

Na co zwrócić
szczególną uwagę
w diagnostyce i terapii pacjenta
w podeszłym wieku?

dr hab. n. o zdr. Mateusz Cybulski
Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wstęp

- Aktualna sytuacja demograficzna na całym świecie wskazuje na znaczny wzrost udziału osób starszych, tj. powyżej 60 roku życia, w strukturze społeczeństwa.
- Wzrost liczby osób starszych w strukturze społecznej determinowany jest przede wszystkim wydłużaniem się przeciętnego dalszego trwania życia, na który wpływa m.in.:
 - poprawa warunków bytowych w tej grupie społecznej,
 - lepszy dostęp i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych,
 - wzrost wiedzy seniorów w zakresie podstawowych zasad profilaktyki zdrowotnej oraz promocji zdrowia, przekładający się na większą liczbę zachowań prozdrowotnych w tej grupie wiekowej.

Prognozy demograficzne - GUS

- do 2050 roku odnotowywane będzie znaczne zmniejszenie liczby dzieci i osób dorosłych w strukturze polskiego społeczeństwa, natomiast zwiększy się liczba i udział osób starszych (przyrost o 19% w miastach i o prawie 17% - na wsi).
- Udział osób starszych przekroczy 30% na obszarach wiejskich, natomiast w miastach zbliży się do 35%.
- Osoby co najmniej 80-letnie będą w 2050 roku stanowiły 10,4% populacji kraju, podczas gdy w 2013 roku było to 3,9%.
- Spośród 3,5 mln mieszkańców Polski będących w 2013 roku w wieku 80 lat i więcej, w końcowym roku prognozy (w 2050) **ponad 59 tys. ukończy 100 lat!**

Kamienie milowe rozwoju geriatryi w Polsce

- 2003 rok - rozporządzenie Ministra Zdrowia, określające m.in. program kształcenia specjalistycznego w zakresie pielęgniarstwa geriatrycznego oraz uściślające proces kształcenia w tej specjalizacji;
- 2004 rok – rozporządzenie Ministra Zdrowia, uznające geriatricę jako priorytetową dziedzinę medycyny;
- 2007 rok – powołanie działającego przy Ministrze Zdrowia Zespołu ds. Gerontologii
- 2012-2015 - program pod nazwą „*Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej*”, finansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego
- 2013 – wsparcie finansowe rozwoju geriatrici przez Wielką Orkiestrę Świątecznej Pomocy
- 2015 – uwzględnienie całościowej oceny geriatricznej (COG) jako świadczenia refundowanego w ramach katalogu szpitalnych świadczeń refundowanych
- 2016 – wprowadzenie na studiach lekarskich geriatrici jako przedmiotu obowiązkowego

Aktualna sytuacja dot. opieki geriatrycznej

- Specjaliści w zakresie geriatricii:
 - 2000 rok – 180 lekarzy, 2018 rok – 442 lekarzy, w tym 431 wykonujących zawód
 - liczba lekarzy w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców w wieku 65 lat i więcej nadal jest najniższa w Europie
- Szpitalne oddziały geriatryczne:
 - 1990 rok – 12 oddziałów, 2015 rok – 59 oddziałów
- Szpitalne łóżka geriatryczne:
 - 1990 rok – 511 łóżek, 2018 rok – ok. 900 łóżek
- z powodu dużego przyrostu osób w podeszłym wieku oba wskaźniki nadal są niezadowalające

Raport NIK z 2015 roku

- krytycznie ocenia działania w zakresie polityki zdrowotnej w odniesieniu do osób starszych
- zwraca uwagę na to, że:
 - w Polsce nie ma systemu geriatrycznej opieki medycznej nad osobami w wieku podeszłym,
 - brakuje lekarzy geriatrów,
 - dostępność opieki geriatrycznej jest niewystarczająca,
 - występuje duże zróżnicowanie terytorialne

COG – istotny element diagnostyczny pacjenta geriatrycznego

- złoty standard postępowania diagnostycznego w gerii
- *„wielowymiarowy, interdyscyplinarny i zintegrowany proces diagnostyczny służący do określenia problemów zdrowotnych i funkcjonalnych (medycznych, fizycznych, psychicznych, socjalnych i społecznych) starszego pacjenta celem oszacowania obszarów deficytów funkcjonalnych i ustalenia priorytetów leczniczo-rehabilitacyjnych”*
- Cel COG:
 - zaplanowanie i zorganizowanie kompleksowej opieki nad pacjentem starszym, uwzględniającej terapię, rehabilitację oraz opiekę długoterminową, a także zoptymalizowane wykorzystanie wszelkich zasobów, które można wykorzystać w późniejszej terapii
- dzięki interdyscyplinarnemu podejściu daje szansę wykrycia problemów niewidocznych przy tradycyjnym podejściu medycznym do pacjenta w starszym wieku

Geriatryczny zespół terapeutyczny

- zespołowa praca wszystkich wykwalifikowanych pracowników, mających styczność z pacjentem starszym, tj. lekarza, pielęgniarki, fizjoterapeuty, psychologa, opiekuna medycznego, terapeuty środowiskowego, pracownika socjalnego, a w razie potrzeby również logopedy, dietetyka, farmaceuty oraz kapelana.
- Główne zadania zespołu:
 - indywidualna ocena za pomocą profesjonalnych narzędzi w zakresie wykonywanego zawodu, a następnie określenie najważniejszych obszarów, w których dany pacjent potrzebuje pomocy bądź interwencji medycznej
 - wspólne rozwiązywanie interdyscyplinarnych problemów w ramach zespołu

- Liderem zespołu z zasady jest lekarz – pełni on najważniejszą funkcję najczęściej z powodu występowania u jednego pacjenta kilku jednostek chorobowych.
- W wyjątkowych sytuacjach liderem może być pielęgniarka POZ, ponieważ pełni ona funkcję pielęgniarki środowiskowej, w związku z czym ma możliwość wczesnego dostrzeżenia problemów związanych z funkcjonowaniem pacjenta geriatrycznego w środowisku.
- Niezbędnym warunkiem do efektywnej pracy zespołu terapeutycznego są wspólne spotkania wszystkich jego członków w celu indywidualnego omówienia sytuacji i stanu zdrowia poszczególnych pacjentów i podziale zadań między poszczególnych specjalistów, wchodzących w skład zespołu.
- Udział w tego typu spotkaniach powinna wziąć udział również sama osoba starsza bądź jej opiekun, najczęściej członek rodziny.

Standardowe kwestionariusze COG

- Skala Oceny Podstawowych Czynności Życia Codziennego (ADL, ang. *Activities of Daily Living*) wg Katza – kwestionariusz rejestrujący zdolność chorego do samodzielnego odżywiania i zabiegów pielęgnacyjnych oraz możliwości swobodnego przemieszczania się w pomieszczeniu, a więc podstawowych czynności dnia codziennego;
- Skala Oceny Instrumentalnych Czynności Życia Codziennego wg Lawtona (I-ADL, ang. *Instrumental Activities of Daily Living*) – skala, która bada zdolność do prowadzenia samodzielnego życia, obejmująca ocenę podstawowych czynności codziennego życia, tj. samodzielne wykonywanie zakupów, zarządzanie własnymi finansami, prowadzenie gospodarstwa domowego, wykonywanie prania, przygotowywanie posiłków, zdolność korzystania z komunikacji, obsługę telefonu oraz przyjmowanie zaleconych leków;

- Indeks Oceny Podstawowych Czynności w Życiu Codziennym wg Barthel – narzędzie służące do oceny poziomu sprawności funkcjonalnej, oceniające 10 czynności przypisujące im odpowiednie wartości punktowe, pozwalające na określenie stopnia samodzielności pacjenta;
- Geriatryczna Skala Oceny Depresji wg Yesavage’a – narzędzie umożliwiające dokonywanie oceny natężenia objawów depresji u osób starszych w ciągu ostatnich 2 tygodni, składające się z 30 krótkich pytań z dwiema możliwościami odpowiedzi do wyboru (tak/nie); w Polsce popularna jest też wersja skrócona omawianego narzędzia, tzw. „wersja 15-punktowa”;
- Test Rysowania Zegara wg Watsona i wsp. (CDT, ang. *Clock Drawing Test*) – proste narzędzie, które ma na celu ocenić występowanie podstawowych objawów demencji (procesy wzrokowo-przestrzenne, planowanie przebiegu czynności poznawczych oraz myślenie abstrakcyjne), polegające na narysowaniu okrągłej tarczy zegara i wpisaniu przez pacjenta w tarczę liczb oznaczających godziny, a następnie narysowaniu wskazówek zegara wskazujących godzinę 11:10;

- Krótka Skala Oceny Stanu Psychicznego (MMSE, ang. *Mini Mental State Examination*) – szybka do przeprowadzenia i prosta skala, która pozwala ocenić podstawowe elementy aktywności poznawczej, tj. orientację w miejscu i czasie, pamięć, zdolność liczenia, uwagę i koncentrację oraz funkcje językowe (nazywanie, czytanie, pisanie);
- Skala Oceny Ryzyka Rozwoju Odleżyn (skala Norton) – skala pomagająca określić i zmniejszyć ryzyko powstania odleżyn, podjąć działania profilaktyczne oraz skrócić czas hospitalizacji, uwzględniająca ocenę stanu fizycznego, stanu psychicznego (świadomość), aktywności fizycznej, umiejętności poruszania się i trzymania stolca oraz moczu;
- Test „Wstań i Idź” (TUG, ang. *Timed Up and Go*) – narzędzie służące do oceny chodu i sprawności funkcjonalnej, polegające na wykonaniu na komendę „START” przez badanego siedzącego na krześle następujących czynności: wstania z krzesła, pokonania po płaskim terenie w normalnym tempie dystansu 3 metrów, przekroczenia linii kończącej wyznaczony dystans, wykonania obrotu o 180 stopni, powrotu do krzesła i ponownego przyjęcia pozycji siedzącej. Wynikiem testu jest czas potrzebny na wykonanie zadania;

- Skala Tinetti (POMA, ang. *Performance-Oriented Mobility Assessment*) – skala służąca do oceny równowagi i chodu (za jej pomocą ocenia się wykonanie 16 zadań, w tym 9 pozwalających na ocenę utrzymania równowagi przy wykonywaniu różnych czynności i 7 oceniających chód), będąca rozszerzeniem testu „wstań i idź”;
- Kwestionariusz Oceny Stopnia Odżywienia (MNA, ang. *Mini Nutritional Assessment*) – narzędzie oceniające stan odżywienia, składające się z kombinacji pomiarów antropometrycznych, oznaczenia wskaźnika masy ciała (BMI, ang. *body mass index*) i zebrania informacji o aktualnych nawykach żywieniowych, ilości oraz jakości spożywanych pokarmów, pozwalające wykryć zaburzenia w odżywianiu, zanim dojdzie do spadku masy ciała lub pojawienia się niedoborów białkowych oraz na zastosowanie wczesnej interwencji żywieniowej.

Specyficzne cechy i zjawiska w terapii pacjenta geriatrycznego

- Zmiany fizjologiczne związane z procesem starzenia powstają w wyniku:
 - działania i/lub wpływu czynników wewnętrznych,
 - działania i/lub wpływu czynników zewnętrznych,
 - chorób związanych z wiekiem.

Zespół słabości/kruchości (ang. *frailty syndrome*)

- najczęstszy przykład ograniczenia rezerwy homeostazy ogólnoustrojowej
- *„syndrom fizjologiczny, charakteryzujący się zmniejszeniem rezerw i odporności na czynniki stresogenne, wynikający ze skumulowania się obniżonej wydolności różnych systemów/układów fizjologicznych, co w konsekwencji prowadzi do podatności na wystąpienie niekorzystnych następstw”*
- objawy kliniczne:
 - sarkopenia, czyli utrata masy mięśniowej,
 - zmniejszenie masy ciała/niedożywienie,
 - zmniejszenie siły, tolerancji wysiłku,
 - spowolnienie ruchowe,
 - zaburzenia równowagi,
 - zmniejszona aktywność fizyczna,
 - pogorszenie funkcji poznawczych
 - zwiększona wrażliwość na działanie czynników stresogennych

- konsekwencje:
 - niesprawność fizyczna,
 - utrata samodzielności,
 - w ostateczności pobyt osób starszych w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych
- profilaktyka:
 - indywidualnie opracowany i dobrany program ćwiczeń
 - zoptymalizowane żywienie

Wielochorobowość (polipatologia)

- jedna z najbardziej typowych cech pacjentów geriatrycznych
- występowanie kilku chorób przewlekłych w tym samym czasie
- współistnienie kilku jednostek chorobowych wynika zarówno z samego procesu starzenia się, ale jest też konsekwencją rozwoju medycyny i coraz większej skuteczności leczenia wielu chorób
- charakterystyczną cechą wielochorobowości w okresie starości jest współwystępowanie chorób somatycznych oraz zaburzeń psychicznych

Wielolekowość (politerapia)

- zjawisko istotnie powiązane z polipatologią
- polega na stosowaniu znacznej liczby leków przez pacjenta geriatrycznego w ciągu dnia:
 - wielolekowość jest definiowana jako przyjmowanie co najmniej 5 leków,
 - ciężka wielolekowość – jako stosowanie co najmniej 10 leków
- zjawisko wielolekowości dotyczy statystycznie co drugiej osoby starszej, a ciężkiej wielolekowości – mniej więcej co dziesiątej
- wielolekowość należy analizować i traktować jako możliwy czynnik niesprawności funkcjonalnej, gdyż może ona powodować występowanie objawów powodujących niebezpieczeństwo dla seniorów, np. zwiększone ryzyko upadków

Polipragmazja, a politerapia

- Polipragmazja polega na stosowaniu przez chorego co najmniej jednego leku w sposób zbędny, tzn. bez wskazań lekarskich – jest to nadmierne i niepotrzebne stosowanie leków.
- Politerapia polega na stosowaniu znacznej liczby leków przez pacjenta geriatrycznego w ciągu dnia.

Problem samoleczenia

- wielochorobowość jest zazwyczaj główną, ale nie jedyną przyczyną wielolekowości
- dość często politerapia ściśle wiąże się ze zjawiskiem samoleczenia, czyli stosowaniem tzw. leków OTC (ang. *over the counter*), będących lekami bez recepty, które chory może zakupić bez konsultacji z lekarzem bądź farmaceutą
- istotnym problemem jest powszechna reklama tych leków w mediach oraz szeroki dostęp do wspomnianych medykamentów
- oba czynniki determinują wzrost zainteresowania i sprzedaży leków bez recepty we wszystkich grupach wiekowych, w tym wśród osób w podeszłym wieku, które myślą, że leki ogólnodostępne nie wymagające recepty nie wywołują działań niepożądanych dla ich zdrowia, których ryzyko wzrasta wraz ze wzrostem zażywanych leków

Inne specyficzne cechy osób starszych

- zjawisko niedostatecznego leczenia:
 - niepodawanie leków koniecznych w terapii lub stosowanie zbyt małych dawek
- występowanie atypowych objawów chorobowych:
 - objawy kliniczne inne niż powszechne objawy występujące u młodszych grup wiekowych
 - **przykład:** bezbólowe zawały serca
- występowanie wielkich zespołów geriatrycznych

Wielkie zespoły geriatryczne (ang. *geriatric giants*)

- „przewlekłe zaburzenia, które stopniowo prowadzą do niesprawności funkcjonalnej, a przez to negatywnie wpływają na jakość życia starszych pacjentów”
- określane są inaczej jako zespoły niesprawności człowieka starszego
- pojęcie to jest dość często błędnie utożsamiane z powszechnie występującymi chorobami w okresie starości
- wielkie zespoły geriatryczne są stanami często sprawiającymi trudności w terapii i wymagające z zasady interdyscyplinarnego, zespołowego podejścia
- z uwagi na częstość ich występowania, następstwa oraz koszty niezbędnej opieki medycznej i społecznej, stanowią poważny problem w opiece nad osobami starszymi

Najczęstsze wielkie zespoły geriatryczne

- zaburzenia i zespoły otępienne,
- depresja,
- trudności w poruszaniu się,
- upadki i zaburzenia równowagi,
- zaburzenia wzroku i/lub słuchu,
- zaburzenia funkcji zwieraczy,
- majaczenie,
- niedożywienie,
- politerapia z - będącym często jej następstwem - geriatrycznym zespołem jatrogennym

Najczęstsze przyczyny hospitalizacji osób starszych

- Najczęściej osoby starsze hospitalizowane są, poza oddziałami geriatrycznymi, na oddziałach wewnętrznych, kardiologicznych oraz neurologicznych.
- Około 30–40% osób starszych wymaga co najmniej 1 hospitalizacji w ciągu 2 lat.
- Według doniesień w piśmiennictwie wśród najczęstszych przyczyn hospitalizacji na oddziałach wewnętrznych, w grupie chorych powyżej 60–65 lat, wymieniane są choroby układu sercowo-naczyniowego i choroby układu oddechowego.

- W badaniach przeprowadzonych przez *Kaczor i wsp.* najczęstszymi przyczynami hospitalizacji pacjentów geriatrycznych były:
 - choroby układu krążenia (50%),
 - zapalenie płuc (31%),
 - zaburzenia wodno-elektrolitowe (30%),
 - zakażenia układu moczowego (18%),
 - cukrzyca i niedokrwistość (po 6%)
 - zaburzenia ze strony układu pokarmowego (5%).

- Jedną z ważniejszych przyczyn hospitalizacji są również upadki osób starszych. Szacunkowe dane wskazują, że w ciągu roku w Polsce upada średnio co 4 osoba, a około 10% wszystkich upadków jest odpowiedzialnych za hospitalizację poszkodowanych osób.
- Coraz bardziej istotnym problemem stają się również hospitalizacje pacjentów geriatrycznych z powodu działań niepożądanych spowodowanych najczęściej błędami w stosowaniu farmakologii geriatrycznej. Częstość tego typu waha się od 3 do 17%.

Czynniki ryzyka związane z hospitalizacją osób starszych

- Korzystanie ze świadczeń zdrowotnych w warunkach szpitalnych w starszym wieku jest częstsze niż w młodszych grupach wiekowych, zaś największy wzrost korzystania z usług szpitala zachodzi w ostatnim roku życia.
- Osoby starsze w Polsce w znikomym odsetku korzystają z oddziałów geriatrycznych, ponieważ w wielu regionach kraju, w szczególności poza miastami wojewódzkimi i ośrodkami miejskimi, w których funkcjonują uczelnie medyczne, takich oddziałów po prostu 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.

- Starsi pacjenci doświadczają w szpitalu licznych powikłań, do których należą przede wszystkim: infekcje szpitalne, komplikacje procedur diagnostycznych i leczniczych oraz działania uboczne leków.
- Zbędne hospitalizacje powodują zwiększenie ryzyka komplikacji i nierzadko dochodzi do sytuacji, w której schorzenie będące przyczyną hospitalizacji jest wyleczone, ale stan chorego nie pozwala na jego powrót do domu z uwagi na dramatyczny postęp niepełnosprawności i pogorszenie stanu ogólnego.
- Do tego przyczynia się m.in. brak procedur i narzędzi diagnostycznych, identyfikujących chorych o największym ryzyku komplikacji (np. chorych z zespołem kruchości/słabości), niska edukacja personelu na wszystkich szczeblach wykształcenia medycznego, słaba współpraca interdyscyplinarna, niedobór personelu pielęgniarского i opiekuńczego, niskie nakłady finansowe na geriatricę.
- Hospitalizacja prawie zawsze jest wyborem korzystnym, ale w sytuacji braku innych, zastępczych form leczenia i braku oddziałów geriatricznych bywa koniecznością.

Przejawy dyskryminacji osób starszych w systemie ochrony zdrowia

- Według Pędicha zjawisko dyskryminacji osób starszych w systemie ochrony zdrowia należy analizować w 3 kategoriach, tj.:
 - dyskryminacji formalnej,
 - dyskryminacji nieformalnej
 - dyskryminacji z powodu niedostatecznego standardu opieki geriatrycznej.
- Dyskryminacja pacjentów geriatrycznych w ujęciu formalnym oficjalnie nie ma miejsca, jednak w aspekcie praktycznym można zaobserwować kilka jej przejawów.
- Najczęściej są to nieprecyzyjne sformułowania w aktach prawnych dotyczących ochrony zdrowia, ograniczone środki finansowe, którymi dysponuje Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) oraz różnego rodzaju ograniczenia w dostępie osób starszych do wybranych świadczeń zdrowotnych czy dyskwalifikacja do określonej procedury medycznej ze względu na wiek.

- Dyskryminacja nieformalna ma miejsce w codziennej praktyce placówek opieki zdrowotnej.
- Najczęściej objawia się okazywaniem niechęci do pacjentów w podeszłym wieku, nieprecyzyjnie przeprowadzanym wywiadem i badaniem lekarskim, lekceważeniem pacjentów i ich uwag.
- Przejawem pośredniej dyskryminacji nieformalnej są administracyjne zarządzenia NFZ w postaci ograniczania dostępności niektórych świadczeń, np. ograniczenia w finansowaniu okularów, ograniczenia w otrzymywaniu aparatów słuchowych oraz narzucenia limitów w dostępie do niektórych wysokospecjalistycznych świadczeń oraz zabiegów operacyjnych.
- Pośrednią formą dyskryminacji mogą być również ograniczenia w dostępie do świadczeń rehabilitacyjnych w miejscu zamieszkania, trudne warunki oczekiwania na wizytę u lekarza, a także obojętny bądź też czasami niegrzeczny stosunek personelu do starszych pacjentów.

- Dyskryminacja z powodu niedostatecznego standardu opieki geriatrycznej polega przede wszystkim na zakłóceniach we współpracy między podmiotami opieki zdrowotnej a placówkami opieki społecznej, które co do zasady powinny tworzyć zintegrowaną opiekę geriatryczną.
- Trudności wdrożenia zasad zintegrowanej opieki geriatrycznej wynikają przede wszystkim z niewłaściwego programu kształcenia studentów na wydziałach lekarskich uczelni medycznych oraz w mniejszym stopniu także innych zawodów medycznych.
- Skutkuje to niedostatecznym przygotowaniem personelu medycznego do nowoczesnej obsługi pacjentów w starszym wieku, a szczególnie do realizacji zasady kompleksowej (całościowej) opieki geriatrycznej.