



Geriatryczny strzał w kolano

Rozmowa z prof. Tomaszem Kostką, konsultantem krajowym w dziedzinie geriatry

Fot. Tomasz Stańczak/Agenja Gazeta

Spółeczeństwo się starzeje. Geriatrów jest jedynie 400. Jak udźwignąć wyzwania?

Przy tak małej liczbie specjalistów to niemożliwe. Dlatego starsi chorzy zazwyczaj są hospitalizowani na oddziałach internistycznych. Zresztą spośród tych 400 geriatrów ponad 100 w ogóle nie pracuje w tej dziedzinie medycyny. Problem staje się jeszcze większy. Geriatria się nie opłaca, bardziej intratne są inne specjalności.

Co w takim razie można zrobić?

Polskie Towarzystwo Gerontologiczne, Kolegium Lekarzy Specjalistów Geriatrii oraz konsultanci krajowi w dziedzinie geriatrii – byli i obecni – cały czas bombardują decydentów informacjami dotyczącymi demografii i potrzeb leczenia osób starszych. Tłumaczymy, że geriatria stanowi najlepsze rozwiązanie dla osoby w wieku podeszłym. Można powiedzieć, że w ciągu ostatnich lat nastąpiły pewne zmiany na lepsze, ale niestety nadal są one zbyt wolne. Postępem jest wprowadzenie prostej skali oceny geriatrycznej na oddziałach innych niż geriatryczne. Ocenę może wykonać pielęgniarka. Skala ta wychwytuje chorych z większą podatnością na niekorzystne zmiany, czyli spełniających kryteria zespołu kruchości. Ci pacjenci w pierwszej kolejności powinni być kierowani do geriatri w celu przeprowadzenia całościowej oceny geriatrycznej. Jednak obecnie zagrożeniem dla geriatrii jest także sieć szpitali i mapy potrzeb zdrowotnych.

Dlaczego?

Geriatria nie została ujęta w sieci szpitali. Uwzględniono leczenie chorób wewnętrznych – internę. Co więcej, mapy potrzeb zdrowotnych pomijają pacjentów z wielochorobowością. Są nastawione na konkretną chorobę, aby na tej podstawie niejako przydzielić pacjenta do danego oddziału – neurologicznego czy kardiologicznego.

Jakie korzyści odnosi pacjent hospitalizowany na oddziale geriatrycznym?

Taki chory w porównaniu z chorym przebywającym na innych oddziałach ma większe szanse na sprawność, na to, że po wypisaniu do domu będzie mógł funkcjonować samodzielnie. Choć geriatria i interna pod względem działań medycznych w dużej mierze się pokrywają, to jednak lepszy standard oferuje geriatria. Można powiedzieć, że jest to taka interna plus. Geriatra stara się także diagnozować i leczyć wszystkie problemy neurologiczne, psychiatryczne, a nawet ortopedyczne i rehabilitacyjne. Pacjent zostaje zaopatrzone kompleksowo. Jeżeli wymaga tego sytuacja, korzysta się z konsultacji specjalistów, ale to geriatra widzi otępienie czy problemy psychiczne. Internista od razu wezwie specjalistę, geriatra będzie próbował pomóc

„ Spośród 400 polskich geriatrów ponad 100 w ogóle nie pracuje w tej dziedzinie medycyny ”

choremu samodzielnie. Oczywiście w razie złożonego problemu konsultacja z innym specjalistą odbywa się także w ramach oddziału geriatrycznego. Pacjent na oddziale geriatrycznym przechodzi tzw. całościową ocenę geriatryczną, dzięki której zyskuje możliwość lepszej diagnozy i rokowania, powrotu do domu, do dalszego w miarę normalnego funkcjonowania w swoim środowisku w przeciwieństwie do chorego, który przebywa na innym oddziale.

Ile jest oddziałów geriatrycznych w Polsce?

Obecnie blisko 40, ale po wejściu sieci szpitali część może zostać zlikwidowana lub przekształcona w internę. Geriatria przestanie się w ogóle opłacać, ponieważ nie będą regulowane rachunki za kompleksową ocenę realizowaną u większości chorych na oddziałach geriatrycznych. System broni się przed geriatrią i jeżeli nie doczekamy się zmian w finansowaniu, nie będzie zainteresowany, żeby ją rozwijać.

Czyli lekarz rodzinny nie będzie miał dużego wyboru.

Przy konieczności szybkiego skierowania do szpitala interna się sprawdza. Należy jednak pamiętać, że na tym oddziale pacjent będzie leczony jedynie z powodu konkretnej choroby, bez kompleksowej oceny geriatrycznej. Internista nie wdroży także postępowania związanego na przykład z otępieniem.

Które zadania geriatrów mogłoby przejąć lekarze rodzinni?

Większość zadań, jeżeli nie ma potrzeby hospitalizacji. Jeżeli jednak jest taka potrzeba, to należałoby rozszerzać oddziały internistyczne o działalność geriatryczną. Oddziałów internistycznych jest znacznie więcej, są właściwie w każdym szpitalu. Chorych starszych także jest coraz więcej. Poszerzenie interny o geriatrię wydaje się uzasadnione i mogłoby rozwiązać wiele problemów bez uszczerbku dla samej interny. Lekarz rodzinny zajmuje się większością sytuacji związanych ze starzeniem się, ale problem polega na tym, że w razie pojawienia się postępującej niesprawności czy otępienia nie ma czasu zająć się każdym aspektem niedomagania. Ma wielu pacjentów z różnymi chorobami, którym musi pomóc. Poza tym może mu brakować wiedzy geriatrycznej, której na studiach nie ma jednak

„Geriatrya nie została uwzględniona w sieci szpitali, a mapy potrzeb zdrowotnych pomijają pacjentów z wielochorobowością”



Fot. Tomasz Startczak/Agencja Gazeta

„Liczba geriatrów wzrosła w ciągu ostatnich 10 lat o 200 osób, ale to rzeczywiście kropla w morzu potrzeb”

zbyt wiele. Wtedy lekarz rodzinny kieruje chorego do różnych specjalistów: neurologa, ortopedy, gastroenterologa, reumatologa. Pacjent ma wiele problemów zdrowotnych, więc zaczyna krążyć po specjalistach, każdy z nich przepisuje dwa–trzy leki bez koordynacji z tym, co przepisał inny, i problem polipragmazji gotowy. Lekarz rodzinny boi się odstawić leki, a one bardziej szkodzą niż pomagają.

Jak powinna wyglądać modelowa współpraca lekarza rodzinnego i geriatry?

Wydaje mi się, że za 20–30 lat część lekarzy rodzinnych powinna mieć również specjalizację z geriatry i zajmować się populacją osób starszych na swoim terenie. Osoby starsze będą stanowić jedną trzecią populacji ogólnej Polski. One będą generować większość wizyt. Dlatego to lekarz rodzinny powinien zostać wyposażony w kompetencje oraz środki, aby nie odsyłać do specjalistów, ale rozwiązywać problemy samodzielnie. Przykładem jest badanie densytometryczne, czyli badanie gęstości kości. Naprawdę nie ma potrzeby kierowania pacjentów do specjalnych przychodni. Można ją zmierzyć samodzielnie i w razie nieprawidłowego wyniku włączyć leczenie. Podobnie jest z chorobą zwyrodnieniową stawów. W większości przypadków niewymagających interwencji reumatologa, ortopedy czy neurochirurga wystarczy leczenie zachowawcze oraz zaopatrzenie w odpowiedni sprzęt ortopedyczny.

Czy lekarze rodzinni są otwarci na starszych chorych?

Tak, ale nie mają czasu. Przyjmują 50 pacjentów dziennie, są obciążeni biurokracją, więc czasem nie są w stanie wiele zaoferować.

Czy decydenci dostrzegają problem starzejącego się społeczeństwa?

Można powiedzieć, że tak, ale zobaczymy, czy to się przełoży na konkretne rozwiązania. Ostatnią naszą propozycją złożoną do NFZ jest powołanie konsultacyjnych zespołów geriatrycznych – geriatra, pielęgniarka, fizjoterapeuta, ewentualnie psycholog. Taki zespół będzie miał za zadanie konsultować chorych najbardziej podatnych na zespół kruchości wykrywany w teście przesiewowym, o którym wspominałem wcześniej, czyli najbardziej narażonych na przedwczesny zgon, kolejną hospitalizację lub niepełnosprawność. Docelowo zespół geriatryczny ma funkcjonować w każdym szpitalu, a jego zadaniem będzie konsultowanie chorych znajdujących się na oddziałach innych niż geriatryczne. Zobaczymy, czy to się uda. Decydenci czasem zdają się nie dostrzegać różnicy między swoją sytuacją a sytuacją 99% społeczeństwa. Polityk często jednym telefonem załatwi leczenie dla siebie lub osoby bliskiej. Zwykli obywatele takiej możliwości zwyczajnie nie mają.

Jak zachęcić młodych do tej specjalizacji?

Lekarze widzą potrzeby, widzą, że geriatrya musi zyskiwać na znaczeniu, ale problemem są pieniądze. Liczba geriatrów wzrosła w ciągu ostatnich 10 lat o 200 osób, ale to rzeczywiście kropla w morzu potrzeb.

Rozmawiała: Marta Koblańska