

Gdzie mam się leczyć, panie doktorze?

Maja Markłowska-Dzierżak

Osoby powyżej 65. roku życia chciałyby być leczone przez lekarzy dobrze wykształconych, znających specyfikę problemów wieku podeszłego. Ministerstwo Zdrowia nie pozostawia jednak złudzeń - nie będą nimi geriatrzy, którzy docelowo mają pełnić w systemie ochrony zdrowia rolę konsultantów i nauczycieli lekarzy innych specjalności.

- Koordynatorem opieki nad każdym pacjentem, począwszy od okresu noworodkowego aż do stulatka, powinien być lekarz ze specjalizacją z medycyny rodzinnej - tłumaczył minister zdrowia Konstanty Radziwiłł, podczas sesji „Pacjent geriatryczny w systemie ochrony zdrowia w Polsce. Gdzie mam się leczyć, panie doktorze?”, zorganizowanej w ramach IV Kongresu „Kobieta i Mężczyzna 65+” (17-18 listopada w Warszawie).

Geriatrzy, jego zdaniem, powinni pełnić rolę konsultantów dla lekarzy rodzinnych i dzielić się swoją wiedzą z innymi specjalistami (np. ortopedami, kardiologami, psychiatrami) zatrudnionymi w szpitalach. - Dzisiaj, przy liczbie około 400 geriatrów, teoretycznie jeden przypada na powiat. A ponieważ większość z nich pracuje w Warszawie i kilku innych wielkich miastach, to nie mamy nawet jednego geriatry na powiat - powiedział minister Radziwiłł.

Może się jednak okazać, że geriatrów będzie za mało nawet do tego, by mogli być konsultantami i nauczycielami. Dotychczasowa polityka resortu zdrowia doprowadziła do tego, że z mapy Polski znikają oddziały geriatryczne, a lekarze nie garną się do robienia specjalizacji z tej dziedziny. Przykładowo, w województwie śląskim, co roku było 15-20 chętnych, w tym roku w sesji wiosennej nie było ani jednego, a w sesji jesiennej było zaledwie trzech chętnych. - To samo jest na Podlasiu. Jesienią dwa miejsca rezydentki z geriatryi zostały puste, nie ma chętnych - powiedziała prof. Barbara Bień, konsultant wojewódzka w dziedzinie geriatryi dla województwa podlaskiego.

W opinii geriatrów, sytuacja się nie zmieni, jeśli resort zdrowia nie wprowadzi jakiegoś systemu zachęt dla lekarzy, żeby geriatrya była dla nich nobilitacją, a nie specjalizacją bez przyszłości.

Interniści i geriatrzy muszą ze sobą współpracować

Zdaniem prof. Jacka Imieli, prezesa Towarzystwa Internistów Polskich i krajowego konsultanta w dziedzinie chorób wewnętrznych, tych samych chorych, co geriatrzy, leczą interniści. I w takim samym stopniu, jak geriatrom, zależy im na poprawie sytuacji osób starszych. - Lekarz internista to człowiek, który musi znać i bardzo często zna specyfikę wieku podeszłego, co przy ogromnym niedoborze geriatrów i dużej liczbie chorych w wieku podeszłym jest decydujące - podkreślił prof. Imiela.



Sesja „Pacjent geriatryczny w systemie ochrony zdrowia w Polsce. Gdzie mam się leczyć, panie doktorze?” podczas Kongresu KOBIETA I MĘŻCZYŻNA 65+

Fot. Dominika Witkowska

Dodał, że Towarzystwo Internistów Polskich czyni starania o uzupełnienie programu szkolenia specjalizacyjnego dla lekarzy chorób wewnętrznych o elementy geriatryi oraz utworzenie pododdziałów geriatrycznych przy oddziałach wewnętrznych. - Z punktu widzenia chorego, który ma wiele problemów i chorób, rozbijanie systemu opieki zdrowotnej na wąskie, szczegółowe specjalizacje, nie zawsze daje dobry efekt. Nasz system jak najszybciej musi się przygotować na starzenie się społeczeństwa, a my będziemy próbować do tego przygotować internistów - zapewnił prezes Towarzystwa Internistów Polskich.

Prof. Tomasz Kostka, konsultant krajowy w dziedzinie geriatryi, przypomniał, że w nieodległej przyszłości w Polsce będzie 11 mln seniorów. Podstawą geriatryi, jak stwierdził, jest interna. Ale geriatrya to tak naprawdę interna plus neurologia, psychiatrya, rehabilitacja i wiele innych dziedzin. - Czy w społeczeństwie, w którym jest

jedna trzecia seniorów, jesteśmy w stanie zapewnić konsultacje dla kilku, kilkunastu chorób? Nie jesteśmy. Finansowo system temu również nie poddał. Dlatego lekarz rodzinny musi być szkoleny w kierunku geriatry - powiedział prof.



Dr Konstanty Radziwiłł, Minister Zdrowia

Fot. Dominika Witkowska

Kostka. Według niego ideałem byłby lekarz rodzinny, posiadający jednocześnie specjalizację z geriatry oraz internista, który ma jednocześnie specjalizację z geriatry. - *W dużym szpitalu powinien być jeden oddział internistyczny, a drugi geriatryczny, w szpitalu powiatowym - oddział internistyczny z pododdziałem geriatrycznym. Walczymy o to, aby osoba starsza mogła wyjść samodzielnie z domu, zrobić zakupy i wrócić z trzykilogramową siatką na drugie piętro* - powiedział prof. Kostka.

Większość chorych w podeszłym wieku, jak twierdzi prof. Kostka, może leczyć w warunkach domowych lekarz rodzinny. Jeśli zajdzie taka potrzeba, skieruje pacjenta do szpitala, w którym pracuje mądry internista będący w stanie zaopatrzyć go w warunkach hospitalizacji dziennej i czy prędzej odeśłać go z powrotem do domu. Natomiast po pobycie na oddziale wewnętrznym, geriatry lub innym pacjent powinien trafić do oddziału rehabilitacji geriatrycznej. - *Tracimy bardzo dużo pieniędzy na operacje wymiany biodra, po której chorzy umierają po miesiącu, ponieważ nie byli rehabilitowani* - podsumował swoją wypowiedź konsultant krajowy w dziedzinie geriatry.

Dr Jarosław Derejczyk, konsultant wojewódzki w dziedzinie geriatry dla województwa śląskiego, jest przekonany, że internie jest po drodze z geriatryą. - *Jesteśmy skazani na wspólne funkcjonowanie* - powiedział.

Gerontolodzy przypominają, że już za osiem lat liczba 80-latków w Polsce zacznie gwałtownie wzrastać. Na izbach przyjęć pojawiać się będzie co roku o 5-10 proc.

więcej pacjentów. Polska będzie jednym z najstarszych krajów w Europie. Dlatego już teraz trzeba stworzyć model opieki nad osobami w podeszłym wieku.

Senior pod opieką lekarza rodzinnego i internisty

Minister zdrowia jest przekonany, że w związku ze starzeniem się społeczeństwa i nadchodzącą falą osób w podeszłym wieku, nie tylko programy kształcenia lekarzy, ale również pielęgniarek, ratowników medycznych i innych profesjonalistów medycznych, powinny zawierać elementy uwzględniające specyfikę diagnostyki i leczenia osób w wieku podeszłym. - *Wiedza na ten temat powinna się znaleźć również w niemal wszystkich programach specjalizacyjnych* - powiedział Konstanty Radziwiłł. Minister zaprosił uczestników sesji „Pacjent geriatryczny w systemie ochrony zdrowia w Polsce. Gdzie mam się leczyć, panie doktorze?” do wzięcia udziału w opracowaniu zasad organizacji opieki nad osobą w wieku podeszłym. Zgodnie z ustawą o działalności leczniczej, po ogłoszeniu ich w drodze rozporządzenia, staną się one obowiązującym prawem. Zaapelował także do towarzystw naukowych o rozpoczęcie prac nad wytycznymi postępowania diagnostycznego i terapeutycznego z pacjentem geriatrycznym. Zostaną one poddane ocenie Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, a następnie opublikowane w formie obwieszczenia.

Minister Radziwiłł przyznał, że jego marzeniem jest, aby na bazie rozporządzeń określających standardy opieki i obwieszczeń z wytycznymi lub zaleceniami powstało w Polsce coś na wzór brytyjskiego National Institute for Clinical Excellence (NICE) - organizacji, która w sposób uporządkowany reguluje to, na co pacjent może liczyć w publicznym systemie ochrony zdrowia i do czego zobowiązani są ci, którzy udzielają pomocy.

Recepty na leki 75+ tylko od lekarza POZ

Recepty na leki 75+ tylko od lekarza POZ

Resort zdrowia nie przewiduje zmian w preskrypcji recept na bezpłatne leki dla pacjentów powyżej 75. roku życia. Nadal uprawnienia do ich wypisywania będą mieli wyłącznie lekarze podstawowej opieki zdrowotnej.

- *Leki dla seniora powinny być wypisywane przez lekarzy, którzy mają wiedzę na temat wszystkich przyjmowanych leków przez pacjenta. Taka jest idea tego rozwiązania* - przypomniał minister Radziwiłł. Dodał, że do wystawiania recept, również zniżkowych, mają prawo wszyscy lekarze, ale recepta typu „S” jest zastrzeżona dla tego, kto jest długotrwałym koordynatorem leczenia pacjenta. - *Jest nim lekarz podstawowej opieki zdrowotnej* - podsumował.