

Geriatrya jest wyzwaniem dla systemu

O organizowaniu opieki medycznej dla seniorów rozmawiamy z dr. n.med. Robertem Błaszczakiem, specjalistą chorób wewnętrznych i geriatryi, konsultantem województwa łódzkiego w dziedzinie geriatryi.

"Panaceum": Co sprawiło, że zdecydował się pan na geriatricę?

Robert Błaszczak: Pierwsze kroki specjalizacyjne związałem z chorobami wewnętrznymi, wtedy jeszcze w systemie dwustopniowym. Na kolejnym etapie zainspirowała mnie rozmowa z Profesorem Kornelią Kędziorą-Kornatowską, promotorką mojego doktoratu, co skłoniło mnie do wyboru geriatrici. W 2012 roku na WAM-ie stworzyliśmy początkowo czterołożkowy oddział, który z czasem rozrósł się do dwudziestołożkowego. Oddział ten zmienił teraz swoją lokalizację i aktualnie funkcjonuje w ramach Centralnego Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 2 odtworzył oddział geriatriczny w placówce przy ul. Pieniny 30, w ramach Klinicznego Centrum Medycznego Seniora, gdzie działają oddział geriatrici i psychogeriatrici oraz poradnia geriatriczna. Dodatkowo, w tej samej lokalizacji znajduje się zakład opiekuńczo-leczniczy.

Jaka jest sytuacja geriatrici w województwie łódzkim?

Aktualnie można powiedzieć, że sytuacja jest lepsza niż kilka lat temu. Po oddziale na WAM-ie i później w szpitalu im. K. Jonschera, dziś w Łodzi mamy jeszcze trzy takie miejsca. W szpitalu im. N. Biegańskiego, na oddziale internistycznym, którym kieruje dr n. med. Sebastian Słomka, jest 21 łóżek geriatricznych. Jak wcześniej wspominałem, funkcjonuje również oddział geriatrici w Centralnym Szpitalu Klinicznym na ul. Pomorskiej, a od 1 lipca działa niewielki oddział w szpitalu na Stokach. Oddziały geriatriczne bądź łóżka geriatriczne funkcjonują także w szpitalach w Zduńskiej Woli i Zgierzu. Według standardów światowych – do których chcielibyśmy dążyć – na 100 tys. osób powyżej 60. roku życia powinno przypadać przynajmniej 50 łóżek geriatricznych, i takie są również założenia Ministerstwa Zdrowia. Aktualnie w całym województwie łódzkim mamy jedynie 78 łóżek. Planujemy utworzyć oddziały geriatriczne działające w ramach NFZ w Tomaszowie Mazowieckim, Skierniewicach i Radomsku. W samej Łodzi brakuje jeszcze około 20 łóżek, ale większym problemem są pozostałe miejsca w województwie.

Z czego wynikają te braki?

Geriatry, w porównaniu do innych specjalizacji, funkcjonuje jako osobna specjalizacja od niedawna i jest mało popularna wśród lekarzy. Sam musiałem robić specjalizację w Bydgoszczy, ponieważ w Łodzi nie było możliwości odbywania szkolenia specjalizacyjnego. Aktualnie w Łodzi mamy 36 specjalistów z zakresu geriatry. Szkolenia specjalizacyjne mogą prowadzić CKD, szpital im. Wł. Biegańskiego i szpital w Zgierzu – łącznie to około 14 miejsc specjalizacyjnych. Powinno ich być więcej, i być może uda nam się otworzyć miejsca specjalizacyjne w szpitalu na Stokach. Problemem jest natomiast brak zainteresowania wśród młodych lekarzy specjalizacją w tym zakresie. Oprócz oczywistych obiekcji, myślę, że młodzi lekarze obawiają się, iż po tej specjalizacji nie znajdą pracy, co moim zdaniem jest nieprawdą. Oddziały geriatryczne będą się rozwijać, ponieważ zapotrzebowanie na tego typu opiekę medyczną jest ogromne.

Jaka jest różnica między opieką internistyczną, a geriatryczną?

Jako geriatry nie upieramy się, że jesteśmy lepsi od internistów – sam mam przecież obie te specjalizacje. Niewątpliwie jednak geriatry jest niezbędna. Przeprowadzono badania porównujące koszty opieki nad osobą starszą na oddziale internistycznym oraz na oddziale geriatrycznym z dalszą opieką ambulatoryjną. Wyliczono, że pacjent na oddziale geriatrycznym mniej obciąża budżet państwa w skali roku, ponieważ otrzymuje tam kompleksową opiekę, łącznie z psychiatryczną. Na oddziałach geriatrycznych wykonujemy także tzw. Całościową Ocenę Geriatryczną, która jest dodatkowo finansowana przez NFZ. Pozwala to na ocenę potrzeb pacjenta zarówno medycznych, jak i socjalnych. Wracając do kosztów – ośrodek katowicki wyliczył, że koszt opieki nad pacjentem wypisanym z oddziału geriatrycznego jest o jedną trzecią niższy niż w przypadku wypisu z oddziału internistycznego. Dzieje się tak, ponieważ na geriatry wykonujemy wszystkie potrzebne konsultacje w trakcie pobytu pacjenta, aby jego leczenie było jak najbardziej optymalne. Wiadomo też, że im więcej leków się przepisuje pacjentowi, tym większe ryzyko polipragmazji, a co za tym idzie – działań niepożądanych. Pacjent pod stałą opieką poradni geriatrycznej rzadziej potrzebuje wizyt u różnych specjalistów.

Jak funkcjonują dziś poradnie geriatryczne? I czy jest wielu pacjentów?

W praktyce w poradni geriatrycznej, poza standardowym wywiadem i badaniem pacjenta, opieramy się na skalach i testach, które pozwalają ocenić stan psychiczny oraz samodzielność pacjenta. Staramy się rozpoznać, a właściwie poznać, zarówno zdrowotne, jak i socjalne potrzeby osób w wieku podeszłym. Natomiast panel badań, które zlecamy, jest znacznie szerszy niż w POZ-ecie, na przykład geriatra może zlecić tomografię głowy. W ostatnich latach, pod kierownictwem prof. Kostki, prowadzono przy Uniwersytecie Medycznym badanie naukowe, podczas którego wielu seniorów zostało kompleksowo

przebadanych pod kątem różnych chorób. Oczywiście, wszystko zależy od problemu, z jakim pacjent się zgłasza. Mamy wielu pacjentów, którzy sami przenoszą się ze swoich poradni POZ-etu do naszych specjalistycznych poradni geriatrycznych. Nie ma rejonizacji, a terminy przyjęć są relatywnie krótkie. Chcemy, aby taka forma opieki lekarskiej nad seniorami się rozwijała, aby mogło z niej korzystać coraz więcej pacjentów.

Czy do poradni geriatrycznych potrzebne jest skierowanie?

Tak, skierowanie jest potrzebne od lekarza pierwszego kontaktu lub każdego innego specjalisty, tyle że granicą obowiązuje wiek powyżej 60 roku życia. Ogółem geriatrycznych poradni specjalistycznych w naszym województwie jest 9, z czego w samej Łodzi są 4. Poradnie w Łodzi umieszczone są przy szpitalach: CKD i na Stokach, są też takie poradnie przy szpitalu Jonschera i im. Św. Rodziny. Ponadto funkcjonują też poradnie przyszpitalne w Łowiczu, Sieradzu i Tuszynie. Mamy nadzieję, że będą powstawać nowe.

A co z opieką dzienną pacjentów po hospitalizacji?

Mam nadzieję, że dojdzie do realizacji założeń ustawy 75+ z zeszłego roku. Celem ustawy jest stworzenie miejsc dziennej opieki medycznej, na wzór wcześniejszego projektu unijnego funkcjonującego pod nazwą Domy Diennej Opieki Medycznej. Opiekę nad seniorem miałyby sprawować zespół składający się, m.in. z geriatry, fizjoterapeuty, dietetyka i pielęgniarki środowiskowej. W naszym województwie kiedyś powstały cztery takie domy, finansowane ze środków unijnych, ale po wyczerpaniu funduszy nie było dalszego źródła ich finansowania, więc przestały działać. Istotą takich miejsc jest zapewnienie opieki starszym pacjentom po hospitalizacji, aby nie dochodziło do „instytucjonalizacji” lub aby decyzja o umieszczeniu pacjenta w ośrodku z 24-godzinną opieką była podejmowana jak najpóźniej. Kontynuacją leczenia w ramach ustawy mają być centra 75+, z jednym takim centrum przypadającym na 6–12 tys. mieszkańców powyżej 75. roku życia. Centra te działałyby pod nadzorem oddziałów geriatrycznych. Pacjent mógłby pozostawać pod opieką takiego centrum przez 12 tygodni po leczeniu szpitalnym, w ramach dziennej rehabilitacji i innych form wsparcia. Skoro centra mają być merytorycznie zależne od oddziałów geriatrycznych, to liczba tych oddziałów musi wzrosnąć, a ich zasięg powinien obejmować poszczególne powiaty.

A co z opieką koordynowaną dla seniorów prowadzoną przez lekarzy POZ-etu?

Teraz mamy tylko programy pilotażowe z zakresu opieki koordynowanej. Ministerstwo planuje przyznać dodatkowe fundusze, jeśli szpitale prowadziłyby taką opiekę, co byłoby bardzo dobrym rozwiązaniem. aktualnie w module specjalizacyjnym dla lekarzy pierwszego kontaktu znajduje się staż z zakresu geriatry, co jest pewnym wstępem do takiego działania. Złotym środkiem byłoby stworzenie zespołu składającego się z geriatry

lub lekarza pierwszego kontaktu z doświadczeniem w opiece nad osobami starszymi, pracownika socjalnego, fizjoterapeuty oraz psychologa czy farmaceuty. Taki zespół mógłby kompleksowo planować leczenie pacjenta z wielochorobowością, co znacznie odciążałoby pracę POZ-etów.

W Polsce brakuje również nadzorowanej opieki domowej, która jest szeroko stosowana w innych krajach Unii Europejskiej. Opieka w domu, na przykład nad pacjentem z otępieniem po leczeniu szpitalnym, jest znacznie łatwiejsza do zaakceptowania przez pacjenta niż pobyt w domu opieki społecznej (DPS). Często zdarza się też, że ktoś z rodziny musi zrezygnować z pracy, aby opiekować się schorowanym seniorem, ponieważ opieka w domach opieki jest bardzo kosztowna – średni koszt miesięcznego pobytu w DPS to około 5–6 tysięcy złotych, co stanowi wyzwanie finansowe dla wielu rodzin. Dobrym rozwiązaniem byłoby przeznaczenie części funduszy z budżetu, które teraz trafiają do DPS-ów i zakładów opiekuńczo-leczniczych (ZOL), na rozwój opieki w środowisku domowym.

Jak wygląda finansowanie geriatric przy nowej minister zdrowia - czy coś się zmieniło?

Oddziały geriatryczne są rozliczane na ogólnych zasadach wyceny punktów według Narodowego Funduszu Zdrowia, w zależności od przeprowadzonych procedur. W ostatnim czasie nastąpiło zwiększenie wyceny za punkt rozliczany z NFZ, co jest pozytywną zmianą. Jednakże nie ma dodatkowych środków przyznawanych specyficznie dla oddziałów geriatrycznych, poza dodatkowym wynagrodzeniem za Całościową Ocenę Geriatryczną. Warto jednak zauważyć, że w ostatnich miesiącach powstały nowe oddziały geriatryczne oraz poradnie geriatryczne. Dodatkowo ruszył program finansowania oddziałów geriatrycznych w szpitalach powiatowych, co może przyczynić się do dalszego rozwoju opieki geriatrycznej w kraju.

Dziękuję za rozmowę.

Rozmawiała Patrycja Proc

Autor fot: archiwum prywatne



Panaceum 11/2024