

Miejsce psychogeriatry w nauczaniu medycyny rodzinnej

Psychogeriatry in the curricula for teaching family medicine

ADAM BILIKIEWICZ¹, MAREK HEBANOWSKI²

Z:1. Katedry i II Kliniki Chorób Psychiczych AM w Gdańsku

2. Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej AM w Gdańsku

STRESZCZENIE. Autorzy postulują szersze niż dotąd uwzględnianie zagadnień psychogeriatry w programach dydaktycznych przeddyplomowych na wydziałach lekarskich, jak również wskazują na potrzebę szkolenia lekarzyrodzinnych w psychogeriatryi, uzasadniając to starzeniem się polskiej populacji i zmianą modelu opieki zdrowotnej.

SUMMARY. The authors stipulate that more attention should be devoted to the issues of psychogeriatry both in the curriculum of undergraduate medical studies and in the postgraduate training of family doctors. They argue that such changes are needed in view of the ageing of the population in Poland and the modification of the health care model in our country.

Słowa kluczowe: psychogeriatrya / medycyna rodzinna

Key words: psychogeriatry / family medicine

Problem nauczania psychogeriatryi w kształceniu przeddyplomowym i podyplomowym wiąże się ściśle z potrzebą rozumienia i działania na rzecz priorytetowego rozwoju podstawowej opieki zdrowotnej (p.o.z.) i medycyny rodzinnej (m.r.).

Właściwy rozwój p.o.z. i m.r. stanowi na świecie drogę ku przeciwdziałaniu pogłębiającemu się kryzysowi dotyczącemu braku równowagi między rozwojem nauk medycznych a ich rolą w zaspokajaniu potrzeb zdrowotnych społeczeństw i indywidualnych potrzeb pacjentów.

Kryzys ten obserwuje się w wielu aspektach, wśród których należy wymienić trzy sprzeczności:

- między rozwojem wielospecjalistycznej medycyny klinicznej a potrzebą holistycznego traktowania pacjenta zarówno w aspekcie diagnostycznym jak i terapeutycznym,

- między rozwojem metod rozpoznawania i leczenia z towarzyszącą "technizacją" działań lekarskich, często anonimowych, przy udziale wielu pacjentów, a potrzebą indywidualnego, podmiotowego traktowania pacjenta z uwzględnieniem jego potrzeb psychologicznych i uwarunkowań społeczno-środowiskowych,
- między stałym wzrostem kosztów ochrony zdrowia a możliwościami ekonomicznymi krajów znacznie bogatszych od naszego.

Opisana sytuacja, uwarunkowana wymienionymi sprzecznościami, jawi się bardzo ostro w Polsce.

Priorytetowy rozwój p.o.z. zależy od wielu czynników leżących zarówno w samym systemie ochrony zdrowia, jak i poza nim. W przedstawionych tu rozważaniach chcielibyśmy ograniczyć się do najbardziej istotnych problemów, jak i szeroko pojętego procesu edukacyjnego, które warunkują:

- potencjał i aktywność intelektualną kadry lekarskiej,
- zakres i poziom wiedzy odpowiadający celom kształcenia, jakim jest wykształcenie lekarza rodzinnego (domowego, ogólnie praktykującego),
- postawy holistyczne, empatyczne, motywujące przyszłych lekarzy rodzinnych.

Nie ulega wątpliwości, że zarówno w skali globalnej, jak i w Polsce obserwuje się wydłużenie życia ludzkiego i wzrost liczby osób, które przekraczają 65 rok życia. O ile w 1980 r. w Polsce odsetek osób, które przekroczyły 65 r.ż. wyniósł 10.5%, o tyle w 1994 r. zwiększył się do 13.05%.

PRZYCZYNY ZGŁASZALNOŚCI PACJENTÓW W PODESZŁYM WIEKU DO LEKARZY RODZINNYCH

Struktura przyczyn zgłaszalności pacjentów w podeszłym wieku jest odmienna w porównaniu z młodszą populacją. Należy tu wymienić:

- (1) zaostrzenie objawów przewlekłych schorzeń somatycznych, m.in.:
 - chorób układu sercowo-naczyniowego,
 - chorób zwyrodnieniowych układu kostno-stawowego,
 - chorób układu moczowego,
- (2) objawy chorób wieloukładowych, często nie charakterystyczne,
- (3) objawy zależne od zmniejszenia wydolności poszczególnych układów będących wynikiem procesu starzenia,
- (4) dolegliwości i objawy schorzeń z pogranicza różnych specjalności,
- (5) zaburzenia wynikające ze zmian naczyniowych w o.u.n.,
- (6) zmiany w przebiegu choroby Alzheimera i innych pierwotnie zwyrodnieniowych chorób mózgu,
- (7) inne zaburzenia psychiczne związane ze stanem somatycznym (np. zaburzenia świadomości),

- (8) duży i zróżnicowany pod względem nozologicznym krąg zespołów depresyjnych, m.in.:
 - depresje somatogenne,
 - reakcje depresyjne związane z samotnością, z niekorzystnymi zmianami w środowisku psychospołecznym (dystymie),
 - depresje duże według DSM-IV,
 - depresje przebiegające pod postacią mask chorób somatycznych, objawów neurastenicznych, hipochondrycznych, lękowych,
 - depresje przebiegające wyłącznie pod postacią uporczywych zaburzeń snu, opornych na leczenie środkami nasennymi.

W tym miejscu należy dodać, że chorzy wielokrotnie szukają pomocy i rady u swego lekarza rodzinnego w różnych trudnych sytuacjach nie związanych z chorobą, ale wynikających z negatywnych zmian zachodzących w ostatnich latach w szeroko pojętym środowisku psychospołecznym.

MODEL LEKARZA RODZINNEGO W OPIECE NAD PACJENTAMI W PODESZŁYM WIEKU

Przyszły lekarz rodzinny mieć następującą wiedzę i umiejętności,

- (1) wszechstronne wykształcenie lekarskie, wyrażające się znajomością najczęstszej patologii wieku podeszłego (przewlekłych chorób somatycznych zagrażających życiu, patologii ośrodkowego układu nerwowego),
- (2) holistyczne widzenie i traktowanie pacjenta:
 - wyrażające się umiejętnością powiązania psychiki ze stanem somatycznym chorego,
 - powiązanie stanu zdrowia z środowiskiem psychospołecznym, a szczególnie z rodziną w ujęciu systemowym,
- (3) wiedzę o odrębnościach psychologicznych i psychopatologicznych wieku podeszłego,
- (4) umiejętność komunikowania się z pacjentem w wieku podeszłym, co wymaga odpowiedniej wiedzy, doświadczenia, a może nawet treningów,

- (6) umiejętność podmiotowego traktowania pacjenta uwzględniającego jego życzenia i możliwość uczestniczenia w podejmowaniu decyzji dotyczących proponowanych metod diagnostycznych i terapeutycznych, z jednoczesnym wyrzeczeniem się postaw paternalistycznych, traktowania pacjenta geriatrycznego jak dziecka,
- (7) rozumienie i wczucie się w stan afektywny pacjenta, zaprezentowanie właściwej postawy, zainteresowania oraz działań zmierzających do udzielenia mu pomocy (empatia).

ETAPY KSZTAŁCENIA LEKARZA RODZINNEGO

Pierwszym nadzwyczaj ważnym etapem jest kształcenie przeddyplomowe uwzględniające priorytet, jakim jest wstępne przygotowanie absolwentów wydziału lekarskiego do wyboru kariery lekarza rodzinnego. Studenci od pierwszych lat studiów muszą wiedzieć o zachodzących w Polsce zmianach i planowanym przesunięciu ciężaru opieki lekarskiej z medycyny specjalistycznej na medycynę rodzinną. Studentom należy ukazywać atrakcyjność medycyny rodzinnej, w czym pomocne może być upowszechnianie doświadczeń krajów zachodnich, gdzie model lekarza rodzinnego (ogólnie praktykującego, G.P.) sprawdzał się w ciągu dziesiątków lat. W dydaktyce przeddyplomowej należy wykorzystywać właściwą bazę nauczania, sposób i program szkolenia. Należy tutaj wyraźnie podkreślić, że cele nauczania medycyny rodzinnej będą nieosiągalne (zarówno w zakresie nauczania przed-, jak i podyplomowego), jeżeli kariera zawodowa lekarza rodzinnego będzie niepewna i nie będzie się wiązała z finansowymi gratyfikacjami. Aktualna sytuacja w Polsce pozostawia w tym zakresie wiele do życzenia.

Aby osiągnąć cel, jakim jest wstępne, wszechstronne przygotowanie do kompetencji lekarza rodzinnego, powinny być spełnione określone warunki:

- właściwie opracowany program podporządkowany celom ogólnym i szczegółowym w postaci jasno określonych zadań zawodowych,
- stworzenie odpowiedniej bazy dydaktycznej pozwalającej studentom na poznanie problemów, z którymi zgłasza się pacjent do lekarza p.o.z., a w przyszłości do praktyki lekarza rodzinnego i sposobu ich rozwiązania przez lekarza,
- na dzisiaj, osobami prowadzącymi zblokowane zajęcia dydaktyczne powinni być lekarze poradni ogólnych, dziecięcych, poradni K, poradni zdrowia psychicznego, stanowiący kadre niekonwencjonalnych nauczycieli akademickich; zajęcia w wąsko specjalistycznych klinikach uniwersyteckich nie spełnią owego warunku,
- przeznaczenie na nauczanie medycyny rodzinnej (w tym psychogeriatry) odpowiedniej liczby godzin,
- w uczelniach medycznych za realizowany program powinny być odpowiedzialne odpowiednie samodzielne jednostki naukowo-dydaktyczne (przykładem optymalnego rozwiązania jest działający od lat w gdańskiej AM Zakład Medycyny Rodzinnej).

Oba etapy kształcenia lekarza rodzinnego, a więc etap szkolenia przeddyplomowego i etap szkolenia podyplomowego muszą być ze sobą programowo ściśle zsynchronizowane.

KSZTAŁCENIE PODYPLOMOWE LEKARZY RODZINNYCH

Aktualnie, specjalizację jednostopniową w zakresie medycyny rodzinnej można uzyskać w systemie trzyletniej rezydentury, w ciągu której młodzi lekarze po stażu dyplomowym w drodze konkursu uzyskują etat rezydencki finansowany przez MZiOS. Niestety, liczbę etatów rezydenckich ostatnio zmniejszono. Nowe etaty mogą obecnie uzyskać wyłącznie akademie medyczne.

Program nauczania został opracowany przez Zarząd Kolegium Medycyny Rodzinnej, przy udziale ekspertów, którzy oparli się

w opracowaniu programów na materiałach pochodzących z krajów Europy Zachodniej. Obecnie programy i zespół kompetencji lekarzy rodzinnych są wynikiem wielomiesięcznych przygotowań. Niestety, w programach tych nie zostały w wystarczającym zakresie uwzględnione problemy geriatry i psychiatrii. Jednostki prowadzące specjalizacje mogą jednak wprowadzać modyfikację programu i rozdziału godzin dydaktycznych dla preferowanych przez siebie problemów.

Drugim sposobem uzyskiwania specjalizacji medycyny rodzinnej jest intensywne szkolenie lekarzy zatrudnionych w podstawowej opiece zdrowotnej, posiadających już specjalizację z chorób wewnętrznych, dziecięcych lub medycyny ogólnej. Szkolenie to prowadzą i nadzorują Regionalne Ośrodki Kształcenia (ROK). Program i czas częściowych stażów jest ustalany przez osoby, które opracowywały program dla systemu rezydenckiego. W związku z możliwością zmiany programu i ustalenia długości stażów częściowych poszczególne ROK mogą również do programu wprowadzać nowe elementy.

Zarówno rezydenci, jak i lekarze szkoleni w trybie tzw. krótkiej ścieżki, zdają egzaminy praktyczne w ROK. Egzaminem końcowym jest ogólnopolski egzamin, który sprawdza wiedzę i umiejętności jej zastosowania w rozwiązywaniu problemów, z którymi lekarz rodzinny może się spotkać w swojej praktyce. Pytania testowe (180) są opracowywane w środowisku działania ROK i w uczelniach medycznych. Z puli pytań nadesłanych do CMKP, kompetentna komisja wybiera trafne pytania, odpowiadające celom szczegółowym, do każdorazowego egzaminu testowego.

WŁASNE DOŚWIADCZENIA

Podsumowując, chcielibyśmy się podzielić własnymi doświadczeniami w realizowaniu programu szkolenia lekarzy rodzinnych w taki sposób, żeby student już w okresie szkolenia przeddyplomowego był orientowany na cele edukacji lekarza rodzinnego. Dokonując w Akademii Medycznej w Gdańsku w roku aka-

demickim 1992/1993 korekty programu i planu studiów pod kątem potrzeb kształcenia dla p.o.z. i m.r. oraz realizacji postulatu humanizacji studiów, udało się przekonać ciała kolegialne uczelni, ażeby zaliczyć do przedmiotów humanizujących psychiatrię i zwiększyć liczbę godzin dla tego przedmiotu do 160. Psychiatrię rozmieszczono na III, IV i V roku z zachowaniem psychologii medycyny (40 godzin) i socjologii medycyny (36 godzin). Wysłaliśmy m.in. z założenia, że liczba godzin i umiejscowienie psychiatrii na VI roku, co miało miejsce w Gdańsku przed dokonaniem korekty w planie zajęć i ma jeszcze miejsce w wielu polskich uczelniach medycznych, ma wiele wad, których tutaj szerzej omawiać nie zamierzamy, ale nie pozwala na szersze ujmowanie problemów psychogeriatryi.

Na realizację programu nauczania medycyny rodzinnej w Akademii Medycznej w Gdańsku przeznaczono 240 godzin na VI roku. W wymiarze 27 godzin omawiane są problemy komunikacji w relacjach lekarz-pacjent, znaczenie empatii, jak i problemy medycyny paliatywnej. W trakcie tych zajęć dostarcza się studentom licznych przykładów najczęstszych urazów jatrogennych.

Właściwą bazą dydaktyczną dla nauczania p.o.z., jak już o tym była mowa, stanowią afiliowane przychodnie rejonowe, w tym 3 tygodnie bloku w poradniach ogólnych i 1 tydzień w poradniach dziecięcych. Zajęcia te programowane przez Katedrę i Zakład Medycyny Rodzinnej, prowadzą lekarze poradni ogólnych i dziecięcych pełniący rolę "niekonwencjonalnych" nauczycieli akademickich.

Odrębny problem, ważny z punktu widzenia omawianej tutaj problematyki, dotyczy miejsca geriatry w szkoleniu przeddyplomowym. Przedmiot ten został niestety uwzględniony w programach tylko niektórych uczelni: AM w Gdańsku, Krakowie, Lublinie i Warszawie. Liczba 30 godzin przeznaczonych na geriatriczne jest za mała z uwagi na cele kształcenia. W 30 godzinach tych zajęć tylko 1 jest poświęcona problemom psychiatrii (psychogeriatryi). Warto się też zastanowić nad wewn-

trznym programem kształcenia przeddyplomowego i zaproponować osobom odpowiedzialnym za nauczanie psychologii, socjologii, jak i dyscyplin klinicznych, aby w programie znalazła się "specyfika geriatryczna".

POSTULATY

Powyższe rozważania nasuwają następujące postulaty.

A. W zakresie szkolenia przeddyplomowego:

- (1) w nauczaniu psychologii i socjologii na pierwszych latach studiów powinna się znaleźć wiedza dotycząca odrębności wieku podeszłego,
- (2) w ramach propedeutyki psychiatrii (np. wzorem AM w Gdańsku na III roku) powinno się wprowadzać elementy psychologii i psychopatologii wieku podeszłego,
- (3) należy podjąć próbę zintegrowania wiedzy w zakresie pkt. 2 z fizjologią i patofizjologią,
- (4) we wszystkich akademiach medycznych w Polsce należy zwiększyć liczbę godzin na nauczanie psychiatrii do co najmniej 150 godzin (postulat Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego) z poszerzeniem problematyki psychogeriatry,
- (5) we wszystkich uczelniach należy wprowadzić geriatricę jako oddzielną dyscyplinę lub wprowadzić elementy tej dyscypliny do przedmiotów klinicznych, zwłaszcza psychiatrii,
- (6) wśród zadań szczegółowych, przy omawianiu zaburzeń wieku podeszłego należy uwzględnić specyfikę problematyki psychogeriatrycznej, m.in. nauczanie umiejętności komunikowania się lekarza z pacjentem psychogeriatrycznym (wyzbywanie się postaw paternalistycznych); wśród zaburzeń wieku podeszłego powinno się uwzględnić nie tylko zespoły otępienne z chorobą Alzheimera na czele, ale również somatogenne zaburzenia psychiczne, choroby psychosomatyczne, zaostżanie się przetrwałych z wcześniejszego okresu endogennych cho-

- rób psychicznych, jak też problematykę depresji, zwłaszcza maskowanych,
- (7) konieczna jest zmiana programów nauczania i takie ich uzupełnienie, by cele nauczania zachowywały priorytety p.o.z., m.r. Dotyczy to zwłaszcza takich dyscyplin, jak psychologia, socjologia i dyscypliny kliniczne,
- (8) w nauczaniu medycyny rodzinnej należy wykorzystywać przede wszystkim bazę dydaktyczną poza uczelnią. Zajęcia powinny odbywać się w przychodniach rejonowych. Stanowiłyby one przyszłościowy model praktyk medycyny rodzinnej,
- (9) należy opierać się na kadrze niekonwencjonalnych nauczycieli akademickich, lekarzy zatrudnionych w poradniach ogólnych i dziecięcych (w przyszłości również w poradniach psychogeriatrycznych),
- (10) szkolenie przeddyplomowe w zakresie medycyny rodzinnej powinno być spójne z programem szkolenia lekarzy rodzinnych.

B. W zakresie szkolenia podyplomowego:

- (1) we wszystkich akademiach medycznych powinny powstać Katedry i Zakłady Medycyny Rodzinnej, które powinny dysponować odpowiednio liczną kadrą zdolną kształcić studentów, ale również lekarzy rodzinnych. W niektórych uczelniach liczba godzin zajęć z medycyny rodzinnej jest bardzo mała, co odbija się ujemnie na szkoleniu podyplomowym lekarzy rodzinnych,
- (2) w programach szkolenia lekarzy rodzinnych (krótka i długa ścieżka) powinno się poszerzyć zakres wiadomości z zakresu geriatry i psychogeriatry,
- (3) szczególne miejsce powinna znaleźć rola lekarza rodzinnego w rozpoznawaniu i leczeniu zaburzeń psychicznych u pacjentów w wieku podeszłym, jak i szeroko pojęta problematyka psychospołeczna wieku podeszłego,
- (4) należy określić algorytmy postępowania diagnostycznego i leczenia zaburzeń psychicznych u pacjentów powyżej 65 roku życia.