



**RZECZNIK PRAW
OBYWATELSKICH**

„Dostępność opieki zdrowotnej dla osób starszych podczas pandemii”

**Zapis posiedzenia Komisji Ekspertów
ds. Osób Starszych**

Warszawa, 17 marca 2022 r.



Spis treści

Barbara Bień, Klinika Geriatrii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Podejście geriatryczne i dostępność do opieki zdrowotnej w dobie pandemii 5

Piotr Szukalski Uniwersytet Łódzki, Katedra Socjologii Struktur i Zmian Społecznych

Demograficzne skutki pandemii dla seniorów w Polsce 11

Dr Katarzyna Broczek, lekarz chorób wewnętrznych, specjalista geriatrii i rehabilitacji medycznej

Jak poprawiać dostępność seniorów do opieki geriatrycznej 19

Michał Sutkowski, lekarz specjalista chorób wewnętrznych i medycyny rodzinnej

Jak poprawiać dostępność seniorów do POZ w okresie pandemii 26

Małgorzata Żuber-Zielicz Ogólnopolskie Porozumienie o Współpracy Rad Seniorów

Jak poprawiać dostępność seniorów do opieki zdrowotnej 31

Wiesława Borczyk Ogólnopolska Federacja Stowarzyszeń UTW

Rola i kondycja UTW w okresie pandemii 35

Anna Barczak, neuropsycholog, specjalista psychologii klinicznej

Czy pandemia odbija się na psychicznej kondycji seniora? 40

Zapis dyskusji 47

Barbara Bień

Podsumowanie 50



Barbara Bień, Klinika Geriatrii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Podejście geriatryczne i dostępność do opieki zdrowotnej w dobie pandemii

Jesteśmy w trudnej sytuacji, nie tylko w Polsce, ale i na świecie, w związku z nadal trwającą pandemią Covid 19, a dodatkowo z wojną na Ukrainie. Zastanawiamy się, co możemy zrobić poza protestem przeciwko wojnie i wyrażaniem empatii wobec narodu ukraińskiego, bowiem jesteśmy świadomi, że tam też cierpią najslabsi – dzieci, matki i seniorzy. Temat wykładu został sformułowany wcześniej, zanim dowiedzieliśmy się o wojnie na Ukrainie. W związku z tym nasze serca powędrowały za głównym problemem aktualnie nas trapiącym. Tym niemniej postanowiłyśmy z panią dyrektorką Barbarą Imiołczyk i z panią prof. Barbarą Szatur-Jaworską, żeby jednak nie odkładać tematu zasadniczego, ponieważ jest on bardzo ważny.

Pozwoliłam sobie sformułować kilka tematów i zaproponować je do rozwinięcia. Jednocześnie chcę przeprosić za usprawiedliwioną nieobecność na dzisiejszym spotkaniu pana prof. Tomasza Targowskiego, Konsultanta Krajowego ds. Geriatrii. Również chciałabym podziękować Panu Rzecznikowi, prof. Marcinowi Wiąckowi za serce okazywane seniorom i za kontynuowanie prac Komisji Ekspertów ds. Osób Starszych. Dzięki temu możemy się dzisiaj przyjrzeć dostępności opieki zdrowotnej dla osób starszych podczas pandemii. Na czym polega podejście geriatryczne w praktyce medycznej? Czym się różni geriatryka od innych dyscyplin medycznych? Jaka jest w związku z tym sytuacja naszych podopiecznych, czyli pacjentów w dobie pandemii? Trudno zdefiniować pojęcie „pacjenta geriatrycznego”. Dostępne definicje człowieka starszego opierają się głównie o kryteria demograficzne. Za próg starości przyjmuje się najczęściej arbitralnie przyjęty 60. rok życia, chociaż ostatnio coraz częściej 65. rok życia. Narodowy Fundusz Zdrowia finansuje świadczenia geriatryczne od 60. roku życia, natomiast tak naprawdę cały świat proponuje 65. rok życia jako początek wieku starszego. Tym niemniej, „pacjent geriatryczny” jest rozumiany jako osoba z minimalnymi rezerwami narządowymi, które służą utrzymaniu równowagi

środowiska wewnętrznego wobec niewielkich nawet obciążeń lub stresów wobec malejących z wiekiem rezerw organizmu. Podążając za prof. Wiliamem Hazzardem mogłabym zdefiniować pacjenta geriatrycznego jako osobę najstarszą, najbardziej schorowaną, najbardziej skomplikowaną i zniedołężniałą. To jest najprostsza, dostępna dla wszystkich definicja pacjenta geriatrycznego. Typowego pacjenta geriatrycznego cechuje zespół ryzyka wielonarządowej niewydolności, zwany zespołem kruchości bądź słabości (od ang. „frailty”). Aby opisać pacjenta geriatra koncentruje się na ocenie wszelkich jego funkcji, ponieważ te można mierzyć. Funkcjonowanie pacjenta oceniane jest w wielu różnych obszarach – fizycznych, poznawczych, emocjonalnych, jak wykonywanie czynności życia codziennego, mobilność, radzenie sobie z wyzwaniami intelektualnymi i emocjonalnymi. Gwarantują samodzielność i zachowanie autonomii. Choroba – a w starości jest ich wiele – w bardzo dużym stopniu determinuje upośledzenie sprawności funkcjonalnej. Geriatra patrzy na pacjenta szerzej, dzięki interdyscyplinarnej współpracy zespołowej. Dzięki całościowej ocenie geriatrycznej dostrzega środowisko życia, możliwe zaniedbania zdrowotne, higieniczne, opiekuńcze, pielęgnacyjne, ale również potencjalne błędy w leczeniu, w tym polekowe zespoły jatrogenne, a także możliwe problemy finansowe pacjenta (dzięki współpracy z pracownikiem socjalnym). Geriatra zwraca szczególną uwagę na ryzyko zaburzeń emocjonalnych wynikających z choroby, śmierci bliskiej osoby, przemocy w rodzinie, alkoholizmu. Również stara się dostrzegać problemy opiekuna wynikające z pełnionej opieki nad niesprawnym seniorem.

Podjęcie geriatryczne stanowi przykład medycyny skoncentrowanej na problemie pacjenta (*problem-oriented approach*), a nie na pojedynczych chorobach (*disease-oriented approach*). Ja jako emerytka związana z geriatrią i gerontologią, byłam nauczana medycyny konwencjonalnej skoncentrowanej na chorobach – kardiologii, neurologii, psychiatrii, diabetologii, itd. Tak jest zorganizowany cały system ochrony zdrowia, który funkcjonuje w podziale na ponad 60 różnych specjalności medycznych. Takie podejście całkowicie nie przystaje do pacjenta geriatrycznego komplikując jego diagnozowanie i leczenie wobec wielu chorób z zakresu wielu specjalności.

Celem podejścia geriatrycznego jest wyłonienie najważniejszych problemów zdrowotnych, pielęgnacyjnych i środowiskowych, a następnie ich zespołowe rozwiązywanie. To wielka sztuka pracować w zespole geriatrycznym. Podejście geriatryczne oparte jest o standardy, które zostały opracowane przez Polskie

Towarzystwo Gerontologiczne w 2013 roku, we współpracy z Zespołem ds. Gerontologii przy Ministrze Zdrowia. Standardy definiują całościową ocenę geriatryczną (wielowymiarowy i interdyscyplinarny proces diagnostyczny do określenia złożonych problemów nie tylko zdrowotnych, ale również psychicznych, w tym emocjonalnych, środowiskowych i społecznych), żeby planować właściwą opiekę. Geriatria jest specjalizacją ukierunkowaną na wykrywanie i rozwiązywanie złożonych problemów zdrowotnych i środowiskowych najstarszych pacjentów. Geriatrów w Polsce jest zbyt mało i nie są w stanie objąć opieką ponad siedem milionów osób starszych. Tym niemniej, nie wszyscy seniorzy wymagają całościowej oceny i podejścia geriatrycznego. Tylko około co piąty wymaga całościowej oceny geriatrycznej. Są to osoby, które w skali VES-13 osiągają przynajmniej 3 punkty spełniając w ten sposób kryteria pacjenta geriatrycznego. Skala VES-13 pozwala wyłonić pacjentów z wysokim i bardzo wysokim ryzykiem zgonu lub ryzykiem istotnego pogorszenia stanu zdrowia w przeciągu dwóch lat. Dzięki tej skali można oszacować populację ryzyka w Polsce na około 1,7 miliona ludzi w wieku 65+. Pozostali seniorzy mają znacznie lepszą kondycję, mniej współistniejących chorób i mogą pozostawać poza opieką geriatryczną. Nie wymagają oni całościowej oceny geriatrycznej i mogą być kierowani do poszczególnych specjalistów, żeby kontrolować swoje problemy zdrowotne.

Dane statystyczne dotyczące mojej kliniki wskazują, że średni wiek pacjentów geriatrycznych oscyluje powyżej 82 lat i co roku wzrasta. Przeciętny pacjent prezentuje około pięciu problemów wymagających terapii. Większość z pacjentów geriatrycznych cierpi z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego (około 90%). Jednak są to pacjenci cierpiący na inne schorzenia, jak depresja, zespoły bólowe stawów, otępienie, niedokrwistość, cukrzyca i inne. Co piąta majaczy w trakcie pobytu w oddziale lub jest przejściowo splątana w przebiegu ostrej choroby. Znaczna część chorych prezentuje „wielkie problemy geriatryczne”. Przykładem są przebyte upadki, nietrzymanie moczu, epizody hipoglikemii (niedocukrzenia), hipotonia ortostatyczna¹ i jatrogeny zespół

¹ Hipotonia ortostatyczna - inaczej hipotensja ortostatyczna lub posturalna, to spadek skurczowego ciśnienia tętniczego przynajmniej o 20 mmHg lub/i rozkurczowego przynajmniej o 10 mmHg zaistniały w ciągu do 3 minut od zmiany pozycji ciała z leżącej do stojącej.

geriatryczny². Aż co trzecia osoba wkraczająca do oddziału geriatry prezentuje cechy jatrogennego zespołu polekowego, który okazał się być główną przyczyną hospitalizacji. Świadczy to o niedostatecznej wiedzy lekarzy zajmujących się leczeniem osób starszych odnośnie odrębności farmakoterapii geriatrycznej. Powoduje to kolejne problemy zdrowotne wynikające z wielolekowości i polipragmazji.

Starzejąc się, podążamy własną trajektorią, własną ścieżką. W okresie starości osobnicze trajektorie starzenia „rozbiegają się” w miarę dalszego starzenia a osobnicy tej samej kohorty wiekowej różnią się coraz bardziej im są starsi. W późnej starości odnajdujemy zarówno osobników fenotypowo sprawnych i zdrowych, którzy nie potrzebują opieki, jak również osoby skrajnie schorowane i niesprawne. Jedną z chorób okazał się Covid-19 wywołany nowym na świecie wirusem – SarsCov-2. Mutując atakował przede wszystkim osoby najsłabsze i najstarsze, te z bardziej niewydolnym układem immunologicznym. Wirus spowodował, że każda starsza osoba, nawet ze względnie dużymi zasobami biologicznymi, mogła obawiać się istotnego pogorszenia zdrowia, a nawet śmierci.

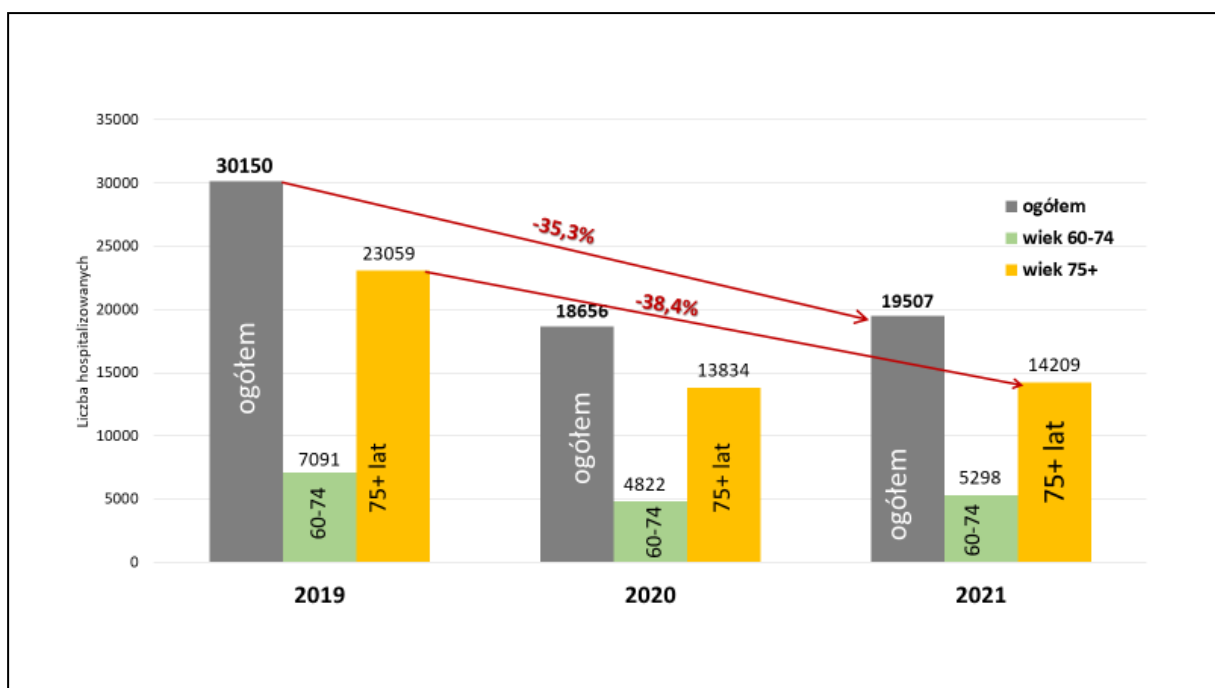
Covid-19 spowodował skokowy spadek sprawności funkcjonalnej i zdolności do samodzielnego radzenia sobie w życiu codziennym przez osoby starsze. Straty zdrowotne u osób starszych są trudniejsze do naprawy niż u młodszych i powodują wiele negatywnych następstw fizycznych i psychicznych. Musimy być świadomi, że w kolejnych latach populacja ludzi starszych powoli będzie powracała do poziomu funkcjonowania sprzed pandemii. Musimy też wiedzieć, że seniorzy doświadczeni epidemią SARS-CoV-2 zmienili swoją codzienną rutynę – ograniczyli bezpośrednio kontakty społeczne, więcej czasu spędzają w domu i odczuwają ogromny lęk przed chorobą i śmiercią. Statystyki pokazują, że wskaźniki zgonów z powodu Covid-19 wzrosły w najstarszych grupach wieku z powodu współistniejącej wielochorobowości. Najnowsze badania z 2022 roku pokazują, że u najstarszych i wielochorobowych osób, u których rozpoznano Covid, istotnie pogorszyła się mobilność i funkcjonowanie społeczne. A zgony? Opublikowane w lutym 2022 badania pokazują, że osoby z

² Geriatryczny zespół jatrogeny, najczęściej polekowy, to szkodliwe następstwo: (1) zbyt dużej liczby leków (**wielolekowość**, czyli arbitralnie przyjęta liczba 5-ciu lub więcej leków i/lub suplementów), (2) doboru i rodzaju leków (**polipragmazja**, czyli stosowanie co najmniej 2 leków, z których przynajmniej jeden nie uwzględnia odrębności farmakokinetycznych lub farmakodynamicznych starszego organizmu, jest przeciwwskazany lub wchodzi w niekorzystne interakcje z innym lekiem lub chorobą pacjenta albo jest zbędny) (3) jest skutkiem najczęściej zbyt wysokich dawek leków.

otępieniem – zarówno w pierwszej fali pandemii, jak i drugiej – znamiennej częściej umierały w porównaniu do osób bez otępienia. Efektem jest przyrost umieralności osób starszych między 2019 a 2020 rokiem, a kolejnym skrócenie przeciętnego dalszego trwania życia. Jeszcze w 2019 roku osoba 60-letnia mogła liczyć na przeżycie 24,2 lat w przypadku kobiet a 19 lat w przypadku mężczyzn.

Dzięki uprzejmości Narodowego Funduszu Zdrowia przygotowałam dane pokazujące jak skutki pandemii Covid-19 odbiły się na poziomie hospitalizacji osób starszych.

Liczba osób 60+hospitalizowanych między 2019 – 2021 w oddziałach geriatrycznych w Polsce (dane NFZ)



Przed pandemią, w 2019 roku, w oddziałach geriatrycznych było hospitalizowanych ponad 30 tysięcy seniorów. Liczba uległa redukcji o 35% w 2021 r.

Spadek hospitalizacji osób starszych dotknął głównie osób w późnej starości, czyli w wieku 75+. W 2019 r. było 23059 hospitalizacji pacjentów 75+, a w 2021 r. tylko 14209. Liczba hospitalizacji osób we wczesnej starości zmniejszyła się stosunkowo nieznacznie, ponieważ zmalała z 7091 w 2019 r. do 5298 w 2021 r. Możemy zadać pytanie, czy osoby starsze były hospitalizowane w innych oddziałach niż geriatryczne? Otóż, biorąc pod uwagę liczbę wszystkich hospitalizowanych osób starszych (niezależnie od typu oddziału), to między tymi latami liczba ta uległa zmniejszeniu o ponad 16%. Spadek dotyczył również głównie tych najsłabszych, 75-latków

i starszych. Zatem dostęp do opieki zdrowotnej, szczególnie osób najstarszych, uległ zmniejszeniu. Struktura hospitalizacji osób starszych w trzech ocenianych latach, tj. przed Covidem, w pierwszym i drugim roku trwania pandemii pokazuje, że w okresie przed covidowym około 1% wszystkich hospitalizacji osób starszych był realizowany na oddziałach geriatrycznych. W okresie trwania Covid-19 proporcja osób hospitalizowanych w placówkach o tym profilu zmalała do 0,78% w 2021 roku. Zatem gdzie byli oni hospitalizowani? Prawdopodobnie korzystali z oddziałów covidowych, częściowo przekształconych z łóżek internistycznych i geriatrycznych, ponieważ udział pacjentów w wieku 60+ na oddziałach innych niż typowo przyjmujące starszych pacjentów wzrósł z 64% do prawie 68%. W okresie trwania pandemii zmniejszeniu uległy wskaźniki hospitalizacji seniorów w oddziałach internistycznych, natomiast pozostawały na podobnym poziomie w oddziałach kardiologicznych i neurologicznych. Chciałabym jeszcze zwrócić uwagę na generalny spadek liczby hospitalizowanych seniorów w trzech porównywanych latach. O ile w 2019 roku hospitalizowanych było ponad trzy miliony seniorów, to w 2021 już o pół miliona mniej. Ciężar opieki nad starszym pacjentem w okresie zaostrzenia jego stanu i współistniejących chorób spada na lekarza rodzinnego, bo to on jest najbliżej pacjenta i to on winien być „geriatrą pierwszej linii”. Wiąż między geriatrą a lekarzem rodzinnym musi być utrzymana, żeby zapewnić kontynuację terapii.

Kończąc swoje wystąpienie muszę je podsumować dość smutnym wnioskiem, że dostępność opieki zdrowotnej dla seniorów – zwłaszcza w zakresie hospitalizacji, tej bardzo szczególnej opieki – diametralnie spadła i będzie wymagała z jednej strony pilnej, a z drugiej strony długotrwałej odbudowy, a nawet rozbudowy.



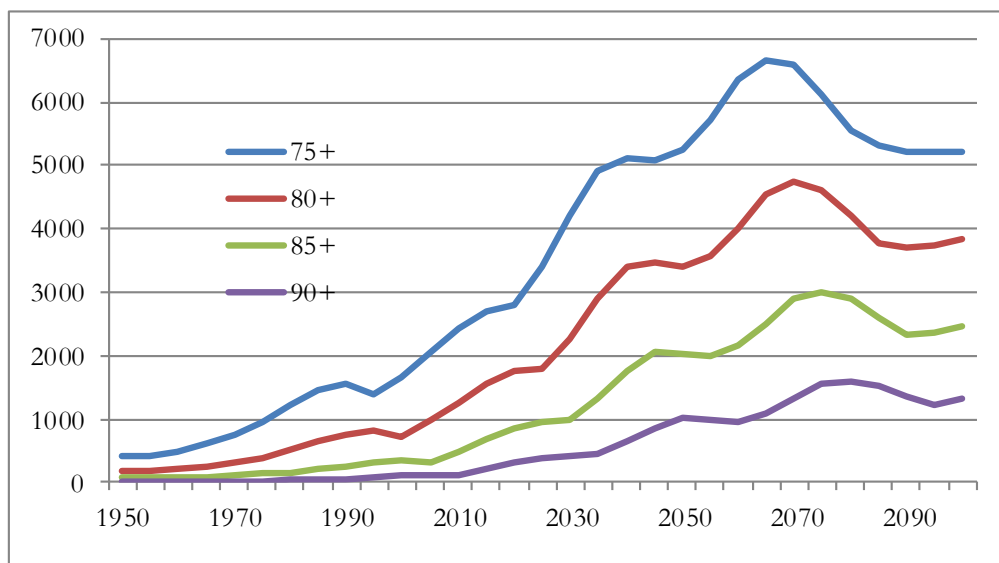
Piotr Szukalski Uniwersytet Łódzki, Katedra Socjologii
Struktur i Zmian Społecznych

Demograficzne skutki pandemii dla seniorów w Polsce

Kiedy mówimy o demograficznych skutkach pandemii, demografowie koncentrują się głównie na elementach związanych z ruchem albo naturalnym, albo ruchem migracyjnym. Słyszymy zatem o tym jak drastycznie, zwłaszcza w pewnych momentach, zmniejsza się liczba małżeństw nowo zawieranych, jak zmniejsza się liczba rozwodów. Z oczywistych względów słyszymy, jak z pewnym opóźnieniem zmniejsza się liczba urodzeń. I słyszymy różnego typu oczekiwania odnoszące się do tego, jak zgodnie z koncepcją kryzysów społecznych, kiedy należy oczekiwać, że liczba małżeństw i urodzeń powróci do normalnego poziomu.

Drugi wątek, który się samoistnie nasuwa, to jest kwestia umieralności. I na tym właśnie wątku w trakcie tego mojego dzisiejszego wystąpienia chciałbym się skoncentrować. Wszyscy zdajemy sobie sprawę z tego, iż jesteśmy świadkami wielkiego wzrostu liczby osób starszych, niezależnie jak je będziemy definiować. Niezależnie jak będziemy definiować tę późną starość, to musimy sobie zdawać sprawę, że jesteśmy w tej chwili na przedpolu olbrzymich zmian w tym zakresie. Niezależnie od skutków tak naprawdę Covidu w sferze umieralności, musimy sobie zdawać sprawę, że kilka, kilkanaście najbliższych lat, z punktu widzenia zarówno dostępu do specjalistycznych usług geriatrycznych (czy generalnie do usług zdrowotnych), jak i usług społecznych związanych z zapewnianiem opieki, pielęgnacji – czy to w warunkach domowych, czy to w warunkach instytucjonalnych – to będzie czas olbrzymich wyzwań. Nie uświadamiamy sobie do końca tego, iż w zeszłym roku wiek 75 lat osiągnął pierwszy powojenny rocznik wyżu demograficznego (rys. 1).

Rys. 1: Liczba osób w różnych kategoriach wieku późnej starości, Polska, 1950–2100 (w tys. osób)



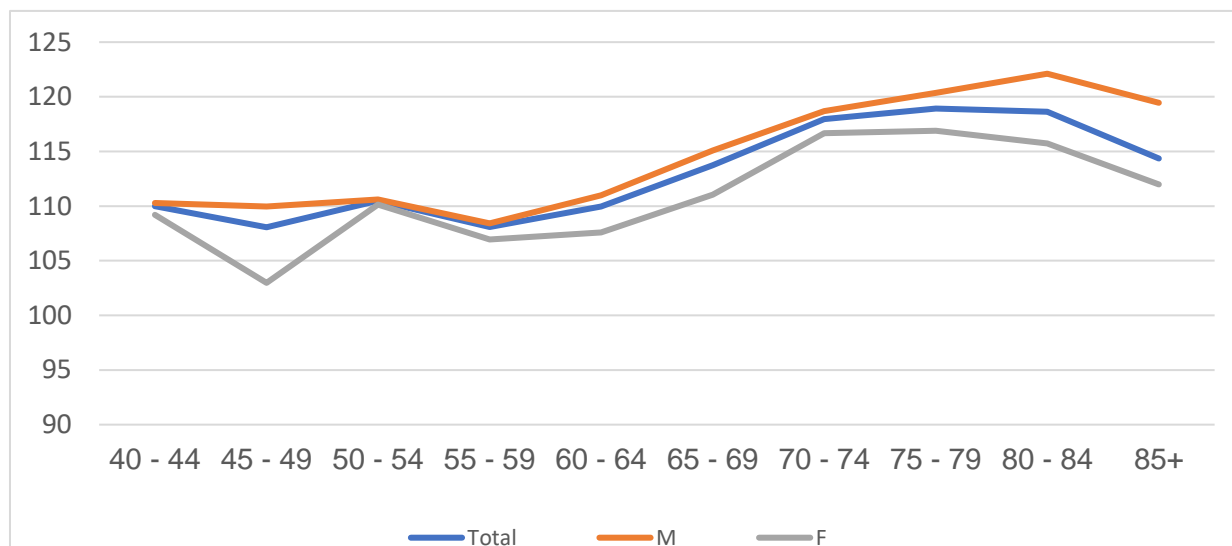
Źródło: opracowanie własne na podstawie UN Population Division, *World Population Prospects 2019*, <https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Population/>

Inaczej mówiąc, następnych kilka lat to będzie czas, kiedy liczba osób w wieku 75+rok, dwa, trzy będzie drastycznie wzrastać. Z pięcioletnim opóźnieniem zacznie bardzo dynamicznie wzrastać liczba 80-latków. Za 10 lat zacznie drastycznie rosnać liczba 85-latków. A zatem tych pacjentów, w przypadku których nikt nie ma żadnych wątpliwości, że już bez wątpienia są pacjentami geriatrycznymi. Ale jak wspomniałem, chciałbym w trakcie mojego dzisiejszego wystąpienia skoncentrować się jednak na tych skutkach z zakresu umieralności i pośrednio, na ich podstawie, też coś niecoś można powiedzieć na temat ograniczeń dostępności do opieki zdrowotnej w tych ostatnich latach.

Przede wszystkim dysponujemy znakomitymi statystkami. Główny Urząd Statystyczny na bieżąco dostarcza nam informacji o zgonach (w chronologii tygodniowej), dzięki czemu jesteśmy w stanie analizować fale zgonów związane z Covidem. I kiedy patrzymy na tę ogólną informację o zmianie liczby zgonów w ciągu ostatnich trzech lat i patrzymy na osoby starsze – czy to w okresie wcześniejszej starości, czy to w okresie późnej starości – to wydaje się, że generalnie wzorzec jest bardzo podobny. Z oczywistych względów możemy dokonać porównania, jak w tych poszczególnych latach zmieniały się liczby zgonów osób w poszczególnych grupach wieku. Ale musimy też zdawać sobie sprawę, że częściowo zmiana liczby zgonów uwarunkowana jest czysto demograficznym czynnikiem, zmianą liczebności tych roczników. Stąd też wydaje się, że zdecydowanie

sensowniej jest odnieść się do zmiany współczynników zgonów, a zatem takich wielkości, które są wystandaryzowane, albowiem są wielkościami względnymi (rys. 2).

Rys. 2: Zmiany współczynników zgonów według płci i wieku, 2019-2020



Źródło: Baza danych GUS Demografia i obliczenia własne

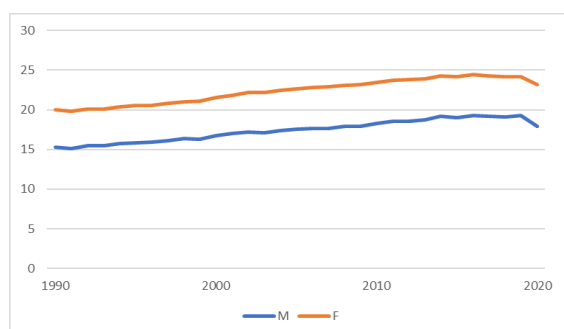
Patrząc z tej perspektywy, musimy sobie zdawać sprawę, że w porównaniu do osób w wieku wczesnej dorosłości, rzeczywiście ostatnie lata – porównanie roku 2020 z 2019 – charakteryzuje się ewidentnie zwiększeniem umieralności wśród seniorów, zaś generalnie można powiedzieć, że najbardziej dotknięte owym wzrostem umieralności są przede wszystkim osoby pomiędzy 70. a 85. rokiem życia, w przypadku których natężenie zgonów jest o mniej więcej 17-18% wyższe, niż było w roku 2019, który pamiętajmy, że też nie był okresem spektakularnego sukcesu. Musimy sobie bowiem zdawać sprawę, że już lata poprzedzające wystąpienie pandemii były z punktu widzenia umieralności nie najlepsze.

Mówimy o tym, że w przypadku seniorów, a więc tych osób, które są po 60. roku życia (zgodnie z ustawą o osobach starszych), mamy do czynienia ze wzrostem natężenia zgonów o przynajmniej 10%, ale w szczytowej grupie wieku jest to przyrost o 18%. Chcę podkreślić – natężenia zgonów, a zatem czegoś, co już eliminuje zmiany czysto strukturalne wynikające ze wzrostu liczby seniorów. Musimy sobie jednoznacznie powiedzieć, że przyrost umieralności nie jest tylko czystą konsekwencją samej epidemii. Jeśli zobaczymy, jaki w roku 2020 był udział zgonów spowodowanych Covidem według poszczególnych grup wieku, to widzimy w grupie 75-79 lat, w której 11,5% wszystkich zgonów to były zgony spowodowane Covidem, należałoby się spodziewać mniej więcej

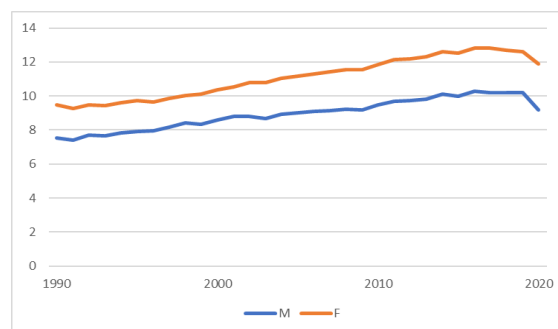
12-13% przyrostu. W niższych grupach wieku i tych najstarszych znacząco mniejszego. Jednoznacznie to wskazuje, że coś złego się dzieje i wzrost umieralności w grupie seniorów nie jest tylko i wyłącznie konsekwencją samego Covidu. Mało tego. Proszę zwrócić uwagę, że w zasadzie należałoby oczekiwać, że przecież na Covid w dużym stopniu umierają najslabsi. Ci, których organizm jest i tak już osłabiony występowaniem i zaawansowanymi chorobami innego typu. W przypadku których ta rezerwa, o której pani prof. Bień wspominała, jest z definicji najmniejsza, przez co w największym stopniu są podatni na zgon. W związku z czym należałoby wręcz oczekiwać, że umieralność z innych przyczyn powinna być niższa.

Wspomniałem już wcześniej, że pewne niepokojące tendencje w zakresie umieralności również osób starszych widoczne były w kilku poprzedzających wystąpienie epidemii latach. Generalnie po 2015 roku wystąpiła w Polsce stabilizacja lub nawet czasowe podwyższanie się umieralności, czego najlepiej widocznym efektem jest syntetyczny miernik, jakim jest trwanie życia. W przypadku noworodków, po 25 latach powolnego, stałego wzrostu, po roku 2015 mamy kilkuletnie spowolnienie i oczywiście obniżenie się trwania życia wskutek podwyższonej umieralności w roku pandemicznym. Ale chciałbym, żebyśmy sobie zdawali sprawę, że w przypadku osób 60-letnich, czy 75-letnich i starszych można powiedzieć, że ta niekorzystna sytuacja występowała już po roku 2014 (rys. 3).

Rys. 3: Dalsze trwanie życia osób w wieku 60 i 75 lat według płci w latach 1990-2020



W wieku 60 lat



W wieku 75 lat

Źródło: Baza danych GUS Demografia

Zaczęła się rok wcześniej, niż w przypadku noworodków. Już samo to wskazywałoby, iż lata poprzedzające wystąpienie epidemii prawdopodobnie były czasem względnego pogarszania się dostępu osób starszych do opieki zdrowotnej. Co tylko mogłoby służyć jako dodatkowe wyjaśnienie, dlaczego mieliśmy do czynienia z tak dużą i niekorzystną

zmianą w pierwszym roku pandemicznym. Jak państwo się domyślają, te niekorzystne zmiany odnosiły się również bardzo wyraźnie w przypadku trwania życia w zdrowiu, a zatem tej wielkości, która mówi nam o rzeczywistym stanie zdrowia ludności. Choć te zmiany również rozpoczęły się troszkę wcześniej. Mówiliśmy o stabilizacji tego parametru w miejsce trwałego wzrostu. Ale pierwszy rok pandemii był czasem, w którym wskutek zdecydowanie wyższego wzrostu natężenia zgonów wśród 60., 70., 80-latków niż w populacji ogółem, mieliśmy do czynienia ze wzmocnieniem pewnych długookresowych zmian, na przykład odnoszących się do rozkładu zgonów według wieku. Chciałbym bardzo wyraźnie zaznaczyć, że jeśli weźmiemy na przykład udział 80-latków, to w ciągu jednego roku (w przypadku mężczyzn) zmiana dotyczyła dwóch punktów procentowych, w przypadku kobiet – półtora (tab. 1).

Tab. 1: Rozkład zgonów według wieku i płci, 1931-2020

Wiek	Mężczyźni					Kobiety				
	1931	1960	1990	2019	2020	1931	1960	1990	2019	2020
0-19	45,9	23,3	3,7	0,7	0,2	41,7	18,7	2,8	0,6	0,1
20-39	11,6	8,4	7,3	3,8	3,2	14,0	5,4	2,5	1,1	1,0
40-59	13,9	21,1	23,6	16,2	14,5	12,9	15,5	10,5	6,7	6,0
60-79	23,6	37,5	46,3	49,8	50,2	24,8	42,1	42,7	34,2	34,0
80+	5,0	9,6	19,2	29,5	31,9	6,7	18,3	41,5	57,4	58,9

Źródło: P. Szukalski, Zmiany rozkładu zgonów według wieku w Polsce w długim okresie, Demografia i Gerontologia Społeczna – Biuletyn Informacyjny, 2020, nr 5

Chciałbym zaznaczyć, że w długim okresie cały czas widzimy, jak ważność tych 80-latków wśród ogółu zgonów zwiększa się. Chciałbym podkreślić, że ta zmiana, która się dokonała między rokiem 2019 a 2020, to jest zmiana mniej więcej taka, jaka normalnie powinna się dokonać w ciągu czterech, pięciu lat. To jest z punktu widzenia demograficznego gwałtowne przyspieszenie, chociaż zmiana ta w długim okresie i tak

byłaby spodziewana. Ale my nagle w roku 2020 znaleźliśmy się tam, gdzie powinniśmy być za kilka dobrych lat, jeśli idzie o zmianę rozkładu zgonów według wieku.

I wreszcie chciałbym o jeszcze jednej, nie do końca oczywistej rzeczy powiedzieć. Pani prof. Bień przed chwilą pokazywała, jak drastycznie zmniejszyła się liczba osób starszych hospitalizowanych; niezależnie czy ogółem, czy w placówkach geriatrycznych. Statystyki dotyczące miejsca zgonu pokazują, że w latach 2019 i 2020 nastąpiła bardzo wyraźna zmiana wskazująca na pogarszanie się dostępu do opieki nie tylko w szpitalach, ale i innych placówkach oferujących zaawansowane czy zintensyfikowane usługi zdrowotne, takich jak ZOL-e, ZPO czy nawet domy pomocy społecznej. Generalnie w długim okresie występuje tak zwana medykalizacja śmierci, która przejawia się między innymi i tym, iż następuje wzrost udziału osób, które umierają w szpitalach, czy w innych placówkach medycznych, czy okołomedycznych. Jest to tendencja obserwowana w Polsce, odkąd tylko Główny Urząd Statystyczny publikuje statystyki odnoszące się do tego, w jakim miejscu ludzie umierają. Jest to związane przede wszystkim z tym, że coraz większa część zgonów poprzedzona jest w ostatnich tygodniach czy miesiącach życia gwałtownym pogorszeniem się stanu zdrowia, w związku z czym i z coraz częstszą hospitalizacją. Rok 2020 w porównaniu do 2019 był rokiem, w którym ten trend (czyli zwiększanie się ważności zgonów w szpitalach i innych instytucjach oferujących intensywną opiekę medyczną) załamał się (tab. 1).

Tab. 2: Zgony według wieku i miejsca zgonu w 2019 r.

2019							
Podział z uwagi na wiek	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	Total population
Miejsce zgonu							
Szpital	51,1	54,0	55,8	55,7	53,8	46,2	50,8
Inna instytucja medyczno-opiekuńcza	6,5	7,5	8,4	9,6	9,8	10,0	8,3
Dom	36,1	34,1	32,5	31,4	33,0	39,8	35,3
Inne miejsce	6,3	4,4	3,4	3,3	3,4	4,0	5,6
2020							
Szpital	49,8	51,9	54,2	53,5	50,1	40,5	47,8
Inna instytucja medyczno-opiekuńcza	5,7	6,4	7,1	8,2	8,8	9,7	7,6
Dom	38,6	37,5	35,1	35,0	37,6	45,5	39,3
Inne miejsce	5,9	4,2	3,6	3,3	3,5	4,3	5,3

Źródło: Baza danych GUS Demografia i obliczenia własne

Nagle widzimy spadek o kilka punktów procentowych, w niektórych grupach wieku są to zmiany dwu-, trzy-, czteropunktowe, ale w przypadku osób 85+ta zmiana jest większa – to jest pięć i pół punktu procentowego. To jest naprawdę drastyczna zmiana.

Zmniejsza się odsetek osób, które umierają w szpitalach, w ZOL-ach, ZPO, czy w domach pomocy społecznej. I myślę że jest to bardzo istotna wskazówka pokazująca ograniczenia różnego typu dostępu do tych instytucji. Ograniczenia instytucjonalne - trudność w umieszczeniu chorego w szpitalu. W mojej rodzinie doświadczyłem tego w 2020 roku z 77-letnią kuzynką, która z trudem została umieszczona w szpitalu, gdzie tydzień przed zgonem zdiagnozowano ostatecznie zaawansowanego raka. Mimo kilkukrotnego wcześniejszego pobytu w szpitalu nikt tego nie zrobił. Dostępność do

specjalistów szpitalnych pomiędzy oddziałami też była zdecydowanie bardziej ograniczona. To może być rezultat braku możliwości, aby chorych umieszczać w szpitalu. Lecz nie jesteśmy w stanie jednoznacznie tutaj określić, jaka jest skala jednego czynnika, a jaka jest skala drugiego. Analizując informacje o miejscu zgonów bardzo wyraźnie widzimy spadek znaczenia, przede wszystkim szpitali, w trochę mniejszym stopniu innych instytucji medyczno-opiekuńczych. Byłem trochę zdziwiony tymi innymi instytucjami. Pamiętajmy, że w skład tej grupy wchodzi również DPS-y. A tymczasem, od mniej więcej kwietnia do czerwca roku 2020 cały czas była mowa o tym, jak to właśnie DPS-y stają się skupiskami zgonów wynikających z wystąpienia Covid-19. Z demograficznych danych, które nie są do końca oczywiste, też można „wyczarować” pewne, informacje, czy może próbować znaleźć na ich podstawie pewne wskaźniki wskazujące na pogarszanie się dostępu do możliwości uzyskania porady lekarskiej, do możliwości bycia leczonym na oddziale szpitalnym, czy też bycia z uwagi na stan zdrowia leczonym w warunkach innych instytucji. W długim okresie interesują nas skutki uboczne, Covidu. Tak naprawdę powinniśmy się zastanowić, jakie będzie zdrowie w przyszłości, jaka będzie w przyszłości dostępność opieki medycznej dla seniorów. W tym przypadku kluczowe jest pamiętanie o wspomnianym już, spodziewanym w nadchodzących latach bardzo szybki przyrost osób w wieku 75 i więcej, za kilka lat 80 lat i więcej, a w perspektywie 10 lat – 85 i więcej, a zatem osób, które zdecydowane częściej kontaktują się z lekarzem, i są pacjentami szpitalnymi. Należy oczekiwać samoistnie zwiększenia zapotrzebowania na ową opiekę, ale również zapotrzebowania na różnego typu usługi społeczne dedykowane najstarszym osobom, tylko z uwagi na same zmiany demograficzne. Co się stanie, jeśli jednocześnie – o czym już tutaj dzisiaj była mowa – pojawią się te uboczne, długofalowe skutki Covidu? Co się stanie, jeśli jednocześnie okaże się, że uchodźcy w starszym wieku zostaną u nas dłużej, niż się spodziewamy?



Dr Katarzyna Broczek, lekarz chorób wewnętrznych, specjalista geriatry i rehabilitacji medycznej

Jak poprawiać dostępność seniorów do opieki geriatrycznej

Chciałam rozpocząć od pokazania perspektywy geriatry pracującego w poradni geriatrycznej, w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. Pracuję w poradni geriatrycznej w dużym szpitalu, Uniwersyteckim Centrum Klinicznym, w Szpitalu Klinicznym Dzieciątka Jezus w Warszawie.

Chciałabym podzielić moją prezentację na kilka punktów:

- powiedzieć parę słów o organizacji i finansowaniu opieki;
- podzielić się kilkoma spostrzeżeniami na temat trybu kierowania i zapisywania pacjentów do poradni geriatrycznej;
- podzielić się moją opinią na temat, co oznacza interdyscyplinarność w geriatryi dziś;
- skupić się na komunikacji w dobie pandemii;
- i wreszcie chciałabym wyjść poza pandemię i powiedzieć parę słów o potrzebach w zakresie onkologii geriatrycznej, które wydają mi się jednym z priorytetów dostępności do opieki geriatrycznej.

Organizacja i finansowanie opieki geriatrycznej. Zgodnie z danymi opublikowanymi przez Główny Urząd Statystyczny liczba poradni geriatrycznych w 2020 roku w Polsce wynosiła 151. Udzielono 60 tysięcy porad lekarskich. Należy zwrócić uwagę na nierównomierny rozkład poradni na terenie kraju. I tak w województwie śląskim tych poradni jest aż 30, ale np. w województwach podkarpackim, czy warmińsko-mazurskim jest ich tylko po 2. Wszyscy wiemy, że opieka zdrowotna jest niedofinansowana. Ale jeśli spojrzymy na to, że przeciętne wydatki NFZ na geriatricę wynoszą dziewięć złotych na osobę w wieku 60 i więcej lat, to naprawdę powinniśmy to wszyscy, łącznie z decydentami, mocno przemyśleć. W województwie mazowieckim to jest pięć złotych rocznie na osobę w wieku 60+, natomiast w województwie warmińsko-mazurskim, proszę państwa, to jest 29 groszy rocznie na osobę. Warto może te dane zapamiętać.

Teraz parę słów o trybie kierowania i o zapisywaniu się do poradni geriatrycznej. Zanim się zapiszemy, to pacjent powinien uzyskać skierowanie do takiej poradni, które najczęściej uzyskuje od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, lekarza rodzinnego, może być też od specjalisty. I tu zaczyna się pierwszy problem. Jest on taki, że geriatra jest często traktowany jako lekarz ostatniego kontaktu. Czyli zarówno pacjent, jak i często jego rodzina, będą unikać tej konsultacji, uważając, że jest to ostateczność, na którą jeszcze nie powinniśmy się decydować. Z drugiej strony, niestety, jest również tak, że niektórzy lekarze niezbyt chętnie kierują pacjentów do poradni geriatrycznej. I mam wśród swoich pacjentów osoby 90-letnie, które mówią, że miały ogromny problem z uzyskaniem takiego skierowania, gdyż lekarz prowadzący nie widział żadnego wskazania do konsultacji w poradni geriatrycznej, chociaż z definicji osoba w wieku 85 i więcej lat jest pacjentem geriatrycznym. Tutaj podpowiem, że gdyby w rodzinie była osoba w starszym wieku, która chciałaby się do takiej poradni zapisać, to rozpoznaniem wytrychem jest R54 według klasyfikacji ICD-10, czyli starość. Jeżeli pacjent już ma to skierowanie do poradni geriatrycznej, to musi się zapisać. I teraz co się dzieje?

W ostatnim czasie otrzymaliśmy przypomnienia wielokrotne, że absolutnie nie można zapisać nikogo poza kolejką, dlatego że ta kolejka zapewnia pewnego rodzaju sprawiedliwość systemu. Moim zdaniem takie podejście NFZ-u robi coś odwrotnego. Zmniejsza dostępność, powoduje wzrost kosztów i powoduje pogorszenie jakości opieki. Podam dwa przykłady. Konsultuję dwóch pacjentów, którzy mają zaburzenia poznawcze, i, powiedzmy, stawiam rozpoznanie choroby Alzheimera i wdrażam leczenie. Każdy lek może powodować dobre działania, ale może też powodować działania niepożądane. I teraz wyobraźmy sobie dwóch pacjentów. Jeden to jest ten, któremu te leki pomogły, ale zapomniał, że trzeba odnowić receptę. Taki pacjent chce kontynuować leczenie, ale ja, jako lekarz poradni geriatrycznej, nie mogę poza wyznaczonym terminem wizyty wystawić recepty zgodnie z obowiązującymi przepisami. Drugi przykład, może jeszcze bardziej przemawiający do wyobraźni – pacjent, któremu leki zaszkodziły i który chce się zgłosić dlatego, że odczuwa poważne działania niepożądane. Ja, pracując zgodnie z systemem, nie mogę takiego pacjenta przyjąć poza kolejnością, gdyż to jest niesprawiedliwe, a może jest fałszerstwem podejrzewanym przez NFZ. W każdym razie taki pacjent będzie kierowany albo do szpitalnego oddziału ratunkowego, albo do swojego lekarza, który zwykle nie ma do

końca wiedzy o co chodzi. I to naprawdę może stanowić zagrożenie dla pacjenta i ewidentnie pogarszać jakość opieki. Wydaje mi się, że ten system kierowania pacjentów powinien jednak być bardziej elastyczny i że ja jako specjalista powinnam mieć możliwość w wybranych przypadkach przyjąć pacjenta poza kolejnością.

Interdyscyplinarność. Pani prof. Bień przedstawiła to w swoim wykładzie. Natomiast jak to wygląda w rzeczywistości? Jako specjalista geriatra właściwie działam sama, chociaż jestem w dużej przychodni. I to ja muszę działać interdyscyplinarnie, czyli myśleć nie tylko jako lekarka, ale też pielęgniarka, fizjoterapeuta, psycholog, pracownik socjalny. Co więcej, nie ma łatwego przepływu informacji, bo jak państwo wiedzą, opieka społeczna jest czymś zupełnie innym niż opieka zdrowotna i to naprawdę nie jest łatwe, a powinno być. Powinno być tak, że działamy wszyscy razem. Że na przykład w poradni geriatrycznej pracujemy w zespole. Dla każdego pacjenta ten zespół może być inny. Jeden pacjent potrzebuje bardziej wsparcia psychologicznego, drugi bardziej świadczeń opieki społecznej, trzeci świadczeń pielęgniarki. I takie podejście jest optymalne – żeby te przerwy w opiece właśnie wypełniać współpracą interdyscyplinarną, również włączając w to pacjenta jako centralnego i jego opiekuna. Mamy nadzieję, że te postulaty zawarte w standardach opieki geriatrycznej będą jednak mogły być wdrożone.

Jeszcze dodam kilka słów o finansowaniu. Trzeba naprawdę mieć inne powody niż materialne, finansowe, żeby być konsultantem w poradni geriatrycznej. To mogę powiedzieć z własnego doświadczenia.

Teraz parę słów na temat komunikacji w dobie pandemii. Na przykładzie mojej sąsiadki, pani Danusi, która ma 93 lata i jest osobą niezwykle towarzyską oraz osobą z kilkoma chorobami przewlekłymi, możemy powiedzieć, że pandemia najbardziej dotknęła osoby w starszym wieku. Na szczęście pani Danusia ma ogród, do którego może wychodzić nawet w czasie kompletnego lockdownu i izolacji i jakoś zupełnie dobrze poradziła sobie w tym czasie. Ale takich osób, które tak dobrze funkcjonują, nie jest wcale tak dużo. Jeżeli chodzi o komunikację to możemy powiedzieć, że to wszystko, czego nauczamy, jak należy się komunikować z osobami starszymi, musi ulec temu, że nagle spotykamy się z pracownikiem ochrony zdrowia, który jest ubrany od góry do dołu w kombinezon i jeszcze ma maskę zasłaniającą większą część twarzy z powodów epidemiologicznych. Co można zrobić? Na świecie są kreatywne rozwiązania. Na przykład w szpitalu w Kalifornii, w San Diego pracownicy ochrony zdrowia nosili swoje uśmiechnięte zdjęcia na przodzie kombinezonów. Ten projekt nazywał się „Share your

smile”. Kolejną rzeczą to niedosłuch, bardzo często występujący wśród osób starszych. Dlatego powstały przezroczyste maski ułatwiające komunikację osobom niedosłyszącym. To oczywiście jest ogromny problem techniczny, aby wyprodukować takie maski, które nie parują i zapewniają barierę ochronną. Ale takie maski powstały. Czyli możemy powiedzieć, że mimo tego bardzo trudnego czasu mamy też pewne osiągnięcia w tym zakresie.

Teleporady dla osób starszych. To niewątpliwie jest z jednej strony duże wyzwanie, ale moim zdaniem, na podstawie mojego doświadczenia, to jednak jest szansa. Jeżeli teleporada – czy telefoniczna, czy też za pomocą platform umożliwiających kontakt wzrokowy, jest dobrze przygotowana i dobrze opracowana, to naprawdę możemy uzyskać z tego bardzo dużo. Z mojego doświadczenia wynika, że do przygotowania pierwszej wizyty pacjenta najczęściej potrzebna jest pomoc rodziny, chociaż nie zawsze, bo są osoby starsze, które świetnie się posługują komputerami. Wizyta przygotowawcza krótka. Potem druga wizyta, już po zapoznaniu się z tą technologią. To naprawdę spełnia swoją rolę. Ponadto odnoszę duże korzyści z teleporad, bo na przykład w przypadku kilku pacjentów udało mi się ustalić dokładne dawkowanie ich leków. Ponieważ gdy pacjent przychodzi do poradni, to ewentualnie przynosi listę leków, ale czasem bez dawek. Ale kiedy jest w domu i możemy to dokładnie omówić, to pacjent przeczytał mi opakowania leków i ustaliliśmy dokładnie, jakie leki bierze, czego nie byłam w stanie zrobić w ciągu kilku poprzednich porad. Dlatego, jeżeli chodzi o telemedycynę i teleporady, to moim zdaniem jest więcej szans niż wyzwań.

Komunikowanie się ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i podstawowej opieki zdrowotnej. Tak jak pani prof. Bień zaznaczyła, lekarz rodzinny, lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, jest tym podstawowym lekarzem dla pacjenta. I wydaje się, że w dzisiejszych czasach, czasach pandemii a pewnie też tak będzie po pandemii, wymiana informacji będzie ważniejsza niż kiedykolwiek dotychczas. Lekarze rodzinni i geriatrzy jesteśmy sobie wzajemnie potrzebni i powinniśmy o to bardzo dbać, dlatego że efektywne porozumiewanie się oznacza bezpieczeństwo pacjenta. Obecnie, kiedy wchodzi do użycia elektroniczna dokumentacja medyczna, po każdej wizycie wystawiam dokument, który jest informacją elektroniczną dla lekarza podstawowej opieki zdrowotnej o odbytej wizycie. To jest taki klucz do porozumienia. Tylko że to jeszcze jest wszystko w ramach rozwoju i z tego co wiem, z tego jak pytałam kolegów pracujących w POZ, to niestety rzadko personel podstawowej opieki zdrowotnej zagląda do tej

dokumentacji. Ja się też muszę przyznać, że rzadko zaglądam do innych dokumentów pacjenta, bo zwykle nie ma na to czasu. Musimy nauczyć się to robić, aby wymieniać się informacjami.

I wreszcie chciałabym państwa zainteresować tematem, który wydaje się priorytetem w dzisiejszej geriatricy, a mianowicie onkologią geriatriczną. Czy ona byłaby potrzebna? Argumenty za potrzebą rozwoju takiej interdyscyplinarnej dziedziny są takie, że pacjenci w starszym wieku stanowią ponad połowę pacjentów onkologicznych w Polsce i wielu krajach na świecie. I ten odsetek będzie się zwiększał. Drugi argument jest taki, że dzięki postępom w leczeniu chorób nowotworowych stają się one coraz częściej chorobami przewlekłymi. Stanami, z którymi pacjent żyje wiele lat i wymaga też adekwatnej opieki. I wreszcie osoby starsze chorujące na nowotwory mają wiele problemów geriatricznych, tych, które miały wcześniej, i tych, które pojawiają się w trakcie leczenia onkologicznego. I tutaj wspólna praca onkologa, geriatry i całego zespołu może być niezwykle pomocna. Dlaczego? Otóż dlatego, że stan funkcjonalny osoby w starszym wieku może mieć decydujące znaczenie, jeżeli chodzi o skuteczność i wyniki leczenia onkologicznego oraz przebieg tego leczenia. Bo z jednej strony takie leczenie onkologiczne może powodować przyspieszone starzenie na poziomie komórkowym, biologicznym, ale z drugiej strony bardzo często powoduje powikłania, które powinny być natychmiast rozpoznane i szczególnie dokładnie diagnozowane i leczone u osób starszych, bo po prostu często stanowią zagrożenie nie tylko zdrowia, ale i życia. Istnieje Międzynarodowe Towarzystwo Onkologii Geriatricznej, którego jestem członkiem, które formułuje 4 priorytety w onkologii geriatricznej. Są to: badania, edukacja, praktyka kliniczna i współpraca. W badaniach chodzi o to, żeby badania kliniczne były bardziej reprezentatywne dla populacji osób starszych. Bo to jest ogromny problem, że osoby w badaniach są znacznie młodsze i zdrowsze niż te, z którymi spotykamy się w praktyce. W edukacji chodzi o możliwość edukacji przed-, ale także i podyplomowej wszystkich pracowników ochrony zdrowia w zakresie onkologii geriatricznej. W praktyce klinicznej chodzi o stworzenie modeli takiej opieki geriatricznej, która będzie uwzględniać całościową ocenę geriatriczną. A we współpracy chodzi o tworzenie narodowych planów leczenia, które uwzględniałyby podejście geriatriczne. W Polsce, jest Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020-2030. Ja bardzo dokładnie zapoznałam się z tą strategią, przeczytałam ją kilkakrotnie. Tam są 94 cele tej strategii. Te główne cele to, aby zwiększyć odsetek osób

przeżywających pięć lat od zakończenia leczenia onkologicznego, aby zwiększyć wykrywalność nowotworów we wczesnych fazach choroby i aby poprawić jakość życia w trakcie i po ukończonym leczeniu. W tej strategii polskiej wyróżniono pięć obszarów – to są inwestycje w kadry medyczne, w edukację, w pacjenta, w naukę i innowacje i wreszcie w system opieki onkologicznej. Niestety, w tym dokumencie nie ma absolutnie żadnego odniesienia do oceny geriatrycznej, do opieki nad osobami starszymi. I jedyny moment, w którym wymieniany jest wiek, to jest jako górna granica badań przesiewowych w onkologii. W świetle założeń onkologii geriatrycznej jest to wielkie niedopatrzenie. Ukazał się także dokument zawierający sprawozdanie za rok 2020 Narodowej Strategii Onkologicznej. I w tym dokumencie nie ma ani jednego słowa odnoszącego się do osób starszych. Myślę, że to jest coś, co wymaga pilnego zajęcia się w niedługiej przyszłości.

Podsumowując moje krótkie wystąpienie, próbując odpowiedzieć na pytanie, jak poprawiać dostępność seniorów do opieki geriatrycznej, myślę, że cztery punkty na pewno są warte wymienienia:

- należy zwiększyć liczbę poradni geriatrycznych i pomyśleć o finansowaniu tych poradni,
- zapewnić większą dostępność. Ta organizacja świadczeń powinna być bardziej przyjazna dla pacjenta geriatrycznego. I tym samym bardziej dostępna.
- Powinniśmy dbać o rzeczywistą interdyscyplinarność opieki i ułatwić przepływ informacji między świadczeniodawcami tak, aby lekarz, jak na przykład w Stanach Zjednoczonych czy innych krajach Europy, mógł wystawić skierowanie bezpośrednio do pielęgniarki środowiskowej – na usługi, które w Polsce wymagają bardzo dużych zachodów ze strony rodziny pacjenta i wykonywania wielu telefonów, wizyt i tak dalej.
- I wreszcie wydaje mi się, że onkologia geriatryczna to jest ten element, na który powinniśmy zwrócić uwagę, aby zwiększyć dostępność dla osób starszych wspólnych świadczeń onkologów i geriatrów. Pracujemy zresztą nad tym z zespołem Narodowego Instytutu Onkologii. Przygotowywana jest obecnie duża publikacja na temat onkologii geriatrycznej. Jako geriatra myślę, że to jest jeden z tych elementów i kierunków, w którym powinniśmy dążyć.

Barbara Bień

Bardzo dziękuję pani doktor za piękne wystąpienie, które uzupełnia poruszane aspekty dostępności osób starszych do opieki szpitalnej, o ambulatoryjną opiekę specjalistyczną. Ta jest niestety drastycznie nisko finansowana i faktycznie nie jest priorytetem polityki zdrowotnej w kraju, chociaż zaliczana jest do dyscyplin priorytetowych. Chciałabym również podziękować za zwrócenie uwagi na problemy onkologiczne. W populacji pacjentów hospitalizowanych problem choroby onkologicznej dotyczy około ośmiu procent, to nie jest dużo. Ale jeżeli do tego dodamy, że te osiem procent to są nowo wykrywane przypadki – nowotwory przewodu pokarmowego, płuc i inne – to cyfry niepokoją i stanowią wyzwanie. Wspominał o tym prof. Piotr Szukalski – chorobę nowotworową rozpoznajemy zbyt późno, gdy dalszy przebieg jest lawinowy i kończy się tragicznie. Mam nadzieję, że nadejdą czasy, gdy badania przesiewowe będą bardziej dostępne dla seniorów, będzie dostępna immunoterapia i spersonalizowane terapie kontrolujące przebieg choroby zanim dojdzie do uogólnienia procesu nowotworowego. Mam nadzieję, że wspomniana przez panią doktor monografia troszkę poruszy nasze serca.



Michał Sutkowski, lekarz specjalista chorób wewnętrznych i medycyny rodzinnej

Jak poprawiać dostępność seniorów do POZ w okresie pandemii

Chciałem bardzo podziękować wszystkim moim przedmówcom za głosy, które dotyczą relacji między lekarzem rodzinnym a specjalistą geriatrą. Spróbuję odnieść się do poprawy dostępności podstawowej opieki zdrowotnej dla pacjentów w ogóle, a w szczególności dla pacjentów senioralnych i geriatrycznych. Rozumiemy, że ta dostępność była zaburzona i jak złożone były to mechanizmy. Niemniej chciałbym powiedzieć, że z punktu widzenia wielu lekarzy metody kontroli, metody ewaluacji tegoż właśnie braku dostępności były co najmniej niewystarczające. Ażeby nie powiedzieć – zupełnie fałszywie użyte przez tych, którzy są do kontroli wskazani i którzy są kontroli dedykowani. Pozwolę sobie powiedzieć, że dosyć duże opracowanie dotyczące kontroli w podstawowej opiece zdrowotnej, pierwsze, które ukazało się w okresie pandemii, to był raport, który został upubliczniony 2 października 2020 r., więc dość późno w stosunku do problemu, którego dotyczył i który między innymi mówił o 79% braku dostępności, cytuję „możliwości wejścia do przychodni”. Do 12% przychodni nie można było się dodzwonić, do 8% kontakt był utrudniony, a w 13% przychodniach nie było możliwości uzyskania świadczenia zdrowotnego w dniu zgłoszenia ani w dniach następnych. Ja pozwolę sobie z wydziwkiem tego raportu się absolutnie nie zgodzić. Co to znaczy 79% przychodni, do których nie można było wejść? Czy przychodnia zamknięta na klucz w momencie pandemii z dużym napisem, że uprzejmie prosimy o naciśnięcie dzwonka, bo po drugiej stronie siedzi pani pielęgniarka i wpuszcza pojedynczo pacjentów, jest brakiem dostępności? Czy też troską o pacjenta, który powinien w pewnym rygorze epidemiologicznym być przyjmowany przez personel medyczny. Chciałbym zwrócić uwagę, że jeżeli dzisiaj wejdzie się na stronę Narodowego Funduszu Zdrowia – a mamy nieodwołany czas epidemii (na czas tworzenia artykułu) – to można znaleźć informację, że podstawową zasadą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej (do dziś taka formuła jest zawarta na stronach NFZ-u) jest

teleporada. Teleporada, którą z jednej strony się chwali, a z drugiej strony się gani. Tu kwestia oczywiście doboru narzędzi, doboru środków do określonej osoby.

Towarzystwa naukowe, w tym także Towarzystwo Geriatryczne i moje środowisko – Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce opracowywało standardy teleporady, nawołując do, mam nadzieję że jednak nielicznych kolegów, którzy zachowywali się w sposób, jaki nie powinien cechować lekarza niezależnie od kontekstu pandemii.

Co to oznacza, że nie można było się dodzwonić? Otóż przyciśnięty do odpowiedzi prezes Narodowego Funduszu Zdrowia powiedział, że to były sytuacje, w których urzędnicy Narodowego Funduszu Zdrowia dzwonili, dzwonili i było ciągle zajęte. Więc czy to jest brak możliwości? Było zajęte najczęściej w godzinach rannych między 8.00 a 11.00, gdzie pacjenci się zapisywali, gdzie rzeczywiście tych zdarzeń jest bardzo dużo i dostępność była utrudniona. Od godziny 11.00 w większości placówek podstawowej opieki zdrowotnej jest „głuchy telefon”, ale nie dlatego głuchy, że nikt nie odbiera, tylko po prostu nikt nie dzwoni, albo dzwoni niewiele osób. Kiedy pacjenci zapisywali się na szczepienia, zdecydowanie więcej było telefonów w godzinach popołudniowych. Teraz to są pojedyncze przypadki. Bardzo często telefony wynikające też z braku IKP, czyli z konieczności zadzwonienia po raz kolejny przez nas czy przez pacjenta, do pacjenta, w tym pacjenta starszego celem poinformowania go na przykład o kodzie recepty czy kodzie skierowania.

Zupełnie nie wyjaśniono, co to znaczy „8% – kontakt był utrudniony”, a „13% – nie było możliwości uzyskania świadczenia zdrowotnego w dniu zgłoszenia albo w dniach następnych”. No, jeżeli 13% takich placówek i mamy na to dokumentację, to należałoby pewnie rozwiązać z takimi placówkami umowę. Póki co wiem, że nie było takiej sytuacji. A zatem szczegółowe kontrole, które przeprowadzono, uwiaryściły, że tak nie było. Natomiast w „eter” poszły wiadomości o braku dostępności. Tutaj chciałbym zwrócić uwagę na to, że jednocześnie płacony publiczny nie wyznacza czasu odbywania wizyty, ale z drugiej strony w ciągu tych 10 godzin pracy podstawowej opieki zdrowotnej w podstawowym miejscu, czyli w placówce lekarza POZ-u, wizyta, według też danych NFZ-u, powinna trwać 15-20 minut. A zatem dziwną rzeczą jest, że przyjmujemy czasem po 60 – 80 pacjentów dziennie – czym nie powinniśmy się zresztą mocno chwalić, bo my możemy, czy musimy mówić o przyjęciu wszystkich pacjentów i dostępności, ale równocześnie też w kontekście jakości. Moim niechlubnym rekordem, ale zaczynałem wtedy pracę o 6.00, a skończyłem przed północą, było 111 pacjentów i siedem wizyt

domowych. To było przed pandemią. Co więcej, chciałem powiedzieć, że lekarz rodzinny, a dokładnie lekarz POZ-u, bo to musimy rozróżnić i Państwo to oczywiście w tym gronie rozróżniacie, może mieć zapisanych na liście aktywnej 2750 pacjentów. To jest trzykrotnie więcej niż w Kanadzie i dwa razy więcej niż średnia w krajach Unii Europejskiej. Mamy 23 tysiące lekarzy POZ-u, którzy mają listy aktywne, a pracuje 32,5 tysiąca. Jest tak, ponieważ część kolegów pracuje tylko na godziny, zastępując nas niejako, stanowiąc „rezerwę” i za co im bardzo dziękujemy. To lekarze oddziałów szpitalnych, ale pracujący też w wielu przychodniach. Niemniej tych 23 tysięcy lekarzy rodzinnych udziela średnio rocznie 180 milionów porad dla pacjentów, co stanowi dokładnie tyle, ile udzielają wszyscy inni pozostali Koledzy specjaliści razem wzięci rocznie. To jest skala zjawiska, z którym się borykamy. W pandemii zmniejszyły się te dwie o blisko 30%. Środowisko, Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, które jest najstarszą, 30-letnią organizacją lekarzy rodzinnych w naszym kraju, zawsze jest nastawione prospołecznie i na rzecz zmian w systemie opieki zdrowotnej w Polsce. Za moim pośrednictwem KLRwP może powiedzieć o trzech grupach problemów do rozwiązania, które moglibyśmy rekomendować panu Rzecznikowi. To jest grupa dotycząca pacjenta, podmiotu leczniczego oraz płatnika publicznego i regulatora. Pierwsze w kontekście naszego skromnego doświadczenia, POZ-owskiego, moim zdaniem pacjent powinien otrzymywać cały czas (w pandemii i po pandemii) po pierwsze informacje o systemie, bo pacjent jest zagubiony i po drugie podstawową edukację dotyczącą podstawowych jednostek chorobowych. (Podstawowe objawy chorobowe i różnego typu, zachowania zdrowotne, które mogą się wydarzyć i które są „czerwonymi flagami”). Oczywiście cały czas mówię o pacjencie geriatrycznym. Taką formę edukacyjną powinna przejść również rodzina pacjenta oraz wszyscy, którzy pomagają pacjentowi geriatrycznemu. Pacjent powinien w krótkim czasie przejść praktyczną naukę systemu, który nie jest przyjazny, w którym pacjent najczęściej czuje się zdecydowanie źle i przede wszystkim jest w nim zagubiony. Nie wystarczy być strażnikiem systemu, jak się ładnie mówi o lekarzach pierwszego kontaktu. To jest sytuacja, w której lekarz powinien mieć narzędzie praktycznej nauki systemu wobec pacjenta. Ważną sprawą byłoby stworzyć praktyczną naukę e-zdrowia: co daje IKP?, co daje gabinet.gov.pl? Mogłoby to odciążać system teleporad i komunikacji, otworzyć linię komunikacyjną między pacjentami a przychodniami.

Kolejną możliwością edukacji jest zaangażowanie NGO-sów, uniwersytetów trzeciego wieku, organizacji pacjenckich. Mówię o takich praktycznych, prostych „naukach” dotyczących e-zdrowia. Można by aktywizować narzędzia społecznych możliwości, typu MOPS-y i samorzady, a także lekarzy rodzinnych, tej świadomej części, która jest w Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce i innych organizacji lekarskich i pielęgniarskich. Wobec podmiotów leczniczych, , dla liderów środowiska POZ-u, dla menadżerów, dyrektorów, powinny być stworzone warsztaty geriatryczne. Nie chodzi o coś „bardzo dużego”, ale chodzi o coś, co by ułatwiało komunikację, głównie pomiędzy pacjentem a lekarzem oraz paniami pielęgniarkami, które odgrywają ogromną rolę, a także innymi pracownikami, jak chociażby panie rejestratorki. Następną sprawą – akredytacja. Jesteśmy pewnie w przeddzień ustawy o jakości, a mamy narzędzie w postaci akredytacji, której zasady i standardy powinny być upowszechnione i stosowane. Przypomnę, że jest kilka takich standardów: wszechstronność opieki, prawa pacjenta, poprawa jakości, bezpieczeństwo opieki, zespół współpracowników, dokumentacja medyczna, organizacja jednostki i infrastruktura. Dla pacjenta geriatrycznego akredytacja jest narzędziem, które wskazuje, w jakiej placówce, te świadczenia będą świadczone dobrze, a które placówki powinny te wszystkie warunki poprawić.

Ostatni dział dotyczący płatnika, NFZ-u, Ministerstwa Zdrowia. Tutaj chciałbym powiedzieć – postawmy na medycynę rodzinną, nie na POZ i rozróżnijmy te dwie rzeczy. Postawmy na medycynę rodzinną. To ona została stworzona z przyjaźni, zrodziła się z jednej strony z tęsknoty za wolnym, samodzielnym zawodem, ale także z tęsknoty pacjenta za lekarzem-przyjacielem. Żeby postawić na POZ, to należałoby przede wszystkim unarzędziować ustawę o podstawowej opiece zdrowotnej oraz zmodyfikować ją do tych elementów, o których mówił pan prof. Szukalski, dotyczących wyzwań, które stoją przed całym systemem opieki zdrowotnej. Dlaczego medycyna rodzinna to nie jest POZ? POZ to jest miejsce. Medycyna rodzinna jest zawodem wolnym. Charakteryzuje go:

- sprawowanie podstawowej opieki ukierunkowanej na pacjenta
- specyficzne rozwiązywanie problemów
- wszechstronne podejście, i holistyczne zasady
- orientacja na lokalną społeczność

To są elementy, które ciężko znaleźć w zbiurokratyzowanym systemie. Chcę powiedzieć, że wiedza o pacjencie, elektroniczna dokumentacja, jak się wczytamy literalnie

w rozporządzenia, nie jest dokumentacją dotyczącą wiedzy o pacjencie, tylko tak naprawdę ogranicza się do przeniesienia badań dodatkowych. Badania dodatkowe to nie jest wiedza o pacjencie, tylko fragment, związany z udzielaniem opieki.

Żeby postawić na medycynę rodzinną, to trzeba ją chcieć tworzyć. Przez 30 lat, a w zasadzie od reformy z roku 1999, , było wiele różnego rodzaju zawirowań – raz ją tworzone z wielkim entuzjazmem (patrzmy wszyscy rok 1999, 1998, 2000), raz ją zupełnie potępiano. Raz była języczkiem uwagi polityków, najczęściej przed wyborami, a bardzo często była w zupełnym odwrocie. Musimy się na coś zdecydować. Medycynie rodzinnej, tak jak i nam lekarzom dajmy więcej wolności. Kontrolujmy, ale kontrolujmy z jakością; ze zrozumieniem jej działania narzędziami z XXI wieku.

Barbara Bien

Serdecznie dziękuję panu doktorowi za prezentację. Przedstawił pan doktor wiele problemów. Przerażająco duża liczba 2750 pacjentów przypadających na jednego lekarza POZ-u robi wrażenie. Konfrontuję ją z liczbą 500 pacjentów przypadających na jednego lekarza rodzinnego w Danii. Myślę, że po prostu w Polsce brakuje lekarzy, i to nie tylko geriatrów, ale w ogóle. Tak jak również brakuje pielęgniarek.



Małgorzata Żuber-Zielicz Ogólnopolskie Porozumienie o Współpracy Rad Seniorów

Jak poprawiać dostępność seniorów do opieki zdrowotnej

Ja w pierwszej kolejności jestem przewodniczącą Warszawskiej Rady Seniorów, w drugiej kolejności jako Rada Seniorów Warszawy członkiem Ogólnopolskiego Porozumienia o Współpracy Rad Seniorów. W związku z tym będę mówiła o stanowisku seniorów wynikających z diagnoz i analiz, które wpływają do nas z terenu Mazowsza. Trudno powiedzieć, czy to jest stanowisko wszystkich seniorów w Polsce.

My wsłuchujemy się w to, co mówią seniorzy i to, co będę dzisiaj państwu prezentowała, wynika z głosów, które wpłynęły do mnie przed dzisiejszym spotkaniem. Wypowiedzi seniorów jak należy poprawić ich dostępność do opieki zdrowotnej można byłoby podzielić na kilka grup.

Pierwsza grupa zgłaszana przez seniorów i to niezależnie od wieku, który jest bardzo zróżnicowany, od 60 do 90 lat, to korzystanie z internetu i trudno umiejętności techniczne wiązać tylko i wyłącznie z wiekiem. Czasami mamy 90-latków sprawniejszych niż 60-latków. Trzeba o tym pamiętać, jeżeli chodzi o wykorzystanie tak zwanych szeroko pojętych nowych technologii. Patrząc na ilość lekarzy w Polsce i patrząc na demografię, która była prezentowana, chociażby tu przez prof. Piotra Szukalskiego, nie obejdzie się dzisiaj bez pójścia w stronę nowoczesności i taką świadomość należy mieć. Czyli teleopieka, zdalne diagnozowanie i bezpieczeństwo zapewnione chociażby przez prostą opaskę dzięki której senior jest pod kontrolą i w kontakcie ze służbami medycznymi. Nowe technologie wykorzystywane do zdalnej opieki medycznej, która pozwala na stały monitoring i ocenę stanu zdrowia. I za tym idziemy w kierunku wizyt bezpośrednich, jeżeli coś zostanie zdiagnozowane lub zaniepokoi lekarza pierwszego kontaktu, lekarza rodzinnego. Teleopieka jest potrzebna szczególnie samotnym seniorom i w wielu miastach funkcjonuje. Pytanie jest, jak zapewnić jakość i dostępność?

Mamy świadomość, że szeroki, ogólnie pojęty dział nowych technologii i tego, co się z tym wiąże musi wkroczyć, ale mamy też świadomość, że w miarę upływu lat

społeczeństwo senioralne będzie coraz bardziej do tego przygotowane, bo pokolenie 60-latków to już są ludzie, którzy powinni ze wszystkiego korzystać. Stąd ciekawe byłoby pogłębienie tego, co pan dr Michał Sutkowski powiedział – na ile IKP jest rzeczywiście domeną starszych ludzi, a nie młodszych. Być może to głównie seniorzy z IKP korzystają. Mamy dzisiaj komórki, dostajemy recepty elektronicznie. Pytanie jest, jak druga strona ma możliwość korzystania z tych zasobów – i od strony technicznej, logistycznej i czasowej i jak lekarza rodzinnego odbiurokratyzować, aby mógł rzeczywiście poświęcić nam maksymalnie swój czas.

Druga grupa zagadnień podnoszonych przez seniorów to jest lepszy, głównie bezpośredni kontakt. I tu seniorzy mówią, że to zakrawa na żart, kiedy mam 83 lata a do kardiologa zapisują mnie za trzy lata. I teraz oczywiście możemy się tu pokłócić, ale w wielu miejscach tak jest, szczególnie w małych miejscowościach. I tam ludzie stawiają pytanie, jak się dostać do lekarza w sobotę i w niedzielę, jak mam 87-letnią osobę pod opieką. Gdzie ja mam znaleźć lekarza pierwszego kontaktu, jak się coś dzieje? Często, w tych małych środowiskach, w takich sytuacjach, ludzie są bezradni. I teraz, czy ta bezradność to brak informacji, czy ta bezradność to brak lekarza, który by przyjechał do chorej osoby. To są pytania, na które wielu z nas nie potrafi sobie odpowiedzieć. Mówią zresztą, że część problemów wiąże się z tym, że jesteśmy po prostu mało słyszalni. A niektórzy mówią tak: no, cóż z tego, że ja nie mogę się zapisać do specjalisty, albo chcę mnie zapisać na następny rok na badanie komputerowe, a moja żona w tym samym czasie też ma jakieś badanie i tak naprawdę pozostajemy bezradni, jeżeli nie mamy wsparcia silnej, zdrowej rodziny, a często jest tak, że ta rodzina gdzieś wyjechała. Bezradność w szukaniu komunikacji i pomocy też jest bardzo często podnoszona. Seniorzy zgłaszają uciążliwość czekania na połączenie telefoniczne do przychodni. Czy nie można byłoby zrobić specjalnej linii dla seniorów? Słuszne? Niesłuszne? Wyklucza innych? Będziemy tu pewnie dyskutować. Aczkolwiek być może są do tego jakieś rozwiązania.

Seniorzy podnoszą też bardzo istotną rzecz dotyczącą otrzymania pomocy medycznej w sobotę lub niedzielę. Mówią: tak naprawdę mam ograniczony dostęp do nocnych i weekendowo-świętecznych dyżurów, a jak ląduję na SOR-ze to to w zasadzie jest traumatyczne przeżycie. Traumatyczne przeżycie dlatego, że nikt nie traktuje mnie tam poważnie. Podejście jest takie, że jak masz 80 lat, to po co cię ratować. Ten czas musimy przeznaczyć dla 30-latka. I o tyle to jest smutne, że być może mentalnie wszyscy

powinniśmy zmienić w swoich głowach, że pacjentem jest każdy, że wszyscy jesteśmy ważni., niezależnie od wieku, bo takie lęki budzą się w seniorach, że może już nie są tak ważnymi pacjentami, kiedy brakuje lekarzy i środków.

Trzecia grupa to jest geriatrycja, dobrze wyposażony gabinet i pogłębiona diagnoza u lekarza rodzinnego. My mamy świadomość, że gabinet lekarza rodzinnego czy gabinet w POZ-cie, bo to się po prostu myli i utożsamia jako jedno, powinien być wyposażony w niezbędny sprzęt. Marzy nam się, żeby lekarz rodzinny był dzisiaj wyposażony w nowoczesne instrumenty do badania. Nie tylko w słuchawki, ale żeby miał pod ręką USG, żeby miał wsparcie i w EKG, i inne badania diagnostyczne. To nie może być sam jeden lekarz rodzinny. Naszym zdaniem on musi być w tym wyposażeniu, obudowany w specjalistów, w pielęgniarkę, w rehabilitanta, który pokaże pacjentowi kardiologicznemu, jak powinien ćwiczyć, żeby sobie nie zrobić czegoś złego. Więc dla nas ten lekarz rodzinny to jest lekarz, który jest dzisiaj w nowoczesnym gabinecie wspierany przez innych ludzi. I w tym momencie lekarz może zająć się swoim pacjentem, ale równocześnie inni mogą go wspierać w diagnozowaniu i wizyta może być pełniejsza.

Seniorzy są zdecydowanie za budowaniem systemu geriatrycji jako specjalizacji.

Natomiast to, co jest dostrzegane, to jej ograniczenie. Mamy świadomość, że iluś geriatrów, ileś oddziałów geriatrycznych w Polsce w ostatnim okresie albo zniknęło z mapy, albo zostało połączonych z interną. Uważamy, że to nie jest OK. Uważamy, że to podejście typowo geriatryczne ze wsparciem jest niezbędne, żebyśmy jako osoby już starsze, które wchodzi w tak zwany wiek zależności, nie biegali od specjalisty do specjalisty, szukając skierowań. Żebyśmy pełną diagnozę otrzymali w jednym miejscu. Kolejna rzecz to, jest wczesna profilaktyka, wczesna diagnoza i bilanse. Gdybyśmy się starszymi osobami zajęli we wczesnym etapie diagnozowania systematycznego czy bilansowania systematycznego, to być może nie byłoby takich sytuacji, która tu została poruszona, że w ostatnim półroczu czy w ostatnich trzech miesiącach została wykryta choroba onkologiczna, chociaż chyba wszyscy, jak słuchaliśmy wypowiedzi pani doktor, mamy świadomość, że ta choroba rozwija się dużo, dużo wcześniej i że można by ją dużo, dużo wcześniej zdiagnozować. Więc uważamy, że inwestycje w profilaktykę, bilanse 50,60,70-latków to jest to, co wbrew pozorom może nam później wielu pieniędzy zaoszczędzić i umożliwić przekierowanie ich na mądrą profilaktykę.

I ostatnia rzecz, która się pojawiła, to jest dostęp do zautomatyzowanej rehabilitacji, bo rehabilitantów też nam brakuje. Ale być może bliski dostęp do gabinetów zautomatyzowanych rehabilitacji dla seniorów byłby uzupełnieniem siłowni plenerowych, które już od jakiegoś czasu pojawiają się w przestrzeniach miejskich, co raz częściej też wiejskich oraz małomiasteczkowych. Zautomatyzowane gabinety rehabilitacji mogłyby być dla nich uzupełnieniem, o ile byłyby wsparte filmami, nagraniami, zachęciłyby seniorów, żeby wczesna profilaktyka przełożyła się na działanie. Nie tylko basen, ale też różnego rodzaju ćwiczenia.

Mamy też apel, żeby mentalnie przestać mówić o usługach zdrowotnych, a powrócić do konstytucyjnego obowiązku ochrony zdrowia obywateli.

Barbara Bien

Dziękuję serdecznie za przedstawienie propozycji rozwiązań w systemie przedstawionych z perspektywy seniora. Natomiast, patrząc na listę życzeniową myślę, że problem opiera się nie tylko o organizację, ale przede wszystkim o dostępność do zbyt małej liczby lekarzy POZ-u i geriatrów. Gdyby było ich więcej wiele problemów zdrowotnych udałoby się rozwiązać na poziomie podstawowym, a do lekarzy wąskich specjalności jak np. do kardiologa, neurologa mogliby oni kierować w bardzo uzasadnionych przypadkach, by rozładowywać długą listę oczekujących na konsultację. Geriatra powiedziałaby tak: tu trzeba pomyśleć o wszczępieniu stymulatora; tu trzeba pomyśleć o waskularyzacji albo angioplastyce. Natomiast większość pacjentów chciałoby być zbadanych przez kardiologa, bo dławi za mostkiem albo przez neurologa, bo drętwieje ręka. Czyli trzeba by było rozbudować sieć dostępu do podstawowej geriatrycznej opieki zdrowotnej. Uważam, że raczej powiązać jedną z drugą, żeby w sposób przemyślany kierować do tych najdroższych, najcenniejszych specjalności. Przy czym uważam, że jest wiele zaniedbań organizacyjnych, bałaganu w różnych aplikacjach, w pisaniu konsultacji i krążeniu papierów, które w chaosie przestrzeni gdzieś giną, nikt nie czyta tego, co jest w nich napisane trudem i cennym czasem specjalistów.

Bardzo dziękuję. Myślę, że jeszcze w dyskusji wrócimy do tych propozycji strony senioralnej.



Wiesława Borczyk Ogólnopolska Federacja Stowarzyszeń UTW

Rola i kondycja UTW w okresie pandemii

Dzień dobry państwu. Bardzo dziękuję za zaproszenie na dzisiejsze spotkanie. Postaram się w miarę krótko omówić sytuację, jaka obecnie istnieje w Uniwersytetach Trzeciego Wieku.

W dalszym ciągu mamy stan pandemii i pewne ograniczenia obowiązują nadal. Na przykład dotyczy to organizacji wykładów czy zajęć w większych grupach. Na salach wykładowych słuchacze siedzą w maseczkach, są zachowane odstępstwa. Wydaje się, że pandemia już osłabła, to jednak warunki ograniczające działalność Uniwersytetów Trzeciego Wieku dalej są pewnym utrudnieniem.

Chciałam zwrócić uwagę na następujące rzeczy. Trudno jest wyrażać jednoznaczną opinię, jak wygląda sytuacja w Uniwersytetach Trzeciego Wieku, aktualnie w okresie nieco słabszej pandemii, ponieważ istnieje duża różnorodność organizacyjno-prawna działalności UTW.

Około 60% ogólnego potencjału środowiska UTW stanowią stowarzyszenia i fundacje Uniwersytetów Trzeciego Wieku – organizacje pozarządowe posiadające osobowość prawną – działające zarówno w dużych aglomeracjach, ale i w mniejszych miastach oraz także na terenach wiejskich. Druga grupa to Uniwersytety Trzeciego Wieku działające w strukturach uczelni wyższych i wobec tego też mają obowiązek dostosować się do takich warunków logistycznych, jakie obowiązują na uczelniach w okresie pandemii. I trzecia grupa to Uniwersytety Trzeciego Wieku, które są prowadzone w jednostkach samorządu terytorialnego tj. w centrach kultury, bibliotekach, centrach kształcenia ustawicznego.

Ta różnorodność organizacyjno-prawna, ekonomiczna, finansowa, logistyczna powoduje, że problemów nie da się w pełni zidentyfikować, przypisując je do całego środowiska. Ostatnie badania działalności UTW, które są opublikowane, były przeprowadzone przez GUS, przy zaangażowaniu środowiska UTW, w 2018 r. Wg GUS-u w roku akademickim 2017/18 działało 640 UTW

Ogólnopolska Federacja Uniwersytetów Trzeciego Wieku utworzyła ogólnopolską bazę adresową UTW obejmującą wszystkie uniwersytety. Mamy około 1000 adresów mailingowych i telefonicznych. Przez okres pandemii kontaktowaliśmy się z wieloma liderami UTW, drogą mailową, telefonicznie, a także z wykorzystaniem komunikatorów. Kontynuowaliśmy wydawanie ogólnopolskiego kwartalnika „Biuletyn Uniwersytetów Trzeciego Wieku” zarówno w formie drukowanej jak i w PDF-ie i rozsyłaliśmy do UTW. W Biuletynie, w czasie pandemii, został wprowadzony specjalny rozdział „dobre praktyki UTW w okresie pandemii”. W ten sposób upowszechnialiśmy w środowisku UTW działania, które wiele uniwersytetów realizowało w tym trudnym czasie. Jak państwo wiecie, w okresie od 20 marca 2020 roku bardzo wiele organizacji pozarządowych ograniczyło, a nawet zawiesiło swoją działalność. Dotyczyło to głównie stowarzyszeń Uniwersytetów Trzeciego Wieku. UTW w niektórych uczelniach wyższych prowadziło działania online. UTW w samorządowych jednostkach organizacyjnych również były objęte ograniczeniami.

Dopiero od niedawna, od października – listopada 2021 r., a więc od nowego roku akademickiego, możemy powiedzieć, że widzimy poprawę sytuacji. Okres stycznia-lutego br. roku też był okresem niepewności. Niektóre uniwersytety ponownie ograniczyły działalność. Od lutego 2022 r. otrzymujemy informacje, że są podejmowane działania w UTW, jednak w ograniczonym zakresie.

Ogólnopolska Federacja Stowarzyszeń UTW zorganizowała cykle szkoleniowe dla liderów UTW, aby zapoznać liderów UTW z obowiązującymi przepisami prawnymi i procedurami dotyczącymi organizacji pozarządowych, m.in. dot. przepisów Covidowych, z ustawy o praniu brudnych pieniędzy i innych. Wiele organizacji UTW ma budżet roczny w granicach 10 tysięcy złotych, niemniej jednak przepisy prawa są tak sformułowane, że również ich dotyczą obowiązki wynikające z tej ustawy. A są to obowiązki, wymagające znajomości informatycznych/cyfrowych, które stanowią barierę dla wielu liderów, szczególnie osób starszych.

Dlatego też oprócz szkoleń, bardzo często przez telefon eksperci – współpracownicy Federacji – dokładnie instruuja, jak należy wypełnić druki i liczne formularze.

Jest duże zainteresowanie liderów UTW uczestnictwem w szkoleniach, które odbywają się w niewielkich, 10-12-osobowych grupach. Po zakończeniu szkoleń prowadzący eksperci w ramach doradztwa konsultują z liderami konkretne problemy i udzielają

niezbędnego instruktazu. Uczestnicy szkoleń w anonimowych ankietach ewaluacyjnych oceniają, że są to bardzo potrzebne i pomocne działania.

Szkolenia realizowane są od ubiegłego roku, w tych okresach, kiedy jest to możliwe.

Aktualnie ruszył kolejny cykl takich szkoleń i do czerwca 2022 roku będziemy je realizować w Krakowie i w Podegrodziu k. Nowego Sącza.

Problemy, które najczęściej zgłaszają do Federacji UTW liderzy, słuchacze i słuchaczki UTW, ale również te problemy, które wynikają z różnorodnych badań prowadzonych w czasie pandemii przez niektóre instytucje i organizacje wśród seniorów, szczególnie w Uniwersytetach Trzeciego Wieku, dotyczą m.in. zmniejszenia się liczby słuchaczy w UTW. Przyczyną tego jest znaczna liczba zgonów w wyniku pandemii i powikłań wynikających z innych chorób. Wiele osób przechorowało COVID i też ograniczyły swoją aktywność. Starsze osoby nie chcą uczęszczać na zajęcia w większych grupach, a szczególnie na wykłady, gdy na sali znajduje się większa liczba osób, ponieważ obawiają się, że pomimo zaszczepienia, mogą się zarazić wirusem. To jest problem, który dotyczy ograniczenia ilości słuchaczy i słuchaczek w uniwersytetach oraz tych obaw, które nadal występują u seniorów.

Kolejny, ważny problem to wypalenie liderów, a szczególnie liderki, bo to głównie starsze kobiety są prezeskami zarządów, koordynatorkami, dyrektorkami UTW.

Potrzebne jest więc wsparcie i pomoc psychologiczna dla liderów UTW.

Jako zarządzający UTW, jednocześnie też dbają o to, ażeby pozyskiwać dofinansowanie działalności UTW. Przygotowują oferty i składają je w konkursach grantowych, napotykają na coraz trudniejsze procedury określone w regulaminach konkursów przez instytucje dotujące. To jest bardzo zniechęcające liderów – osoby starsze, dlatego Federacja UTW stara się, w miarę możliwości, pomagać i współpracować z nimi, aby poprowadzić przygotowanie oferty – projektu, udzielić instruktazu i wytłumaczyć przepisy regulaminowe konkursów grantowych. Problemem jest też system generatorów wniosków, poprzez które składane są oferty w konkursach grantowych.

Jeżeli chodzi o samopoczucie słuchaczy i słuchaczek UTW, to mamy takie ogólne spostrzeżenia, że istnieje poczucie wykluczenia społecznego, szczególnie jest to związane z nowymi technologiami, które weszły w momencie pandemii. Bez umiejętności cyfrowych była trudność zapisania się do lekarza i uzyskania porady, recepty, czy kontaktowania się w sprawie szczepień. Jest znaczna grupa osób starszych – i to niekoniecznie ludzi w bardzo zaawansowanym wieku, ale nawet wśród 60-70 lat –

którzy nie radzą sobie z komputerami, nie mają oprzyrządowania i umiejętności, bez pomocy innych osób nie są w stanie, w tym nowym, cyfrowym świecie się poruszać. Jest jednak również, co bardzo ważne, znaczna liczba osób starszych – słuchaczy i słuchaczek UTW, którzy posiadają już umiejętności komputerowe, również dzięki zajęciom komputerowym prowadzonym w UTW przed pandemią.

Co sygnalizują nam liderzy oraz słuchacze i słuchaczki UTW?

Zgłaszają potrzebę organizacji zajęć w UTW w małych grupach oraz potrzebę spotkań plenerowych, zwiększenia liczby zajęć z zakresu aktywności fizycznej.

Przeprowadziliśmy rozeznanie w niektórych miejscowościach, na ile można wykorzystać infrastrukturę lokalną dla organizacji zajęć z zakresu kultury fizycznej dla osób starszych, np. takich jak zajęcia na siłowniach na świeżym powietrzu, których coraz więcej jest w miastach oraz na terenach wiejskich.

M.in. Sądecki UTW wspólnie z Nowosądecką Radą Seniorów przeprowadził ankietę wśród seniorów Nowego Sącza. Ankieta zawierała kilka pytań: czy korzystasz z aktywności fizycznej, czy bierzesz udział w zajęciach na siłowni pod chmurką, czy jesteś zainteresowany udziałem w takich zajęciach w małych grupach, np. pięcioosobowych, z trenerem-instruktorem i czy byłbyś skłonny dopłacić pięć złotych za jedną godzinę takich zajęć, raz w tygodniu. Ponad 80% ankietowanych wyraziło akceptację takiej formy aktywności fizycznej. Dotychczas tylko pojedyncze osoby korzystają z tych siłowni, natomiast większość ankietowanych stwierdziła, że „nie jestem do tego przygotowana, obawiam się, wstydzę się iść sama na taką siłownię; w grupie z instruktorem chętnie skorzystam”. Teraz, po analizie ankiet, Sądecki UTW będzie z Wydziałem Sportu i Turystyki Urzędu Miasta ustalał możliwość dofinansowania pracy instruktorów, bo dostęp do siłowni na świeżym powietrzu jest bezpłatny. Urządzenia siłowni są nabywane głównie przez lokalne samorzady, Warto, więc stworzyć taką właśnie formę zajęć aktywności fizycznej z instruktorem, z trenerem, co daje ćwiczącym poczucie bezpieczeństwa. Takie zajęcia dla osób starszych mogłyby być organizowane w każdym mieście, w małych grupach.


W związku ze stanem wojennym w Ukrainie Federacja UTW nawiązała kontakt z Lwowskim Uniwersytetem Trzeciego Wieku, to jest polski UTW we Lwowie. W pomoc zaangażowała się nie tylko nasza Federacja, ale również liderzy UTW w kraju. Były organizowane zbiórki oraz celowe zakupy rzeczy, które przekazano do Lwowa. Pani prezes Lwowskiego UTW Ewelina Hrycaj-Małanicz i pan Marian Frużyński, członek

zarządu, odebrali te paczki we Lwowie i przekazali słuchaczom i słuchaczkom Lwowskiego UTW.

Dalej jest w środowisku UTW w naszym kraju zainteresowanie pomocą dla Ukrainy. Zarówno liderzy jak też słuchacze i słuchaczki UTW bardzo zaangażowali się w działania pomocowe i wolontarialne. Ludzie starsi, jeżeli jest taka potrzeba, to wykazują ogromne zrozumienie i chęć udzielania pomocy, w różnych formach. Federacja UTW nawiązała również kontakt z Zaporozem, z członkami Towarzystwa Kultury i Języka Polskiego, którzy przyjeżdżali do Polski na organizowane przez środowisko UTW Forum Trzeciego Wieku w Krynicy Zdroju, na coroczne, cykliczne spotkania przy Forum Ekonomicznym. Ostatnie spotkanie było w 2019 r, a pandemia przerwała nam możliwość organizacji tych spotkań. Sytuacja w Zaporozu jest dramatyczna, nie jesteśmy w stanie samodzielnie zapewnić dostarczenia pomocy, ponieważ transporty, które tam dojeżdżają, jak słyszymy, dokładnie są opróżniane przez rosyjskie wojska. I nawet takie organizacje jak PCK czy Polska Akcja Humanitarna mają problemy. Były przygotowane osoby z Ukrainy do ewakuacji, które chcieliśmy zaprosić do Polski, jednak odwołano ewakuację z miasta Zaporozie, ponieważ mosty zostały wyburzone i ludzie zostali uwięzieni w tym mieście.

Na zakończenie chciałam powiedzieć, że „małymi krokami” odczuwamy powrót działalności Uniwersytetów Trzeciego Wieku do stanu normalności. Oczywiście z tymi uwagami, o których mówiłam wcześniej. Mam nadzieję, że działalność UTW będzie się dalej rozwijała, pomimo licznych trudności. Działania integracyjne, wspierające, konsolidujące środowisko polskich UTW, są realizowane przez Federację UTW przez okres pandemii, a także obecnie.

Czy będą powstawały nowe uniwersytety? Nie wiem. Natomiast te, które już działają, które miały trudności w okresie pandemii mam nadzieję, że się odrodzą. Otrzymujemy informacje od niektórych liderów UTW, że zgłaszają się do nich osoby, które do tej pory nie były członkami uniwersytetów, nie były słuchaczami, a teraz chcą się zapisać do Uniwersytetu Trzeciego Wieku.



Anna Barczak, neuropsycholog, specjalista psychologii klinicznej

Czy pandemia odbija się na psychicznej kondycji seniora?

Na pytanie, czy pandemia w ogóle dotknęła seniorów, generalnie każdy z państwa może sobie odpowiedzieć. I ręka do góry, na kim się ta pandemia nie odbiła. Rzeczą ważną jest to, że seniorzy byli tą grupą, która wielokrotnie była wymieniana w komunikatach czy prezesa rady ministrów, czy ministra zdrowia, że powinna szczególnie uważać w czasach pandemii. I to spowodowało, że seniorzy nagle stali się centrum uwagi, z ich perspektywy zupełnie nie wiedzieć dlaczego.

Jak w ogóle wygląda problem psychologiczny osób starszych? Najważniejszym problemem, z którym ja też czasem mam do czynienia, jest samotność. To jest rzecz, której kiedy jeszcze pracujemy zawodowo kompletnie nie zauważamy, nie wydaje nam się, żeby to był problem. Ale seniorzy, którzy zakończyli swoją pracę zawodową, rodziny nie mieszkają z nimi, praktycznie nie ma jakiejś większej grupy przyjaciół, znajomych to samotność, którą odczuwają jest głównym problemem skarg, które zgłaszają, która rzeczywiście jest dla nich problemem.

Kolejna rzecz to niesamowita frustracja wynikająca ze zmian, które wynikają z naturalnego procesu starzenia się. Te zmiany dotyczą również zaburzeń poznawczych i dlatego seniorzy nie są dobrzy w e-zdrowiu. Problem nie polega w zdrowiu, tylko problem polega dokładnie w tym „e”. Kolejnym źródłem frustracji z powodu starzenia jest brak akceptacji zachodzących zmian. To może być też przyczyną kłopotów z nauczeniem się choćby obsługi nowego sprzętu, dlatego że używamy starych technik. Uważamy, że stara metoda będzie skuteczna, bo zawsze tak działało. Niestety, wraz ze starzeniem się musimy zmodyfikować swoje podejście.

Bardzo ważną kwestią jest zmiana roli społecznej. Kiedy byliśmy osobami czynnymi i teraz nagle na pewnym etapie życia czujemy się niepotrzebni, czujemy, że nie spełniamy się w naszych rolach społecznych, albo z drugiej strony czujemy się nadmiernie przeciążeni tymi rolami społecznymi, kiedy wtłacza się nas w potrzebę chwili, przejmujemy obowiązki tak zwanego opiekuna. Jest to opiekun współmałżonka

czy też jest to opiekun wnuków, dorosłych dzieci. To oczywiście skutkuje różnymi problemami natury psychicznej. I takim najważniejszym chyba, bo najczęściej występującym w tej grupie problemem, są oczywiście zaburzenia nastroju. One dotyczą 30% osób w podeszłym wieku. To jest olbrzymia liczba osób.. Dodatkowo 20% ma zaburzenia lękowe. I to są odczucia, które bardzo często występują razem, czyli zaburzenia depresyjno-lękowe. Jest to tym bardziej groźne, że są one bardzo trudno rozpoznawalne, bo wyglądają zupełnie inaczej niż zaburzenia afektu wieku średniego czy młodego. To, co jest bardzo istotną rzeczą, często pomijaną, to jest delikatna zmiana osobowości. Nie jest to spektakularna zmiana osobowości, tylko pewne nasilenie się części negatywnych cech. Stajemy się bardziej drażliwi, nieco bardziej paranoiczni, stajemy się dużo mniej cierpliwi, zaczynamy sprawiać wrażenie, że trochę zmieniło się nasze funkcjonowanie.

Inny, bardzo często pomijany w wywiadzie lekarskim problem, to nadużywanie substancji. Seniorzy są powszechnie uzależnieni od bardzo dużej liczby leków.

Polipragmazja jest zdecydowanie poważnym problemem dla wszystkich geriatrów, ale również sięganie po alkohol. Słuchałam tego z dużym zaciekawieniem, bo fizycznie wyglądacie państwo jak moi pacjenci, tylko nigdy nimi nie będziecie, bo potraficie sobie zorganizować czas. Jestem bardzo wdzięczna pani Wiesławie, która pięknie opowiadała szczególnie o tych kobietach liderkach, które angażują się, ponieważ większość osób w podeszłym wieku nie ma żadnego pomysłu na zorganizowanie sobie czasu. Co więcej, nawet nie wie gdzie poszukać sposobu, żeby sobie ten czas zorganizować. W ich głowach powszechnie tkwi przekonanie, że nie wypada, a może wstyd, a co ludzie powiedzą. I to jest bardzo dojmujący problem.

Jak sama pandemia wpłynęła na osoby starsze? Przede wszystkim nagle wszyscy zaczęli się nimi interesować. I nastąpiło jeszcze większe pogłębienie izolacji i samotności. Na pewnym etapie większość rodzin, które miały pod opieką osoby w podeszłym wieku, uznała, że seniora trzeba zamknąć w domu. Znam tylko jeden przypadek, kiedy mama mojego kolegi, lekarza-neurologa z Bydgoszczy, odpowiedziała na jego propozycję, że ja cię zamykam w domu i będę ci dowoził produkty, "to ja wolę umrzeć". Bardzo dużo seniorów jednak zgodziło się z tym zamknięciem, praktycznie zostali odizolowani od świata zewnętrznego. To spowodowało utratę kontaktów społecznych, jakie mieli do tej pory. Z sąsiadami, z rodziną, ze znajomymi, z przyjaciółmi. Nawet z lekarzem, który bardzo często jest dla nich najbliższym człowiekiem. Zamknięcie z innymi

domownikami, szczególnie kiedy są to domy wielopokoleniowe, spowodowało syndrom szczurów w klatce. Zbyt dużo osób na małej powierzchni niestety będzie prowokowało zachowania agresywne, będzie doprowadzało do konfliktów, będzie doprowadzało tak naprawdę do tego, że koniec końców nie będziemy w stanie ze sobą wytrzymać.

Oczywiście nowa choroba, groźna, potencjalnie bez leczenia, bez możliwości jakiegokolwiek wsparcia na pewno nasiliła niepokój. Ten z kolei, wraz z wprowadzeniem jeszcze bardziej rygorystycznego utrzymania higieny, dezynfekcji, zachowania środków ostrożności, spowodował wzrost objawów kompulsywnych, przez stosowanie tych przesadnych środków, czyli mycie opakowań makaronu, który przynieśliśmy ze sklepu, czy dezynfekowanie absolutnie wszystkiego, wręcz do powstawania ran na rękach. To wszystko krążyło wokół bardzo trudnego tematu w polskim społeczeństwie, jakim jest śmierć i osvajanie śmierci. Strach przed zakażeniem siebie, strach przed zakażeniem innych osób i generalnie pogłębienie się jeszcze bardziej problemów zdrowotnych. I też przede wszystkim, co jest bardzo ważne, a o czym wspominał pan dr Sutkowski – brak dostępu do opieki. Próby dodzwonienia się do przychodni, zamknięte drzwi od poradni spowodowały praktycznie, że pacjenci poczuli się zagonieni do kąta, zupełnie odcięci od jakiejkolwiek formy pomocy. I to oczywiście pogłębiło jeszcze bardziej, już i tak powszechny, problem zaburzeń nastrojów w tej populacji. Dodatkowo było to spowodowane jeszcze frustracją z powodu nagłej i bardzo drastycznej zmiany stylu i sposobu życia. Ktoś, kto zawsze był aktywny, chodził na spacer, miał zainteresowania nagle został ograniczony wyłącznie do czterech ścian. U osób, które miały dostęp do internetu i umiały z niego korzystać, w większości przypadków nie spowodowało załamania się dobrego funkcjonowania. Izolacja, brak stymulacji z zewnątrz dodatkowo nasiliły zaburzenia funkcji poznawczych i również fizycznych.

Były doniesienia, że ograniczenie dostępu do świadczeń medycznych, do specjalistów niestety spowodowało, że ucierpiało znacznie więcej osób, niż było zgonów z powodu samego zakażenia koronawirusem. I jeszcze jedna bardzo ważna rzecz. Słyszałam od wielu moich pacjentów, a także od wielu moich kolegów, że to brak umiejętności, brak wiedzy i doświadczenia, a w konsekwencji brak dostępu do e-medycyny oraz brak możliwości załatwienia czegośkolwiek w banku, w urzędzie bo wszystko było pozamykane, a dostęp jedynie przez telefon albo internet, bardzo ograniczyło komunikację. A przecież ludzie mają podstawową potrzebę komunikowania się z drugą

osobą, a nie z robotem, nie z automatem, nie z kimś, kto nam każe czekać na linii. Dla wielu osób przejście w ten stan zdalny spowodowało absolutny brak jakiegokolwiek zajęcia, ale też utratę źródeł utrzymania. Dla niektórych osób, które jeszcze pracowały, chodziły do pracy, nagle przejście na zdalne formy było barierą nie do przekroczenia. Jako neuropsycholog głównie zajmuję się zaburzeniami funkcji poznawczych, ale rzeczą bardzo ważną jest to, że obecność zaburzeń afektywnych wiąże się, szczególnie u osób w podeszłym wieku, z obecnością zaburzeń poznawczych. Bardzo często jest to mylone jedno z drugim. Mieliśmy głównie osoby, które już wcześniej miały zaburzenia poznawcze, jeszcze bardziej pogłębione przez zaburzenia afektywne, ale również osoby, które mają przede wszystkim zaburzenia afektywne, ale odczuwają je jako zaburzenia poznawcze. Traumatyczne jest skierowanie do poradni alzheimerowskiej, bo to dodatkowo wzmacnia niepokój, czy już rzeczywiście jestem pacjentem, który wymaga tego leczenia, wymaga takiej diagnozy.

Bardzo się cieszę, że dr Katarzyna Broczek poruszyła problem masek. Maski spowodowały, że nagle staliśmy się pokoleniem osób głuchych. Mamy kilka pokoleń osób, które mają kłopoty w słyszeniu. Ja mam kłopoty w mówieniu, ponieważ próbuję przekrzyczeć maskę, którą mam na sobie i też maskę, którą pacjent widzi na mojej twarzy, nie mogąc odczytać niczego z ruchu warg. Mówimy teraz dużo w kontekście wojny o dezinformacji i o uważnym analizowaniu tych wszystkich informacji, które widzimy, słyszemy. Ta dezinformacja również była bardzo dużym problemem dla seniorów. Co innego z każdym dniem było mówione, za każdym razem była zmiana decyzji, dodatkowo praktycznie w telewizji nie było nic innego poza koronawirusem. To nawet człowiek, który jest zdrowy, będzie miał już tego dosyć. Wiedza, która była niestrawna w formie przekazu, zawartości treści, szybkie przekazywanie informacji w mediach – niestety nie jest to wszystko dla seniorów czymś dobrym. Oni po prostu nie rozumieją tych informacji, dla nich to jest bełkot i niewiele z tego wynika. Często też dochodziło do konfliktów w komunikowaniu się z różnymi osobami, bo każdy co innego wyciągnął z otrzymanych informacji. I oczywiście pogłębienie poczucia wykluczenia, chociażby z powodu wprowadzenia godzin senioralnych, które w moim mniemaniu były kompletnym nieporozumieniem. Spowodowały, że seniorzy poczuli się zupełnie wykluczeni, co tym bardziej pogłębiło jeszcze ich zaburzenia.

Co ja mogę powiedzieć jako osoba, która przez parę miesięcy w ogóle nie miała kontaktu z pacjentami w placówce, która została zamknięta, ponieważ mieści się w szpitalu

covidowym? W momencie, kiedy pracowałam tylko przez telefon, gdzie nie da się zrobić badania neuropsychologicznego telefonicznie, okazało się, że w tej pierwszej fali pandemii ludzie przestali się skarżyć na jakiegokolwiek problemy. Ważne stało się utrzymanie życia i zdrowia, a to, że pamięć szwankuje, wie pani, jak to w tym wieku. Na pewnym etapie problem pamięci, problem zaburzeń poznawczych przestał być taki ważny.

Natomiast jak już miałam do czynienia z pacjentami na wizytach stacjonarnych to okazało się, że wśród nich byli i tacy, którzy przeszli zachorowanie z powodu koronawirusa, i tacy, którzy ucierpieli przede wszystkim z powodu lockdownu. To izolacja zrobiła, moim zdaniem, znacznie więcej szkód poznawczo i emocjonalnie niż samo przejście zachorowania na koronawirusa – przynajmniej u tych osób, z którymi miałam do czynienia. Nie chcę uogólniać, ale jest to bardzo silne wrażenie. Co więcej, pacjenci, którzy mieli już wcześniej zaburzenia poznawcze z powodu lockdownu, znacznie szybciej przekonwertowali do otępienia, niż gdyby nie było zakłócenia i zahamowania ich normalnego funkcjonowania. Ponadto obecność zaburzeń nastroju również będzie tym czynnikiem, który przyspiesza konwersję do otępienia u osób, które już mają zaburzenia poznawcze. No i bardzo chciałabym dorwać kogoś, kto wymyślił mgłę covidową, bo to jest coś, co zrobiło strasznie dużo spustoszenia w psychice seniorów. Oni są przekonani, że jest to poważne schorzenie którego nie da się wyleczyć. Tak naprawdę mgła covidowa to są wyłącznie kłopoty poznawcze w zakresie koncentracji uwagi, ale przede wszystkim są to zaburzenia afektywne.

Stres, który seniorzy odczuwali wynikał też z obawy o życie i zdrowie bliskich. Tylko przypomnę, że z powodu pandemii bardzo dużo osób straciło pracę. I były to najczęściej dorosłe dzieci pacjentów, z którymi miałam do czynienia. I fakt, że ich dorosłe dzieci, mające na utrzymaniu swoje rodziny, straciły pracę, spowodowało również dyskomfort seniorów, ponieważ albo musieli dokładać dzieciom ze swoich niewielkich źródeł utrzymania, albo sami stracili wsparcie.

Jak sobie poradzić, kiedy mamy problem. Bardzo szybkim i dostępnym sposobem jest niestety sięganie po substancje psychoaktywne. Znacznie częściej słyszałam informacje, że nastąpił powrót czy do palenia rzuconych dla celów zdrowotnych papierosów, czy spożycie chociażby środków na uspokojenie. Jeżeli chodzi o zaburzenia nastroju to umówmy się, że poza psychiatrami lekarze nie bardzo potrafią poradzić sobie z leczeniem seniorów. Problem tak naprawdę wynika z jednej rzeczy i ona już istniała

przed Covidem. Chodzi mianowicie o brak systemowego wsparcia psychologicznego seniorów. Bardzo cieszę się z tego, co powiedziała pani Wiesława o potrzebie wsparcia psychologicznego dla liderów Uniwersytetów Trzeciego Wieku. Domyślam się, że są to osoby w wieku senioralnym lub się do niego zbliżają. Problemem przede wszystkim – jest powszechny brak dostępu do lekarza psychiatry, co podkreślają też moi koledzy geriatrzy. Psychiatryzy stali się dentystami tej epoki, praktycznie przenieśli się już całkowicie do prywatnej opieki. Z powodów także finansowych stało się to czymś zupełnie nie do przebrnięcia. Powszechne jest u pacjentów, ale niestety wśród też wśród bardzo dużej grupy lekarzy, mylenie zaburzeń nastroju z zaburzeniami poznawczymi i traumatyzowanie pacjentów z depresją, która jest potencjalnie odwracalna, że mogą to być wczesne objawy otępienia.

Bardzo wielu seniorów nie wie, że można skorzystać z profesjonalnej pomocy. Uważają, że lekarz od nerwów to jest lekarz neurolog. Neurolog nie poradzi sobie z zaburzeniami nastroju, z zaburzeniami afektywnymi u seniora w żadnym razie. Nie powinien nawet się tego podejmować. Dalej mamy wstyd przed pójściem do psychiatry, bo psychiatra to jest lekarz od wariatów, a ja wariatem nie jestem. Co więcej, wsparcie psychologiczne często jest niezrozumiałe na czym to polega. „Ja nie będę opowiadał o swoim życiu”, „A tu się już nic nie da zrobić”, „A ja jestem za stara, żeby pójść na psychoterapię”. To jest podejście, w którym seniorzy sami siebie blokują przed uzyskaniem pomocy. Ale z drugiej strony bardzo duża grupa psychoterapeutów uważa, że jakiegokolwiek interwencje u osób w podeszłym wieku nie mają najmniejszego sensu, co jest absolutną nieprawdą. To powinno być absolutnie zmienione systemowo, żeby psychoterapia była dostępna nawet do późnych etapów życia. Dużym nieporozumieniem jest udzielanie, nawet wśród lekarzy, nieadekwatnych rad seniorom: idź na spacer, spotkaj się ze znajomymi (szczególnie w dobie pandemii to nie był dobry pomysł), posłuchaj sobie muzyki (jakby to miało cokolwiek uleczyć) czy znajdź sobie zajęcie. I to ostatnie jest rzeczą, która znów jest powrotem do tego, o czym powiedziałam na początku. Bardzo wiele osób w podeszłym wieku nie ma możliwości zorganizowania sobie samemu zajęcia. Tu potrzebujemy wsparcia ze strony wszystkich organizacji, które się zajmują seniorami. Musimy mieć miejsca, ośrodki, możliwości, aby seniorów, którzy być może są troszkę nieporadni, móc im zapewnić możliwość aktywizowania.

I jeszcze jedna bardzo ważna rzecz. Padło tutaj sformułowanie o profilaktyce. Zgodnie z tym, co powiedziałam wcześniej, pewne zmiany osobowości, usztywnianie się, niechęć

do zmian, niechęć do robienia nowych rzeczy, powoduje, że bardzo niechętnie zmieniamy swoje nawyki. Jeżeli mówimy o jakiegokolwiek profilaktyce, to musi to być profilaktyka wychowania do starości. Ona powinna być zamiast religii wprowadzona w szkołach podstawowych i kontynuowana do ostatnich etapów edukacji. Mam takie prywatne marzenie, że kiedyś, jak podsłucham dwóch osób, które będą w przychodni rozmawiały i na pytanie jednego z panów „A jakie pan ma wyniki?”, ten drugi odpowie „Ale w której grze?”.



Zapis dyskusji

Barbara Bień

Pytanie do dr Sutkowskiego:

– czy liczba 10-15% pacjentów, którzy korzystają z Internetowego Konta Pacjenta, dotyczy wszystkich pacjentów, czy tylko 60+?

Michał Sutkowski

To dotyczy niestety wszystkich pacjentów. Jest tak dlatego, ponieważ młodzi pacjenci bardzo rzadko w ogóle korzystają z systemu. My oczywiście namawiamy pacjentów do tego, żeby młode osoby pomagały osobom starszym. Ale bardzo często jest tak, że to osoba starsza stymuluje założenie internetowego konta przez osobę młodszą. Niemniej wiedza o e-zdrowiu jest bardzo, bardzo mała. Niestety dotyczy to także części naszych Kolegów.

Barbara Bień

Z dr Katarzyną Broczek kilka dni temu dyskutowaliśmy na temat platformy e-zdrowie. Jestem bardzo ciekawa, czy lekarze rodzinni, czy POZ-u korzystają na platformie e-zdrowie z zapisów konsultacji innych specjalności. Czy jest sens poświęcać dodatkowy czas i wpisywać do systemu zalecenia np. geriatry, psychiatry, neurologa. Czy wizyta online, czy tradycyjna, zawsze zaczyna się od przeczytania wyników konsultacji i na ile są potrzebne te tak zwane papierowe konsultacje, czyli pisane informacje o chorobie i wskazania do przewlekłego leczenia, na przykład choroby Alzheimerera.

Michał Sutkowski

Papierowa dokumentacja jest dzisiaj dalej święta i jest bardzo potrzebna. Pani doktor mówiła o refundacji lekowej, która jest swoistym nowotworem toczącym całe środowisko już od 12 lat. I powinna zostać absolutnie zmieniona. Jeżeli stymuluje leczenie, to mogę napisać wszystko, pod warunkiem, że to dobrze udokumentuję. Natomiast jeżeli pacjent trafia, np. do Kolegi specjalisty czyli do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej to powinienem mieć raz na rok formalną informację w formie papierowej, w której będzie jakie pacjentowi zapisano leki, w jakiej ilości i jaka jest refundacja. Niestety uzyskanie takiej informacji raz na rok jest rzeczą niezwykle trudną. O narzędziach elektronicznych to już w ogóle nikt z nami nie dyskutuje, a niestety

systemy, aplikacje gabinetowe są bardzo różne i nikt nie zadbał o to 5, czy 7 lat temu i teraz nie dba się o to, żeby był jednolity system, który by był systemem łatwym, sprawnym do korzystania z tego typu dokumentacji. Obecnie ta wielka praca, którą wykonują niektórzy koledzy specjaliści, wpisując informacje do systemu, pewnie będzie w przyszłości procentowała, ale póki co idzie dziś na marne.

Wiesława Borczyk

Słyszałam wypowiedź pani, która reprezentowała organizację ogólnopolską wspierania Rad Seniorów i między innymi dotknęła bardzo ważnych problemów odnośnie kontaktu z lekarzem pierwszego kontaktu. Ponieważ przy Biurze Rzecznika Praw Pacjenta został powołany zespół organizacji pacjenckich zaproponowałam, żeby w ramach tego zespołu utworzyć segmentowe komisje, mniejsze zespoły. Jedna z nich dotyczy spraw osób starszych, jako ważnej grupy pacjentów w ramach działań Rzecznika Praw Pacjentów. W czasie jednej z dyskusji w tym gronie, zasugerowano, ażeby w przychodniach przy lekarzu rodzinnym utworzyć możliwość kontaktu z psychologiem, zanim pacjent trafi do lekarza. Ten pomysł zrodził się szczególnie w związku z pandemią i wywołanymi przez nią krytycznymi sytuacjami psychicznymi wśród bardzo dużej grupy seniorów. Nawet wydawało się, że to się uda, ale przesądziły prawdopodobnie względy finansowe – to są nieoficjalne wiadomości – bo trudno byłoby od razu zorganizować przy wszystkich ośrodkach zdrowia pomoc psychologa. Niemniej jednak taki temat był poruszony i być może warto go zapamiętać i zapisać może w działaniach prosenioralnych. Mogłoby się okazać, że dana osoba wcale nie trafiłaby do lekarza. Może wystarczyłby jej kontakt z psychologiem, co znacznie odciążałoby lekarzy.

Barbara Bień

Poproszę pana dr. Sutkowskiego o komentarz. Czy istnieje obecnie możliwość kontaktu z psychologiem w tym układzie jaki jest?

Michał Sutkowski

Nie bezpośrednio. Odniósłbym się do kilku rzeczy. Pierwsza sprawa: w ustawie o podstawowej opiece zdrowotnej i opiece koordynowanej jest zawarte w zasadzie wszystko, co powiedzieliśmy, jeśli chodzi o nasze postulaty czy wnioski, również zespół lekarza rodzinnego, w którym powinno znaleźć się miejsce dla psychologa, dietetyka,

rehabilitanta. Decydentów namawiałbym żeby tę ustawę odkurzyć, przejrzeć, bo tam jest bardzo dużo rozwiązań.

Bardzo się cieszę, że seniorzy są za teleopieką, teleporadami – to jest niezwykle ważne, chociaż brak możliwości osobistego kontaktu widzę oczywiście jako problem. Musimy rozumieć, że była to specyficzna sytuacja, dlatego nie możemy tak bardzo „bić” w te wszystkie regulacje pandemiczne.

Jeszcze jedna ogromna prośba. To nie tylko jest sprawa nazewnictwa. To jest sprawa usytuowania w systemie lekarza rodzinnego, specjalisty medycyny rodzinnej. My oczywiście nie uważamy się za alfę i omegę i mówię to z pokorą wobec wszystkich kolegów innych specjalności, ale bardzo bym sobie życzył, żeby nie nazywać nas lekarzami pierwszego kontaktu. Lekarz rodzinny to jest wykształcony lekarz-specjalista, który powinien być częścią zespołu, posiadać wiele narzędzi i wokół niego powinniśmy budować system opieki zdrowotnej. Obecnie lekarz rodzinny jest traktowany jako „otwieracz systemu”, z bardzo małą możliwością wykonania badań dodatkowych, a przez to pacjent ma trudności uzyskania zlecenia na potrzebne badania. W Polsce w POZ-cie mamy 12%, kiedy wszędzie na świecie jest 20% środków finansowych. Te brakujące 8% chcemy przeznaczyć na zespół lekarza rodzinnego, na dodatkowe badania, na ujednoczenie systemu informatycznego. Lekarz rodzinny musi nauczyć się różnych rzeczy, dlatego tak ważne jest nazewnictwo. Chociaż mieszkam w Warszawie, pracuję w małym ośrodku. W promieniu 15 kilometrów jestem jedynym lekarzem, więc musiałem nauczyć się różnych rzeczy. W medycynie do dzisiaj zdarza mi się odbierać porody, a mówimy o miejscowościach oddalonych 30 kilometrów w linii prostej od Pałacu Kultury. Tak to wygląda.



Barbara Bień

Podsumowanie

- ✓ Bezsprzecznie dostępność opieki zdrowotnej dla seniorów wyraźnie spadła w czasie pandemii. Jednoznacznie przekonują o tym przedstawione dane. Co gorzej, podobnie jak na całym świecie, zwiększyła się umieralność nie tylko na Covid, ale również z powodu obostrzeń wynikających z pandemii i spadku dostępności do normalnego funkcjonowania całego systemu. Dowodem na to jest chociażby fakt zwiększonej, często przedwcześnie, umieralności seniorów we własnym domu, niezaopatrzonych szczególną opieką.
- ✓ Niskie finansowanie całej ochrony zdrowia. Pan dr Sutkowski mówił o niedofinansowaniu POZ-u. Ale o czym możemy mówić, jeśli geriatra ma sześć lub 10 złotych za poradę geriatryczną. Brakuje zachęty do tego, żeby lekarze podejmowali specjalizację w zakresie tak potrzebnych dyscyplin jak geriatra. Jest źle i pod względem organizacyjnym i pod względem kadrowym.
- ✓ Mamy dobre zapisy w ustawie o POZ-cie, których nie czytamy i nie wykorzystujemy. Może osoby czy podmioty, których one dotyczą powinny dopominać się o uruchomienie zakurzonych zapisów o interdyscyplinarności, o dostępie do psychologa, o dostępie do fizjoterapeuty, o różnego rodzaju sieci, która wspomaga POZ. My sami nie jesteśmy w stanie wiele zrobić. Jak powiedziała pani dr Broczek, w poradni geriatrycznej geriatra musi być pielęgniarzką, fizjoterapeutą, psychologiem, pracownikiem socjalnym. I się dziwimy, że wizyta z pacjentem w poradni trwa godzinę. A jak w tym czasie zebrać wywiad z osobą spowolnioną, niedosłyszącą, przejrzeć stertę kart informacyjnych, wyników badań, przeprowadzić testy oceny funkcjonalnej, zważyć i zbadać chorego, a w końcu sprecyzować diagnozy i zoptymalizować leki z listy osiemnastu do ośmiu. Współpraca i komunikacja geriatry z lekarzem rodzinnym jest potrzebna i wręcz niezbędna.
- ✓ Opieka onkologiczna w geriatry jest bardzo ważnym problemem i myślę, że to może być temat dla pana Rzecznika, żeby podwyższyć limit wieku lub całkiem znieść bariery dostępu do profilaktycznych badań dla seniorów. Warto zapobiegać chorobie nie tylko do 69 roku życia. Warto robić mammografię w późniejszym wieku,

ponieważ rak piersi ma największe rozpowszechnienie wśród osób we wczesnej starości, a wtedy mammografii już nie robimy w sposób przesiewowy. To samo dotyczy badań cytologicznych – do 69 roku życia. To są bariery biurokratyczne, które trzeba odblokować.

- ✓ Ujednolicenie systemów aplikacji komputerowych jest niezbędne, po to by praktykom opieki zdrowotnej pomóc wygospodarować czas dla pacjenta, aby narzędzia elektroniczne, internetowe konta pacjenta i platformy e-zdrowie były łatwo dostępne i potrzebne, a nie były balastem. Lekarzom trudno jest szybko znaleźć katalogi badań laboratoryjnych i innych w różniących się aplikacjach, czy znaleźć odpowiedni link, żeby zmienić zlecenie dot. leczenia. To trzeba zmienić. Koniecznie należy zainwestować w pomoc informatyków. Po co powtarzać 5 morfologii przez różnych lekarzy, skoro była już wykonana – wystarczy zerknąć do systemu i już ją widzimy. Przeszkodą biurokratyczną w dostępie do danych jest RODO. Pacjent w zaawansowanej starości, który nawet nie wie o co chodzi, musi się zgodzić, aby lekarz mógł podejrzeć jego konto.
- ✓ Opinie seniorów przedstawione przez panią Małgorzatę Zielicz – tu rzeczywiście bardzo wiele można poprawić, szczególnie w zakresie kontaktu i tele-opieki. Potrzebne jest zwiększenie kompetencji lekarza POZ, zwłaszcza na terenie wiejskim, ponieważ tam szczególnie brakuje specjalistów. Musimy mieć świadomość, że praktycznie co drugi senior w późnej starości ma pewne problemy poznawcze, często otępienie, a po 90-tce praktycznie jeszcze częściej. Musimy także uwzględnić możliwość wspomagania seniorów w wędrówce po systemie przez rodzinę, opiekuna.
- ✓ Pani Wiesława Borczyk, reprezentująca środowisko uniwersytetów trzeciego wieku, zwróciła uwagę na swego rodzaju zapaść w działaniach UTW podczas pandemii, które teraz trzeba odbudowywać. Podkreśliła wykluczenie społeczne i cyfrowe dużej grupy seniorów nawet młodszych. Instrumenty elektroniczne nie pomogą osobom niedowidzącym, niedosłyszącym, nie pomogą osobom z zaburzeniami pamięci i to jest ogromny problem. W geriatricznym niezbędna jest osobista relacja z pacjentem, ponieważ lekarz nie da rady skomunikować się z seniorem z sensorycznymi czy poznawczymi deficytami poprzez tele-opiekę, czy tele-poradę.
- ✓ Problem zaburzeń lękowo-depresyjnych, który zawsze był obecny w populacji ludzi starszych zaprezentowany został przez dr Annę Barczak. Miałabym wiele pytań,

np. jak odzwyczajając pacjentów od benzodwiazepin, które generują depresję. Trudno wspierać osobę, która chce się odzwyczajzić od leku nasennego, jeżeli spotykamy się twarzą w twarz tylko raz na jakiś czas i nie dodawać mu następnego leku przeciwdepresyjnego. Stąd psychoterapia, udział psychologów w naszym zespole.