STAROŚĆ: IMPLIKACJE ETYCZNE

Zbigniew Szawarski
Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – PZH
z.szawarski@uw.edu.pl

Dwie perspektywy

- Starość jest obiektywnym faktem (zjawiskiem), który jest przedmiotem badań naukowych i decyzji klinicznych, społecznych, politycznych
- Starość jest subiektywnym doświadczeniem osoby ludzkiej, która powoli, lecz nieuchronnie zmierza do kresu życia

Starość jako przedmiot oceny moralnej

- Można się starzeć dobrze (najlepszy okres w życiu)
- Można się starzeć źle (najgorszy okres w życiu)
- Co należy uczynić, aby każdy z nas miał na stare late poczucie sensu i wartości życia?

Mitologia zdrowej starości

- Dobra starość to zdrowa starość
- Ale każda starość kończy się śmiercią
- Czy możliwe jest zdrowe umieranie?
- Czy możliwa jest zdrowa śmierć
- Bez względu na rozwój i dostępność technologii medycznych, profilaktykę i standard opieki terminalnej, każdy z nas tak lub inaczej umiera?
- Kiedy umiera dobrze, a kiedy umiera źle?
- Starość jako równia pochyła do śmierci

Martin J. Prince at al, ***The burden of disease in older people and implications for health policy and practice***

The Lancet, Early Online Publication, 6 November 2014
doi:10.1016/S0140-6736(14)61347-7

- 23% of the total global burden of disease is attributable to disorders in people aged 60 years and older.
- The leading contributors to disease burden in older people are **cardiovascular diseases** (30·3% of the total burden in people aged 60 years and older), **malignant neoplasms** (15·1%), **chronic respiratory diseases** (9·5%), **musculoskeletal diseases** (7·5%), and **neurological and mental disorders** (6·6%).
- A substantial and increased proportion of morbidity and mortality due to chronic disease occurs in older people.
- Primary prevention in adults aged younger than 60 years will improve health in successive cohorts of older people, **but much of the potential to reduce disease burden will come from more effective primary, secondary, and tertiary prevention targeting older people**.
- Obstacles include misplaced global health priorities, ageism, the poor preparedness of health systems to deliver age-appropriate care for chronic diseases, and the complexity of integrating care for complex multimorbidities.
- **Although population ageing is driving the worldwide epidemic of chronic diseases**, substantial untapped potential exists to modify the relation between chronological age and health. This objective is especially important for the most age-dependent disorders (ie**, dementia, stroke, chronic obstructive pulmonary disease, and vision impairment**), for which **the burden of disease arises more from disability than from mortality**, and for which **long-term care costs outweigh health expenditure.**
- The societal cost of these disorders is enormous.

Każda starość kończy się śmiercią

- Ale ani medycyna, ani filozofia, ani nawet religia nie przygotowuje pacjenta do śmierci.
- Boimy sie i nie potrafimy rozmawiać o starzeniu się i nieuchronności śmierci
- Cały system medycyny współczesnej zaprogramowany jest na ratowanie, podtrzymywanie, i przedłużanie życia bez względu na jego jakość,doświadczany ból i cierpienie oraz związane z tym koszty
- Jeśli mamy konkretne rozpoznanie, wiemy co robić.
- Jak jednak mamy postąpić w przypadku pacjenta (82) lata, który jest coraz bardziej niepełnosprawny, jednocześnie cierpi na kilka chorób i powoli pogrąża się w demencji?

Fenomenologia starości

- Postępująca utrata sprawność działania
- Postępująca utrata sprawności myślenia i pamiętania
- Postępująca utrata autonomii = utrata możliwości decydowania o sobie, swoich sprawach i swojej przyszłości
- Samotność, izolacja
- Rosnąca zależność od innych
- Słabość, kruchość, bezradność, bezbronność
- Im większy kult młodości, tym większa pogarda dla starości
- POTRZEBA POMOCY

Osoba vs. pacjent

- Człowiek stary potrafi pogodzić się ze śmiercią. (Takie są prawa przyrody).

- Ale nie może pogodzić się z tym, że przestaje być osobą jako ***podmiotem działania*** i staje się zależnym od innych ***przedmiotem działania.***
- Agent = ten, kto działa.
- Patient = ten, kto jest przedmiotem działania

Prawo do - i potrzeba pomocy,

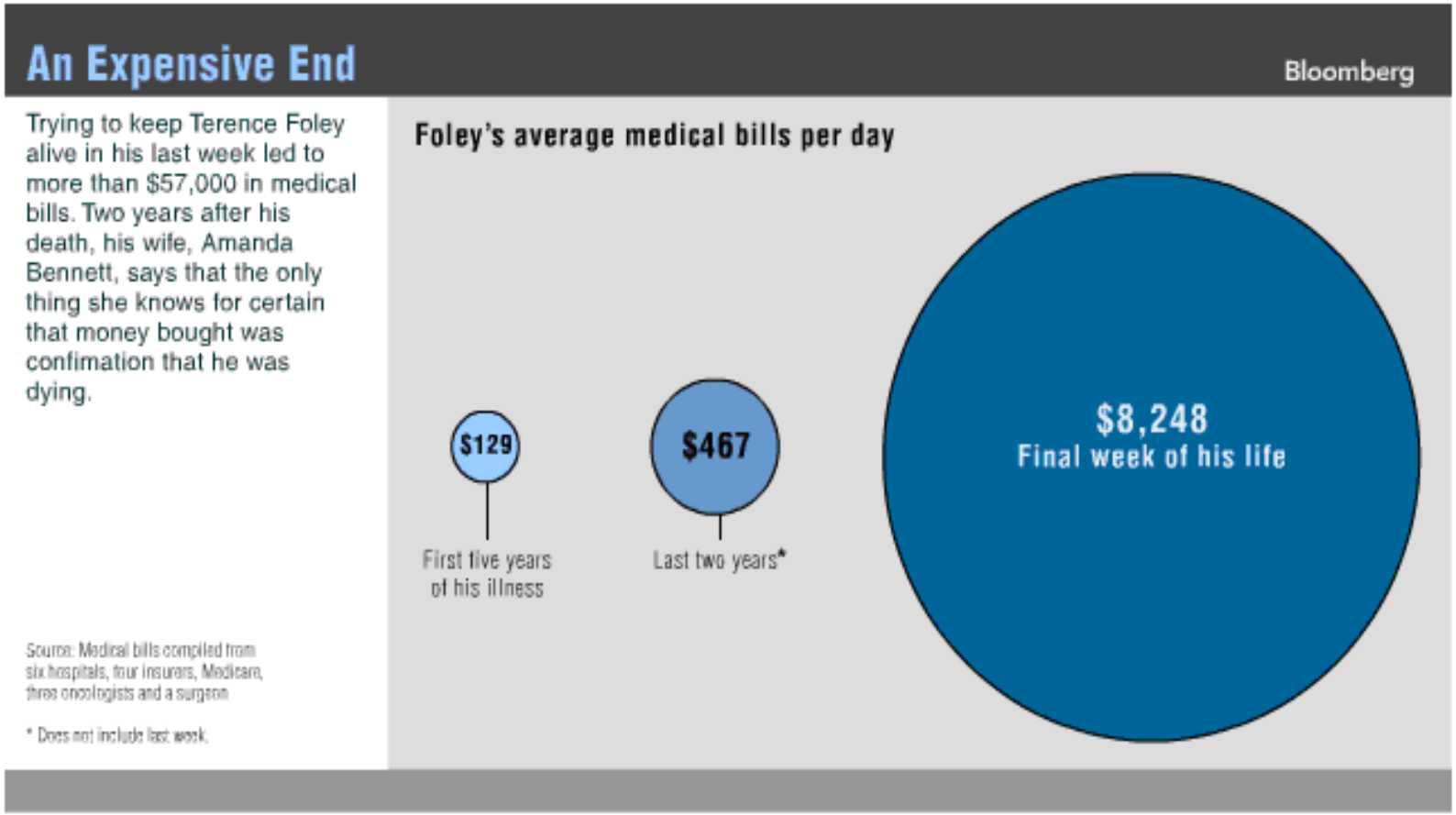
- Prawo do pomocy → obowiązek pomocy
- Kto ma obowiązek pomocy?
  - Rodzina? (Sąsiedzi?)
  - Społeczność lokalna? Samorząd?
  - System zdrowia: lekarze i pielęgniarki?
  - Ubezpieczyciel? Publiczny? Prywatny?
  - Hospicjum (publiczne vs. prywatne)?
  - Hospicjum domowe?
- Natura pomocy – Żyć jak najdłużej i najlepiej?
  - Odejść z godnością?

Ile kosztuje się starzenie się, leczenie i opieka nad człowiekiem starym w okresie terminalnym?

End-of-Life Warning at $618,616 Makes Me Wonder Was It Worth It

AVASTIN, SUTENT +opieka = przeciętne, dzienne koszty leczenia

Rak nerki



http://www.bloomberg.com/apps/news?pid=newsarchive&sid=avRFGNF6Qw_w

Necrotizing fascitis - Martwicze zapalenie powięzi

A vigil full of life-and-death decisions

Lisa M. Krieger faced a series of wrenching decisions, as well as rapidly escalating costs to Medicare, when she hospitalized her 88-year-old father, Ken Krieger. She rushed him to the hospital in July 2011 with a mysterious infection that left him shaking and speaking gibberish.

Daily hospital charges

In thousands

$90 · 80 · 70 · 60 · 50 · 40 · 30 · 20 · 10 · 0

Day 1: $51,147

Diagnosis: Septicemia, an aggressive blood infection from an unknown source. Crashing blood pressure.

Decision: Antibiotics? Yes. Intubation? Yes, to keep him breathing. Vasopressors? Yes, to boost blood pressure.

Day 2: $56,604

Diagnosis: Weak breathing. Infection — where? Agitation.

Decision: General antibiotics? Yes. Maybe they will kill infection. Intubation? Yes. Blood cultures? Yes, to identify microbe. Scans to find source? Yes. Sedation? Yes.

Day 3: $52,727

Diagnosis: Expanding infection on leg. Still mentally unresponsive. Not eating.

Decision: Aggressive and more specialized antibiotics? Let's try it. Feeding tube? No — too invasive. Scan of brain? Yes. Need to know if he's had catastrophic bleeding.

Day 4: $86,890

Diagnosis: High white blood cell count. Group A Streptococcus bacteria found. Diagnosis: Necrotizing fasciitis.

Decision: Antibiotics? Yes. Drug for toxic shock syndrome? Yes. Boost to immune system? Yes.

Day 5: $36,382

Diagnosis: Infection not treatable with antibiotics. Surgery needed to remove infected skin.

Decision: Surgery? No. Too painful, too invasive, couldn't comply with wound care or physical therapy. Antibiotics? No. Won't cure. Ventilator? No. Comfort care only.

Day 6: $10,054

Day 7: $9,603

Day 8: $9,890

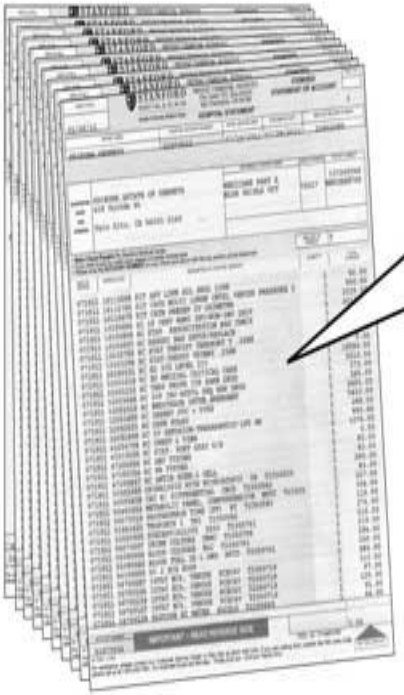
Day 9: $10,260

Day 10: $100

Father dies.

Diagnosis: Surgery could be followed by "a long and bumpy recovery, with no guarantee of success."

Decision: Suspend medical intervention except for palliative care.



The final bill

The 10-page statement lists about 285 items, ranging from $2.05 for acetaminophen to $48,620 for an immunoglobulin treatment.

Total charge: **$323,658**

Amount paid by Medicare: **$67,809**

Balance: **$255,849**

Note: Daily charges don't add up to final charge because of rounding.

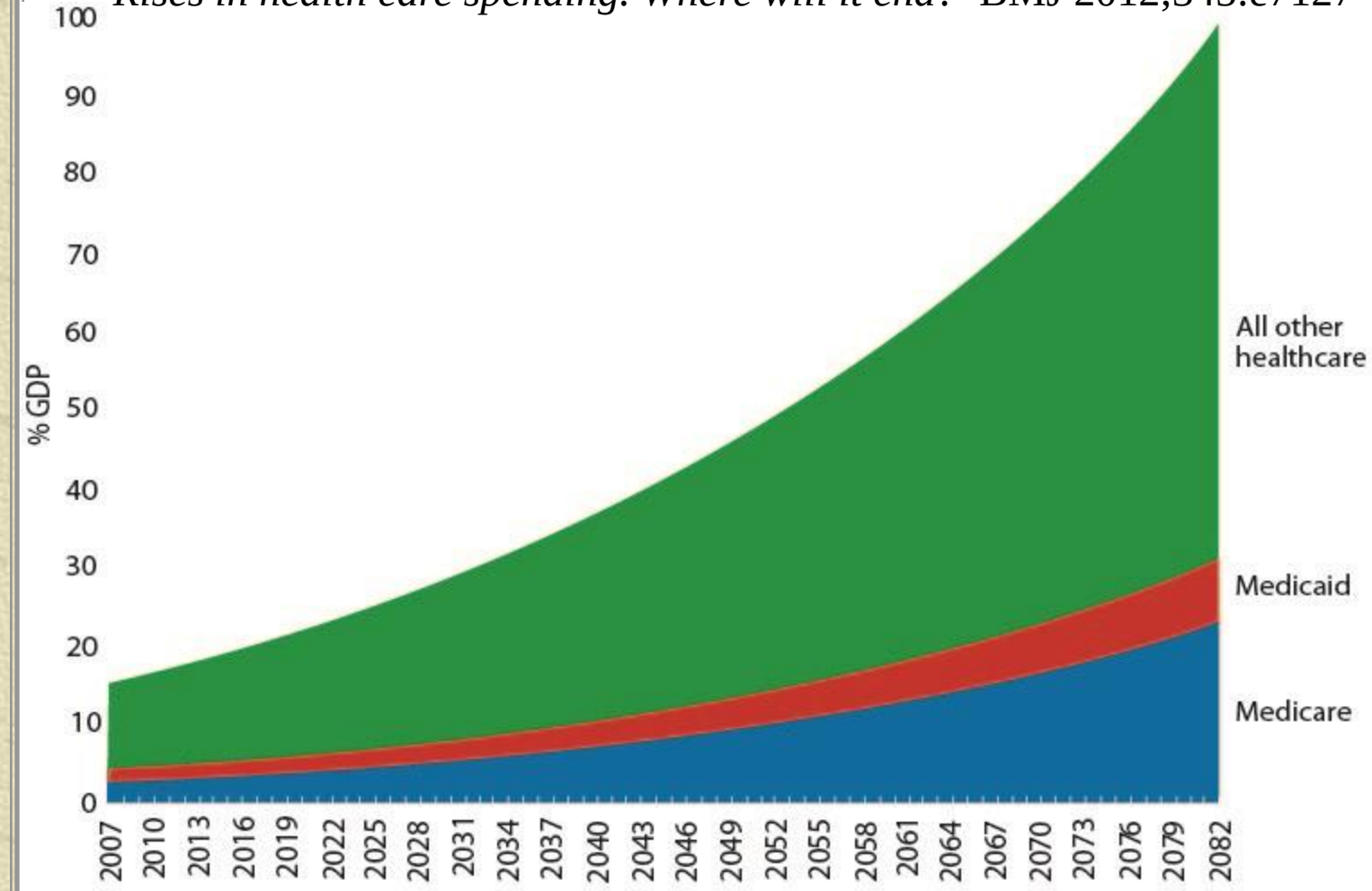
The first five days: Billed at an average of $56,750 a day, primarily from ICU charges ($25,643 a day). Costs spiked on Day 4 with a $48,620 immunoglobulin treatment.

The final days: Billed at about $10,000 a day for a private room ($9,044) and painkillers, for comfort care only.

Source: Stanford Hospital itemized statement

BAY AREA NEWS GROUP

Fig 2|.US healthcare spending projections to 2082: “Excess cost” rate continues at historical averages 8 and covers drivers such as new technology. J. Appelby, *Rises in health care spending. Where will it end?* BMJ 2012;345:e7127



Pytanie najważniejsze

CO POWINNO SIĘ UCZYNIĆ, ABY KAŻDY Z NAS MIAŁ NA STARE LATA POCZUCIE SENSU I WARTOŚCI ŻYCIA W WARUNKACH SZYBKO I SYSTEMATYCZNIE ROSNĄCYCH KOSZTÓW LECZENIA I OPIEKI?