

Marzena Dubiel, Alicja Klich-Rączka

# Specyficzne potrzeby lecznicze osób starszych a kształcenie geriatrów. Dlaczego geriatria jest specjalizacją ważną i dlaczego ciągle brakuje geriatrów?

**Słowa kluczowe:** geriatria, całościowa ocena geriatryczna, kształcenie geriatryczne, chorowanie w starości

## ■ Wprowadzenie

Temat opieki medycznej i społecznej nad osobami starymi, uwzględniającej ich specyficzne, a wynikające z niepełnosprawności funkcjonalnej i wielochorobowości potrzeby zdrowotne, w kontekście stale powiększającej się populacji osób w wieku podeszłym, jest obecnie jednym z kluczowych zagadnień i problemów bądź – jak ujęliby to w słowa przedstawiciele narodów o dużym wskaźniku optymizmu – wyzwania współczesnego, rozwiniętego świata [1]. Pojawia się pytanie, na które nie znamy odpowiedzi, a mianowicie, czy dożyjemy późnej starości w dobrej kondycji fizycznej i psychicznej, a tylko ostatni etap życia będzie polegał na skondensowaniu problemów zdrowotnych (*compression of morbidity*) z odpowiednim zabezpieczeniem ze strony systemu ochrony zdrowia, czy też nasza późna starość i starość nadchodzących pokoleń będzie cechowała się znaczną niepełnosprawnością, dużym odsetkiem osób z „zespołem słabości”, a co się z tym wiąże – z dużym uzależnieniem i niewystarczającym zabezpieczeniem ze strony państwa i instytucji [2]. Ta druga wizja, zdecydowanie mniej optymistyczna, wydaje się bardzo prawdopodobna. Dlatego obecnie jednym z najważniejszych zadań stojących przed rządami i społecznościami wielu krajów świata, w tym Polski, jest podjęcie działań służących zabezpieczeniu szeroko rozumianej opieki zdrowotnej dla powiększającej się populacji osób starych. Nie będzie możliwości odłożenia problemu czy ucieczki przed poważnymi decyzjami dotyczącymi tej grupy społecznej.

Historia medycyny pokazuje, jak zmieniały się w ciągu wieków priorytety ochrony zdrowia. W przeszłości największym problemem wpływającym i kształtującym wielkość i skład populacji były choroby zakaźne. To epidemie tych schorzeń, w dobie niskiego statusu higienicznego, braku antybiotyków i szczepień profilaktycznych, leków przeciwwirusowych czy przeciwwirusowych, dziesiątkowały populacje i miały najistotniejszy wpływ

na przeżycie. Po „uporaniu” się z problemem schorzeń zakaźnych kolejne lata przyniosły zainteresowanie chorobami z kręgu tzw. schorzeń cywilizacyjnych. Nauczylimy się identyfikować czynniki ryzyka schorzeń sercowo-naczyniowych oraz diagnozować i leczyć te choroby. Postęp medycyny sprawił, że także chorzy obciążeni schorzeniami sercowo-naczyniowymi, neurologicznymi, internistycznymi, otyłością żyją długo i „dożywają” okresu rozwoju chorób będących ich konsekwencją, np. niewydolności serca lub nerek czy też okresu kumulacji licznych schorzeń przewlekłych i często związanej z tym niepełnosprawności funkcjonalnej.

## 1. Specyfika chorowania w podeszłym wieku – niepełnosprawność i zespół słabości

Choroby wieku podeszłego możemy podzielić na takie, których przebieg jest odmienny w przypadku osób starych (*in aging*), oraz takie, które są charakterystyczne i najczęściej występują w wieku podeszłym (*of aging*). Przykładem choroby pierwszej grupy może być choroba niedokrwienna serca, nadciśnienie tętnicze czy cukrzyca typu 2, do drugiej natomiast zaliczamy otępienie, osteoporozę, nietrzymanie zwieraczy. Częstość występowania różnych dolegliwości w grupie osób starszych opisuje, wielokrotnie cytowane, badanie gerontologiczne dotyczące sytuacji zdrowotnej i społecznej zrealizowane w latach 1999–2000, którego wyniki przedstawia **Tabela I** [3].

Chorowanie w starości wiąże się z rozwojem niepełnosprawności i uzależnienia. Niepełnosprawność osób starszych może mieć charakter psychiczny, może wynikać z chorób przewlekłych lub być skutkiem jednej tylko choroby, ale o poważnych następstwach funkcjonalnych (np. udar mózgu) i prawie zawsze, przy braku wystarczającego, szeroko rozumianego wsparcia społecznego, prowadzi do izolacji i wykluczenia. Na szczęście, nawet w starości, istnieje zjawisko potencjalnej odwracalności

Problem geriatryczny	Odsetek badanych
Bole stawów i kręgosłupa	69,2
Dolegliwości sercowo-naczyniowe	58,6
Zawroty głowy, zaburzenia równowagi, upadki	29,5
Zaburzenia neurologiczne	26,1
Zaburzenia w oddawaniu moczu	22,1
Oslabienie widzenia	40,4
Oslabienie słuchu	32,3
Upośledzenie lokomocji	32,5
Uzależnienie od pomocy opiekuna	46
Niepełnosprawność intelektualna	25,5

**Tabela I.** Częstość występowania różnych dolegliwości w wieku podeszłym.

Źródło: Polska starość 2002 [3].

ryzyka niepełnosprawności poprzez odpowiednie leczenie i kontrolę chorób przewlekłych, wczesną rehabilitację i odpowiednie odżywianie oraz promocję aktywności umysłowej i społecznej.

Grupą szczególnie narażoną na rozwój niepełnosprawności, niezwykle „wrażliwą” na bodźce zakłócające, są osoby starsze i słabe (*frail*) [4, 5]. Jest to równocześnie grupa, która często przy stosunkowo niewielkiej i niewymagającej dużych nakładów finansowych interwencji może osiągnąć korzyść w postaci utrzymania niezależności. Uważa się, że zespół słabości, który zostanie opisany poniżej, powinien być rozważany przy każdej okazji, kiedy omawiane są problemy geriatryczne. Na wspomniany zespół składają się następujące cechy:

- Sarkopenia, czyli utrata masy mięśniowej.
- Utrata masy ciała/niedożywienie.
- Zmniejszona siła, tolerancja wysiłku.
- Spowolnienie motoryczne.
- Zaburzenia równowagi.
- Niska aktywność fizyczna.
- Duża wrażliwość na bodźce.
- Duża wrażliwość na stresory.

Patofizjologia zespołu słabości jest złożona i obejmuje zaburzenia metaboliczne, hormonalne i neurohormonalne, proces zapalny, dysfunkcję układu immunologicznego, ale jej szczegóły są nieistotne z punktu widzenia tego opracowania. Ważne natomiast jest to, że wczesne rozpoznanie zespołu i wdrożenie odpowiednich działań prewencyjnych może znacząco przesunąć w czasie moment całkowitego uzależnienia od opiekunów czy instytucji, ponieważ może poprawić funkcjonowanie osoby starszej i słabej w jej dotychczasowym środowisku. Przykładem interwencji mogą być: modyfikacja leczenia, odpowiednie buty i pomoce ortopedyczne, aparat słuchowy, okulary, likwidacja barier architektonicznych, oświetlenie w domu, uchwyty w toalecie i pod prysznicem. Najważniejszą interwencją jest odpowiednie, zdrowe odżywianie i rehabilitacja ruchowa.

Poddając analizie problemy zdrowotne związane ze starzeniem się populacji, należy spróbować odejść od powszechnego i błędnego założenia, że proces starzenia się jest procesem chorobowym. W medycynie geriatrycznej wyróżniamy bowiem populacje seniorów prawidłowo, czyli pomyślnie, starzejących się oraz populację seniorów chorujących. Model pomyślnego starzenia się zakłada niewystępowanie istotnych chorób przewlekłych, zachowaną sprawność fizyczną i psychiczną oraz zaangażowanie społeczne, które powinno także obejmować aktywność zawodową i pozazawodową, taką jak na przykład wolontariat. Ta grupa to odbiorcy działań z dziedziny promocji zdrowia, czyli seniorzy, którzy będą chcieli jak najdłużej zachować swoje zdrowie i sprawność.

Chorowanie w starości różni się od chorowania osób młodszych ze względu na odmienną symptomatologię, czyli inne objawy chorobowe, odmienny przebieg schorzeń, inne strategie postępowania, odmienne rokowanie i najczęściej inne tło psychospołeczne, w które, w warunkach Polski, należy wpisać niski poziom wykształcenia i ograniczoną świadomość zdrowotną osób starszych, małą popularność aktywności prozdrowotnych, a także, dość często, brak odpowiedniego nadzoru nad procesem leczenia, zarówno ze strony opiekunów, jak i instytucji ochrony zdrowia.

Chorujący starszy człowiek charakteryzuje się często wyczerpanymi możliwościami kompensacyjnymi organizmu, stąd przebieg niektórych chorób jest znacznie cięższy, a rokowanie zwykle bardziej poważne niż w wieku średnim czy młodości. Postępowanie z chorym w wieku podeszłym wiąże się z wyznaczaniem każdorazowo indywidualnej granicy pomiędzy tym, co akceptujemy, nie traktując jako zjawisko chorobowe, a tym, co uznajemy za patologię wymagającą leczenia. Dlatego jedną z podstawowych zasad geriatry jest indywidualizacja podejścia diagnostycznego i terapeutycznego.

Chorowanie w starości cechuje także współwystępowanie wielu chorób przewlekłych i związana z tym wielolekowość. Starsi chorzy z racji obciążenia dużą liczbą schorzeń oraz licznymi skargami somatycznymi przyjmują dużo różnych leków oraz liczne preparaty dostępne w aptekach i sklepach zarówno bez recepty, jak i leków przepisywanych przez różnych lekarzy. Zażywanie leków przez osobę starszą, której organizm różni się od organizmu osoby młodej, mającą ograniczoną funkcję narządów absorbujących, metabolizujących i wydalających leki, wiąże się z dużym ryzykiem działań niepożądanych (a często i niebezpiecznych) interakcji lekowych. Skutkiem opisanego wyżej zjawiska jest sytuacja, w której chory zgłasza się do lekarza z powodu dolegliwości będących *de facto* skutkiem interakcji zażywanych leków lub też samym działaniem ubocznym leków, w rezultacie otrzymuje kolejny lek na tę dolegliwość, co znacznie pogarsza sytuację. Opisane zjawisko nazywamy kaskadą przepisywania. Co gorsza, chorzy dość często z pełną akceptacją przyjmują przepisane kolejne leki, a nierzadko sceptycznie i z niechęcią podchodzą do próby zredukowania leczenia. Autorkom niniejszego artykułu znane są osoby starsze przyjmujące kilkadziesiąt tabletek dziennie.

Chorowanie w starości jest nieodłącznie związane z koniecznością podejmowania przez lekarza zajmującego się starszym chorym trudnych decyzji, np. czy diagnozować przyczynę dolegliwości lub choroby, czy też wdrożyć postępowanie mające na celu złagodzenie objawów, bez agresywnego poszukiwania źródła dolegliwości, oraz jak daleko sięgać w procesie diagnostycznym, jakie procedury proponować i kiedy zaprzestać dalszych „poszukiwań”. Czy aktywnie poszukiwać chorób, czy też zakładać, że jeśli nie dają objawów i nie wpływają na komfort chorego, to nie należy koniecznie nadawać im nazwy. Jest to problem istotny w przypadku osób z licznymi schorzeniami przewlekłymi, niepełnosprawnych, z zaburzeniami funkcji poznawczych, z zespołem słabości, dla których procedury diagnostyczne i lecznicze oraz hospitalizacje związane są ze szczególnie dużym odsetkiem powikłań [6, 7]. Odwrotne zjawisko będzie dotyczyć seniorów, którzy będą dożywać późnego wieku wolni od schorzeń przewlekłych. Ta grupa chorych będzie musiała zostać objęta badaniami skreeningowymi, procedurami chirurgicznymi oraz ortopedycznymi, a także agresywnym leczeniem schorzeń nowotworowych.

Kolejnym problemem związanym z leczeniem osób w wieku podeszłym, szczególnie obciążonych licznymi schorzeniami przewlekłymi, jest podejmowanie pewnych działań diagnostycznych i leczniczych wyłącznie z powodu obawy lekarza przed ewentualnymi zarzutami ze strony chorego lub jego rodziny o ich niepodjęcie. Jest to obecnie coraz większy problem w medycynie w ogóle, a w geriatryi szczególnie. Zjawisko nazywane jest „medycyną obronną”, czyli polegającą na podejmowaniu działań, często niezwykle kosztownych, obciążających chorego oraz niemających żadnego uzasadnienia z punktu widzenia tzw. zdrowego rozsądku, ale chroniących lekarza przed zarzutem zaniechania lub niedopełnienia obowiązków. Takie podejście podnosi koszty leczenia, niejednokrotnie obciąża chorego procedurami, które same w sobie niosą ryzyko powikłań, oraz sprawia, że komfort pracy lekarza znacznie się obniża, ponieważ *implicite* nastąpiła zmiana priorytetów, z wyłącznej troski o chorego na troskę o swój interes i bezpieczeństwo zawodowe.

## 2. Ryzyko związane z hospitalizacją osób starszych

Poruszając problem chorowania osób starszych, należy poświęcić uwagę hospitalizacji. Korzystanie z opieki szpitalnej w starszym wieku jest częstsze niż w młodszym, a największy wzrost korzystania z usług szpitala zachodzi w ostatnim roku życia. Osoby starsze w Polsce nie korzystają z oddziałów geriatrycznych, ponieważ w wielu rejonach kraju takich nie ma, a w tych, w których są, jest ich stanowczo za mało. Jednocześnie zbyt często osoby starsze kierowane są do szpitala, ponieważ brakuje innych form opieki lub są one trudno dostępne. W sytuacji załamania stanu zdrowia hospitalizacja jest w wielu wypadkach jedyną możliwością zapewnienia choremu pomocy i opieki. Tymczasem starsi pacjenci doświadczają w szpitalu licznym powikłań, do których należą: infekcje szpitalne, komplikacje procedur diagno-

stycznych i leczniczych oraz działania uboczne leków, niedożywienie, odwodnienie, sarkopenia, błędy medyczne, choroby jatrogenne, majaczenie, rozwój odleżyn, postęp niepełnosprawności, upadki, zatorowość płucna, zaburzenie rytmu sen–czuwanie, nietrzymanie moczu i stolca, depresja i izolacja. To właśnie „niepotrzebne hospitalizacje” powodują zwiększenie ryzyka komplikacji i nierzadko dochodzi do sytuacji, w której schorzenie będące przyczyną hospitalizacji jest wyleczone, ale stan chorego nie pozwala już na jego powrót do domu z uwagi na dramatyczny postęp niepełnosprawności i pogorszenie stanu ogólnego. Do tego przyczynia się brak procedur i narzędzi diagnostycznych, identyfikujących chorych o największym ryzyku komplikacji (np. chorych z zespołem słabości), niska edukacja personelu na wszystkich szczeblach wykształcenia medycznego, słaba współpraca interdyscyplinarna, niedobór personelu pielęgniarskiego, opiekuńczego, niedostateczna liczba rehabilitacji, szczególnie w zakresie reedukacji czynności dnia codziennego, brak precyzyjnej kontroli nad powikłaniami hospitalizacji, „cisza” na temat komplikacji szpitalnych, brak rejestru zdarzeń niepomyślnych, dowolność w zgłaszaniu działań niepożądanych, niskie nakłady na działania prewencyjne, brak oddziałów geriatrycznych. W opiece medycznej nad starym chorym hospitalizacja prawie zawsze jest wyborem mniejszego zła, ale w sytuacji braku innych, zastępczych form leczenia i braku oddziałów geriatrycznych bywa koniecznością.

## 3. Powstanie i rozwój geriatryi

Nazwa „geriatria” po raz pierwszy pojawiła się w publikacji Nashera w „New York Journal of Medicine” w 1909 roku. Nazwa pochodzi od dwóch greckich słów: *iatros* oznaczający uzdrowiciela i *geros* oznaczający starego człowieka. Nasher porównywał geriatrę z pediatrą i sugerował, że medycyna wieku podeszłego powinna być odrębną specjalizacją. Autor tej publikacji już wtedy wskazywał na niebezpieczeństwa związane z przepisywaniem leków chorym w podeszłym wieku. Za „matkę” europejskiej geriatryi uważa się Marjorie Warren, która założyła pierwszy oddział geriatryczny po to, żeby w szczególny sposób oceniać i leczyć osoby w podeszłym wieku [8]. Pani Warren już wtedy zauważała i wprowadzała konieczność szybkiego uruchamiania chorych, rehabilitację i konieczność stworzenia planu wypisowego oraz maksymalnego skrócenia czasu hospitalizacji, co – niestety – nie zdarza się we współczesnych polskich szpitalach, choć minęło tak wiele lat.

Geriatria będąca medyczną gałęzią gerontologii, która jest nauką szeroko i na wielu płaszczyznach zajmującą się starzeniem, jest specjalizacją rozwijającą się w odpowiedzi na starzenie się populacji. Pewne kanony medycyny geriatrycznej weszły już do codziennej praktyki klinicznej, a inne, choć proste i tanie z punktu widzenia wydatków na ochronę zdrowia, wciąż nie są wdrażane.

#### 4. Rola i zadania lekarza geriatry a zdobywanie specjalizacji

Od lekarza geriatry oczekuje się zarówno typowych medycznie, jak i specyficznych umiejętności lekarskich. Jednym z podstawowych zadań geriatry jest tzw. całościowa ocena geriatryczna (COG) [2]. COG jest procesem, który z założenia jest holistyczny, czyli uwzględnia problemy zdrowotne, psychiczne i socjalne starego człowieka, nie patrząc na niego jedynie przez pryzmat jego skarg albo niedomagania konkretnego narządu czy układu. Celem oceny geriatrycznej jest nie tylko poznanie stanu zdrowia, stanu funkcjonalnego, psychicznego i środowiska socjalno-społecznego starego człowieka, ale przede wszystkim ustalenie i scharakteryzowanie na podstawie tej oceny konkretnego, długoterminowego planu postępowania z chorym. Istnieją pewne „markery” potrzeby przeprowadzenia COG i są to typowe wskaźniki „zespołu słabości”. Należą do nich: brak możliwości samodzielnego wykonywania jednej lub więcej czynności należących do tzw. czynności dnia codziennego, czyli mycia się, ubierania, korzystania z toalety, kontroli nad zwierzcami, przemieszczania z łóżka na fotel, samodzielnego zjadania posiłków, a także przebyty udar mózgu, depresja, ośpienie, upadki w wywiadzie, nieplanowane hospitalizacje, problemy w chodzeniu, niedożywienie, przedłużający się pobyt w łóżku czy nietrzymanie moczu lub stolca. „Zaletą” geriatry i źródłem satysfakcji geriatry jest to, że jest to jedna za specjalizacji, w których czasami bardzo prosta interwencja poprzedzona prostą oceną może wpłynąć w sposób znaczący na komfort, jakość życia i dalsze losy chorego. Geriatra jest także specjalistą, który nie potrzebuje do wykonywania swojego zawodu niezwykle skomplikowanej czy kosztownej aparatury, a narzędzia jego oceny to dobrze zebrany wywiad, podstawowe badania diagnostyczne oraz bateria testów służących ocenie stanu psychicznego, ryzyka upadków czy stanu odżywienia, którą można przeprowadzić w każdych warunkach, praktycznie „przy łóżku chorego” [9].

Istotnym zadaniem lekarza geriatry jest zbieranie kompleksowego wywiadu o pacjencie, szczególnie w sytuacji, gdy spotyka się po raz pierwszy z chorym. Wywiad ten dotyczy zarówno spraw zdrowotnych, jak i socjalnych. W pierwszym ocenia się funkcje poznawcze, w tym pamięć, status funkcjonalny, chód, równowagę, stan odżywienia itd., zgodnie z procedurami przedstawionej wyżej całościowej oceny geriatrycznej. Wywiad socjalny geriatra prowadzi nie tylko z chorym, ale także z jego rodziną, nierzadko identyfikując problemy w rodzinie chorego, z którymi „trzeba coś zrobić”. To powoduje, że lekarz geriatry musi mieć zarówno szersze kompetencje, jak i więcej czasu na kontakt z chorym. W takim czasie można by zbadać kilku młodszych chorych w warunkach innej poradni specjalistycznej.

Istotną cechą pracy lekarza geriatry jest praca w terenie. Dość często starszy chory nie może przyjść do lekarza sam, bo nie pokona barier architektonicznych, bo najczęściej nie ma opiekuna, który w godzinach pracy lekarza może mu towarzyszyć, zatem w warunkach niedostatku transportu medycznego i co najmniej niedosko-

nałej organizacji opieki lekarz musi do chorego przyjechać. To ogranicza gotowość lekarzy do podjęcia pracy wymagającej wizyt i opieki domowej.

Zdobywając szeroką wiedzę o starszym pacjencie i systematycznie się z nim kontaktując, geriatra niejednokrotnie powinien podejmować się funkcji koordynatora procesu leczenia. W sytuacji gdy starszy pacjent leczy się u wielu specjalistów, stosuje się do wielu zaleceń. Konsekwencją tej sytuacji jest polipragmazja, czyli leczenie licznymi lekami, błędy leczenia oraz występowanie działań ubocznych leków.

Ta wielość potrzebnej wiedzy i umiejętności specjalisty w geriatryi powoduje, że kształcenie specjalistyczne jest wymagające.

Zgodnie z obowiązującymi zasadami kształcenia specjalistycznego geriatrą może zostać osoba posiadająca specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty chorób wewnętrznych, medycyny ogólnej, medycyny rodzinnej i neurologii. Lekarz kończący szkolenie specjalizacyjne powinien mieć szeroką wiedzę teoretyczną z zakresu biologii i charakterystyki starzenia się, demografii starzenia się, odmienności symptomatologii i przebiegu chorób w wieku podeszłym, wielkich problemów geriatrycznych, kardiologii geriatrycznej, chorób płuc, chorób układu moczowo-płciowego, chorób układu pokarmowego w wieku podeszłym, chorób metabolicznych i gruczołów wydzielania wewnętrznego, chorób hematologicznych, chorób układu mięśniowo-szkieletowego itd. Geriatra musi także posiadać pewne szczegółowe umiejętności praktyczne, które obejmują umiejętność korzystania i stosowania podstawowych narzędzi oceny stanu psychicznego, czynnościowego, chodu i równowagi, stanu odżywienia itd. Program geriatryi obejmuje także 14 kursów z tematyki schorzeń wieku podeszłego, organizowanych przez upoważnione podmioty oraz staż podstawowy z geriatryi i cztery staże kierunkowe na oddziałach neurologii, psychiatrii, rehabilitacji oraz w zakładzie opiekuńczo-leczniczym.

Czas trwania specjalizacji w dziedzinie geriatryi wynosi 2 lata dla specjalistów II stopnia albo specjalistów chorób wewnętrznych lub medycyny ogólnej, a dla lekarzy specjalistów medycyny rodzinnej 3 lub 4 lata.

Tytuł specjalisty w dziedzinie geriatryi uzyskuje się po zdaniu egzaminu państwowego, na który składa się test, a po jego zdaniu obowiązuje jeszcze egzamin praktyczny i ustny.

W sumie – specjalistą w dziedzinie geriatryi staje się lekarz dość późno w toku życia zawodowego. To może nie być dla wielu lekarzy zbyt atrakcyjne. Stanowi zapewne jedną z przyczyn rzadkiego podejmowania szkolenia w zakresie tej specjalizacji, niezależnie od faktu, że tylko nieliczne placówki w kraju je organizują. Wprowadzone w 2011 roku zmiany dotyczące skrócenia okresu specjalizacyjnych szkoleń lekarskich mogą być akurat w przypadku uzyskiwania kwalifikacji geriatrycznych korzystne dla wzrostu liczby chętnych do ich podejmowania.

## 5. Lekarz rodzinny a geriatra

Potrzeby zdrowotne osób starszych dotyczą wielokierunkowego, ale niekoniecznie wielospecjalistycznego leczenia chorób przewlekłych, są to także potrzeby psychologiczne, rehabilitacyjne i socjalne. Jak przedstawiono w podrozdziale 2, starsi pacjenci mają specyficzne słabości i wymagają swoistego podejścia medycznego. Z praktyki korzystania z usług zdrowotnych wynika, że chorujące osoby starsze najczęściej odwiedzają lekarza rodzinnego. Według raportu Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie geriatry dla Województwa Małopolskiego (Barbara Gryglewska), oceniającego sprawozdania z placówek Podstawowej Opieki Zdrowotnej, osoby starsze stanowią większość pacjentów lekarzy POZ, a najczęstsze przewlekłe schorzenia wymagające regularnych wizyt i stosowania leków to choroby układu sercowo-naczyniowego – 67,1%, choroby układu kostnowązrostowego – 17,1%, cukrzyca – 16,1%. Z tego wynika, że lekarz rodzinny powinien posiadać odpowiednią wiedzę z zakresu geriatry i umiejętność rozpoznawania problemów geriatrycznych. Nie będąc jednak geriatrą, powinien z nim współpracować, zapewniając osobie starszej i chorej kompletne oraz profesjonalne świadczenia. Dodatkowo w polskim systemie opieki zdrowotnej lekarz rodzinny jest osobą-instytucją, która „łączy”, poprzez realizację odpowiednich uprawnień, sektor opieki zdrowotnej z sektorem opieki społecznej.

Lekarz rodzinny, będący głównym świadczeniodawcą usług z zakresu opieki zdrowotnej dla populacji osób starszych, może w toku całego szkolenia specjalistycznego nie uzyskać wystarczającej wiedzy z zagadnień geriatrycznych i narzędzi oceny geriatrycznej, mimo że program specjalizacji w dziedzinie medycyny rodzinnej obejmuje zagadnienia geriatryczne. Okazuje się, że nie zawsze jest to wystarczające.

W nawale pracy lekarze rodzienni nie zawsze znajdują czas na dokładną ocenę geriatryczną, niezbędną w skutecznej opiece zdrowotnej nad osobami starszymi, dlatego potrzebują pomocy geriatry, który powinien służyć im konsultacją, radą i prowadzeniem chorych ze szczególnie „trudnymi” schorzeniami przewlekłymi, wielochorobowością, otępieniem, zaburzeniami zachowania w otępieniu, a także z trudnościami we współpracy z lekarzem.

Spora grupa starszych chorych, szczególnie ci, którzy mają liczne schorzenia przewlekłe oraz wiele dolegliwości, często na własną prośbę i z własnej inicjatywy pozostaje pod opieką rozmaitych specjalistów, np. kardiologa, neurologa, reumatologa, psychiatry, ortopedy itd., ale, niestety, niezmiernie rzadko geriatry. Bardzo często lekarz rodzinny nie otrzymuje informacji zwrotnej od innych specjalistów, co uniemożliwia mu koordynowanie ich działań w opiece nad chorym. Niejednokrotnie jedyną informacją zwrotną, którą lekarz rodzinny otrzymuje, jest przekaz ustny chorego albo napisana pismem odręcznym kartka z rozpoznaniem zakodowanym w postaci odpowiedniego numeru ICD-10. W konsekwencji nie sposób znaleźć kogoś, kto byłby odpowiedzialny za leczenie danego chorego, kto mógłby ustalić wraz z chorym priorytety tego leczenia. Wydłuża to także kolejki

do specjalistów i jest niezwykle kosztowne z punktu widzenia nakładu środków finansowych. Co więcej, wśród samych osób starszych brakuje wiedzy o specjalizacji geriatrycznej. Często nie wiedzą, że taka specjalizacja w ogóle istnieje.

## 6. Stan zasobów w polskiej geriatry

Problem niedoboru kadr geriatrycznych jest powszechny. Występuje nawet w krajach o znacznie dłuższej historii rozwoju tej specjalizacji i dość dobrze zorganizowanym systemie opieki geriatrycznej. Niemniej jednak sytuacja w Polsce znacznie odbiega od sytuacji w innych krajach europejskich – w tym także od sytuacji południowych sąsiadów Polski: Słowacji, Czech i Węgier. Jak wynika z danych europejskich, liczba geriatrów na 10 tys. mieszkańców w wieku powyżej 65 lat wynosi w Polsce 0,2, gdy na Słowacji 2,1, a we wzorcowej Szwecji – 4,6 [za 10]. Posługując się wskaźnikiem liczby geriatrów w odniesieniu do całej ludności, możemy stwierdzić, że w krajach Unii Europejskiej wskaźnik ten waha się od 0,1 do 0,8 lekarza na 10 tys. ludności.

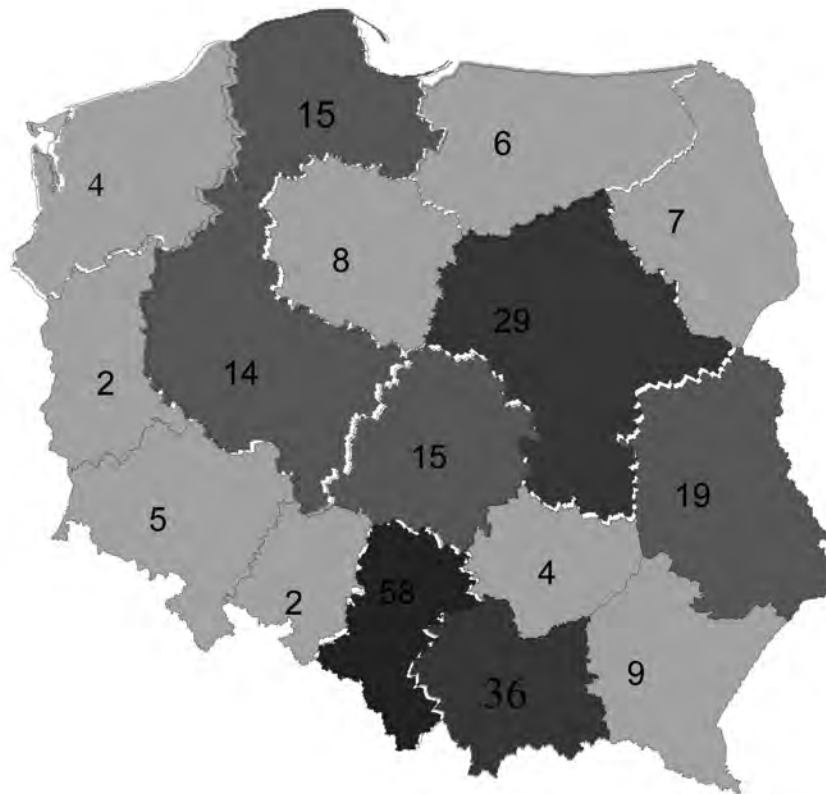
Jak wynika z danych zebranych przez jedną z autorek (dr A. Klich-Rączka), liczba lekarzy geriatrów w Polsce wynosi 233 osoby. Nie wszyscy jednak pracują zgodnie ze specjalizacją. Na ogromnych obszarach Polski w ogóle nie ma dostępu do geriatry. Istnieją regiony z pojedynczymi zarejestrowanymi lekarzami tej specjalizacji, szczególnie w zachodniej części kraju, co ukazuje **Mapa 1**. Najwięcej lekarzy geriatrów pracuje na Śląsku, w Małopolsce oraz w województwie mazowieckim.

Także poradni geriatrycznych jest bardzo mało – w województwach zachodnich zaledwie po jednej, a w województwie opolskim nie ma żadnej. Tylko na Śląsku jest więcej.

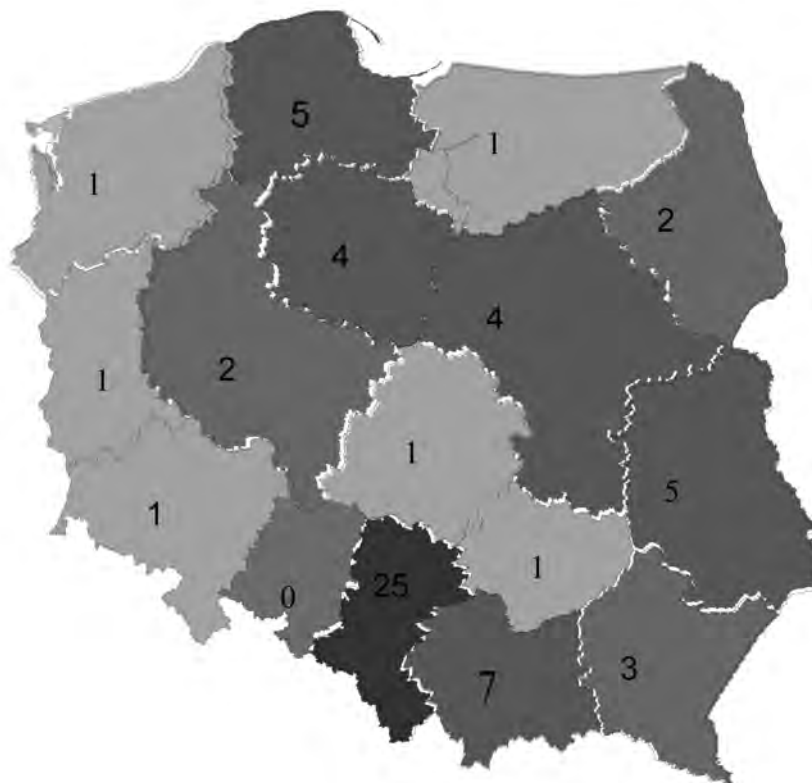
Mimo że hospitalizacja osób starszych może stanowić zagrożenie dla ich zdrowia w związku z powszechnymi powikłaniami hospitalizacji, to łóżka geriatryczne są niezbędne w specjalistycznych oddziałach szpitalnych, także ze względu na potrzeby kształcenia geriatrów. Tych łóżek jest najwięcej tam, gdzie są lekarze geriatry, ale także w innych województwach, np. w dolnośląskim czy lubelskim, co może wynikać z warunków lokalnych i zaangażowania pojedynczych osób.

Spójrzmy na zasoby rozwoju geriatry w Małopolsce, która wyróżnia się korzystnie na tle innych województw w Polsce. Z oceny zawartej w raporcie Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie geriatry wynika, że w celu zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych starszych mieszkańców (z wyjątkiem miasta Krakowa) liczba aktywnie pracujących lekarzy geriatrów jest zdecydowanie niewystarczająca. Wskaźnik wyliczony dla wszystkich lekarzy geriatrów w województwie wynosi 0,11 na 10 tys. mieszkańców, ale w odniesieniu do czynnie pracujących lekarzy tej specjalności zaledwie 0,04 na 10 tys. mieszkańców.

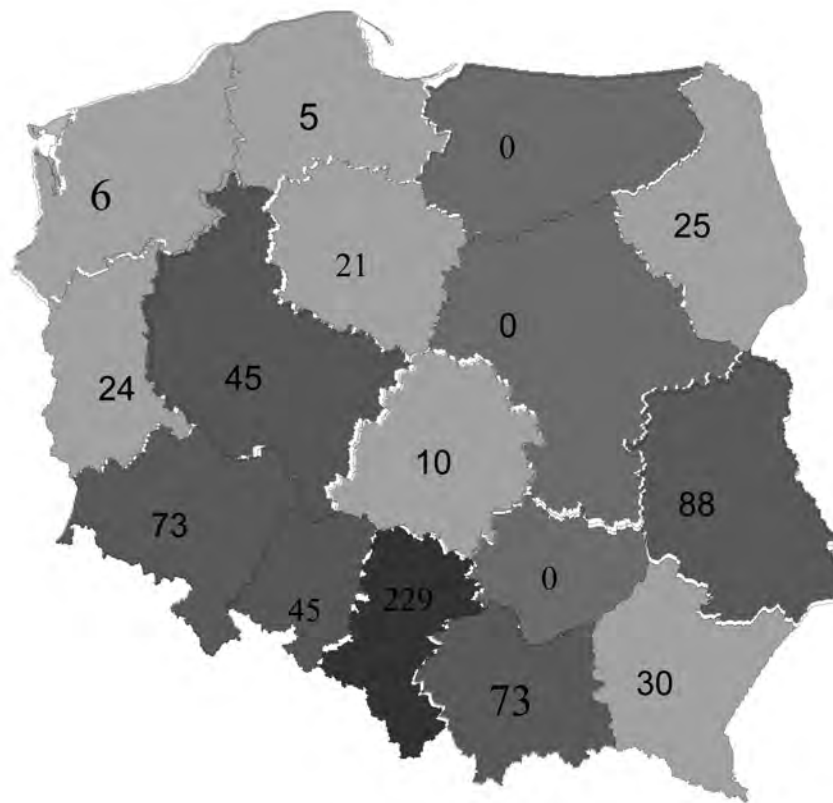
Natomiast liczba ostrych łóżek geriatrycznych zwiększyła się i wynosi 5,9 łóżka na 100 tys. mieszkańców (w krajach Unii Europejskiej wskaźnik ten waha się od 10 do 75 na 100 tys.), jednak kontraktowane przez NFZ



**Mapa 1.** Liczba lekarzy geriatrów – 233 osoby (stan na grudzień 2010 roku).



**Mapa 2.** Poradnie geriatryczne w Polsce (stan na grudzień 2010 roku).



Mapa 3. Łóżka geriatryczne w Polsce (stan na grudzień 2010 roku).

jest jedynie około 1/4 łóżek z całkowitej liczby, a pozostałe są kontraktowane jako łóżka internistyczne. Brak większej liczby oddziałów geriatrycznych uniemożliwia zwiększenie liczby miejsc akredytowanych do prowadzenia specjalizacji z geriatryi.

Z kolei dostęp do specjalistycznych poradni geriatrycznych w regionie jest bardzo ograniczony, gdyż poza Krakowem praktycznie nie ma tego typu poradni.

### **7. Wnioski i rekomendacje dotyczące kształcenia geriatrycznego i rozwoju geriatryi**

Podstawowe rekomendacje Auterek dotyczą: (1) popularyzacji wiedzy o potrzebach zdrowotnych osób starszych, (2) rozwoju kształcenia geriatrycznego, (3) wzrostu motywacji dla podejmowania zatrudnienia w tej specjalizacji oraz (4) zainwestowania w rozwój geriatrycznych poradni specjalistycznych.

Bez popularyzacji geriatryi wśród społeczeństwa i uświadamiania samych lekarzy o znaczeniu specjalistycznego leczenia osób starszych nie da się dokonać postępu w ochronie zdrowia w przyszłości. Geriatria jest ciągle specjalizacją mało popularną wśród kadr lekarskich. Nie jest bowiem „modna”, bo rynek ciągle nie wykazuje zainteresowania geriatrami. Lekarze wybierają specjalizacje, które są bardziej popularne, które się bardziej „opłacają”.

Patrząc na to z perspektywy społeczeństwa, trzeba zauważyć, że ludzie starzy nie stanowią grupy, która budzi „ciepłe” uczucia społeczne. Żadna Orkiestra Świątecznej Pomocy nie gra dla osób starych. O ile można sobie wyobrazić taką inicjatywę ze strony pana Jurka Owsiaka, o tyle można się spodziewać, że odzew społeczeństwa nie byłby tak spektakularny, jak w przypadku problematyki pediatrycznej czy ratownictwa medycznego.

Problemy starości i niepełnosprawności nie są atrakcyjne medialnie, a same osoby starsze ze względu na przeciętnie niski poziom wykształcenia, małą aktywność prozdrowotną oraz nadużywanie świadczeń przyczyniają się do tworzenia niekorzystnego wizerunku. Często więc informuje się o nich i ich potrzebach z negatywnym zabarwieniem. Niektóre specyficzne choroby starszego wieku są ponadto raczej „wstydlive” i się je ukrywa. Gdy lekarz o nie pyta (np. nietrzymanie moczu), to pacjent o nich nie mówi. „Modniej” jest leczyć się u kardiologa niż u geriatry. Z praktyki specjalistycznej znany jest fakt, że pewien pomorski geriatra zrezygnował z informacji o tej specjalizacji na szyldzie swojego gabinetu z powodu próśb leczących się u niego pacjentek.

Chęć podejmowania specjalizacji geriatrycznej związana jest także z materialną motywacją lekarzy oraz placówek opieki zdrowotnej. Geriatria nie bardzo się opłaca. Procedur jest wiele, są czasochłonne i wymagają szerokich kompetencji, obejmujących całościową ocenę

geriatryczną, odpowiednie postępowanie rehabilitacyjne, poradnictwo w zakresie żywienia i stylu życia. Placówka powinna mieć dostęp do pracowni diagnostycznych, do specjalistycznych konsultantów, podejmować leczenie żywieniowe, rehabilitację, naukę aktywności dnia codziennego, prowadzić terapię zajęciową, udzielać pomocy psychologicznej i psychiatrycznej. To są procedury także bardzo kosztowne. Dlatego poradnie geriatryczne wymagają dodatkowego zasilania finansowego (np. z wykorzystaniem projektowanego ubezpieczenia potrzeb opiekuńczych i zdrowotnych osób starszych).

Szkolenie geriatryczne powinno się rozpoczynać już na etapie studiów medycznych. Geriatria nadal nie została obowiązkowym przedmiotem nauczania na polskich uczelniach medycznych. Mimo wysiłków wielu gremiów gerontologicznych Rada Główna Szkolnictwa Wyższego nie włączyła dotąd geriatrii do obowiązkowego programu kształcenia na kierunku lekarskim. Dlatego jedynie połowa uczelni medycznych ma możliwości wykładania nawet fakultatywnie przedmiotu „geriatria” w programie edukacji przeddyplomowej przyszłych lekarzy, specjalizowania geriatrów, szkolenia lekarzy rodzinnych oraz publikowania [10]. Z kolei na tych uczelniach, na których prowadzone są zajęcia z geriatrii, ich zakres jest zbyt mały. Na przykład na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Jagiellońskiego cykl zajęć z geriatrii trwa zaledwie tydzień. Podobnie krótko trwają zajęcia z geriatrii na innych uczelniach w kraju. Należy podkreślić, że kilka uczelni medycznych w Polsce nie posiada w ogóle w programie szkolenia przeddyplomowego w zakresie geriatrii dla studentów wydziału lekarskiego, mając równocześnie takowe dla przyszłych pielęgniarek i fizjoterapeutów. W kilku innych ośrodkach akademickich nauczanie geriatrii na wydziale lekarskim prowadzą lekarze, którzy sami nie posiadają tej specjalizacji! Ponadto nie ma obowiązku szkolenia z zakresu geriatrii lekarzy innych specjalizacji. To oznacza, że w toku szkoleń specjalizacyjnych chirurdzy, neurologrzy, psychiatrzy, reumatolodzy itd. nie mają programowych szkoleń z zakresu problemów geriatrycznych, choć każdy z nich w toku swojego życia zawodowego będzie badał i leczył ludzi starych.

Szkolenie kadry lekarzy geriatrów w Polsce nie jest łatwe z powodu małej dostępności placówek geriatrycznych posiadających stosowne, określone przez Ministerstwo Zdrowia uprawnienia, czyli akredytację [10]. Warunkiem uzyskania akredytacji jest m.in. zatrudnianie odpowiedniej liczby geriatrów, przez co koło się zamyka. Rozpocząć specjalizację z geriatrii można zatem w ośrodku, który posiada miejsce specjalizacyjne i w dodatku – miejsce wolne. Tu zaczyna się kolejny problem. Niektórzy lekarze z różnych powodów przedłużają okres trwania specjalizacji, co uniemożliwia zajęcie miejsca przez następną osobę. Co więcej, dany kierownik specjalizacji może mieć tylko jednoznacznie określoną liczbę specjalizujących się pod jego kierownictwem lekarzy.

Wobec faktu, że chory najczęściej najpierw trafia do lekarzy pierwszego kontaktu, konieczne jest skuteczne kształcenie lekarzy rodzinnych w zakresie problemów geriatrycznych. Można się zastanowić nad opcją polegającą na skutecznym douczaniu lekarzy rodzinnych i inter-

nistów pracujących w podstawowej opiece zdrowotnej, zgodnie z sugestią Barbary Bień (wiceprzewodniczącej Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego), autorki wielu opracowań dotyczących problematyki geriatrycznej i gerontologicznej, że to właśnie oni stanowią niejako „geriatrów pierwszej linii”, a zadania geriatrii ograniczyć do przypadków szczególnie trudnych, do kształcenia pozostałych kadr medycznych, do koordynowania działań wielu specjalistów.

Uwzględniając potrzeby zdrowotne starzejącego się społeczeństwa, **podstawowym warunkiem zaspokojenia ich potrzeb zdrowotnych i poprawy jakości życia w okresie starości jest wykształcenie kadry specjalistów, posiadającej kompetencje gerontologiczne**, czyli medyczno-opiekuńczo-społeczne. Dzięki ich kompetencjom byłaby możliwa trafna ocena potrzeb zdrowotnych i opiekuńczych oraz odpowiednio ukierunkowana pomoc.

Niezbędna jest także edukacja prozdrowotna i promocja zdrowia już od najmłodszych lat, mająca na celu wykształcenie potrzeby zdrowego stylu życia i prewencji chorób w starości.

Sytuacja w ochronie zdrowia ulega szybkiej zmianie, zmienia się nasze społeczeństwo i jego potrzeby. Potrzeby te z trudem rozpoznajemy na bieżąco, a cóż dopiero w nieodległej już przyszłości. Jedno jest jednak pewne, jeżeli w związku z dynamicznym starzeniem się populacji nie zaczniemy działać już dzisiaj i nie przygotujemy odpowiednich rozwiązań instytucjonalnych w zakresie edukacji społecznej, kształcenia specjalistów, zainwestowania w infrastrukturę oraz jeśli nie zaplanujemy nań środków zarówno indywidualnie, jak i publicznie, to nie będziemy w stanie zapanować nad narastającymi potrzebami zdrowotnymi i opiekuńczymi starzejącego się społeczeństwa.

## ■ Abstract

### *Principles of health care in elderly and geriatric education. Why is geriatrics so important and why are we still lacking geriatricians?*

**Key words:** geriatrics, comprehensive geriatric assessment, education in geriatrics, presentation of illness in geriatrics

While population is aging we are facing raising number of geriatric problems. It is obvious nowadays that if we do not start creating certain plans considering medical and social care of elderly people, the situation may get out of control.

The natural course of diseases in elderly is different to middle aged and young people. These individuals show different symptoms and social background, different prognosis and complications of the disease and of diagnostic and therapeutic medical procedures themselves. The major feature that distinguishes geriatric medicine from others is comprehensive geriatric assessment which is holistic and considers not only medical condition but also social, psychological background together with identifying aspects of functional status, nutrition, transportation and others.

It seems that the need for professionals with experience in geriatrics is growing. The most important in this area are general practitioners and geriatricians. There is also a constant need for educational effort to create society whose members are responsible for their own health.



## Piśmiennictwo:

1. Christensen K., Doblhammer G., Rau R., Vaupel J., *Ageing populations: the challenges ahead*, „The Lancet” 2009; 374: 1196–1208.
2. Liston R., O’Hanlon S., *Assesing older patients*, w: Mulkerin E.C., Carey B., Liston R. (red.), *Medicine in old age: a clinical approach*, Advanced Medical Publications, Londyn 2009: 7–19.
3. *Polska starość*. Praca zbiorowa pod redakcją Brunona Synaka. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2002.
4. Singh M., Alexander K., Roger V., Rihal C., Whitson H., Lerman A., Jahangir A., Nair K., *Frailty and its potential relevance to cardiovascular care*, „Mayo Clin. Proc.” 2008; 83: 1146–1153.
5. Dubiel M., Grodzicki T., *Komentarz do artykułu „Zespół słabości i jego potencjalne znaczenie w leczeniu chorób układu krążenia”*, „Medycyna po Dyplomie” 2009; 18: 51–53.
6. Martin F.C., O’Mahony M.S., Schiff R., *Complexity of treatment decisions with older patients: who, when and what to treat?* „Clin. Med.” 2007; 7: 505–508.
7. Dubiel M., Grodzicki T., *Leczenie chorób układu krążenia u osób w podeszłym wieku*, w: Pruszczyk P., Hryniewiecki T., Drożdż J. (red.), *Kardiologia cz. 2 z elementami angiologii. Seria Wielka Interna*, t. 3, Medical Tribune Polska, Warszawa 2010: 626–632.
8. Szczerbińska K., Pietryka A., *Rozwój geriatryi w krajach europejskich – historia i zasoby*, „Gerontologia Polska” 2008; XVI, 2: 61–73.
9. Derejczyk J., Grodzicki T., Jakrzewska-Sawińska A., Józwiak A., Klich-Rączka A., Wieczorkowska-Tobis K., *Standardy świadczenia usług medycznych w specjalności geriatryi. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego Kolegium Lekarzy Specjalistów Geriatryi w Polsce i Konsultanta Krajowego w dziedzinie geriatryi*, „Gerontologia Polska” 2005; XIII, 2: 67–83.
10. Derejczyk J., Bień B., Kokoszka-Paszkot J., Szczygieł J., *Gerontologia i geriatrya w Polsce na tle Europy – czy należy inwestować w ich rozwój w naszym kraju?*, „Gerontologia Polska” 2008; XVI, 3: 149–159.

## O autorkach

**dr n. med. Marzena Dubiel** – specjalista chorób wewnętrznych i specjalista geriatryi.

**dr n. med. Alicja Klich-Rączka** – specjalista chorób wewnętrznych i specjalista geriatryi, Katedra Chorób Wewnętrznych i Gerontologii Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum, Kraków.