

GERIATRIA

Geriatry ma twarz starej kobiety

O geriatrycznej liście niemocy i o ambitnej ustawie o szczególnej opiece geriatrycznej mówi prof. dr hab. n. med. Małgorzata Sobieszkańska, kierownik Katedry i Kliniki Geriatrii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.

Prezydent podpisał ustawę o szczególnej opiece geriatrycznej. Dotyczy ona osób powyżej 75. roku życia. Natychmiast nasuwa się pytanie, czy ta cezura wynika ze względów medycznych, z obserwacji, z praktyki, czy po prostu fundusze pozwalają na opiekę dopiero nad grupą powyżej 75 lat.

Myślę, że ta granica wynika raczej z faktu, że „rzeczywistość skrzeczy”. W tle decyzji są pieniądze, ale też braki kadrowe. W tej sytuacji zdecydowano się na 75 plus, tym bardziej że w ciągu dwóch dekad najszybciej będzie się powiększała populacja 80 plus. Czyli spodziewamy się przyspieszonego starzenia się społeczeństwa, i to w najstarszych grupach. Dlatego ta idea budziła radość i nadzieję w środowisku geriatrów, choć oczywiście pozostaje wielki znak zapytania, czy nie pozostanie tylko na papierze. Przypomnę, że za starsza uważamy osobę od 65. roku życia, a nawet od 60., jeżeli ma kilka chorób. Są osoby 60-letnie, u których zdiagnozowano kilka chorób i które borykają się z poważnymi problemami zdrowotnymi. A wielochorobowość jest głównym problemem geriatrii, niestety do tej pory niezauważanym przez Narodowy Fundusz Zdrowia, bo nierozliczanym jako dodatkowa, skomplikowana jednostka.

Powstanie kilkaset dziennych ośrodków opieki geriatrycznej. Tymczasem z tego, co pani mówi, wynika, że podstawowe działania powinny się skupić na tym, żeby jak najmniej osób musiało do nich trafić.

Właśnie. Prewencję powinno się stosować na przykład w odniesieniu do chorób miażdżycowych układu krążenia, bo choroba wieńcowa, zawał serca, udar mózgu, niewydolność serca są czołowymi przyczynami zgonów. A trzeba ją wdrażać już u dzieci, czyli kształtować styl życia, sposób odżywiania, przyzwyczajając do aktywności fizycznej czy niepalenia papierosów.

Jak ocenia pani plany organizacyjne zaproponowane w ustawie?

W ustawie stwierdzono, że mają powstać oddziały geriatryczne, a każdy przeciętny powinien mieć 25 łóżek. Dwa oddziały powinny przypadać na 100 tys. mieszkańców, którzy ukończyli 60 lat. Policzyłam, że w województwie dolnośląskim osób 60 plus jest prawie 800 tys., co oznacza konieczność utworzenia 16 oddziałów geriatrycznych. Tymczasem dzisiaj mamy 47 łóżek, czyli 2 oddziały, brakując zatem 14 oddziałów. Sytuację pogarsza fakt, że jak wykazała kontrola Najwyższej Izby Kontroli, przez ostatnie lata liczba oddziałów się nie zwiększała, lecz zmniejszała. Patrząc na tę tendencję, a także na niechęć lekarzy do rozpo-

czyniania specjalizacji z geriatrii, widzę zasadnicze trudności w realizacji ustawy, szczególnie że poza nowymi oddziałami geriatrycznymi powinny powstać centra 75 plus. Barięrami jest liczba łóżek, a także problemy kadrowe. Tymczasem w tych dodatkowych, nowych centrach mają być również koordynatorzy opieki senioralnej i edukatorzy.

Brakuje też geriatrów.

Tak, na Dolnym Śląsku jest ich 38, a potrzebowalibyśmy 230. Podobnie jest w skali całej Polski – geriatrów jest ok. 600, z czego tylko połowa pracuje na oddziałach albo w poradniach geriatrycznych, których jest także bardzo mało. Brakuje też pielęgniarek geriatrycznych i opiekunów osób starszych. Nie wystarczą same pieniądze i postawienie budynku, nawet dobrze wyposażonego w łóżka i sprzęt niezbędny do opieki nad osobami starszymi, ważni są ludzie. Z roku na rok jest coraz mniej chętnych do specjalizacji z geriatrii. Wprawdzie jest ona na liście priorytetowej, ale drobny dodatek do pensji naprawdę niczego nie załatwia. Tymczasem ludzie starszy przybywa, osoby 60 plus stanowią ok. 23 proc. społeczeństwa. Za 10 lat w wieku powyżej 65 lat będzie co czwarta osoba. Istnieje zatem potrzeba kształcenia lekarzy, opiekunów, fizjoterapeutów, pielęgniarek, ale również tworzenia systemowych, kompleksowych udogodnień i zachęt dla nich. Gdy pacjent jest poważnie chory, trafia do szpitala, gdzie potrzebuje szczegółowej i kosztownej diagnostyki w trakcie długiego pobytu. Tymczasem szpitale liczą koszty. Im dłużej chory jest hospitalizowany, im więcej ma badań, tym trudniejszym jest pacjentem z punktu widzenia wyniku finansowego. Dlatego tak ważna jest prewencja i aktywizacja osób starszych.

Brak łóżek, braki kadrowe – to wszystko oddala realizację ustawy. A co dobrego o jej założeniach możemy powiedzieć już dzisiaj?

Jest to pierwsza inicjatywa kompleksowa. A przecież w geriatryi ważne jest właśnie holistyczne, kompleksowe podejście do chorego, czyli spojrzenie na jego stan fizyczny, mentalny, psychiczny i socjoekonomiczny – zadanie pytania, kto się nim opiekuje, czy ma dostateczną opiekę, czy ktoś będzie mógł mu podać leki, czy ma interakcje z innymi osobami, czy też już niestety nie może mieszkać sam i musimy mu zapewnić pobyt w zakładzie opiekuńczo-leczniczym. To są realne, kompleksowe problemy geriatry. Jego pacjentem nie jest młody człowiek, przychodzący na przykład na operację wyrostka robaczkowego, który później funkcjonuje w zdrowiu. Nie, jego pacjentem jest osoba, która będzie prawdopodobnie borykała się



Fot. archiwum

z różnymi dolegliwościami, na przykład z chorobą zwyrodnieniową stawów, często powodującą unieruchomienie w domu do końca życia.

Jakie pani wprowadziłyby zachęty dla lekarzy, żeby wybierali geriatrów? Co może być skuteczne? Wspomniała pani, że geriatrya jest na liście priorytetowej, lekarze dostają pewne dodatki, jednak – jak widać – nie są one motywujące.

Myślę, że poza pieniędzmi ważne są też warunki pracy. Dzisiaj mniej więcej połowa geriatrów nie pracuje zgodnie ze swoją specjalizacją, którą przecież zrobili z niemałym trudem. Dlaczego? Bo nie ma ani oddziałów, ani poradni geriatrycznych, ani innych placówek, gdzie geriatrzy mogliby znaleźć zatrudnienie. A jest to specyficzna grupa lekarzy, poświęcających się osobom starszym, które na przykład ze względu na zaburzenia wzroku i zespół otępienny często mają trudności z komunikacją. Naprawdę trzeba mieć w sobie dużo empatii, żeby ten zawód wybrać. Tymczasem lekarz robi specjalizację, a potem okazuje się, że nie ma dla niego miejsca w systemie, bo nie ma placówek dla osób starszych. Wracamy zatem do stwierdzenia, że ten projekt jest bardzo piękny w założeniach, tylko pozostaje pytanie, czy rzeczywiście będziemy w stanie go zrealizować. Jak trudno przebić się z zaleceniami w geriatryi, niech świadczy fakt, że test – skalę VES-13 – mają wykonywać wszystkie oddziały szpitalne, żeby wypłacać osoby starsze z podwyższonym ryzykiem. I mówiąc najogólniej – to nie jest do końca realizowane, a przecież dzięki temu wiedzielibyśmy, kto powinien zostać skierowany do geriatry. Tyle że potem trzeba tego geriatrę znaleźć w swoim miejscu zamieszkania, a jeżeli we Wrocławiu jest trudno, to co dopiero w mniejszych miejscowościach, a o wioskach aż strach pomyśleć. Ale realizując ustawę, jesteśmy w stanie może za jakiś czas dogonić kraje skandynawskie czy Niemcy, gdzie nawet w małym miasteczku jest oddział geriatryczny lub poradnia geriatryczna. Niestety, my zapomnieliśmy o tej części społeczeństwa. Przykro to stwierdzić.

Mówimy o odwróceniu złego trendu, czyli o ustawie, która byłaby pozytywnym początkiem drogi, krok za krokiem, a nie próbą cudownego odnowienia geriatryi w ciągu roku. To jest pierwsza refleksja wynikająca z naszej rozmowy. A moje kolejne pytanie jest związane z pewnym niepokojem, że problemy geriatryi zostaną zamiecione pod dywan. Centra geriatryczne będą powstawać bardzo powoli, a ponieważ ich liczba będzie niewystarczająca, geriatrya sprywatyzuje się analogicznie do



stomatologii. Poza tym niedobory kadr i łóżek załatwiają dorosłe dzieci seniorów, które często kosztem własnego życia zaopiekują się rodzicami. W ten sposób rodziny wyręczą system ochrony zdrowia.



Fot. Shutterstock

Jeżeli za miesiąc pobytu w takim prywatnym domu dla seniora trzeba zapłacić ok. 10 tys. zł, to pytanie – kogo na to stać. I właśnie w takich sytuacjach do działania zmuszone są rodziny, których nie stać na prywatny dom opieki, ale mają wyrzuty sumienia i nie decydują się, by oddać seniora do państwowego zakładu opiekuńczo-leczniczego, gdzie brakuje personelu i warunki nie są szczególnie komfortowe. One poświęcają się starszym rodzicom po udarze czy z chorobą Alzheimera, a trwa to latami i odbija się na ich funkcjonowaniu, zdrowiu psychicznym oraz fizycznym. Szczególnie że jeśli rodzice mają po 90 lat, to oni sami też już są seniorami. Przydałoby im się jakieś wsparcie, chociażby na godziny, żeby dzieci seniorów, osoby jeszcze w wieku produkcyjnym, mogły po prostu pójść do pracy, bo nie wszyscy chcą lub mogą sobie pozwolić na rezygnację z niej. Mówi się, że o rozwoju cywilizacyjnym kraju świadczy liczba zgonów noworodków, ale dodam, że również system opieki nad osobami niepełnosprawnymi, psychicznie chorymi, a także starszymi. Tymczasem u nas nie ma kompleksowej opieki nad osobą starszą, od prewencji po rozpoznanie problemu, na przykład wykonanie skринingowego, wstępnego testu VES-13, który trwa kilka minut i może być przeprowadzony podczas rozmowy telefonicznej. Dzięki temu zidentyfikujemy osoby, które powinny być poddane tzw. całościowej ocenie geriatrycznej, jednak to już zajmie ok. półtorej godziny. Tymczasem lekarz rodzinny, który przyjmuje pacjenta co 15 minut, nie ma czasu, żeby przeprowadzić całościową ocenę geriatryczną. Wykonuje się ją w poradni lub na oddziale geriatrycznym. Jest to bardzo cenne, bo w ten sposób

Dobrze, że powstał projekt systemowej opieki nad osobami starszymi, ale konieczne są pieniądze, miejsca, wyposażenie, a przede wszystkim ludzie, którzy będą się opiekować seniorami

”

Wielochorobowość jest głównym problemem geriatryi, niestety do tej pory niezauważanym przez NFZ, bo nierozliczanym jako dodatkowa, skomplikowana jednostka

identyfikujemy osoby o podwyższonym ryzyku zgonu czy niepełnosprawności i staramy się temu przeciwdziałać.

Jak powinna wyglądać pierwsza wizyta seniora u lekarza POZ?

Najlepiej byłoby, gdyby lekarz rodzinny miał możliwość odesłania pacjenta właśnie do specjalisty geriatry, bo taka pierwsza wizyta musi trwać co najmniej godzinę, nawet półtorej. Przeważnie pacjent przedstawia ogromną teczkę dokumentacji pokazującą, w ilu był szpitalach, u ilu lekarzy i ile ma chorób. Potem przedstawia długi spis leków, z czego połowa jest z reguły niepotrzebna, a do weryfikacji konieczne jest właśnie wykonanie całościowej oceny geriatrycznej. Lekarz rodzinny nie może sobie na to pozwolić. Można natomiast wyznaczyć na przykład lekarza medycyny rodzinnej zainteresowanego geriatrą albo w trakcie specjalizacji z geriatryi, by przeprowadził skróconą ocenę geriatryczną. Zaczynamy od skali VES-13, potem dobrze jest dokonać tzw. oceny stanu funkcjonalnego, zorientować się, czy pacjent jest w stanie funkcjonować w środowisku domowym, a to jest minimum. Trzeba ocenić możliwość wykonywania podstawowych czynności życia codziennego. Odpowiedzieć na pytanie, czy pacjent potrafi samodzielnie skorzystać z toalety, przemieścić się z łóżka na fotel, spożyć posiłek, umyć się. Kolejne pytania dotyczą tzw. złożonych czynności życia codziennego, czyli funkcjonowania poza domem. Pytamy, czy pacjent jest w stanie korzystać z telefonu, zrobić opłaty przez internet lub na poczcie, pójść na zakupy, przemieścić się środkami transportu miejskiego, wykonać podstawowe porządki, zrobić pranie. Reasumując – czy może właściwie funkcjonować bez pomocy osób postronnych. Służą do tego dwie dość proste skale – Katza (test ADL) i Lawtona (test IADL), które – stosowane na przykład co pół roku – pozwalają się zorientować, czy funkcjonalność nie spada, bo to już jest sygnał alarmowy. Poza tym mamy testy, dzięki którym możemy wykryć początki sarkopenii, czyli nadmiernego zaniku masy mięśniowej, który przekłada się głównie na spadek siły mięśni. Jeżeli chodzi o funkcje mentalne, istnieje bardzo prosty test AMTS (skrócony test sprawności umysłowej), czyli dziesięć prostych pytań, typu data urodzenia, kto jest prezydentem Polski, kiedy wybuchła II wojna światowa. Jeżeli na pięć z nich pacjent nie umie odpowiedzieć, mamy podejrzenie zaburzeń otępiennych, zaburzeń pamięci. Można jeszcze przeprowadzić weryfikację leków, które stosuje pacjent. To naprawdę ogromny problem. Niektórzy przyjmują po kilkanaście leków, a jeśli do tego dodadzą suplementy bez recepty i leki przeciwbólowe, przeciwbólowe bez recepty, które mają bardzo poważne niepożądane działania uboczne, to lista jeszcze się wydłuża.

Placówki POZ czy niepubliczne ZOZ-y, które mają poradnię geriatryczną, są wygrane. Jeżeli natomiast nie ma geriatry, to niestety ze względu na czas, jaki trzeba poświęcić pacjentowi przy pierwszej wizycie, sprawa robi się problematyczna. Czyli wracamy do stwierdzenia, że idea jest szczytna. Dobrze, że powstał projekt systemowej opieki nad osobami starszymi, ale koniecznie są pieniądze, miejsca, wyposażenie, a przede wszystkim ludzie, którzy będą się opiekować seniorami.

Czy w pani klinice szkołą się młodzi geriatryści?

W tej chwili jest dwoje rezydentów. Bardzo się cieszymy, bo nie ma chętnych po kierunku lekarskim, by specjalizować się w geriatryi. Absolvenci wolą medycynę rodzinną, już nie mówiąc o endokrynologii, radiologii czy kardiologii. Dlaczego? Bądźmy szczerzy – w przyszłości są to większe pieniądze.

Przyszłość należy jednak do geriatryi.

Należy, bo za 10 lat co czwarta osoba będzie w wieku powyżej 65 lat, a duża część w wieku 85 lat i więcej. W tej chwili 90-latkowie czy dobiegający setki nie są wyjątkami i całkiem dobrze funkcjonują, jednak wymagają wsparcia psychicznego, pomocy w poruszaniu się, załatwianiu pewnych rzeczy. Dlatego tak ważne byłoby kompleksowe podejście, opiekun na stałe, pobyt w dziennym domu opieki, w którym seniorzy mieliby kontakt z rówieśnikami i z osobami młodszymi. Ważne jest też, żeby mogli się szybko przebadac, zanim będzie za późno. Jeżeli jednak na przyjęcie na kliniczny oddział geriatryczny czeka się od pół roku do roku, to niestety sytuacja jest dosyć smutna. Potrzeba środków finansowych, sił i zachęt. Środowisko geriatrów od lat stara się zachęcić kolejnych ministrów zdrowia do większego zainteresowania geriatrą, bo naprawdę głównie na tej grupie pacjentów skupia się medycyna. Wystarczy się przyjrzeć, kto leży w szpitalach i kto przychodzi do przychodni, chociażby do lekarza rodzinnego – większość to osoby w wieku senioralnym. To przypadki bardzo złożone, z wielochorobowością, w których trzeba poświęcić czas także na psychoterapię. Dla pacjentów w wieku senioralnym na drugim miejscu są samopoczucie fizyczne i stan zdrowia, na pierwszym są interakcje z ludźmi, bo oni czują się osamotnieni. I, że to ktoś się nimi zainteresuje, jest dla nich wartością bezcenną. Ale to wystarczy wymaga czasu i ludzi, którzy się tym zajmą, a do tej pory niestety – i powie to każdy geriatra z naszego nielicznego grona – problemy geriatryi nie były traktowane z należytą uwagą. Nie wystarczy dać starszym ludziom pieniądze, oni muszą mieć możliwość dobrze je wydać. Tymczasem często nie są w stanie wyjść z domu, bo są niepełnosprawni albo zapominają i nie wiedzą, co mają sobie kupić. Polski senior to bardzo często samotna kobieta, bo one żyją dłużej, siedząca w domu miesiącami, o której właściwie cały świat zapomina.

Rozmawiała Iwona Konarska