

# Zadania geriatry w systemie opieki zdrowotnej – czas na zmianę istniejącej sytuacji

Dzięki znaczącemu postępowi w medycynie i poprawie warunków życia polskiego społeczeństwa średnia długość życia statystycznego mieszkańca Polski stale wydłuża się. Według danych Głównego Urzędu Statystycznego na koniec 2014 r. liczba osób w wieku 65+ przekraczała w Polsce 5,8 mln, co stanowiło 15,3% ludności. W ostatnich kilkunastu latach obserwujemy dynamiczny wzrost liczby osób w wieku podeszłym. W latach 1989-2014 ich liczba wzrosła o prawie 2 miliony. Przewiduje się, że w 2025 r. odsetek mieszkańców 65+ w naszym kraju przekroczy 23%. Najwyższe tempo wzrostu dotyczy liczby osób w zaawansowanej starości (80 lat i więcej). Ich udział w całkowitej liczbie mieszkańców Polski wydaje się wciąż mały (obecnie ok. 4%), jednak w porównaniu ze stanem sprzed kilkunastu lat liczba tych osób podwoiła się, sięgając na koniec 2014 r. ponad 1,5 mln osób.

Z racji postępującego procesu starzenia i narastającej w związku z tym dysfunkcji wielu narządów i układów prowadzącej do wielochorobowości, pacjenci w wieku podeszłym są grupą o największych potrzebach, jeśli chodzi o usługi lecznicze, rehabilitacyjne i opiekuńcze. Niewątpliwie koordynatorem i „przewodnikiem” po skomplikowanym systemie opieki zdrowotnej w naszym kraju będzie jak dotychczas lekarz rodzinny, który w sytuacjach koniecznych będzie korzystał z pomocy lekarzy specjalistów. Ważną rolę do spełnienia w opiece nad pacjentem w podeszłym wieku ma lekarz geriatra.

**Jednym z najważniejszych zadań geriatry jest kompleksowość opieki, rozumiana na kilka sposobów. Pod tym pojęciem należy rozumieć całościowe spojrzenie na pacjenta w wieku senioralnym.** Powinno ono wyrażać się już na etapie badania klinicznego, które – wykraczając poza zebranie wywiadu lekarskiego (przebytych chorób, obecnych dolegliwości) – ma na celu ocenę wielu aspektów jego zdrowia somatycznego i psychicznego, a także jego zasobów w zakresie wsparcia społecznego i wreszcie potrzeb w różnych sferach życia.

Narzędziem, które w geriatry jest stosowane w codziennej praktyce i umożliwia tak wielokierunkową ocenę pacjenta jest **Kompleksowa Ocena Geriatryczna**. To wielokierunkowy proces diagnostyczny, skierowany do tych pacjentów w wieku podeszłym, u których wielochorobowość, złożone problemy zdrowotne oraz rozwijająca się niesprawność i zależność od opieki mogą w znaczący sposób wpłynąć na rozwój tzw. **wielkich problemów geriatrycznych** (np.

upadki, nietrzymanie moczu, majaczenie) oraz dalsze pogorszenie stanu zdrowia.

Do identyfikacji takich chorych służy **skala VES-13 (Vulnerable Elderly Survey-13)**, która – w oparciu o kilkanaście prostych pytań i wiek pacjenta – pozwala ocenić na ile pacjent po 65 roku życia wymaga bardziej wnikliwej oceny klinicznej. Kompleksowa Ocena Geriatryczna, zaczynając od badania internistycznego (poszerzonego m.in. o pytania o upadki, wahania masy ciała, ocenę stanu psychicznego czy test na hipotonię ortostatyczną), dąży do **oceny pacjenta w 4 głównych obszarach: sprawności funkcjonalnej, zdrowia fizycznego, zdrowia psychicznego oraz warunków socjalno-środowiskowych**. Stosowane w tym celu testy i skale pozwalają na ocenę pacjenta w zakresie radzenia sobie z podstawowymi i bardziej złożonymi czynnościami dnia codziennego (sprawność funkcjonalna), ryzyka upadków, jego stanu odżywienia, również funkcji poznawczych pacjenta i ewentualnych zaburzeń nastroju. Dane z literatury przedmiotu wskazują, że tak prosta w ocenie sprawność funkcjonalna (a nie tylko wydolność fizyczna pacjenta) może być istotnym elementem oceny pacjenta w wieku podeszłym w kontekście przebiegu ostrego zachorowania, hospitalizacji czy odpowiedzi na bardziej intensywne leczenie. Warto podkreślić, że również testy służące ocenie funkcji poznawczych czy zaburzeń nastroju. Najczęstsza postać spośród zespołów otępiennych – choroba Alzheimera może we wczesnym okresie przebiegać w sposób trudny do uchwycenia dla pacjenta czy jego bliskich. Jej powoli rozwijające się objawy umykają uwadze również pracownikom służby zdrowia, którzy pracując w pewnej dyscyplinie czasowej, nie mają czasu oraz odpowiedniej wiedzy do bardziej szczegółowej oceny funkcji poznawczych aniżeli rutynowa rozmowa. Zaburzenia depresyjne przebiegają z kolei częściej w wieku podeszłym pod maską somatyczną, prowadzą niejednokrotnie do żmudnej, szerokiej diagnostyki przyczyn somatycznych i oddalają znacznie w czasie ustalenie właściwej diagnozy i zastosowanie leczenia.

**Kolejnym wymiarem kompleksowości w opiece nad pacjentem w wieku senioralnym – jest zapewnienie starszym osobom nie tylko opieki medycznej, ale również wsparcia służb socjalnych i rodziny.** W Polsce to rodzina jest wciąż największą instytucją opiekuńczą. Stworzenie zasad dobrej współpracy w trójkącie pracownicy ochrony zdrowia – służby socjalne – rodzina, w którego centrum jest pacjent, z pewnością ułatwiłoby pracę i podej- ▶▶



- ▶ mowanie różnych decyzji terapeutycznych pracownikom służby zdrowia i skróciłoby czas hospitalizacji na wielu oddziałach. Przede wszystkim zwiększyłoby również szanse pacjenta na otrzymanie optymalnej dla niego terapii i jak najdłuższe **utrzymanie go we własnym środowisku**, co jest jednym z priorytetów w geriatрії.

Dane z piśmiennictwa wskazują, że interwencje oparte na holistycznej ocenie stanu klinicznego pacjenta, w oparciu o narzędzia kompleksowej oceny geriatrycznej, zaplanowane i wdrażane przez członków interdyscyplinarnego zespołu geriatrycznego z włączeniem pielęgniarki środowiskowej, pracownika socjalnego, rehabilitanta oraz opiekunów rodzinnych skutkują m.in. poprawą stanu funkcjonalnego, zmniejszeniem ryzyka instytucjonalizacji, a w przypadku hospitalizacji w przebiegu ostrego zachorowania, redukcją ryzyka zgonu.

W tym kontekście bardzo wartościowa wydaje się również obecna w ostatnich tygodniach w mediach kampania informacyjna dotycząca opiekunów rodzinnych. Wskazuje ona z jednej strony na ogromne obciążenie emocjonalne i czasowe tych osób, które niejednokrotnie muszą wypełniać jednocześnie inne ważne role społeczne (praca zawodowa, opieka nad innymi członkami rodziny – np. własnymi dziećmi, prowadzenie domu), ale również na ogromną potrzebę edukacji tych osób, dotyczącą właściwej opieki nad chorym członkiem rodziny w podeszłym wieku, możliwości uzyskania konkretnej pomocy i wsparcia.

**Jedną z zalet Kompleksowej Oceny Geriatrycznej jest również ułatwienie pełniejszej oceny potrzeb pacjenta w różnych obszarach, ustalenia listy priorytetów w procesie diagnostyczno-terapeutycznym oraz budowanie sieci wsparcia.** Jedyne holistyczna ocena potrzeb pacjenta w podeszłym wieku, uwzględniająca jego preferencje, czasami z odstępniem od bardziej intensywnych form terapii (graniczących z terapią uporczywą) zwiększa szanse na zapewnienie, oprócz opieki medycznej, również umożliwienie jak najlepszej jakości życia.

**W województwie pomorskim specjalistyczna opieka geriatryczna wymaga zdecydowanego, dalszego rozwoju.** Nadal w naszym województwie brak jest oddziałów szpitalnych, które udzielałyby świadczeń z zakresu geriatрії w oparciu o kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia. W Klinice Chorób Wewnętrznych, Chorób Tkanki Łącznej i Geriatрії (dawniej Klinika Chorób Wewnętrznych, Toksykologii i Geriatрії), w ramach 15-lóżkowego oddziału i w oparciu o kontrakt z chorób wewnętrznych, staramy się wdrażać standardy opieki nad pacjentem w wieku podeszłym. Praktyczną wiedzę z zakresu geriatрії przekazujemy studentom Wydziału Lekarskiego. W programie studiów kierunku lekarskiego od kilkunastu lat realizujemy 30-godzinny kurs geriatрії i gerontologii, kończący się zaliczeniem z oceną. Również studenci Wydziału Nauk o Zdrowiu na kierunkach pielęgniarstwo, zdrowie publiczne i fizjoterapia mają zajęcia z geriatрії i gerontologii prowadzone przez pracowników Zakładu Gerontologii Społecznej i Klinicznej. Warto w tym miejscu wspomnieć, że Uczelnia nasza, jako jedna z niewielu uczelni medycznych w Polsce, cieszy się tak długą tradycją szkolenia przeddyplomowego w zakresie geriatрії. Pracownicy naszej Kliniki prowadzą również szkolenia lekarzy w trakcie obowiązkowych kursów specjalizacyjnych i konferencji.

Cieszy fakt otwarcia na początku września bieżącego roku oddziału geriatrycznego w Samodzielnym Publicznym Specjalistycznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Lęborku. Niestety nadal nie prowadzi on działalności usługowej z powodu braku kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia. W zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej mieszkańcy Pomorza również mają niewiele możliwości. Specjalistyczne Poradnie Geriatryczne funkcjonują jedynie w Trójmieście (3 w Gdyni i 1 w Gdańsku), a liczba zakontraktowanych porad pozwala na objęcie opieką jedynie wąskiej grupy pacjentów. Tymczasem potrzeby społeczeństwa Pomorza w zakresie opieki geriatrycznej są ogromne – osoby po 65 roku życia stanowią na Pomorzu blisko 14%, a w większych miastach, takich jak Gdańsk czy Gdynia, ich udział w ogólnej liczbie mieszkańców jest jeszcze wyższy o kilka procent. Z wielką nadzieją oczekujemy realizacji wspólnego projektu GUMed i WZR w Sopocie dotyczącego poszerzenia bazy szpitalnej i ambulatoryjnej dla pacjentów 65+. Niewątpliwie ukończenie budowy Centrum Medycyny Nieinwazyjnej, gdzie zaplanowana jest 25-lóżkowa Klinika Geriatрії, zdecydowanie przyczyni się do rozwoju opieki geriatrycznej i warunków kształcenia studentów i lekarzy w regionie pomorskim.

dr Hanna Kujawska-Danecka,  
prof. Zbigniew Zdrojewski,

Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych,  
Chorób Tkanki Łącznej i Geriatрії