τα χρόνια αυτά νοσήματα, επίσης, παρουσιάζονται συχνότερα στους ηλικιωμένους. Στον πίνακα 1 π.χ. παρουσιάζεται η εκατοστιαία κατανομή των ατόμων με μειωμένη δραστηριότητα ως προς την ηλικία⁴.

Πίνακας 1. Άτομα με περιορισμένη δραστηριότητα

<i>Ηλικία</i>	<i>Οποιοσδήποτε περιορισμός (%)</i>	<i>Μεγάλου βαθμού περιορισμός (%)</i>
Όλες οι ηλικίες	14,3	10,8
Άνδρες 65+	48,3	43,7
Γυναίκες 65+	43,3	36,4

Η αξία των στοιχείων αυτών έγκειται στο γεγονός ότι, αποτελούν τυπικούς δείκτες των ιατρικών αναγκών περίθαλψης του πληθυσμού. Η ιδιαίτερη θέση την οποία κατέχουν τα χρόνια νοσήματα στις ασθένειες που πλήττουν τους ηλικιωμένους, οδηγεί στο συμπέρασμα, ότι οι ηλικιωμένοι έχουν πολύ μεγαλύτερες ανάγκες περίθαλψης από τις άλλες χρονολογικά νεότερες ομάδες. Παράλληλα όμως, οι ηλικιωμένοι, ως κοινωνική ομάδα, έχουν πολύ μικρές δυνατότητες αντιμετώπισης των αναγκών αυτών τόσο από την καθαρά οικονομική ή κοινωνική σκοπιά, όσο και από την σκοπιά της ψυχολογίας ή της φυσιολογίας. Ακόμη πολλές από τις ανάγκες περίθαλψης των ηλικιωμένων, αν και είναι συνδεδεμένες με θέματα υγείας, ωστόσο δεν αποτελούν «ιατρικά προβλήματα» υπό την στενή έννοια του όρου και επομένως δεν καλύπτονται από τα υγειονομικά ασφαλιστικά προγράμματα.

Η ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΗΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ

Έχει παρατηρηθεί, ότι η επιτυχία στον χώρο της δημόσιας υγείας και της ιατρικής τεχνολογίας, ως προς τον περιορισμό πολλών μεταδοτικών

νοσημάτων, δεν ισχύει μέχρι στιγμής στην περίπτωση των χρόνιων παθήσεων². Με οποιαδήποτε, σχεδόν, συμβατικά μέτρα συγκρίσεως (π.χ. προσδόκιμο επιβίωσης στην ηλικία των 65 ετών, ημέρες υποχρεωτικής παραμονής στο κρεβάτι, συχνότητα νοσηρότητας), σημειώθηκε μικρότερη βελτίωση στην ομάδα των υπερηλικών παρά στις ομάδες των άλλων ηλικιών. Για την κατάσταση αυτή, την οποία θα μπορούσαμε να χαρακτηρίσουμε ως «έλλειψη επιτυχίας», υπάρχουν, πέρα από τους περιορισμούς της ιατρικής τεχνολογίας, πολλοί λόγοι.

Ένας απ' αυτούς αποτελεί το γεγονός ότι η οργάνωση και η χρηματοδότηση της παροχής υπηρεσιών υγείας στις ΗΠΑ έχει πρωταρχικά σχεδιασθεί για την αντιμετώπιση των οξέων περιστατικών. Εξ αιτίας αυτού του προσανατολισμού, το βάρος όλης της οργάνωσης έχει δοθεί στην νοσοκομειακή περίθαλψη, την περιστασιακή αντιμετώπιση και θεραπεία και στην απόκτηση ειδικών εγκαταστάσεων. Η περίθαλψη ατόμων που πάσχουν από χρόνια νοσήματα φυσικά περιλαμβάνει την ανάγκη αντιμετώπισης οξέων περιστατικών· ωστόσο, οι κύριες ανάγκες των χρόνιων περιστατικών επικεντρώνονται στην εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, την συνεχή παρακολούθηση και τον συντονισμό των ιατρικών υπηρεσιών με τις υπηρεσίες «υποστήριξης» των ασθενών. Έτσι η πολυπλοκότητα των αναγκών των χρόνιων ασθενών απαιτεί μια πολυδιάστατη αντιμετώπιση. Η κάλυψη αυτής της ανάγκης μπορεί να επιτευχθεί με τον συντονισμό των εξειδικευμένων ικανοτήτων ενός μεγάλου αριθμού υγειονομικών (ιατρών κ.λ.π.) αφενός και των υπηρεσιών των κοινωνικών φορέων αφετέρου, γεγονός που αποδεικνύει, και ότι ο θεραπευτικός ρόλος του ιατρού πρέπει να διευρυνθεί και να περιλάβει τον συντονισμό των υπηρεσιών, που προσφέρουν οι κοινωνικοί φορείς.

Ένας άλλος παράγοντας είναι η στάση που πρέπει να πάρουν οι φορείς υγείας έναντι της περίθαλψης των υπερηλικών. Κατά μεγάλο ποσοστό, οι φορείς υγείας συμμερίζονται τις επικρατούσες κοινωνικές αξίες, που μπορεί να περιλαμβάνουν αρνητικά στερεότυπα υπερηλικών. Έχει μεγάλη σημασία οι υγειονομικοί να γνωρίζουν καλά τη στάση τους και την επιρροή που μπορούν να ασκήσουν στην περίθαλψη των υπερηλικών.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΙΑΤΡΟΥ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

Η κριτική που αναπτύχθηκε στο προηγούμενο κεφάλαιο υπογραμμίζει την ανάγκη για έναν ακόμη καλύτερο συντονισμό των ενεργειών για την παροχή σφαιρικής περίθαλψης στους υπερηλικές, και περιλαμβάνει τόσο τις βιοϊατρικές γνώσεις και τεχνικές, όσο και τις αντίστοιχες ψυχολογικές

και κοινωνιολογικές προσεγγίσεις, ώστε να επιτευχθεί μια περισσότερο ολοκληρωμένη αντιμετώπιση της υγείας των ηλικιωμένων¹. Πάντως, η έννοια της σφαιρικής περίθαλψης θα πρέπει να επεκτείνεται πέρα από τον χώρο των άμεσων ιατρικών υπηρεσιών· πρέπει να περιλαμβάνει τόσο τις κοινωνικές παροχές και τους διάφορους μηχανισμούς υποστήριξης των ηλικιωμένων εκ μέρους του κοινωνικού συνόλου, όσο και τους μηχανισμούς χρηματοδότησης του ίδιου του συστήματος περίθαλψής τους.

Όμως ακόμη και στην περίπτωση όπου, μια τέτοια «ιδανική κατάσταση» θα ήταν δυνατό να υλοποιηθεί σε κάποιο βαθμό, ορισμένα ερωτήματα θα εξακολουθούν να παραμένουν αναπάντητα, π.χ. με τί τρόπους επιβαρύνουν οι ειδικές ανάγκες των ηλικιωμένων (οι οποίες οπωσδήποτε διαφέρουν από τις ανάγκες των άλλων νεότερων σε ηλικία ομάδων) το γενικό σύστημα πρόνοιας και υγείας; Μπορεί να σημειωθεί ότι πολλά από τα χαρακτηριστικά που αποδίδονται στους υπερήλικες (π.χ. η χρονιότητα των νοσημάτων τους, η αδυναμία τους και ακόμη η μακροχρόνια παραμονή τους στα νοσοκομεία) δεν απαντώνται αποκλειστικά σ' αυτούς, ενώ σχεδόν όλα τα προβλήματα της υγείας τους μπορούν να αντιμετωπισθούν.

Τα νοσήματα, πάντως, των ηλικιωμένων συχνά παρουσιάζουν ιδιαιτερότητες και απαιτούν ειδική αντιμετώπιση των τυχόν κινδύνων που συνεπάγεται η υιοθέτηση ενός θεραπευτικού σχήματος, ενώ συχνά χρειάζεται αντικατάσταση της θεραπείας, ώστε να μεγιστοποιηθεί η ικανότητα του ατόμου για αυτοεξυπηρέτηση, κάτι που αποτελεί και τον θεραπευτικό στόχο.

Μια δεύτερη ερώτηση αφορά στον ρόλο του ιατρού μέσα σε ένα πρόγραμμα σφαιρικής περίθαλψης. Ο ιατρός έχει επαφή όχι μόνο με τον ασθενή αλλά και με την οικογένειά του, με τους συναδέλφους του, με το παραϊατρικό προσωπικό, με τους διοικητικούς διευθυντές του χώρου όπου εργάζεται και με πολλούς άλλους οι οποίοι με τον ένα ή άλλο τρόπο συμμετέχουν στην περίθαλψη ενός δεδομένου ασθενή. Γεννιέται, λοιπόν το ερώτημα, εάν μια επιστημονική ομάδα, η οποία ασχολείται με την περίθαλψη ηλικιωμένων, θα πρέπει να κατευθύνεται από έναν ειδικό γηγίατρο. Ακόμα, γεννιέται το ερώτημα εάν είναι σωστό να εξειδικεύονται, τελικά, ιατροί στην γηγίατρική. Ειδικότερα, υπάρχει την στιγμή αυτή στις ΗΠΑ μια διάσταση απόψεων, αναφορικά με το εάν πρέπει η γηγίατρική να αποτελέσει μια ανεξάρτητη ιατρική ειδικότητα. Το Ινστιτούτο Ιατρικής της Εθνικής Ακαδημίας Επιστημών π.χ. τάχθηκε εναντίον της ύπαρξης γηγίατρικής ως ανεξάρτητης ειδικότητας³, υπέδειξε όμως την βελτίωση των σχετικών γνώσεων και των αντίστοιχων ικανοτήτων όλων των ιατρών που περιθάλπουν ηλικιωμένους ασθενείς. Ωστόσο, η άλλη άποψη πάνω στο θέμα αυτό είναι

πως ο ειδικός γηρίατρος, όπως συναντάται σε ορισμένα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας, μπορεί να προσαρμοσθεί και να είναι κατάλληλος και για το Αμερικανικό σύστημα υγείας⁵. Όμως, κάθε κλινικός ιατρός ο οποίος περιθάλπει ηλικιωμένους, ανεξάρτητα από τον βαθμό εξειδίκευσης του, θα συναντήσει ορισμένες περιπτώσεις όπου η ηλικία του ασθενή θα τον υποχρεώσει να τροποποιήσει την κοινά αποδεκτή προσέγγιση της δεδομένης νόσου. Μπορεί π.χ. ο ιατρός να αποφεύγει τις δραστικές θεραπευτικές ενέργειες στις περιπτώσεις υπερηλικών ασθενών. Οποσδήποτε, η γηριατρική περίθαλψη απαιτεί μεγαλύτερη συνεργασία ανάμεσα στον ιατρό και τα υπόλοιπα μέλη μιας επιστημονικής ομάδας, από ό,τι απαιτείται στις περιπτώσεις, όπου οι ασθενείς είναι νεαρά άτομα. Πολλές φορές, ακόμη, είναι απαραίτητο η οποιαδήποτε περίθαλψη να παρέχεται κάτω από συνθήκες πολύ διαφορετικές από τις συνθήκες που επικρατούν σε ένα νοσοκομείο, όπως π.χ. στο σπίτι του ασθενή ή σε ένα ίδρυμα χρονίων περιστατικών.

Το σύστημα περίθαλψης μιας μικρότερης ή μεγαλύτερης κοινότητας συχνά δεν είναι ακέραιο, και επομένως αδυνατεί να παράσχει, μια σφαιρική περίθαλψη προς τους ηλικιωμένους. Ένα τέτοιο σύστημα δεν περιλαμβάνει μόνο το ειδικό ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό, το οποίο ασκεί την άμεση περίθαλψη και τους χώρους εργασίας του (όπως π.χ. το ιατρείο, την κλινική, το νοσοκομείο ή τον οίκο ευγηρίας) αλλά και έναν μεγάλο αριθμό βοηθητικού προσωπικού και υπηρεσιών, οι οποίες εξυπηρετούν τους τομείς της διοίκησης, της χρηματοδότησης, του σχεδιασμού και της τροφοδοσίας του συστήματος. Πολλές φορές, τα όρια ευθύνης των ομοσπονδιακών, των πολιτειακών και των δημοτικών υπηρεσιών αλληλοεπικαλύπτονται, ενώ αντίθετα υπάρχουν περιπτώσεις, όπου κανείς δεν αναλαμβάνει την ευθύνη για έναν συγκεκριμένο τομέα. Αυτή η έλλειψη συντονισμού, με την σειρά της, δεν επιτρέπει την αξιοποίηση των υπηρεσιών που παρέχονται προς όφελος των ηλικιωμένων. Έτσι ο ιατρός κατέχει τον κύριο ρόλο στο όλο σύστημα και κατ' εξοχήν έχει την δυνατότητα να κάνει το σύστημα πιο παραγωγικό.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στην ανασκόπηση αυτή αναφέρονται ορισμένες τάσεις, που υποδηλώνουν την σημασία της γεροντολογίας και της γηριατρικής τόσο για τους γιατρούς, όσο και για το λοιπό νοσηλευτικό προσωπικό. Αυτό, όπως και τα κεφάλαια που ακολουθούν τονίζουν ότι α) ο αριθμός και η αναλογία των ηλικιωμένων αυξάνει ακόμα με ταχύ ρυθμό, αυξάνοντας την ανάγκη για περισσότερες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, β) υπάρχουν μερικά ειδικά χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων και των παθήσεών τους, τα οποία