

# MODELE OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ W USA

## Models of long-term care in the USA

DONATA KURPAS <sup>1,2,3</sup>, **B,D,E,F**

<sup>1</sup> Hollins University, VA, USA

<sup>2</sup> Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej we Wrocławiu

Kierownik: prof. dr hab. med. Andrzej Steciwko

<sup>3</sup> Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu, Instytut Pielęgniarstwa

Dyrektor: Mgr Mariola Wojtal

**A-** przygotowanie projektu badania (study design), **B-** zbieranie danych (data collection), **C-** analiza statystyczna (statistical analysis), **D-** interpretacja danych (data interpretation), **E-** przygotowanie maszynopisu (manuscript preparation), **F-** opracowanie piśmiennictwa (literature search), **G-** pozyskanie funduszy (funds collection)

### Streszczenie

Starzenie się społeczeństw i coraz liczniejsze potrzeby zdrowotne populacji w wieku podeszłym były powodem rozwoju form stacjonarnej opieki długoterminowej. W pracy przedstawiono amerykański system zintegrowanych form opieki (doraźnej w nagłych przypadkach i stałej w zaburzeniach przewlekłych) wraz ze wskazaniem struktur w ramach których funkcjonują osoby w wieku podeszłym w USA.

**Słowa kluczowe:** opieka długoterminowa, modele, USA

### Summary

The continued aging of societies with more and more health needs has made necessary the development of more stationary long-term care in the advanced age. An American system of integrated forms of the care was presented at work (temporary in emergencies and the constant in lengthy disorders), together with emphasis in which people are functional at this advanced age in the USA.

**Keywords:** long-term care, models, the USA

## Wstęp

W 2000r. populacja osób w wieku podeszłym na całym świecie stanowiła 6,9% - szacuje się, że w roku 2050 wynosić będzie 19,3% [1]. Starzenie się społeczeństw i coraz liczniejsze potrzeby zdrowotne populacji w wieku podeszłym były powodem rozwoju form stacjonarnej opieki długoterminowej, czyli: placówek przejmujących pacjentów wprost ze szpitala do opieki przewlekłej, ośrodków prowadzących leczenie i pielęgnację osób przewlekle chorych niewymagających zabiegów specjalistycznych, ośrodki typowo opiekuńcze dla osób, które nie są w stanie funkcjonować w środowisku rodzinnym, jak również ośrodków dla niepełnosprawnych, będących w trudnej sytuacji materialnej i rodzinnej, które wymagają opieki z powodów socjalnych [2,3].

### „Model Amerykański”

Zgodnie z danymi amerykańskimi osiągnięcie wysokiej jakości usług przy jednocześnie niskich kosztach możliwe jest tylko w systemie różnych, ale

zintegrowanych form opieki (doraźnej w nagłych przypadkach i stałej w zaburzeniach przewlekłych).

Modelem integrującym różne formy opieki (także w zakresie koordynacji i finansowania) są realizowane w USA modele opieki kierowanej: program całościowej opieki nad ludźmi starszymi (**Program All-Inclusive Care for Elderly, PACE**) i programy w ramach ośrodków opieki przejściowej (**Transitional Care Centres, TCC**).

**PACE** umożliwia osobom starszym zakwalifikowanym do przyjęcia do zakładu opiekuńczego przebywanie i funkcjonowanie w środowisku domowym w warunkach pełnego zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych, socjalnych i rehabilitacyjnych. Celem jest zapobieganie hospitalizacji lub umieszczeniu w zakładzie opiekuńczym o ile nie jest to bezwzględnie konieczne.

Świadczenia medyczne są realizowane w każdym miejscu pobytu pacjenta przez różnych specjalistów, współpracujących w ramach zespołu terapeutycznego. System obejmuje opieką pacjentów w domu, poradni, ośrodka opieki dziennej, zakładzie opiekuńczym

i szpitalu, zapewniając dostęp do usług podstawowych i specjalistycznych.

Do opieki tego rodzaju kwalifikowane są osoby powyżej 55. roku życia, które mają skierowanie do zakładów opiekuńczych i mieszkają w rejonie działania ośrodka PACE. Dane wskazują, że są to pacjenci około 80 rż, z 7 - 8 zaburzeniami przewlekłymi, którzy wymagają pomocy w zakresie 2 do 3 czynności życia codziennego.

Usługi medyczne i opiekuńcze oferowane przez program PACE są kontraktowane przez instytucje ubezpieczeniowe (**Medicare** – program ubezpieczenia społecznego dla osób powyżej 65 roku życia lub niepełnosprawnych i **Medicaid** – program dla pacjentów z niskimi dochodami) na zasadzie przelewu przeciętnej kwoty przeznaczonej na opiekę nad jednym pacjentem [2].

Celem **TCC** jest przyspieszenie wypisu pacjenta ze szpitala, rehabilitacja i przygotowanie do powrotu do domu. Ośrodek TCC współpracuje z określonym szpitalem. Przyjmowane są tu osoby wymagające rehabilitacji kardiologicznej, po zabiegach ortopedycznych i udarach mózgu oraz osoby niepełnosprawne, które z powodu nagłej ostrej choroby znalazły się w szpitalu i nie mogą pozostawać same w domu [2].

Powyższe modele mogą współistnieć z następującymi strukturami w ramach których funkcjonują osoby w wieku podeszłym w USA:

- **Retirement community** (RC) lub **active adult community** skupiają społeczność w wieku podeszłym, a modułowe mieszkania są zaprojektowane tak, aby spełniać potrzeby mieszkańców. Wykwalifikowany personel – lekarze i pielęgniarki nie są dostępni przez 24-godziny na terenie ośrodka, ale zwykle obserwuje się stałą współpracę najbliższego ośrodka opieki podstawowej z danym RC. Celem RC jest intensywna aktywizacja społeczności – na ich terenie istnieją kluby zainteresowań, w tym - sportowe, pływalnie, kina, pola golfowe i in. [4]

- **Independent living** (IL) - podstawową ideą jest tu założenie, że pacjenci z jakąkolwiek niepełnosprawnością są ekspertami jeśli chodzi o ich potrzeby, których spełnianie musi być indywidualizowane – najlepiej ze znacznym ograniczeniem instytucjonalizacji. Mieszkania znajdują się na terenie kompleksu wyposażonego w centra rehabilitacyjne i ośrodek zdrowia, w prawdzie dostęp lekarza i pielęgniarki nie jest 24-godzinny, ale łatwiejszy niż w przypadku RC [4].

- **Assisted living residences** lub **assisted living facilities** (ALFs) zapewniają wsparcie pacjentom mającym trudności z aktywnościami dnia codziennego (*activities of daily living*, ADLs). Duży nacisk kładzie się tu na koordynację usług i stały monitoring stanu klinicznego pacjenta z akcentem na bezpieczeństwo i wysoką jakość życia. Ta forma opieki przeznaczona jest dla pacjentów, którzy nie są w stanie już dłużej funkcjonować w ramach IL, ale którzy nie wymagają jeszcze 24-godzinnej opieki zapewnianej przez domy opieki całodobowej (*nursing homes*). *Assisted living* umieszcza się pomiędzy *independent living community* i ośrodkami z wyposażeniem umożliwiającym

24-godzinną opiekę. Z kolei **continuing care retirement facilities** to połączenie *independent living*, *assisted living* i intensywnej opieki pielęgniarskiej w jednym ośrodku. Rezydenci w ramach ALF zwykle mają swoje prywatne moduły (1-2 pokoje mieszkania z samodzielnymi łazienkami i aneksem kuchennym). Nie prowadzi się tu monitoringu 24-godzinnego, a jedynie regularne, zależne od stanu klinicznego pacjenta, wizyty personelu. Ośrodki takie zapewniają posiłki, pranie odzieży i wymianę pościeli. Na terenie ośrodka znajdują się również małe sklepy spożywcze, czy salony piękności. Wykwalifikowana pielęgniarka nie jest obecna na miejscu przez 24-godziny, ale pełni dyżur pod telefonem oraz odpowiada na maile personelu pomocniczego ośrodka przez 24-godziny. Każdy z rezydentów może wybrać swojego lekarza rodzinnego i stomatologa.

- **Nursing homes** – zapewniają opiekę nad pacjentami w najcięższym stanie klinicznym, lekarze i pielęgniarki dostępni są przez 24-godziny, opieka medyczna jest intensywniejsza niż w przypadku ALF – zależna od stanu klinicznego pacjentów [4].

## Zakończenie

Dla pacjenta w wieku podeszłym najważniejszą kwestią gwarantującą dobre samopoczucie jest zachowanie niezależności. Świadomość dużych obciążeń przekraczających wydolność rodziny sprawia, że osoby w wieku podeszłym często decydują się na pobyt w zakładzie opieki. Niezależnie od modelu opieki geriatrycznej oraz stopnia samodzielności pacjenta – wszystkie z wyżej wymienionych modeli opieki zawierają podstawowe czynniki wpływające na jakość życia populacji w wieku podeszłym: system pozyskiwania środków na leczenie, pakiety świadczeń zdrowotno-opiekuńczych i socjalnych przysługujące osobie ubezpieczonej, mechanizm gwarantujący dostępność tych świadczeń, infrastrukturę opiekuńczo-społeczną, architektoniczną i użytkową dostosowaną do potrzeb starzejącego się społeczeństwa, motywowanie do aktywności fizycznej i intelektualnej, ułatwienia w dostępie do obiektów sportowych i rehabilitacji – co znacznie ogranicza marginalizację społeczną spowodowaną wiekiem [5,6].

## Piśmiennictwo

1. Gavrilov L.A., Heuveline P. Aging of Population. In: *The Encyclopedia of Population*. Volume 1, edn. Edited by Demeny P, McNicoll G. New York: McMillan; 2006: 32-37.
2. Szczerbińska K. Modele opieki geriatrycznej w świecie. *Służba Zdrowia*, 2000, 61-64: 35-37.
3. Kurpas D., Staniszweski A., Jasińska A., Steciwo A. Organizacja opieki długoterminowej w krajach Unii Europejskiej. *Fam.Med.Prim.Care Rev.* 2006, 8, 3: 974-981
4. Dane uzyskane dzięki współpracy z Roanoke County BOS VA USA [31.05.2011].

5. Kurpas D., Steciwko A. Opieka nad chorymi w wieku podeszłym w ramach praktyki lekarza rodzinnego. W: *Wybrane problemy wspierania ludzi starszych*, pod red. nauk. Stanisława Rogali; Opole : Wydawnictwo Instytut Śląski Sp. z o.o., 2008: 43-53
6. Kurpas D. Kiedy starość nie jest równoznaczna z zależnością i samotnością - punkt widzenia lekarza rodzinnego W: *Starość i jej konsekwencje społeczno-rodzinne*; pod red. nauk. Stanisława Rogali; Opole : Wydawnictwo Instytut Śląski Sp. z o.o., 2010: 46-53

Adres do korespondencji:

Dr n med. Donata Kurpas

Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej WUM,

ul. Syrokomli 1,

51-141 Wrocław,

Tel/fax. 071/3254341, 0606 323 449

e-mail: dkurpas@hotmail.com

Praca wpłynęła do redakcji: 14.08.2012r.

Po recenzji: 30.08.2012r.

Zaakceptowana do druku: 31.08.2012r.