

Po raz drugi międzynarodowo o geriatry i gerontologii

Nie jeden lekarz, ale zespół

Do udziału w drugiej edycji tej międzynarodowej konferencji Wielkopolskie Stowarzyszenie Wolontariuszy Opieki Paliatywnej Hospicjum Domowe zaprosiło pracowników nauki, lekarzy, przedstawicieli organizacji i urzędów zajmujących się geriatricą i gerontologią. W obradach uczestniczył i wykład wygłosił prof. Timo Strandberg – szef Europejskiego Stowarzyszenia Organizacji Geriatrycznych.

Ze względu na prognozy demograficzne sytuacja jest coraz bardziej paląca. Aktualnie w Polsce osoby powyżej 65. roku życia stanowią 13,5% ludności, a w 2030 r. będzie ich 22,5%, zaś w 2050 r. – 34,0%. Pod tym względem za ponad trzy dekady będziemy liderem w Europie. Przygotowań do takiej struktury społeczeństwa nie można odkładać na jutro, tym bardziej że opracowane już strategie mają charakter długofalowy. Pora, aby zacząć je systematycznie wdrażać, wspierać oczekiwany zmianami w systemie finansowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Na razie nie mamy się czym chwalić. Siedemset łóżek geriatrycznych, 283 geriatrów (według danych za 2013 r.), problemy z finansowaniem tej specyficznej opieki medycznej, która musi być: po pierwsze – dostępna, po drugie – wielodyscyplinarna. Wokół chorego w wielu wypadkach powinien być skupiony zespół składający się na przykład z geriatry, neuro-

loga, neuropsychologa, psychiatry, pielęgniarki, terapeuty, rehabilitanta. Nieodzowne jest zarazem racjonalne współdziałanie instytucji ochrony zdrowia i opiekuńczych. Tym bardziej że populację ludzi starszych w coraz większym stopniu nękają choroby Alzheimera, Parkinsona i otępienie.

Działania na rzecz zdrowia i wysokiej jakości życia seniorów, zdaniem dr Anny Jakrzewskiej-Sawińskiej, powinny mieć – zgodnie z ideą holizmu – charakter kompleksowy, obejmujący wiele sfer życia, przed wszystkim zaś wymagający bliskiej i codziennej współpracy specjalistów z różnych dziedzin (nie tylko medycyny). Nie należy też zapominać o roli, jaką w opiece nad osobą starszą odgrywa wczesna i pełna diagnostyka. Starzenie się nie jest chorobą, lecz naturalnym procesem. Ludzie starsi częściej chorują i trudniej się ich leczy. Profilaktyka, wykrywanie chorób w porę oraz ich fachowe leczenie mogą przedłużyć okres aktywnej starości.

– *Najważniejszym celem działań podejmowanych wobec osób starszych – mówiła prof. dr hab. Katarzyna Wieczorkowska-Tobis – powinna być optymalizacja sprawności funkcjonalnej rozumiana jako jej poprawa, utrzymywanie lub spowolnienie utraty, w zależności od indywidualnej sytuacji chorego i istniejących rezerw. Do oceny jego samodzielności w zakresie funkcji życiowych służą standaryzowane narzędzia. Zasady ich użycia muszą być znane wszystkim członkom zespołu multidyscyplinarnego, aby możliwe było objęcie chorego opieką holistyczną.*

Zdaniem dr Doroty Talarskiej, opieka ta powinna uwzględniać „różne aspekty aktywności człowieka, przede wszystkim





w obszarze fizycznym, psychicznym, społecznym, duchowym i kulturowym. Ważnym założeniem jest też wzajemne oddziaływanie poszczególnych obszarów na siebie. Planując opiekę, powinniśmy uwzględnić nie tylko zmiany zachodzące w poszczególnych układach czy częściach ciała, lecz także wpływ na ogólne samopoczucie i sprawność w podstawowych sferach funkcjonowania”.

O niedostatecznym przygotowaniu lekarzy, nie tylko w Polsce, w zakresie opieki i leczenia chorych w schyłkowym okresie życia mówił prof. dr hab. Jacek Łuczak. – *Nie we wszystkich naszych uczelniach medycznych realizowany jest obowiązkowy program nauczania opieki i medycyny paliatywnej. Koreluje to z brakiem jednostek akademickich medycyny paliatywnej i samodzielnych pracowników nauki* – wyjaśniał. – Wynika stąd nieprzygotowanie studentów medycyny i lekarzy do opieki w zakresie schyłkowego okresu życia i skutkuje niewłaściwą terapią tych pacjentów. Wiedzie do nasilenia ich cierpienia, niestosowania silnych analgetyków opioidowych (opiofobia) u cierpiących na silny ból i umierania w nieuśmierzonych bólach.

– *Program genetyczny człowieka* – mówił prof. dr hab. Bogdan Woźniewicz – *obliczono na około 120 lat w warunkach życia w komforcie fizycznym i psychicznym od urodzenia do starości. Człowiek ze swoim programem genetycznym jest śmiertelny – musi zginąć w sposób naturalny z powodu jego wyczerpania. Wyposażony jest jednakże w bardzo dobrą osłonę przed wczesną śmiercią, silne mechanizmy obronne składające się na system immunologiczny. Nieśmiertelny dopóki ma zachowany właśnie ów system – grasicę, narząd ignorowany przez wiele lat, uznany dopiero niedawno za najważniejsze centrum immunologiczne człowieka. Narząd uznany jako wrażliwy na zmiany w jego środowisku zewnętrznym i wewnętrznym. Zdolny do samoistnej regeneracji po uszkodzeniu np. toksycznym, ale podlega wyczerpaniu w zależności od stylu życia.* Ludzkość od zawsze była zainteresowana długością i przedłużaniem życia. Obecne strategie zapobiegania starzeniu się są następujące:

- zwalczanie wolnych rodników, dieta, suplementy,
- telomeraza i przedłużanie ramion na chromosomach za pomocą leków np. z dziedziny nanotechnologii; fuleryty 60

(węgiel krystaliczny z grupy grafenu) zwalniają skracanie ramion telomerów w chromosomach,

- regeneracja narządów przez transplantacje komórek macierzystych,
- odbudowa układu immunologicznego grasicy w wieku podeszłym,
- terapia spermidyną.

Konferencję „Wyzwania współczesnej geriatry i gerontologii 2014. Choroby neurodegeneracyjne problemem XXI wieku” zakończyła debata przy okrągłym stole, którą moderowała szefowa fundacji Porozumienie bez Barier Jolanta Kwaśniewska. Uczestnicy bardzo konkretnie wskazywali, co należy zrobić w pierwszej kolejności, aby stopniowo poprawiać jakość opieki nad seniorami. I tak – ich zdaniem – niezbędne są między innymi:

- procedury, które umożliwią dotarcie do osób w wieku 80+ wymagających pozarodzinnego wsparcia, często mieszkających samotnie,
- zmiany w systemie kontraktowania usług z NFZ w taki sposób, by opieka zdrowotna nad ludźmi starszymi mogła być w pełni skoordynowana,
- rezygnacja z odrębnego liczenia kosztów ochrony zdrowia i pomocy społecznej,
- wyodrębnienie pododdziałów geriatrycznych na oddziałach internistycznych,
- świadomość, że geriatry to nie jeden lekarz, lecz zespół specjalistów współpracujących na co dzień,
- wsparcie, także finansowe (na wzór Wielkiej Brytanii), osób opiekujących się starszymi ludźmi,
- determinacja władz rządowych i samorządowych na różnych poziomach we wdrażaniu już istniejących programów.

Doktor Anna Jakrzewska-Sawińska jest nieustraszona. Można być pewnym, że z tymi wskazaniem w ręku wnet zapuka do drzwi w różnych instytucjach i urzędach. A ma jeszcze dodatkowy ważny argument. Otóż w Wielkopolskim Stowarzyszeniu Wolontariuszy Opieki Paliatywnej Hospicjum Domowe założyła i prowadzi poradnię geriatryczną. Jej działalność wzbudza zainteresowanie i uznanie także zagranicznych specjalistów (nawet z dalekiej Japonii).

TEKST I FOT. ANDRZEJ PIECHOCKI