

Ustawa o szczególnej opiece geriatrycznej - ocena geriatry

prof. Katarzyna Wieczorowska-Tobis, geriatra, przewodnicząca Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego, kierownik Katedry i Kliniki Medycyny Paliatywnej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

Rozmowy o tym, jak ma wyglądać opieka geriatryczna w Polsce, trwają od lat. Próby zainteresowania geriatrią kolejnych ministrów zdrowia były trudne i - jak wynika z obserwacji rzeczywistości - mało efektywne. Podejmowano np. temat oddziałów geriatrycznych, ale wśród dyrektorów szpitali brakowało zainteresowania ich tworzeniem w związku z niskim finansowaniem, ale też ze względu na braki kadrowe. Dyskutowano także np. konieczność tworzenia silnych ośrodków geriatrycznych w centrach akademickich, aby dobrze przygotować cały personel do pracy z pacjentami starszymi. Ciągłe jednak tylko pojedyncze, kształcące personel medyczny uczelnie wyższe mają kliniki geriatry. Pytanie zatem, jak np. kończący studia lekarz, który nigdy nie widział, jak wygląda całościowa ocena geriatryczna (COG) i w jaki sposób jej efekty przekładają się na indywidualne plany opieki, ma ją w przyszłości wykonywać, wydawało się nie wzbudzać u nikogo refleksji.

Jedyne, co wydarzyło się w zakresie opieki geriatrycznej w ciągu ostatnich lat, to to, że środowisko geriatryczne wspólnie z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia (pod kierownictwem merytorycznym prof. Barbary Bień) stworzyło standardy opieki geriatrycznej. Opublikowano je w 2013 r. w „Gerontologii Polskiej” (tom 21, nr 2: 33-47). Opisano w nich zasady funkcjonowania oddziału geriatrycznego, dziennego geriatrycznego oddziału szpitalnego, poradni geriatrycznej i geriatrycznego zespołu opieki domowej. Wszystko to pokazano, prezentując ideę COG definiującą deficyty funkcjonowania starszych pacjentów, którą wykonuje interdyscyplinarny zespół geriatryczny, a nie sam lekarz. Jest to zatem całościowe

spojrzenie na pacjenta, a nie poprzez pryzmat poszczególnych chorób. Przez lata nie zrobiono jednak nic, aby jakiegokolwiek elementy przedstawionych standardów wdrożyć w życie.

Ustawa o szczególnej opiece geriatrycznej - zielone światło dla rozwoju geriatry w Polsce

W tych okolicznościach pojawiła się podpisana przez prezydenta Andrzeja Dudę „Ustawa z dnia 17 sierpnia 2023 r. o szczególnej opiece geriatrycznej” (Dz.U. 2023 poz. 1831). Prace nad nią trwały kilka lat, a do opinii publicznej docierały echa wymiany dokumentów pomiędzy Kancelarią Prezydenta i Ministerstwem Zdrowia. Osoby zainteresowane opieką nad seniorami przyjęły podpisanie ustawy jako zielone światło dla rozwoju geriatry w Polsce. Jakby bowiem nie spojrzeć, jest to pierwszy akt prawny wskazujący na konieczność wdrożenia standardów opieki geriatrycznej.

Ustawa wskazuje, że opieka ma być sprawowana w szpitalnych oddziałach geriatrycznych i centrach zdrowia 75+, które obejmować mają poradnie konsultacyjne, ośrodki

dzienne, geriatryczne zespoły opieki domowej, a także koordynatorów i edukatorów. Świadczeń w centrach mają udzielać: lekarz, pielęgniarka, fizjoterapeuta, psycholog, dietetyk i terapeuta zajęciowy, a także koordynator i edukator, ma więc być realizowana idea zespołów geriatrycznych współdziałających na rzecz optymalizacji sprawności starszych pacjentów. Jest to ważne, ponieważ w obecnie funkcjonujących rozwiązaniach w poradni geriatrycznej lekarz geriatra wykonuje zadania wszystkich członków zespołu geriatrycznego sam, co niewątpliwie nie wpływa na efektywność opieki.



Fot. fotomek - stock.adobe.com

Ustawa jest zatem długo wyczekiwany przez środowisko aktem prawnym, wskazującym na konieczność wdrożenia szczególnych rozwiązań dla zapewnienia najstarszym pacjentom największej możliwej niezależności w zakresie codziennego funkcjonowania. Przeznaczona jest dla osób, które ukończyły 75 lat. Poza siecią opieki geriatrycznej SOG mówi też, że opieka ma być sprawowana w podstawowej opiece zdrowotnej, gdzie lekarz lub pielęgniarka mają przeprowadzać wstępną ocenę geriatryczną. Do identyfikowania osób objętych SOG ma być zastosowany kwestionariusz VES-13 (ang. Vulnerable Elders Survey 13). W centrach przeprowadzana ma być COG (jeśli pacjent wcześniej nie miał takiej oceny wykonanej w ramach kwalifikacji), na podstawie której tworzony będzie indywidualny plan postępowania terapeutycznego.

Liczba łóżek geriatrycznych ma być nie mniejsza niż 50 na 100 tys. osób, które ukończyły 60. rok życia, według stanu na ostatni dzień grudnia poprzedniego roku. Centra mają być tworzone dla powiatów, ich części lub kilku powiatów, w zależności od liczby osób w grupie wiekowej 75+. Mają obejmować opieką nie mniej niż 6 tys. i nie więcej niż 12 tys. osób, które, zgodnie z nazwą, ukończyły 75 lat. Oddziały geriatryczne i centra mają ze sobą współpracować, przy czym jeden oddział ma współpracować z nie więcej niż trzema centrami.

Wojewodowie, na podstawie istniejącej infrastruktury i zgłoszonego przez powiaty zainteresowania tworzeniem centrów, mają utworzyć i dalej modyfikować wojewódzkie plany, które będzie opiniować Krajowa Rada ds. Opieki Geriatrycznej powołana przez Ministra Zdrowia. Na stworzenie całego systemu przewidziano 5 lat, począwszy od 1 stycznia 2024 r.

Ustawa wskazuje tylko ogólne kierunki rozwoju opieki geriatrycznej, ale dla wdrożenia szczegółowych działań niezbędne są akty wykonawcze. Jednak poprzedni rząd w ogóle nie podjął prac nad koniecznymi rozporządzeniami. Ich wygenerowanie jest więc zadaniem obecnej Minister Zdrowia.

Wiele przepisów ustawy wymaga doprecyzowania

Nie wszystkie rozwiązania wskazane w „Ustawie o szczególnej opiece geriatrycznej” są spójne, np. art. 36 pkt 2 mówi, że skierowanie do centrum następuje, jeśli wynik wstępnej oceny geriatrycznej wynosi co najmniej 6 punktów w skali VES-13, ale art. 4, który definiuje użyte określenia w ustawie, w pkt. 10 mówi, że wstępna ocena geriatryczna to „badanie przesiewowe przeprowadzone na podstawie wywiadu bezpośredniego, uwzględniające skalę VES 13, badanie fizykalne i badania laboratoryjne, mające na celu stwierdzenie potrzeby objęcia danej osoby szczególną opieką geriatryczną”.

Jeśli w Polsce jest niecałe 9,8 mln osób, które ukończyły 60 lat, to oznacza to - zgodnie z ustawą - potrzebę po-

nad 4800 łóżek geriatrycznych. Ponieważ jest ich obecnie ok. 1200, należy ich liczbę zwiększyć czterokrotnie. Trzeba zdefiniować, jak to zrobić i skąd wziąć środki na podejmowane działania. Co ważne, rozkład łóżek ma być równomierny nie tylko na terenie całego kraju, ale i w poszczególnych województwach. Obecnie ponad 1/3 łóżek jest na Śląsku, a w większości województw są tylko pojedyncze oddziały - najczęściej w miastach wojewódzkich. Zgodnie z ustawą wojewodowie do połowy marca br. mieli zebrać intencje powiatów co do chęci tworzenia centrów, niezbędne w celu przygotowania planów wojewódzkich. Ustawa nie definiuje czasu przygotowania tych planów, co w praktyce oznacza, że nawet jeśli kolejne etapy byłyby dokładnie określone w czasie (a tak nie jest), wszystko właściwie może trwać w nieskończoność.

Niezdefiniowane (a więc niejasne) jest finansowanie tworzenia centrów w sensie infrastruktury. Nie wiadomo, jak dokładnie mają one działać. Art. 24 pkt 4 zwraca uwagę na dzienne ośrodki i mówi, że „Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, sposób funkcjonowania i minimalny zakres świadczeń realizowanych przez dzienny ośrodek opieki geriatrycznej, kierując się potrzebą zapewnienia pacjentom centrum właściwego wsparcia oraz realizacją celów określonych w art. 3 ust. 2”. Niejasności dotyczą wszystkich elementów centrów. Nie wiadomo, na jakich zasadach mają one współpracować z oddziałami geriatrycznymi, tj. czy np. kierowani z nich pacjenci mają być w jakikolwiek sposób uprzywilejowani (przyjmowani poza kolejnością)? Niedosyt budzi również koordynacja współpracy z jednostkami społecznymi, przedstawiona w ustawie w sposób bardzo ogólny.

Nie wiadomo też np., jak ustawodawca widzi kadrę centrów. Lekarzy geriatrów jest w systemie niecałe 600, z czego 1/5 na Śląsku. Dodatkowo - jak wskazała kilka lat temu w swoim raporcie Najwyższa Izba Kontroli - część lekarzy pracuje poza geriatrią (mają też inne specjalizacje) i nie wiadomo, czy w ogóle są zainteresowani zmianą swojej działalności. Ustawa w art. 25 pkt 2 mówi, że „w skład geriatrycznego zespołu opieki domowej wchodzi: lekarz, pielęgniarka, fizjoterapeuta, psycholog oraz koordynator opieki geriatrycznej”. Nie musiałby to być zatem lekarz geriatra, ale skoro ma zapewnić opiekę geriatryczną, powinien posiadać przygotowanie z geriatrii. Zadać należy więc pytanie, jakie kwalifikacje powinien mieć lekarz, aby móc wejść w skład zespołu? Podobne pytanie należy zadać w przypadku wszystkich innych wymienionych w ustawie profesjonalistów.

Pytań jest znacznie więcej. Na przykład art. 36 pkt 5 mówi, że skierowanie do centrum następuje po przeprowadzeniu COG, ale nie wskazuje, kto ma taką ocenę wykonać. A w art. 31 i 32 pojawia się kierownik centrum, który nigdzie nie jest zdefiniowany.

Ustawa zatem prezentuje pewną wizję geriatrii. Pytanie o to, jak tą wizję wdrażać, pozostaje otwarte.