



Działająca od października 2017 r. sieć szpitali nie sprzyja rozwojowi geriatry w Polsce. Oddziały geriatryczne w większości przypadków istnieją tylko dzięki determinacji ordynatorów i zrozumieniu dyrektorów szpitali. O nowych chyba można tylko pomarzyć – alarmują eksperci.

SIEĆ ZNIOŚŁA GERIATRIĘ NA MIELIZNĘ

A EWA
SZARKOWSKA

Polskie społeczeństwo gwałtownie się starzeje. Według prognoz GUS, w 2035 r. osoby powyżej 65. roku życia będą stanowiły blisko 25 proc. całej populacji Polaków. Widoczny będzie zwłaszcza wzrost liczby osób w późnej starości (80+), najbardziej zagrożonych wielochorobowością i niepełnosprawnością.

ŚWIAT STAWIA NA GERIATRIĘ...

Geriatrya to specjalistyczna dziedzina interny w sposób kompleksowy zajmująca się najstarszymi i najbardziej schorowanymi pacjentami. Jej celem często nie jest wyleczenie pacjenta, ale takie jego usprawnienie, aby mógł być rehabilitowany, a następnie wrócił do środowiska domowego i dużo lepiej funkcjonował, mimo że trapi go nadal wiele chorób.

W wielu krajach europejskich z powodzeniem funkcjonują specjalistyczne oddziały geriatryczne. Dostępne od ponad 25 lat prace naukowe wskazują na bezsporne korzyści z takiej formy opieki. U osoby, która wychodzi z oddziału geriatrycznego, aż o 72 proc. poprawia się stan funkcjonalny, o 47 proc. rosną szanse na przeżycie w środowisku domowym, a nie w zakładzie opiekuńczym, ryzyko ponownej hospitalizacji spada o 12 proc., a ryzyko śmierci maleje o 22 proc.

– Wszystko to wpływa na obniżenie kosztów opieki. Geriatrya jest sposobem podejścia medycznego najbardziej efektywnego w leczeniu chorych w zaawansowanej starości. Jej celem jest jak najdłuższe ich utrzymanie w środowisku pozaszpitalnym. W Polsce wciąż nie może doczekać się określenia należnego jej miejsca w publicznym systemie – ubolewa dr n. med. Jarosław Derejczyk, konsultant wojewódzki z dziedziny geriatry w woj. śląskim.

A POLSKA OD WIELU LAT BUDUJE

Początki tworzenia w Polsce systemu opieki nad osobami starszymi sięgają lat 60. XX w, kiedy powstawały pierwsze placówki prowadzone przez geriatrów. W 2003 r. geriatrów uznano za dziedzinę priorytetową, a w 2007 r. powołano przy ministrze zdrowia zespół roboczy ds. gerontologii w celu opracowania standardów i przygotowania propozycji systemowych rozwiązań. Zaczęto mówić o potrzebie kształcenia na szeroką skalę geriatrów i tworzenia oddziałów geriatrycznych. Ekspertki wypracowali standardy postępowania w opiece geriatrycznej, które pokazują krok po kroku, jak należy zorganizować profesjonalną opiekę nad pacjentem w podeszłym wieku – począwszy od poradni geriatrycznej, poprzez oddział geriatryczny i rehabilitację geriatryczną, po opiekę nad pacjentem już po wyjściu ze szpitala z wykorzystaniem form dziennych. W 2010 r. był gotowy nawet projekt rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie standardu postępowania przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu geriatry, ale nie został podpisany. W 2013 r. Polskie Towarzystwo Gerontologiczne przyjęło standardy stanowiące podstawę do stworzenia systemu koordynowanej opieki dla osób starszych, które do dziś nie zostały wdrożone.

NIK: SYSTEM NIE ISTNIEJE

O geriatry zrobiło się głośno w 2015 r. za sprawą raportu NIK, który ujawnił niedobory geriatrów, poradni i oddziałów geriatrycznych, skutkujące zróżnicowaniem dostępu do takich świadczeń w zależności od województwa. NIK wskazała, że świadczenia zdrowotne dla osób

w podeszłym wieku są rozproszone i niespójne. Brakuje powszechnych i zestandaryzowanych procedur postępowania z najstarszymi pacjentami, którzy w poszukiwaniu pomocy krążą po całym systemie, generując koszty i używając nieadekwatną do potrzeb pomoc medyczną.

Końcowe wnioski raportu były jednoznaczne. „NIK wskazuje na nagłą potrzebę budowania skutecznego systemu opieki nad osobami w podeszłym wieku oraz sieci wsparcia dla ich rodzin. Wobec prognoz zmian demograficznych, niezbędne jest wprowadzenie przez ministra zdrowia pełnego systemu opieki zdrowotnej dla osób w podeszłym wieku. (...) Rzetelna analiza potrzeb leży w gestii zarówno organizatora systemu, jak i płatnika świadczeń, i powinna w krótkim czasie wskazać rejony szczególnego deficytu opieki geriatrycznej, a wycena świadczeń dedykowanych geriatryi powinna być tak skonstruowana, by warunki finansowe umożliwiały tworzenie nowych placówek geriatrycznych”.

SIEĆ TYLKO DLA WYBRANYCH

Kiedy zaczęła funkcjonować sieć szpitali zabezpieczających podstawowe potrzeby zdrowotne Polaków, możliwość uzyskania umowy na profil geriatrya uzyskały tylko szpitale III stopnia referencyjności oraz ogólnopolskie, np. przy uczelniach medycznych. Geriatria na I i II poziomie nie weszła do sieci i rozlicza się z NFZ w ramach ryczałtu dla profilu choroby wewnętrzne, korygowanego co 3 miesiące.

– Wprowadzenie sieci szpitali wprowadziło element zawieszenia i niepewności co do przyszłości opieki geriatrycznej w Polsce – uważa prof. Tomasz Kostka, konsultant krajowy w dziedzinie geriatryi.

SKAZANI NA KONTRAKTY POZASIECIOWE

Z danych NFZ wynika, że świadczeń geriatrycznych udziela obecnie 55 szpitali. Najwięcej w województwach śląskim i mazowieckim, najmniej w podlaskim, pomorskim oraz zachodniopomorskim (po jednym oddziale), a na Warmii i Mazurach w ogóle nie ma takiego oddziału. Z przekazywanych wcześniej przez MZ informacji wynika, że kontrakty na geriatryę w ramach sieci ma 18 placówek, a to oznacza, że 37 oddziałów geriatrycznych działa na umowach pozasieciowych.

Jesienią 2017 r., z ośmiu oddziałów geriatrycznych na Mazowszu, mających kontrakt z NFZ, do sieci weszły trzy (Szpital Kliniczny Dzieciątka Jezus WUM, Szpital Kliniczny CMKP i Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji), dysponujące łącznie 26 łózkami.



Kiedy zaczęła funkcjonować sieć **SZPITALI** zabezpieczających podstawowe potrzeby zdrowotne Polaków, możliwość uzyskania **UMOWY** na profil geriatrya uzyskały tylko szpitale III stopnia **REFERENCYJNOŚCI** oraz ogólnopolskie, np. przy uczelniach medycznych

Pozostałe z 82 łózkami i kilkoma miejscami szkoleniowymi znalazły się w stanie finansowej niepewności.

– Do sieci szpitali Szpital Wolski został zakwalifikowany jako szpital I stopnia. Ponadto nasza geriatria nie spełniała ustawowego warunku co najmniej dwuletniego funkcjonowania. Oficjalne otwarcie odbyło się w październiku 2015 r., kontrakt z NFZ uzyskaliśmy od grudnia 2015, więc do 2 lat zabrakło nam kilku miesięcy. W związku z tym nasz dotychczasowy kontrakt na świadczenia geriatryczne został aneksowany do 30 czerwca 2018 r. Dopiero po ogłoszonym przez NFZ konkursie, uzyskaliśmy umowę na 3 lata – od 1 lipca 2018 r. do 30 czerwca 2021 r. – wyjaśnia Barbara Lis-Udrycka, rzeczniczka szpitala i dodaje: – Należy mieć nadzieję, że po tych 3 latach będzie szansa na to, żeby świadczenia geriatryczne zostały włączone do naszej działalności w ramach sieci. Tym bardziej że zapotrzebowanie na tego rodzaju świadczenia jest ogromne (nasz 36-łóżkowy oddział jest w pełni wykorzystywany) i będzie jeszcze większe w związku z szybkim starzeniem się społeczeństwa.

ŚLĄSK STAWIA NA GERIATRIĘ

W woj. śląskim świadczenia hospitalizacji w zakresie geriatrii realizuje 12 szpitali, z czego cztery (Szpital Śląski w Cieszynie, NZOZ Szpital Geriatryczny w Katowicach, Zespół Szpitali Miejskich w Chorzowie oraz Szpital Kliniczny nr 7 ŚUM Górnośląskie Centrum Medyczne w Katowicach), jako placówki III stopnia referencyjności lub ogólnopolskie, mają zabezpieczone finansowanie w ramach sieci. Sześć oddziałów geriatrycznych (Mikołów, Piekary Śląskie, Sosnowiec Tychy, Częstochowa i Racibórz), rozlicza się w części możliwej do realizacji w ramach chorób wewnętrznych. Dodatkowo Fundusz zakontraktował geriatrię w Katowickim Centrum Onkologii (od 1 lipca 2018 r.) i w szpitalu w Pszczynie (od 1 sierpnia 2018 r.). W ramach umowy z NFZ na Śląsku działa też 17 poradni geriatrycznych.

Rzecznik prasowy śląskiego NFZ wyjaśnia, że według danych demograficznych do 2030 r. Śląsk będzie najstarszym demograficznie regionem w kraju, dlatego świadczenia z zakresu geriatrii są priorytetem regionalnym.

– Istnieje potrzeba stałej poprawy dostępności do świadczeń zdrowotnych, których głównymi odbiorcami będą osoby po ukończeniu 60. roku życia. Śląski OW NFZ podejmował konsekwentne i skuteczne działania zmierzające do zwiększenia dostępu do kompleksowych świadczeń z zakresu geriatrii. Jednym z kroków było zwrócenie się do ministra zdrowia o włączenie jedyne w swojej dziedzinie szpitala monoprofilowego w Polsce – NZOZ Szpitala Geriatrycznego im. Jana Pawła II w Katowicach do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej – podkreśla Małgorzata Doros.

Włączony w ostatniej chwili do sieci, katowicki szpital ma 50-letnie doświadczenie w kompleksowym diagnozowaniu i leczeniu osób starszych. Istnieje od 1961 r., ma 64 łóżka, świadczy opiekę ambulatoryjną i rehabilitacyjną. Prowadzi też dzienny dom opieki medycznej. Od lat współpracuje z Kliniką Geriatrii na Uniwersytecie Medycznym w Strasburgu i z ośrodkami gerontologicznymi w regionie Kolonii w Niemczech oraz ze szwedzkim Karolinska Institutet.

MZ: WYSTARCZĄ KONSULTACJE GERIATRYCZNE

Pozytywne doświadczenia katowickiej geriatrii nie przekonują resortu zdrowia. Oddziały geriatryczne działające w szpitalach I i II stopnia znalazły się poza siecią, bo – według urzędników z Miodowej – seniorów powinni leczyć przede wszystkim lekarze rodzinni, a geriatrzy

powinni odgrywać tylko rolę konsultantów. – W zakresie opieki szpitalnej należy dążyć przede wszystkim do stworzenia warunków, w których na wszystkich oddziałach zachowawczych, istnieć będzie możliwość konsultacji z lekarzem specjalistą w dziedzinie geriatrii. Takie działania wydają się bardziej racjonalne i stanowią lepszą odpowiedź na potrzeby pacjentów, z uwzględnieniem również możliwości finansowych systemu opieki zdrowotnej, niż dążenie za wszelką cenę do zwiększania liczby oddziałów geriatrycznych – wyjaśnia wiceminister zdrowia Zbigniew Król w piśmie do Rzecznika Praw Obywatelskich, którego już w 2017 r. zaniepokoiły nowe rozwiązania.

RPO: ZAGROŻONE BEZPIECZEŃSTWO ZDROWOTNE

W ocenie Adama Bodnara obrany przez resort zdrowia kierunek jest niezrozumiały, gdyż brak w sieci oddziałów geriatrycznych szpitali powiatowych i wojewódzkich może wpłynąć na dostęp pacjentów geriatrycznych z wielochorobowością do adekwatnego dla nich leczenia szpitalnego blisko miejsca zamieszkania. Pojedyncze specjalistyczne placówki lecznicze, które weszły do sieci na poziomie ogólnopolskim, mogą nie zaspokoić potrzeb pacjentów geriatrycznych w skali kraju. – Pacjent geriatryczny jest osobą, która potrzebuje dostosowanej do jego specyfiki zdrowotnej, kompleksowej opieki. Potrzebami zdrowotnymi tych pacjentów powinien zajmować się lekarz geriatra, a w warunkach szpitalnych, opieka zdrowotna powinna być realizowana na oddziałach geriatrycznych – uważa RPO.

GERIATRY: INTERNA TO ZA MAŁO

Specjaliści tłumaczą, że jeśli hospitalizowany pacjent geriatryczny nie trafi na oddział geriatryczny, to z powodu wieloletnich zaniedbań edukacyjnych w programach uczelni medycznych w zakresie geriatrii nie ma szans na właściwą diagnozę i adekwatną do jego stanu zdrowia opiekę medyczną.

– Do 2016 r. przyszli lekarze nie mieli obowiązkowych zajęć z geriatrii. Lekarze pracujący na izbach przyjęć i SOR-ach są w stanie dość szybko rozpoznać u starszej osoby udar, zapalenie płuc, ostrą niewydolność krążeniową, zawał serca, ale w niewystarczający sposób identyfikują zespoły geriatryczne, następstwa niewłaściwego stosowania leków i nieodpowiednio planują postępowanie. Ogranicza ich – poza brakiem wiedzy – liczba chorych i czas na badanie oraz długość pobytu. W konsekwencji taki pacjent dość często jest niewłaściwie leczony. Zaopat-

truje mu się podstawowy problem zdrowotny, podaje lek przeciwbólowy, w zależności od potrzeb antybiotyki, uzupełnia elektrolity, wyrównuje poziom cukru i wypisuje do domu, mając następnych chorych do hospitalizacji – twierdzi dr Derejczyk i dodaje:– A przecież to są ludzie ze współistniejącą depresją, otępieniem, z licznymi i trudnymi w postępowaniu zaburzeniami zachowania, parkinsonizmem, sarcopenią, osteoporozą, zespołem słabości, nietrzymaniem moczu, anoreksją i wyniszczeniem. Są zagrożeni odleżynami, upadkami i padają ofiarą tych powikłań właśnie w trakcie pobytu w szpitalu. Dużą grupą działań szkodzących choremu w szpitalu jest nadużywanie przez zespół medyczny leków uspokajających – neuroleptyków i benzodiazepin oraz przerywanie terapii w szpitalu z powodu braku leków. Ci chorzy wymagają co najmniej 10-dniowej hospitalizacji i wydłużonej rehabilitacji. To właśnie cele oddziałów geriatrycznych.

Geriatra przekonuje, że potrzeba dużego zasobu wiedzy o starzeniu mózgu i patofizjologii chorób późnej starości, aby umieć zauważyć starzenie inaczej, niż uczyła dotychczas klasyczna interna.

– Leczenie osób z zespołami geriatrycznymi wymaga identyfikacji podatności chorych na stresy środowiskowe oraz oceny nadwątlonych zasobów i rezerw zdrowotnych we wszystkich narządach. Do tego należy indywidualnie ocenić konsekwencje nakładania się na obecne rezerwy chorób przewlekłych, co tworzy mozaikę wielochorobowości i zależności pielęgnacyjno-opiekuńczej. Sposobu odpowiedzi na takie zagadki nie można się nauczyć z dnia na dzień u konsultanta geriatrycznego na oddziale ogólnym – podkreśla dr Derejczyk.

ODDZIAŁY GERIATRYCZNE POTRZEBNE

– Jeśli za chwilę jedną trzecią naszego społeczeństwa stanowią będą seniorzy, to teza, że nie są nam potrzebne oddziały geriatryczne, że wystarczy opieka lekarza rodzinnego lub konsultacja geriatry podczas hospitalizacji na dowolnym oddziale szpitalnym, nie ma racji bytu – uważa prof. Tomasz Kostka.

Specjalista tłumaczy, że tylko w miarę sprawni pacjenci są w stanie jeździć do różnych specjalistów i wysiadywać w kolejkach na konsultację lekarską. Osoby najstarsze, najbardziej schorowane przestają mieć takie możliwości z uwagi na niepełnosprawność lub niesamodzielność.

– Diagnostowanie takiego pacjenta powinno odbywać się w jednym miejscu, gdzie większością chorób zajmuje się geriatra, którego wspierają specjaliści z innych

dziedzin i konsultują takich chorych, kiedy zajdzie taka potrzeba. Tego nie da się inaczej zorganizować – uważa prof. Kostka.

I dlatego należy iść w kierunku odwrotnym, niż jest obecnie przyjęty w sieci szpitali. Na oddziałach internistycznych trzeba kontraktować usługi geriatryczne i przekształcać oddziały internistyczne w internistyczno-geriatryczne, tworzyć oddziały/pododdziały rehabilitacji geriatrycznej, wprowadzić szpitalną jednodniową opiekę geriatryczną i hospitalizację domową. Docelowo musi powstać cały skoordynowany system, łączący opiekę ambulatoryjną, opiekę szpitalną na oddziale geriatrycznym lub internistyczno-geriatrycznym i rehabilitację geriatryczną z opieką środowiskową.

EKSPERCI: CZAS NA PILNE DZIAŁANIA

O zmianę aktualnego podejścia do geriatry w Polsce zaapelowała w czerwcu 2018 r. Komisja Ekspertów ds. Osób Starszych przy RPO, bo jeśli „nie zrewolucjonizujemy ochrony zdrowia osób starszych, to w perspektywie najbliższych dziesięcioleci zamiast szpitali będziemy mieli masowe umieralnie seniorów”. Eksperti zwrócili uwagę, że geriatra, choć formalnie uznana została za priorytet w systemie ochrony zdrowia, nie znajduje się na mapach potrzeb zdrowotnych. Co więcej, w wyniku niewłączenia jej do sieci szpitali I i II stopnia, znalazła się w bardzo trudnej sytuacji, co jest szkodliwe ze względu na pacjentów geriatrycznych, jak i ze względu na system szkolenia geriatrów. W Polsce nie istnieje też rehabilitacja geriatryczna. NFZ wciąż opornie kontraktuje geriatricę, choć w ostatecznym rachunku jest tańsza od tradycyjnego leczenia internistycznego połączonego z pomocą specjalistyczną. Obecna sytuacja niepokoi też Narodową Radę Rozwoju przy Prezydencie RP, która zarekomendowała Andrzejowi Dudzie stanowisko o konieczności zatrzymania degradacji geriatry w Polsce, a następnie jej rozwijania. Prezydent zwrócił się w tej sprawie do ministra zdrowia. Niestety, na razie nic nie wskazuje, na to, aby kierunek działań resortu zdrowia miał ulec zmianie.

MZ: PRIORYTETEM – SZKOLENIE GERIATRÓW

Resort zdrowia zapewnia, że nie ignoruje wyzwań wynikających ze starzenia się społeczeństwa, dlatego jednym z priorytetów jest wykształcenie odpowiedniej liczby lekarzy specjalistów z dziedziny geriatry. Uznawanie jej za specjalizację priorytetową skutkuje przyznaniem wyższego wynagrodzenia zasadniczego lekarzom, którzy zdobywają ją w trybie rezydenckim, a minister zdrowia

przyznaje tyle rezydentur, o ile wnioskuje wojewodowie i konsultant krajowy.

– Specjalizację z geriatry wybijają najczęściej lekarze mający już tytuł specjalisty w innej dziedzinie medycyny, realizując wówczas w trybie pozarezydenckim krótszy program szkolenia. Wykonywanie zawodu lekarza geriatry niewątpliwie wymaga dojrzałości emocjonalnej i doświadczenia życiowego, rzadko zatem dziedzina ta wybierana jest przez młodych lekarzy po stażu podyplomowym. Stąd minister zdrowia nie wypełnia wszystkich wolnych miejsc szkoleniowych rezydenturami, aby nie blokować rozwoju zawodowego lekarzom, którzy mogą specjalizować się wyłącznie w trybie pozarezydenckim – podkreśla rzecznik prasowy MZ Krzysztof Jakubiak. Przyczyny małego zainteresowania młodych lekarzy rezydenturami z geriatry są jednak zgoła inne. Obecnie w Polsce jest 430 geriatrów. To stanowczo za mało, a mimo to duża część nie pracuje w swojej specjalizacji.

– Geriatria jest trudną specjalnością, nie przynosi spektakularnych sukcesów i jest mało atrakcyjna finansowo w porównaniu do innych specjalności lekarskich. Do tego, z powodu małej liczby oddziałów geriatrycznych i praktycznego braku specjalistycznych poradni, nie ma wystarczającej liczby miejsc pracy. Decyzja o nieuwzględnieniu oddziałów geriatrycznych w sieci na pewno nie wpłynie na poprawę tej sytuacji – uważa prof. Kostka.

Zainteresowanie geriatricą wśród młodych lekarzy, które było widoczne do 2015 r., od 2017 r. spada. W jesiennym postępowaniu kwalifikacyjnym 2017 roku – przyznano 34 rezydentury na 77 wolnych miejsc szkoleniowych, wiosną 2018 r. już tylko 20 na 83 wolne miejsca. Czyżby młodzi lekarze, po deklaracjach MZ o braku potrzeby istnienia geriatry w szpitalach, jakie padały w 2016 i 2017 r., podjęli szybko decyzję o rezygnacji z tej specjalizacji wobec braku perspektyw zawodowych?

BEZ ZROZUMIENIA PROBLEMU NIC SIĘ NIE ZMIENI

Prof. med. Tomasz Grodzicki, kierownik Katedry Chorób Wewnętrznych i Gerontologii UJ CM, konsultant krajowy w dziedzinie geriatry w latach 2002–2014, zapytany dlaczego budowa systemu geriatry w Polsce mimo upływu tylu lat przypomina wciąż walenie głową o mur, odpowiada: – Podstawową przeszkodą jest brak zrozumienia problemu geriatry wśród urzędników Ministerstwa Zdrowia. Póki przy ul. Miodowej w Warszawie nie zostanie dostrzeżona potrzeba obecności tej dziedziny medycyny w systemie opieki zdrowotnej, nie zostaną wsparte oddolne działania środowiska, geriatria w Polsce nie będzie się rozwijała. To prawda, że resort zdrowia zaliczył geriatricę do dziedzin priorytetowych, uruchomiono tzw. krótką ścieżkę kształcenia, co zwiększyło znacznie liczbę specjalistów. Ale za tym nie poszły inne działania. Przez wiele lat pracowały zespoły robocze, powstawało szereg dokumentów. Wypracowano m.in. standardy opieki geriatrycznej, obejmującej zarówno opiekę szpitalną, jak i pozaszpitalną, ale nie zostały one przez Ministerstwo Zdrowia zatwierdzone i wdrożone. Skoro Ministerstwo Zdrowia i NFZ nie widzą konieczności uwzględnienia oddziałów geriatrycznych w szpitalach sieciowych, to przynajmniej powinien zostać wprowadzony obowiązek zatrudnienia geriatrów jako konsultantów. Niestety, nie zrobiono tego. Podczas hospitalizacji każdy pacjent po 65. roku życia powinien przejść całościową ocenę geriatryczną, ale to zupełnie fikcyjny zapis. Nikt tego nie realizuje, bo nie wiadomo, kto miałby to robić.

Prof. Tomasz Grodzicki podkreśla też, że w zakresie opieki nad osobami starszymi potrzebujemy w Polsce rozwiązań systemowych. – Nie wystarczy zatrudnić geriatrów i otworzyć oddziały szpitalne. Potrzebujemy całego systemu od opieki szpitalnej poprzez opiekę ambulatoryjną do opieki długoterminowej i wsparcia pacjentów w ich domach. W każdym z tych obszarów coś się dzieje, ale obecny system jest niewydolny. Do wszystkich szpitali, także powiatowych, trafiają coraz częściej 80- i 90-letni chorzy, których po zakończeniu leczenia nie ma jak wypisać, bo są samotni, pozbawieni opieki w domu. ■

