

## Rola gerontologa w interdyscyplinarnej opiece nad pacjentem w podeszłym wieku

*The role of gerontologist in interdisciplinary care for the aged*

JOLANTA TWARDOWSKA-RAJEWSKA

Z Kliniki Gastroenterologii Instytutu Chorób Wewnętrznych AM w Poznaniu

**STRESZCZENIE.** Autorka zwraca uwagę na wielorodność czynników patogennych w wieku podeszłym oraz potrzebę wieloaspektowego podejścia leczniczego w gerontologii, z podkreśleniem znaczenia czynników zaburzających stan psychiczny i sytuację społeczną chorego (red.).

**SUMMARY.** Multiplicity of pathogenic factors in elderly patients is pointed out in the paper, as well as the need for a multifaceted approach to the treatment in gerontology, with an emphasis on the importance of factors affecting the patient's mental status and social situation (Ed.).

**Słowa kluczowe:** gerontologia / model opieki zdrowotnej

**Key words:** gerontology / health care model

W górach słycać było szum, huczał wokół las,  
lecz gdzie się podziały nagle dni mojej młodości?  
Młodości, droga młodości, umknęłaś bezpowrotnie,  
o miła młodości, jakże byłem lekkomyślny!  
Niestety, utraciłem Cię, jakby ktoś cisnął kamień  
do nurtu  
i nawet jeśli on obróci się w głębinie  
wiem, że młodość nigdy nie powróci.

J. Brahms – Verlorene Jugend,  
op. 104, nr 4.

W cywilizacji ziemskiej u schyłku XX wieku obserwuje się paradoks: osiągnięcia medycyny wydłużają życie ludzkie, lecz cywilizacja technokratyczna odbiera tym długo żyjącym osobom szanse na zintegrowanie się ze społeczeństwem, niszcząc ich poczucie, że są potrzebni. Zwiększająca się populacja osób w wieku poprodukcyjnym stanowi nie tylko obciążenie dla budżetów państwowych, ale również dla osób fizycznych i służb niosących pomoc lub otaczających opieką seniorów, nie mogących już żyć samodzielnie. Dzieje się tak dlatego, że zniszczeniu uległ etos rodziny wielopokoleniowej, ze starym

człowiekiem jako jej najważniejszym autorytetem oraz etos starości, jako okresu wieńczącego całe życie człowieka. Coraz częściej już nie własne dzieci i wnuki, ale osoby obce towarzyszą starym ludziom w ostatnim etapie życia.

Znany jest fakt, że ludzie w późnym wieku kalendarzowym nie zawsze są jednakowo starzy biologicznie. A więc tempo starzenia jest relatywne, uwarunkowane czynnikiem genetycznym, środowiskowym (często niezależnym od samego człowieka bezpośrednio oraz tzw. stylem życia. Gdy starzenie nie jest obciążone dodatkowo przewlekłymi chorobami (metabolicznymi), nosi miano starzenia fizjologicznego – pomyślnego i ma długi wiek funkcjonalny (sprawność, samodzielność). Kiedy starzeniu towarzyszą schorzenia, uważane za typowe dla starości (miażdżycy naczyń z jej narządowymi i układowymi konsekwencjami), starzenie takie nosi nazwę patologicznego lub typowego (dla współczesnych czasów) i ma krótki wiek czynnościowy.

Starość, jako okres rozciągający się nieraz kilkadziesiąt lat, można podzielić na etap wcześniejszy, między 65–75 rokiem życia i późniejszy, po 75 r.ż. Jeśli granicą wczesnej starości jest śmierć, prowadzą do niej choroby, czyniące starość typową – patologiczną. Główne jednak problemy zdrowotne i psychiczne związane z wczesną starością – to: zapobieganie osamotnieniu, uczucie lęku i zagrożenia oraz osamotnienie i nuda. Z okresem późnej starości wiążą się inne problemy, głównie opiekuńcze i bytowe, wynikające z pogorszenia wzroku, słuchu, mobilności, homeostazy, adaptacji i akceptacji. Leczenie jest tu częściej – z wyboru – objawowe, czego nie należy rozumieć jako nihilizm diagnostyczno-terapeutyczny. Wielokrotnie bowiem leczenie przyczynowe, postępujące za intensywną (agresywną) diagnostyką, jest zbyt obciążające, niecelowe lub wręcz niemożliwe.

### Zadania gerontologa

W kontekście tak rozumianego starzenia i starości gerontologia ma za zadanie łagodzić skutki chorób i ograniczenia sprawności, zapobiegać niedołęstwu, nieść poprawę jakości życia i jakości umierania. Gerontolog musi zatem mieć podejście holistyczne i działać jako animator, kreator, realizator, koordynator i supervisor polityki zdrowotno-socjalnej wobec ludzi starych w duchu agizmu. Ponieważ w podejściu do starego pacjenta istnieją zasadnicze różnice jakościowe w porównaniu z osobami w młodym czy średnim wieku, gerontolog, prócz osobistych predyspozycji emocjonalnych, musi legitymować się rzetelną wiedzą. O specyfice diagnostyki pacjenta w podeszłym wieku nie trzeba przypominać. Różnice dotyczą anamnezy, badania fizykalnego i badań dodatkowych.

Odrębności symptomatologiczne schorzeń podeszłego wieku zmuszają do odpowiedniego prowadzenia wywiadu („kontrolowane słuchanie pacjenta”), z szacunkiem i cierpliwością, nie pozbawioną jednak życzliwego krytycyzmu. Znajomość fizjologii starzenia pozwala również odróżnić, które objawy w badaniu przedmiotowym zaliczyć jeszcze

można do fizjologii starości. Interpretacja wyników badań dodatkowych wymaga znajomości biochemii geriatrycznej. Planowanie tychże badań (obrazowe, endoskopowe, morfologiczne) musi uwzględniać realia fizjologii starczego ciała. Najważniejszymi wyznacznikami dla planowania badań są możliwości zastosowania ich do wyboru właściwej terapii, niosącej poprawę jakości życia, co jest celem ostatecznym i najważniejszym. Ustalenie rozpoznania u osoby w podeszłym wieku jest często trudne ze względu na zjawisko polipatologii, czyli współistnienia wielu chorób. Dlatego podejście musi być nie nozologiczne a „syndromatyczne”: ustalenie przynależności objawu do określonej jednostki chorobowej jest niemożliwe lub mniej ważne aniżeli ustalenie problemu gerontologicznego, do którego dany objaw należy. Dodatkowym utrudnieniem jest atypowość i duża indywidualizacja objawów u osób w podeszłym wieku, o czym w każdym przypadku należy pamiętać.

Niejednokrotnie z ciągu pytań, które stawia sobie gerontolog wobec starego wiekiem pacjenta: „co – dlaczego – jak?”, segment środkowy „dlaczego” należy wyeliminować. Kolejne ważne pytanie brzmi: „czy w ogóle działać” w danym przypadku, a nie: „jak to zrobić”, mając stale w pamięci najwyższą i docelową wartość: jakość życia starego człowieka. Często główną dyrektywą dla konstruowania planu terapeutycznego jest usprawienie (jeśli nie można wyleczyć!).

W farmakoterapii seniora bezwzględnie obowiązuje zasada rozpoczynania od niskiej dawki leku i powolne jej zwiększanie (pod ścisłą kontrolą lekarską). Również liczba poszczególnych rodzajów leków, przyjmowanych codziennie przez starszego chorego, nigdy nie powinna przekroczyć pięciu, gdyż powyżej tej liczby nie można przewidzieć wypadkowej farmakodynamicznego działania leków, w każdym razie może być ono również szkodliwe.

Wysoka proporcja „cena/koszt” profilaktyki – leczenia – usprawniania – opieki, dotycząca starszych pacjentów, budzi emocje wobec osiągniętych znikomych często korzyść-

ci. Jednak stosunek „koszt/korzyść” musi mieć zawsze kontekst etyczny.

Aby zrealizować holistyczne zasady leczenia i opieki nad seniorem, współdziałać musi multidyscyplinarna, specjalistyczna grupa ludzi, nosząca, zależnie od stopnia integracji członków i osiągniętych efektów końcowych albo miano „grupy roboczej” (*work group*), albo zespołu (*team*). Taki zespół gerontologiczny charakteryzuje się tym, że efekt końcowy nie jest prostą sumą efektów osiągniętych przez poszczególnych jego członków, lecz zwielokrotnieniem tej sumy. W skład zespołu wchodzi: lekarz geriatra, jego kierownik, wyszkolona pielęgniarka geriatryczna oraz pracownik socjalny jako jego silne wsparcie. Ponadto w zespole docelowo powinien być psycholog, rehabilitant, dietetyk, terapeuta zajęciowy. Na zasadzie konsultantów winni współpracować lekarze specjaliści: psychiatra, ortopeda, urolog, foniatra, okulista, neurolog, protetyk i inni.

W pracy zespołu gerontologicznego należy wyróżnić trzy najważniejsze zadania: (1) wstępna wszechstronna ocena seniora w momencie objęcia go opieką, (2) ustalenie długofalowego planu postępowania (leczenie – usprawnianie – profilaktyka – opieka), który będzie realizowany przez poszczególnych członków zespołu, (3) okresowa ocena realizacji założeń indywidualnego planu terapeutycznego i ewentualne jego korekty. Zespół taki w stosownych modyfikacjach powinien działać zarówno w centrach opiekuńczych czy lecznictwa zamkniętego (domy pielęgniarstwa – pomocy społecznej lub zdrowia oraz oddziały szpitalne), jak i w warunkach ambulatoryjnych (zespoły opieki zdrowotnej, ośrodki pomocy społecznej).

### Model opieki

Jak przedstawia się model opieki nad starym człowiekiem? Otóż trzon stanowi ciągle jeszcze *dom rodzinny* (jak dotąd – najkorzystniejsza forma), z koniecznym wsparciem instytucjonalnym przez dzielnicowy

lub gminny ośrodek pomocy społecznej, który działa albo przez swoich pracowników, albo finansując usługi sąsiadów lub rodziny na rzecz starego człowieka (klienta).

Udzielaniu wsparcia seniorom służą również *ośrodki pobytu dziennego* – agendy pomocy społecznej; uzupełniają działania domu rodzinnego (z lub bez wsparcia instytucjonalnego). Kiedy, pomimo powyższej pomocy, stary człowiek nie może funkcjonować w rodzinnym środowisku, czeka na niego tzw. dom pielęgniarstwa (resortu pomocy społecznej lub zdrowia).

Nową, rozwijającą się (nie bez przeszkód) strukturą organizacyjną są *domy samopomocy* (tzw. emeryckie lub złożone z apartamentów), finansowane w znacznej części pozabudżetowo, które skupiają seniorów, nie wymagających jednak stałej opieki pielęgniarstwa. W sytuacjach przejściowych, kiedy to stary człowiek, leczony w szpitalu z powodu schorzenia ostrego lub zaostrzenia przewlekłej choroby, nie może żyć samodzielnie po powrocie do własnego domu, nie mogąc liczyć na pomoc najbliższej rodziny, okres rehabilitacji szpitalnej zapewni mu tzw. *dom interwencji kryzysowej*. Po pobycie w takiej jednostce ponowna, kompleksowa ocena gerontologiczna precyzuje, czy może on już powrócić do własnego domu (korzystając ewentualnie ze wsparcia instytucjonalnego), czy jednak musi zostać umieszczony w domu pielęgniarstwa. Ta wielostopniowa struktura winna gwarantować płynne, harmonijne przemieszczanie seniora między poszczególnymi jednostkami opiekuńczo-leczniczymi, które na danym etapie zapewniają mu najlepszą jakość życia.

Jednak obok tych obiektywnych wyznaczników jakości życia starego człowieka są i subiektywne. Najważniejsze jest pozytywne podejście do własnego starzenia i starości, przyjęcie przemijania jako nieodwracalnej prawidłowości, kreatywne przeżycie każdego dnia życia. Już bowiem przed wiekami powiedział Marek Aureliusz: „życie człowieka jest tym, co uczynią zeń myśli”.