

Wzorcowy system opieki geriatrycznej we Francji

Starość i radość

Maciej Murkowski



foto: Claire Altman/Corbis

Mimo starzenia się społeczeństwa polska geriatryka jest w powijakach. Jak ją usprawnić, jak zbudować? Wzorcowy system opieki geriatrycznej próbuje wprowadzić Francja. Prezentujemy omówienie artykułu prof. Marca Berthela ze Strasburga autorstwa Macieja Murkowskiego.

Według prof. Berthela, starzenie się społeczeństwa wynika z dwóch czynników: wydłużenia średniej długości życia i zmniejszenia liczby urodzeń. We Francji średnia długość życia wynosi 84 lata dla kobiet i 78 lat dla mężczyzn. Liczba osób w zaawansowanej starości wzrasta bardzo dynamicznie. System opieki zdrowotnej musi zostać dopasowany do tych realiów demograficznych dwutorowo i zakładać dostosowanie usług szpitalnych do opieki nad osobą starszą oraz utworzenie tzw. geriatrycznej drogi pacjenta.

Komu trzeba pomóc

Nie wszystkie osoby starsze podlegają opiece geriatrycznej. Rzadko się zdarza, by chorzy między 60. a 70. rokiem życia byli kierowani na oddział geriatryczny. Większość pacjentów powyżej 75. roku życia przyjmowana jest na oddziały szpitalne odpowiadające ich głównym schorzeniom. Im jednak osoba jest starsza, tym bardziej funkcjonowanie opieki medycznej powinno być dostosowane do wyjątkowości wynikającej z wieku. Chodzi m.in. o przygotowanie lekarzy, pielęgniarek i innych osób związanych z lecznictwem oraz o wdrożenie dobrych praktyk, specyficznych dla geriatryi.

Pacjent geriatryczny wymaga opieki zgodnie ze zdefiniowaną drogą. Charakteryzuje go wielochorobowość oraz sytuacja zależności lub wysokiego ryzyka zależności. Dobrze opisuje go słowo „kruchość” (*frail elderly*). U takiej osoby nawet najdrobniejsze zdarzenie może spowodować nieodwracalną utratę zdolności funkcjonalnych, jeśli nie zostanie szybko poddana terapii, a później rehabilitacji.

Identyfikacja dysfunkcji

Identyfikację dysfunkcji można rozpocząć już w momencie, kiedy chory jest przyjmowany do szpitalnej izby przyjęć (na oddział ratunkowy) czy w najtrudniejszych sytuacjach na oddział intensywnej terapii.

Zbadany pacjent geriatryczny jest kierowany na leczenie, zgodnie z drogą leczenia geriatrycznego. Taka terapia zaczyna się więc już w izbie przyjęć przez kontakt z wyjazdowym zespołem geriatrycznym, który jest obecny raz lub dwa razy dziennie w celu badania i odpowiedniego ukierunkowania leczenia starszych pacjentów. Dalsza droga prowadzi przez oddział krótkich pobytów geriatrycznych. Lekarze są tutaj w większości specjalistami chorób wewnętrznych, którzy rozszerzyli wiedzę z zakresu geriatryi (specjalizacja uzupełniająca). Obecni są jednak również neurologi, reumatolodzy, rehabilitanci itd. Lekarz nie robi niczego sam. Potrzebuje wielodyscyplinarnego zespołu: pielęgniarek, opiekunów medycznych i fizykoterapeutów, dietetyka, psychologa, pracownika opieki społecznej. Prawdziwie profesjonalnym narzędziem w geriatryi nie jest endoskop, ale jakość wielodyscyplinarnego zespołu.

Misją zespołu szpitalnego jest nie tylko diagnoza schorzeń, lecz także określenie stanu funkcjonalnego chorego.

Kluczowe jest wykonywanie całościowej oceny geriatrycznej (*geriatric assessment*) w sposób pozwalający zidentyfikować słabe i silne punkty każdego chorego podczas diagnozy jego schorzeń.

Terapia i opieka prowadzone są dwutorowo: poprzez leczenie schorzenia jak na każdym specjalistycznym oddziale szpitalnym oraz poprzez działania profilaktyczne lub korekcyjne wobec innych nieprawidłowości zdiagnozowanych podczas oceny geriatrycznej.

Zespół wyjazdowy

Główne ryzyko podczas pobytu w szpitalu w wypadku delikatnych, kruchych osób starszych to utrata zdolności chodzenia, niedożywienie, odleżyny, nietrzymanie moczu i stolca oraz utrata umiejętności orientacji przestrzennej.

„ Nie wszystkie osoby starsze podlegają opiece geriatrycznej. Rzadko się zdarza, by chorzy między 60. a 70. rokiem życia byli kierowani na oddział geriatryczny ”

Jeśli po wstępnym leczeniu poprawa stanu zdrowia nie jest wystarczająca, chory powinien zostać skierowany na oddział kontynuacji leczenia i readaptacji geriatrycznej. Jest to etap po terapii na oddziale krótkich pobytów geriatrycznych, a zwłaszcza na innych oddziałach szpitalnych (o innej specjalności): ortopedii (złamanie szyjki kości udowej i inne złamania), chorób wewnętrznych, neurologii czy kardiologii. Całościowa ocena geriatryczna jest tu wykonywana u każdego pacjenta przyjmowanego na oddział. Dane są zbierane i analizowane w celu opracowania planu leczenia i organizacji dalszego funkcjonowania chorego.

Wyjazdowy zespół geriatryczny podejmuje interwencje na innych oddziałach szpitalnych, które zwrócą się do niego z prośbą o konsultację, poradę, pomoc w ukierunkowaniu leczenia chorego. Obecność wyjazdowego zespołu przyczynia się do polepszenia kultury opieki geriatrycznej w całym szpitalu, gdzie doceniane są jego kompetencje i obecność.

Po szpitalu

Wyjście ze szpitala jest dla starszej osoby etapem trudnym. Młodzi opuszczają szpital z przyjemnością i ulgą. Ludzie bardzo starzy i zależni, cierpiący na demencję czy



fot. 123RF

„ Podczas pobytu w szpitalu osobom starszym grozi przede wszystkim utrata zdolności chodzenia, niedożywienie, odleżyny, nietrzymanie moczu i stolca oraz utrata umiejętności orientacji przestrzennej ”

inne choroby przewlekłe, wchodzą często w trudniejsze życie. Sukces w chwili opuszczenia szpitala jest równie ważny, jak sukces w momencie przyjścia do placówki. Główną rolę w tym procesie odgrywają pracownicy socjalni, ważna jest współpraca z systemem opieki zdrowotnej i pozaszpitalnym sektorem opieki społecznej. W wielu regionach Francji istnieją tzw. geriatryczne sieci zdrowia, których zadaniem jest zapewnienie kontaktu między szpitalem a światem zewnętrznym, by wspomóc rodziny i chore osoby starsze w organizacji pomocy dla nich, opieki i bezpieczeństwa w domu.

Regionalne agencje zdrowia

Geriatryczne sieci zdrowia finansują regionalne agencje zdrowia (*Agences Régionales de Santé – ARS*), których działania w tym zakresie są zintegrowane z działaniem odpowiednich wydziałów departamentalnych, mających w swoich kompetencjach opiekę społeczną nad osobami starszymi. Sieć opieki zdrowotnej odpowiednio przygotowuje koordynatorów lokalnych oraz tworzy ujednolicone kryteria oceny medyczno-społecznej, którymi posługują się różni profesjonaliści zajmujący się tą samą osobą.

Kontakt między szpitalem i środowiskiem pozaszpitalnym uzupełniają geriatryczne szpitale dzienne. Dzielne szpitale diagnostyczne (w Polsce niefinansowane przez NFZ) stosują podobną wycenę jak oddziały krótkiego pobytu, tzn. według wykonanych procedur. Szpital taki przyjmuje chorego na dzień lub dwa dni w celu wykonania całościowej oceny. Ta formuła pozwala ocenić zaburzenia funkcji poznawczych, chodu i równowagi. Innym rozwiązaniem jest dzienny szpital opiekuńczy, zapewniający opiekę do 3 razy tygodniowo przez wiele tygodni. Placówki te specjalizują się w schorzeniach somatycznych (rehabilitacja po wylewach, udarach, parkinsonizm, leczenie chorych na cukrzycę) lub psychiatrycznych (zaburzenia w przebiegu choroby Alzheimera, psychozy, depresje).

Jeśli chory cierpiący na demencję potrzebuje długotrwałej terapii, nie będzie leczony w szpitalu dziennym, lecz zostanie skierowany do dziennego centrum przyjęć, gdzie będzie mógł być przyjmowany 2–3 razy w tygodniu na terapię stymulacyjną i aktywizującą. Finansowanie terapii w zakresie przyjęć dziennych zapewnia w części kasa chorych z tytułu świadczenia APA (*allocation personnalisée d'autonomie* – zindywidualizowane świadczenie pod kątem stopnia zależności osoby starszej), a dofinansowuje samorząd departamentu.

Pionierski Strasburg

Stosowanie opisanej drogi leczenia geriatrycznego zapoczątkowano w szpitalach uniwersyteckich Strasburga w latach 70. ubiegłego wieku. W obowiązującym obecnie systemie funkcjonują łóżka krótkiego pobytu geriatrycznego, łóżka kontynuacji opieki i readaptacji, dzienny szpital opiekuńczy, wyjazdowy zespół geriatryczny, konsultacje w zakresie onkologiczno-geriatrycznym oraz ważny sektor opieki długoterminowej i długookresowych pobytów medycznych, w tym jednostka dla osób z chorobą Alzheimera. W sumie jest to ponad 500 łóżek w aglomeracji liczącej 400 tys. mieszkańców.

Współpraca z sektorem pozaszpitalnym realizowana jest na co dzień: z lekarzami rodzinnymi, z ośrodkami opieki pielęgniarstwa w środowisku domowym, z ośrodkami świadczącymi pomoc w domu u osoby starszej, z publicznymi i prywatnymi zakładami pielęgnacyjno-opiekuńczymi (około 2,5 tys. łóżek w aglomeracji), z odpowiednimi wydziałami rady generalnej departamentu (samorząd) i z gerontologiczną siecią zdrowia.

Rozwój geriatry i adaptacja systemu opieki zdrowotnej pod kątem starzenia się społeczeństwa jest absolutną koniecznością.

Śmiertelne upały

Upały w 2003 r., które przyczyniły się we Francji do śmierci niemal 15 tys. osób, głównie starszych, skłoniły rząd tego kraju do opracowania planu *Solidarność na rzecz Osób Najstarszych (Solidarité Grand Age)*, uchwalonego 27 czerwca 2006 r., a następnie planu Alzheimer. Dokument ten pozwolił na powielenie w pozostałych częściach kraju dróg leczenia geriatrycznego oraz na promowanie współpracy między sektorem szpitalnym i pozaszpitalnym.

Plan *Solidarność na rzecz Osób Najstarszych* jest realizowany w różnych regionach administracyjnych kraju przez regionalne agencje ds. hospitalizacji (*Agences Régionales d'Hospitalisation* – ARH), zastąpione w kwietniu 2010 r. przez regionalne agencje zdrowia (ARH), których zakres kompetencji jest znacznie szerszy. Każdy region opracował swój własny dokument pod nazwą *Regionalna Strategia Organizacji Zdrowotnej (Schéma Régional d'Organisation Sanitaire* – SROS), który zawiera obligatoryjnie rozdział *Osoby starsze*. To pokazuje, z jaką powagą traktowana jest geriatryka we Francji.

Kształcenie modułowe w geriatry

Czy geriatryka jest atrakcyjną specjalizacją dla lekarzy i dla zespołu opiekunów? Musi być atrakcyjna, jeżeli ten sektor ma się rozwijać w sposób prawidłowy. Podczas studiów medycznych obligatoryjne jest kształcenie z geriatryki w formie modułu „Medycyna starzenia się”. Dyplom specjalizacji geriatrycznej można uzyskać w dwojaki sposób: jako zwieńczenie uzupełniających studiów specjalistycznych po stażu szpitalnym lub jako uzupełnienie specjalizacji (lekarz rodzinny, lekarz chorób wewnętrznych, neurolog, lekarz dietetyk, reumatolog itd.). Studia te wymagają 4 semestrów na wytypowanych oddziałach kształcących oraz udziału w seminariach międzyregionalnych. Dyplom „Umiejętności w zakresie gerontologii” uzyskuje się po doktoracie, po 2 latach z wykładami i stażami. Nauka kończy się egzaminem i obroną pracy pisemnej.

Odkrywanie atrakcyjności specjalizacji geriatrycznej przez studentów odbywa się podczas stażów w szpitalach. Zauważają oni holistyczne, pełne refleksji – ludzkie oblicze medycyny, która interesuje się wszystkimi aspektami życia chorego, procesem stawania się chorym... Refleksja etyczna jest tu bardzo ważna. Geriatryka przyciąga młodych medyków, którzy nie poszukują wyłącznie praktyki technicznej i instrumentalnej. Jest ona we Francji uważana za nowoczesny i atrakcyjny model medyczny. Pracownicy są dumni z tego, że zajmują się tą dziedziną, że mogą nieść starszym pacjentom dobrze zorganizowaną pomoc, przystosowaną do stanu ich zdrowia.

Efektywność ekonomiczna

Ze względu na wymogi wynikające ze zjawisk demograficznych oraz konieczność dostosowania się do kruchości zdrowia osób starszych geriatryka ukształtowała się jako nauka efektywna również pod kątem ekonomicznym, gdyż:

- zmniejsza możliwość pogłębienia się zespołów geriatrycznych i niesprawności (problemy psychiczne i związane z pamięcią, odleżyny, trudności w chodzeniu, dysfunkcja zwieraczy),
- jest to praktyka bardziej kliniczna niż techniczna i instrumentalna.

Celem oceny geriatrycznej jest dobranie takiego leczenia, które będzie przydatne i „rentowne” pod kątem funkcjonowania chorego w jego własnym otoczeniu.

Spółczesne społeczeństwa Europy muszą jak najszybciej uwzględnić terapię geriatryczną w ewolucji systemów ochrony zdrowia i opieki zdrowotnej. W tym celu konieczne są: kształcenie profesjonalnej kadry medycznej i paramedycznej, wprowadzenie atrakcyjnej i szerokiej praktyki wielodyscyplinarnej, utworzenie i wdrożenie drogi leczenia geriatrycznego, koordynacja działań sektora szpitalnego i pozaszpitalnego, zaangażowanie władz, które stawiałyby czoło tym wyzwaniom. ■