

GERIATRIA

Dr n. med. Elżbieta Kozak-Szkopek,
– specjalista chorób wewnętrznych, specjalista geriatryi,
adiunkt w Klinice Geriatrii WNoZ WUM,
konsultant wojewódzki w dziedzinie geriatryi

Proces starzenia się człowieka i choroby wieku podeszłego były już od starożytności przedmiotem zainteresowań – początkowo filozofów, później lekarzy. Pochwałę okresu starości wyraził Konfucjusz (551–479 p.n.e.) słowami: „Uwier mi, że starość jest dobra i przyjemna”. Hipokrates (460–377 p.n.e.) skłaniał się do uważania starości jako choroby samej w sobie, a źródła chorób upatrywał w braku równowagi organizmu, w zakresie określonych przez niego czterech podstawowych cieczy: krwi, śluzu, żółci, czarnej żółci (krew żylna). W utrzymaniu równowagi podkreślał znaczenie diety, higieny, ćwiczeń fizycznych, światła słonecznego. Arystoteles (384–322 p.n.e.) przedstawił teorię starzenia się opartą na utracie ciepła, co miało się wiązać z podatnością na występowanie chorób w okresie starości. Galen (ok. 129–200) skonsolidował hipokratyczne i arystotelesowskie teorie starzenia się w jedną. Uważał, że choroba była sprzeczna z naturą, a ponieważ starzenie się było procesem naturalnym i nieuniknionym, nie można go uznać za patologiczny. Jednak nie wierzył, że jest to całkowicie zdrowe, naturalne, a raczej, że jest to stan pośredni między zdrowiem a chorobą. Pod tym względem z pewnością wyprzedził swój czas. Galen w traktacie „Higiena” (*De Sanitate Tuenda*) rozwinął koncepcję gerokomii, to jest opieki nad osobami starszymi. Jeden z najwybitniejszych i najbardziej wpływowych perskich lekarzy i filozofów, Ibn Sina (980–1037), znany jako Avicenna, skonsolidował system medycyny Galena w ramach medycyny islamskiej. Największym jego dziełem jest „Kanon medycyny: reżim starości”, w którym opisywał rolę snu, leczenia zaparć, diety z wykorzystaniem owoców,



Dr Elżbieta Kozak-Szkopek

imbiru, czerwonego wina. Sto lat później Roger Bacon (1214–1294) podobnie podkreślał rolę diety, higieny w opóźnieniu starzenia się, co zawarł w publikacji „Lekarstwo na starość i zachowanie młodości”. W 1623 r. Francis Bacon (1561–1626) w pracy „Historia naturalna i eksperymentalna życia i śmierci lub przedłużania życia” uznał, że starzenie dokonuje się na skutek nierównomiernej naprawy różnych części ciała, co prowadzi do rozkładu i śmierci. W 1724 r. ukazała się praca Sir Johna Floyera z Lichfield (1649–1734) „Medicina gerocomica lub galeniczna sztuka ochrony zdrowia starszych ludzi”, uznawana za pierwszą znaczącą monografię na temat medycyny wieku podeszłego, która została pierwotnie wydrukowana w języku angielskim. W 1761 r. Giovanni Morgagni (1682–1771) w swoich badaniach anatomicznych wykazywał, że wiele chorób w starszym wieku, a szczególnie przewlekłych, może pozostać bezobjawowych przez wiele lat. Praktyczny traktat Charlesa Durand-Fardela „Traité Clinique et Pratique des

Maladies des Vieillards”, opublikowany w 1854 r., obejmował całą na ówczesne czasy dziedzinę chorób w starszym wieku, próbując powiązać patologię z dokładną diagnozą. Jean-Martin Charcot (1825–1893) w wykładach, które wzbudziły zainteresowanie naukowe i stały się dostępne w tłumaczeniu na język angielski w 1882 r., stwierdził, że u starszych osób występują określone choroby, takie jak osteomalacja i zanik mózgu, oraz że nawet najcięższe zaburzenia objawiają się nieznacznymi, niewyraźnymi objawami. W swoich wykładach promował ideę rozwoju medycyny wieku podeszłego, głosząc, że „znaczenie specjalistycznego badania chorób w okresie starości nie może być obecnie kwestionowane”. W drugiej połowie XIX w. wyodrębniły się różne specjalizacje medyczne. W 1863 r. ukazał się artykuł pt. „A Practical Treatise on the Diseases and Infirmities of Advanced Life” autorstwa Daniela Maclachlana. Ten londyński lekarz zwrócił uwagę na trudności w postawieniu diagnozy u osób starszych, u których często

współistniało kilka chorób. Zasugerował ostrożność przy przepisywaniu leków starszym pacjentom i zalecił, aby modyfikacja dawki była konieczna u słabszych pacjentów, ponieważ działanie leku staje się mniej pewne w miarę zaawansowania starości. Maclachlan zakończył stwierdzeniem, że medycyna starości będzie ważną gałęzią wiedzy medycznej.

Początek XX w. jest okresem wprowadzenia obowiązującego do dzisiaj nazewnictwa. W 1903 r. dyrektor Instytutu Pasteura w Paryżu, Ilja Miecznikow (1845–1916) zaproponował nazwę „gerontologia” dla dziedziny nauki, która zajmuje się szeroko pojętymi aspektami starzenia się i starości. W takim ujęciu gerontologia ma charakter interdyscyplinarny, łącząc różne dziedziny nauk biologicznych, społecznych, humanistycznych. W 1909 r. wiedeński lekarz Ignatz Leo Nascher (1863–1944), pracujący w Nowym Yorku, jako pierwszy wprowadził nazwę „geriatria” dla medycyny wieku podeszłego. Słowa te wywodzą się z języka greckiego: „geras” oznacza starość, a „gerontos” – starzec. Odrębności kliniczne grup wiekowych w medycynie obrazuje koncepcja podziału na medycynę wieku dziecięcego, czyli pediatrię, medycynę wieku średniego, czyli mediatrę i medycynę wieku podeszłego, czyli geriatrię. Geriatria jest zorientowana na rozwiązywanie polietyologicznych problemów zdrowotnych, środowiskowych i socjalnych, a nie tylko wielu pojedynczych chorób, wykracza poza zakres interny, obejmując neurologię, psychiatrę, rehabilitację, i wykracza poza zakres medycyny. W 1914 r. ukazała się książka Naschera pt. „Geriatria: choroby starości i ich leczenie”.

W 1938 r. w Niemczech powstało Niemieckie Towarzystwo do Badań Starości. Dalszy rozwój medycyny geriatrycznej wiąże się z Wielką Brytanią. Pod koniec lat 30. XX w. doktor Marjory Warren, konsultant szpitala West Middlesex w Londynie, opracowała zasady klinicznego postępowania w chorobach wieku podeszłego i organizacji opieki geriatrycznej. Sprecyzowała specyficzne cechy chorowania osób starszych i konieczność odrębności leczenia i opieki. W celu poznania wpływu chorób na wydolność czynnościową oraz w celu wczesnego wykrywania potrzeb zdrowotnych, psychologicznych i socjalnych osób

w podeszłym wieku, stworzyła podstawy całościowej oceny geriatrycznej. W 1948 r. geriatria została uznana w Anglii za odrębną specjalizację lekarską. W ramach nowo powstałej Narodowej Służby Zdrowia (NHS, National Health Service) powołano pierwszego konsultanta z dziedziny geriatrii – doktora Toma Wilsona. W 1942 r. powstało w Stanach Zjednoczonych pierwsze na świecie Towarzystwo Geriatryczne (AMG, American Geriatrics Society), które rozpoczęło publikowanie pierwszego specjalistycznego periodyku pod tytułem „Geriatrics”, wydawanego do dzisiaj. W 1947 r. zostało utworzone British Geriatrics Society (BGS), którego oficjalnym czasopismem jest „Age and Ageing”.

Zmiany demograficzne, jakie wystąpiły po zakończeniu II wojny światowej, związane z wydłużaniem czasu trwania życia, przyczyniły się do rozwoju gerontologii i geriatrii. W całym świecie zaczęły powstawać instytuty naukowe i czasopiśma naukowe zajmujące się problematyką starzenia i starości.

W krajach europejskich tempo rozwoju geriatrii było zróżnicowane. W Belgii w 1945 r. wdrożono przepisy regulujące funkcjonowanie centrów leczniczych dla osób starszych. W 1963 r. zarekomendowano tworzenie oddziałów geriatrycznych, które stały się powszechne w latach osiemdziesiątych. W 1985 r. wprowadzono specjalizację z geriatrii, po specjalizacji z chorób wewnętrznych. W Szwecji geriatria została uznana za oddzielną specjalizację lekarską w 1969 r. Rozwój geriatrii w Danii i Irlandii przypada na lata siedemdziesiąte. W Czechach w 1974 r. powstała Podkatedra Geriatrii i Gerontologii przy Instytucie Studiów Podyplomowych w Pradze, a w 1983 r. geriatria stała się odrębną specjalizacją lekarską po specjalizacji z chorób wewnętrznych. Z kolei na Słowacji w 1979 r. geriatria stała się samodzielną specjalnością, a także zaczęto tworzyć przychodnie i oddziały geriatryczne. W 1991 r. po zjednoczeniu Niemiec towarzystwa działające w obu państwach połączyły się w Niemieckie Towarzystwo Gerontologii i Geriatrii, które w 1995 r. przekształciło się w Towarzystwo Medycyny Geriatrycznej.

W 1990 r. w celu integracji i promowania rozwoju medycyny geriatrycznej w krajach Unii Europejskiej, doszło

do spotkania przedstawicieli geriatrów i założenia w czerwcu 2000 r. Europejskiego Towarzystwa Medycyny Geriatrycznej (EUGMS, European Geriatric Medicine Society), którego pierwszym prezydentem został dr Brian Williams ze Szkocji. Obecnie jest nim prof. Finbarr C. Martin z Londynu. EUGMS wydaje czasopismo „European Geriatric Medicine” oraz organizuje coroczne kongresy medycyny geriatrycznej.

Historia medycyny geriatrycznej w Polsce

Za początek zainteresowań gerontologicznych w Polsce uznaje się opublikowanie w 1946 r. pracy Józefa Mruka pt. „Zmiany nadnerczy w wieku starczym”, wydanej w Krakowie nakładem Polskiej Akademii Umiejętności. Pierwszą placówką geriatryczną w Polsce było Sanatorium Geriatryczne w Inowrocławiu, powstałe w 1956 r. z inicjatywy i pod kierownictwem dr. Bogdana Snarskiego. Organizowane tam sympozja naukowe pod nazwą „Dni Geriatryczne” oraz towarzyszące im publikacje naukowe były pierwszymi formami szkoleń lekarzy w dziedzinie geriatrii. W 1960 r. w Opolu powstała pierwsza poradnia geriatryczna zorganizowana przez dr. Wojciecha Pędicha i dr. Danutę Jakubowską. W 1961 r. powstały dwa pierwsze oddziały geriatryczne – w Katowicach, którego ordynatorem była dr Bogna Żakowska-Wachelko oraz w Łodzi, którym kierowała dr Kinga Wiśniewska-Roszkowska. W obu placówkach szkolono lekarzy, publikowano prace naukowe, powstały pierwsze podręczniki z dziedziny geriatrii. Świadomość rosnącego znaczenia gerontologii i geriatrii przełożyła się na powołanie w 1967 r. Sekcji Geriatrycznej Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, której przewodniczył dr Lucjan Dobrowolski. Jesienią 1973 r. z inicjatywy prof. Jerzego Piotrowskiego powstało Polskie Towarzystwo Gerontologiczne (PTG), będące interdyscyplinarnym stowarzyszeniem naukowym skupiającym przedstawicieli różnych dziedzin: lekarzy, psychologów, socjologów, demografów. Jego wieloletnim prezesem był prof. Wojciech Pędich.

W 1980 r. powstała pierwsza jednostka akademicka – Klinika Geriatrii w Krakowie, kierowana przez prof. Józefa Kocembę. W kolejnych latach szkolenie

studentów medycyny z zakresu geriatry rozpoczęto na uczelniach w Białymstoku, Gdańsku i Bydgoszczy.

W 1994 r. z inicjatywy prof. Tadeusza Wróblewskiego zostało założone Kolegium Lekarzy Specjalistów Geriatrii w Polsce. Profesor Wróblewski prowadził wówczas Instytut Geriatrii w Warszawie, na bazie zakładu opiekuńczo-leczniczego. W 1998 r. doszło do przekształcenia tej jednostki w Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zakład Opiekuńczo-Leczniczy im. Sue Ryder, który został włączony do zadań opieki długoterminowej.

Z inicjatywy PTG pod koniec lat dziewięćdziesiątych zostały przeprowadzone ogólnopolskie badania dotyczące sytuacji ludzi starych w Polsce, nawiązujące do pionierskich badań Jerzego Piotrowskiego z lat siedemdziesiątych. Efektem tych badań było wydane w 2002 r. studium pt. „Polska starość”, pod redakcją Brunona Synaka. PTG było realizatorem projektu PolSenior „Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce” (PBZ-ME-IN-9/2/2006), który objął prawie 6 tys. osób starszych. Wyniki badania zostały zebrane w monografii pod redakcją Małgorzaty Mossakowskiej, Andrzeja Więcka i Piotra Błędowskiego, wydanej w 2012 r. Pokłosiem tego badania są liczne publikacje w międzynarodowych periodykach geriatrycznych. Obecnie zakończył się projekt badawczy PolSenior 2 „Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem”, który był realizowany w latach 2018–2020 przez zespół z Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego we współpracy z polskimi ekspertami z sześciu uczelni i instytutów. Wstępne wyniki tego badania, które objęło blisko 6 tys. Polaków w wieku od 60 do 106 lat, były prezentowane w formie cyklu konferencji online w listopadzie i grudniu 2020 r. (<https://konferencjapolsenior2.pl/>; <https://polsenior2.gumed.edu.pl/>). Na początek 2021 r. jest przewidziana publikacja monografii z wynikami projektu PolSenior 2.

Pod patronatem PTG wydawane są recenzowane czasopisma naukowe „Gerontologia Polska” oraz „Geriatria”.

Towarzystwa regularnie organizują coroczne kongresy i konferencje naukowe

oraz liczne szkolenia. Organizatorem ostatniego, 15. Międzynarodowego Kongresu Europejskiego Towarzystwa Medycyny Geriatrycznej (EUGMS) we wrześniu 2019 r. było Polskie Towarzystwo Gerontologiczne, a gospodarzem Klinika Chorób Wewnętrznych i Geriatrii Katedry Chorób Wewnętrznych i Gerontologii UJCM w Krakowie, kierowana przez prof. Tomasza Grodzickiego. Na kongresie sprecyzowano europejskie wymagania szkoleniowe w zakresie medycyny geriatrycznej, które zostały przesłane do centralnej organizacji European Union of Medical Specialists (UEMS) w celu zatwierdzenia. Kolejnym krokiem będzie przygotowanie do europejskiego egzaminu z medycyny geriatrycznej.

Standardy i organizacja medycyny geriatrycznej

UEMS Geriatrics Section jest jedną z 43 sekcji specjalistycznych UEMS. Według danych Sekcji Geriatrii UEMS medycyna geriatryczna jest uznaną niezależną specjalizacją medyczną w 17 z 31 krajów europejskich, a w 10 krajach funkcjonuje jako podspecjalizacja, z czego w dwóch krajach (Niemcy, Francja) istnieją oba modele (niezależna specjalność i podspecjalność). Tylko w 5 krajach (Cypr, Estonia, Grecja, Portugalia i Słowenia) nie ma uznanego podyplomowego stopnia medycznego w geriatry. W Polsce specjalizację z geriatry wprowadzono w latach 80.

Ze względów historycznych i strukturalnych organizacja medycyny geriatrycznej jest różna w poszczególnych krajach europejskich. Zostały opracowane standardy geriatryczne. Według definicji przedstawionej przez Sekcję Geriatryczną Europejskiego Towarzystwa Lekarskiego pacjent geriatryczny to osoba:

- z typową dla wieku podeszłego wielochorobowością;
- ze związanym z wiekiem zwiększonym ryzykiem wystąpienia złożonych patologii;
- z utratą autonomii w wyniku pogorszenia sprawności funkcjonalnej;
- ze zwiększonym zapotrzebowaniem na usługi lecznicze, rehabilitacyjne, pielęgnacyjne i opiekuńcze.

Zasadniczymi cechami charakteryzującymi chorowanie osób starszych są:

polipatologia, polisymptomatologia, często atypowa, na którą składają się objawy starzenia, poszczególnych schorzeń, stanów geriatrycznych oraz objawy jatrogenne, wynikające z ryzyka polifarmakoterapii i polipragmazji. Do wielkich problemów geriatrycznych należą takie stany, jak: upadki, niesprawność ruchowa, osteoporoza starcza, unieruchomienie, odleżyny, niedożywienie, zaburzenia narządu zmysłów (niedowidzenie, niedosłuch), zaburzenia czynności zwieraczy (nietrzymanie moczu, nietrzymanie stolca, zaparcia) oraz zespoły psychogeriatryczne: demencja, depresja, delirium. Nakładanie się procesu starzenia poszczególnych układów i narządów na objawy i przebieg chorób oraz spadek rezerw życiowych sprzyjający dekompensacji wielonarządowej, generują odmienny jakościowo i ilościowo obraz kliniczny u chorego w podeszłym wieku.

Podstawowym standardem geriatrycznym jest dokonywanie całościowej oceny geriatrycznej (COG) pacjenta w wieku podeszłym, której celem jest ocena stanu funkcjonalnego, psychicznego, ocena ryzyka występowania wielkich problemów geriatrycznych w oparciu o wystandaryzowane testy. Przesiewową skalą służącą do kwalifikacji chorych do przeprowadzenia COG jest skala VES-13 (Vulnerable Elders Survey). Utrata zdolności do wykonywania wymienionych w tej skali czynności życia codziennego z powodu choroby stanowi ryzyko znacznego pogorszenia sprawności funkcjonalnej lub zgonu w ciągu najbliższych dwóch lat. Uzyskanie w tej skali 3 i więcej punktów kwalifikuje pacjenta do wykonania COG.

Ocena stanu czynnościowego w ramach COG polega na określeniu zdolności pacjenta do wykonywania podstawowych czynności życia codziennego (kąpanie, ubieranie się, korzystanie z toalety, jedzenie, przemieszczanie się, kontrolowanie oddawania moczu i stolca) za pomocą skali ADL (Activities of Daily Living) oraz złożonych czynności życia codziennego (korzystanie z telefonu, wychodzenie z domu, robienie zakupów, gotowanie, pranie, sprząatanie, przyjmowanie leków, gospodarowanie pieniędzmi) za pomocą skali IADL (Instrumental Activities of Daily Living).

Ocena stanu fizycznego polega na ocenie ryzyka upadków (skala Tinetti, test „wstań i idź” – Timed Up & Go, TUG),

ryzyka odleżyn (skala Norton), ryzyka niedożywienia (skala MNA – Mini Nutritional Assessment), ryzyka zespołu słabości.

Ocena stanu umysłowego obejmuje badanie przesiewowe w kierunku zaburzeń pamięci za pomocą testu MMSE (Mini – Mental State Examination) i testu rysowania zegara (TRZ) oraz badanie w kierunku zaburzeń nastroju za pomocą geriatrycznej skali oceny depresji.

Zgodnie ze standardami, aby w pełni diagnozować i realizować potrzeby zdrowotne osób starszych, opieka zdrowotna geriatryczna powinna opierać się na pracy interdyscyplinarnego zespołu geriatrycznego w składzie: lekarz geriatra, pielęgniarka, fizjoterapeuta, psycholog.

Świadczenia zdrowotne z zakresu opieki geriatrycznej mogą być realizowane przez zespół geriatryczny w warunkach:

- poradni geriatrycznej (ambulatoryjna opieka geriatryczna);
- geriatrycznych wizyt domowych (domowa opieka geriatryczna);
- oddziału geriatrycznego (leczenie szpitalne);
- dziennego geriatrycznego oddziału szpitalnego (dzienny ośrodek opieki geriatrycznej);
- konsultacyjnych wizyt geriatrycznych w oddziałach szpitalnych niegeriatrycznych.

Zgodnie z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia na 100–120 tys. mieszkańców powinno być dostępnych około 20–25 miejsc na oddziałach stacjonarnych, 15–25 miejsc na oddziałach dziennych geriatrycznych, 1 poradnia z dwoma etatami dla lekarzy geriatrów.

Anglia jest przykładem, gdzie opieka zdrowotna geriatryczna jest zorganizowana na wszystkich wyżej wymienionych poziomach. W Belgii z kolei jest największa liczba łóżek geriatrycznych na 100 tys. mieszkańców (72,2). Ze 110 belgijskich szpitali tylko 7 nie ma oddziału geriatrycznego, a każdy pacjent powyżej 75. roku życia, obserwowany w izbie przyjęć, ma przesiewową ocenę geriatryczną celem określenia wskazań do przyjęcia do oddziału geriatrycznego lub konsultacji geriatrycznej w przypadku przyjęcia na inny oddział. W tabeli 1 przedstawiono dane liczbowe pozyskane ze strony EUGMS dotyczące stanu geriatrycznego w wybranych państwach europejskich.

Stan geriatryczny w Polsce

W Polsce na koniec 2018 r. osoby w wieku 60 lat i więcej stanowiły ok. 25% ogółu mieszkańców, co oznacza wzrost o ponad 5% w stosunku do roku 2010. Według danych GUS na koniec 2019 r. osób w wieku 65 lat i więcej było 18,1%, co daje 6 947 019 seniorów, z czego 2,7 mln to osoby 75-letnie i starsze. Liczba lekarzy specjalistów w dziedzinie geriatryki systematycznie rośnie. W 2008 r. liczba lekarzy posiadających tytuł specjalisty w dziedzinie geriatryki wynosiła 201. Wg danych Centralnego Rejestru Lekarzy i Lekarzy Dentystów RP, prowadzonego przez Naczelną Izbę Lekarską (NIL), aktualna liczba geriatrów wynosi 493. Liczba jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie geriatryki wynosi 52. Jednostki te dysponują 305 miejscami szkoleniowymi. Niestety w ciągu ostatnich dwóch lat obserwuje się mniejsze zainteresowanie podejmowaniem kształcenia w tej specjalności, mimo że należy ona do listy priorytetowych. Specjalizację w dziedzinie geriatryki zaliczono do dziedzin priorytetowych już w 2003 r., ponownie potwierdzono to w 2009 r., jak również jest na liście priorytetowych dziedzin medycyny na mocy obecnie obowiązującego rozporządzenia ministra zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. Obniżone zainteresowanie specjalizacją z geriatryki może wynikać z niepewności co do przyszłości tej specjalności z uwagi na brak oddziałów geriatrycznych na 1. i 2. poziomie referencyjności w sieci szpitali, o czym pisał w raporcie rocznym konsultant krajowy w dziedzinie geriatryki prof. Tomasz Kostka. Od września 2020 r. funkcję konsultanta krajowego w dziedzinie geriatryki pełni prof. Tomasz Targowski.

W Polsce funkcjonują poradnie geriatryczne i oddziały geriatryczne, pozostałych form organizacyjnych nie ma. Liczba 56 oddziałów geriatrycznych obejmuje około 900 łóżek geriatrycznych szpitalnych, najwięcej w województwie śląskim. W Katowicach jest szpital geriatryczny, którego wieloletnim dyrektorem był dr Jarosław Derejczyk. Zgodnie ze standardami geriatrycznymi i zarządzeniami NFZ pacjent geriatryczny to chory w wieku 60 lat i więcej, z co najmniej trzema przewlekłymi chorobami z trzech różnych układów, z ryzykiem pogorszenia stanu

funkcjonalnego. Oddział geriatryczny jest miejscem, gdzie osoby starsze wymagające hospitalizacji mogą otrzymać kompleksową opiekę medyczną. Właściwe zdiagnozowanie potrzeb i deficytów zmniejsza ryzyko wystąpienia różnych typowych dla tego wieku powikłań hospitalizacji, takich jak chociażby zespół majaczeniowy, istotne pogorszenie sprawności funkcjonalnej, odleżyny czy upadki. Takie działania dają szansę na powrót do zdrowia i do stanu funkcjonalnego sprzed zachorowania. Rehabilitacja i usprawnienie pacjenta to jedna z podstawowych funkcji oddziału geriatrycznego. W oddziale geriatrycznym każdy pacjent ma wykonywaną całościową ocenę geriatryczną. U pacjentów hospitalizowanych, zgodnie z zarządzeniem prezesa NFZ nr 73/2017/DSOZ, całościowa ocena geriatryczna udokumentowana kwalifikacją na podstawie skali VES-13 i wypełnioną kartą całościowej oceny geriatrycznej stanowi dodatkowo świadczenie z katalogu świadczeń do sumowania.

Odrębności klinicznego podejścia do pacjenta geriatrycznego uwzględniają także standardy diabetologiczne, kardiologiczne w zakresie leczenia nadciśnienia tętniczego czy niewydolności serca, a także onkologiczne, stosując elementy oceny geriatrycznej w ocenie zespołu kruchości w postępowaniu diagnostyczno-terapeutycznym.

Stan geriatryczny w województwie mazowieckim

Stan opieki zdrowotnej w zakresie geriatryki na obszarze województwa mazowieckiego jest następujący. Kontrakt z Oddziałem Mazowieckim NFZ w 2020 r. miało 8 oddziałów, na ogólną liczbę 108 łóżek oraz 9 poradni geriatrycznych. Wg danych z rejestru NIL na obszarze województwa mazowieckiego jest zarejestrowanych 42 z 493 ogółu lekarzy geriatrów w Polsce, w tym w wieku do 40 lat – 5 lekarzy, w wieku 41–50 lat – 10 lekarzy, 51–60 lat – 11 lekarzy, 61–70 lat – 10 lekarzy, powyżej 70 lat – 6 lekarzy. W województwie mazowieckim jest 31 miejsc szkoleniowych w zakresie geriatryki w 6 ośrodkach akredytowanych.

Do 2013 r. na terenie województwa mazowieckiego nie było oddziału geriatrycznego, co stanowiło o braku możliwości realizacji specjalizacji z geriatryki. W 2013 r.

Tabela 1. Stan geriatry w wybranych państwach europejskich (dane European Union Geriatric Medical Society za 2015 r.)

LP.	Państwo	Ludność tys.	65+ %	Liczba lekarzy	Liczba geriatrów	Liczba łóżek szpitalnych	Liczba łóżek geriatrycznych
1.	Polska	38.038	15.3	141.400	400	188.100	1.050
2.	Austria	8.584	18.5	43.126	1.280	64.815	1.608
3.	Belgia	11.209	18.1	32.182	290	70.138	7.020
4.	Czechy	10.538	17.8	48.023	442	56.586	391
5.	Dania	5.745	19.0	20.682	84	14.190	506
6.	Finlandia	5.500	20.0	28.565	296	25.000	nie podano
7.	Francja	66.810	18.0	325.870	1.756	443.767	10.000
8.	Niemcy	82.900	22.0	377.000	2.149	497.182	nie podano
9.	Szwecja	9.900	20.0	39.000	450	24.500	1450
10.	Wielka Brytania	66.435	18.3	15.727	1.630	2.4/1000	nie podano

powstały dwa 10-łóżkowe pododdziały geriatryczne: Pododdział Geriatrii Kliniki Chorób Wewnętrznych i Kardiologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus oraz Pododdział Geriatrii Kliniki Medycyny Rodzinnej, Chorób Wewnętrznych i Chorób Metabolicznych Kości SPSK im. prof. W. Orłowskiego CMKP w Warszawie. 13 października 2015 r. został otworzony 36-łóżkowy Oddział Geriatryczny w Szpitalu Wolskim. 15 października 2015 r. przekształcono Instytut Reumatologii w Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji, tworząc Klinikę i Poliklinikę Geriatrii. W kolejnych latach powstał Oddział Geriatryczny Szpitala Powiatowego w Pułtusku oraz Pododdział Geriatryczny w Szpitalu Bielańskim. Funkcjonują także nieposiadające akredytacji do szkolenia z geriatry pododdziały geriatryczne Szpitala w Piasecznie i Szpitala Zachodniego w Grodzisku Mazowieckim.

W strukturach Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego na Wydziale Nauki o Zdrowiu w 2002 r. powstał Zakład Geriatrii, którego kierownikiem był prof. Krzysztof Galus. W 2006 r. został przekształcony w Klinikę Geriatrii. Obecnie obowiązki kierownika Kliniki pełni dr Katarzyna Broczek. Jednostka prowadzi działalność dydaktyczną w zakresie geriatry i gerontologii dla studentów kierunku pielęgniarstwa, położnictwa, zdrowia publicznego, organizuje coroczne kursy ogólnopolskie dla lekarzy, wymagane w programie specjalizacji w zakresie geriatry. Pracownicy Kliniki byli wykonawcami projektu PolSenior oraz uczestniczą w opracowywaniu wyników projektu PolSenior 2. W 2020 r. został zakończony, prowadzony od 2017 r., międzynarodowy projekt IONIS – System

wsparcia osób z zaburzeniami funkcji poznawczych i ich opiekunów w środowisku domowym i poza domem, realizowany w ramach europejskiego programu AAL (Active Assisted Living). **Klinika Geriatrii WUM** będzie partnerem wdrażanego projektu „PerHeart – Personalised ICT solution to reduce re-hospitalization rates in heart failure elderly patients suffering from comorbidities” w ramach programu ERA PerMed. Publikacja książkowa pod redakcją Katarzyny Broczek i Krzysztofa Jankowskiego pt. „Stany nagłe. Geriatria” znalazła się w 2019 r. w wykazie piśmiennictwa obowiązującego lekarzy realizujących kształcenie specjalizacyjne oraz przygotowujących się do egzaminu specjalizacyjnego w dziedzinie geriatryi.

Perspektywy geriatryi

Celem rozwoju medycyny geriatrycznej jest dążenie do tworzenia struktur organizacyjnych opieki geriatrycznej na poziomach określonych w wyżej opisanych standardach w oparciu o zespół geriatryczny.

Rozpowszechnianie zasad medycyny geriatrycznej pozwoli na:

- wczesne wykrywanie chorób i problemów geriatrycznych dzięki zastosowaniu skal całościowej oceny geriatrycznej;
- dostosowanie diagnostyki, leczenia i prowadzenia chorych do specyfiki chorowania i stanu funkcjonalnego chorego;
- utrzymanie jak najdłużej dobrej jakości życia mimo jej chorób / z jej chorobami.

Korzyści stosowania standardów geriatrycznych pokazują liczne publikacje

na podstawie badań, które coraz częściej dotyczą populacji pacjentów w bardzo podeszłym wieku.

Dbłość o jakość kształcenia przed- i podyplomowego w zakresie geriatry przyczyni się do wyższego poziomu zainteresowania i rozwoju medycyny geriatrycznej.

Profesor Józef Kocemba, wybitny geriatra i gerontolog, mawiał:

„Ponieważ starość po prostu się zdarza, to o STAROŚCI wypada ROZMAWIAĆ, STAROŚCI nie wolno się OBAWIAĆ, STAROŚCI należy się stale UCZYĆ”. ■

Piśmiennictwo

1. Ritch A., History of geriatric medicine: from Hippocrates to Marjory Warren. *J R Coll Physicians Edinb.* 2012; 42(4): 368-374.
2. Szczerbińska K., Pietryka A., Rozwój geriatryi w krajach europejskich – historia i zasoby (cz. 1). *Gerontol Pol.* 2008; 6(2): 61-73.
3. Derejczyk J., Bień B., Kokoszka-Paszko J., Szczygieł J., Gerontologia i geriatrya w Polsce na tle Europy – czy należy inwestować w ich rozwój w naszym kraju? *Gerontol Pol.* 2008; 16(3): 149-159.
4. Bień B., Błędowski P., Broczek K., i wsp. Standardy postępowania w opiece geriatrycznej. *Gerontol Pol* 2013, 21(2): 33-47.
5. Kozak-Szkopek E., Podstawowe zasady geriatryi. Część 2: Zasady całościowej oceny geriatrycznej, diagnostyki i farmakoterapii pacjenta geriatrycznego. *Medycyna po Dyplomie* 2018; 27(12): 54-62.
6. <https://www.mp.pl/geriatria/skale>
7. Zarządzenie prezesa NFZ nr 73/2017/DSOZ – nfm.gov.pl
8. <https://www.eugms.org/our-members/national-societies.html>
9. <http://gerontologia.org.pl/>
10. <https://polsenior2.gumed.edu.pl/>
11. IONIS: <https://wnoz.wum.edu.pl/pl/content/program-mi%C4%99dzynarodowy-indoor-and-outdoor-niticsplus-solution-dementia-challenges-ions#overlay=pl/node/1068/edit>
12. PerHeart: www.erapermed.eu/wp-content/uploads/2020/02/NEWSLETTER-3-final.pdf