

# Brakuje geriatrów, oddziałów geriatrycznych i pomysłu, jak zorganizować kompleksową opiekę nad osobami starszymi

Marta Jakubiak



Fot. apple design - istockphoto.com

Opieka geriatryczna w Polsce raczkuje. Nie chodzi o kompetencje specjalistów, ale o rozwiązania systemowe. Wprawdzie coś drgnęło, jednak wciąż pozostaje bardzo wiele do zrobienia. Ustawa z 17 sierpnia 2023 r. o szczególnej opiece geriatrycznej dawała nadzieję, że polscy seniorzy w końcu będą właściwie „zaopiekowani”, a ich opiekunowie zyskają nieco wytchnienia. Cele wprowadzenia tego aktu prawnego mogły budzić wiarę w zmiany systemowe, bowiem zapowiadały perspektywę wprowadzenia m.in. kompleksowej oceny geriatrycznej pacjenta, wsparcia psychologicznego oraz rehabilitacji dla osób, które ukończyły 75. rok życia. Miały powstać Centra Zdrowia 75+ z szerokim zakresem świadczeń - od diagnostyki po rehabilitację - i stać się ośrodkami skoordynowanej opieki medycznej. W planach było także zwiększenie liczby oddziałów geriatrycznych.

**J**ak po dwóch latach od wejścia w życie ustawy wygląda w Polsce opieka geriatryczna? Zapytaliśmy o to osoby, które na co dzień pracują z pacjentami w wieku podeszłym i z własnej praktyki wiedzą, jak działa system. Okazuje się, że nadal nie ma wystarczającej liczby kadr medycznych specjalizujących się w geriatric, opieka długoterminowa jest rozproszona i nie zaspokaja potrzeb, a pacjenci geriatryczni w dużej mierze zdani są na operatywność i determinację swoich opiekunów.

## Mamy za mało geriatrów

W 2024 r. w Polsce było 559 geriatrów, co daje 1,5 geriatry na 100 tys. osób. W niektórych regionach lekarzy

tej specjalności nie ma wcale, co przekłada się na jakość opieki nad seniorami. W naszym kraju działają 122 placówki udzielające świadczeń geriatrycznych, a w roku 2025 - jak wynika z raportu Fundacji WHC - średni czas oczekiwania na wizytę do geriatry wyniósł 3,2 miesiąca. Tymczasem dane Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) pokazują, że polskie społeczeństwo szybko się starzeje - ponad 7,55 miliona osób (ponad 20 proc. populacji) ma co najmniej 65 lat. Od wielu lat mówi się już wręcz o srebrnym tsunami.

*- Seniorzy w Polsce leczeni są przez wielu specjalistów, bo lekarzy geriatrów jest zdecydowanie za mało. Oczywiście nie każdy senior wymaga opieki geriatrycznej, ale z pewnością*

osoby w wieku podeszłym z wielochorobowością i wielolekowością powinny być pod opieką takiego specjalisty - mówi prof. Barbara Bień, konsultant w dziedzinie geriatry dla województwa podlaskiego, kierownik Kliniki Geriatrii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku w latach 1996-2021.

Dlaczego tak ważna jest rola geriatry w systemie? Ponieważ ten specjalista patrzy na pacjenta holistycznie, selekcjonuje i filtruje problemy - określa priorytety w postę-

w kontekście zapotrzebowania na usługi geriatryczne dla pacjenta, ale też, jeśli chodzi o systemowe możliwości opieki nad pacjentem geriatrycznym i wspomóżenie opiekuna. Powinno nas, geriatrów, być co najmniej pięciokrotnie więcej, także oddziałów geriatrycznych na terenie Polski. Jeżeli są jakieś miejsca dla takich pacjentów, to pojedyncze łóżka w oddziałach internistycznych. Oddziałów geriatrycznych jest tak mało, że można powiedzieć, że praktycznie ich nie ma. Wciąż zbyt mało jest także poradni geriatrycznych, więc nie zabezpieczają one potrzeb - zauważa.

Pacjent geriatryczny ma wiele chorób, a co za tym idzie - wymaga dużych nakładów finansowych i różnorodnego leczenia, nie jest więc „ekonomiczny” dla podmiotu leczniczego.

- Nie otwiera się nowych oddziałów geriatrycznych, bo będą generować koszty. Lepiej zatrudnić urologa, żeby zrobił procedurę, ortopedę, kardiologa inwazyjnego... Za udzielanymi przez nich świadczeniami idą konkretne pieniądze. Tu widzę dużą ułomność systemu, bo płaci się za procedurę, a nie za pacjenta. Myśląc o geriatryi, trzeba całkowicie odwrócić myślenie. Jeżeli pacjenta objęlibyśmy opieką geriatryczną, to nie byłby on rehospitalizowany, nie powracał kolejny raz na internę. To są olbrzymie koszty. W polskim systemie opieki zdrowotnej nie rozumie się takiego myślenia. Idziemy nie w tę stronę - diagnozuje dr Katarzyna Klimiuk. I dodaje, że już wiele lat temu policzono, że pacjent geriatryczny, który jest pacjentem z wielochorobowością i wielolekowością, ale „opracowanym” całościowo w oddziale geriatrycznym, w kontekście czasowym kosztuje system znacznie mniej niż pacjent, który co chwilę trafia na SOR z zaostrzeniem chorób, jak niewydolność serca, POChP czy majaczenie w otępieniu.

powaniu terapeutycznym, wskazując te, które wymagają natychmiastowej reakcji. Dokonuje weryfikacji leków zaleconych przez lekarzy innych specjalności, jak kardiolog, diabetolog, endokrynolog, ortopeda czy neurolog. - Jeżeli pacjent ma zaburzenia pamięci lub zgłasza problemy w tym zakresie, potrafimy ocenić, w jakim stopniu problem dotyczy wyłącznie samej pamięci czy też jest objawem innych funkcji korowych, diagnozujemy, czy pacjentowi grozi otępienie, a może już je ma. Za pomocą kolejnych procedur geriatra jest w stanie oszacować albo z dużym prawdopodobieństwem wskazać przyczynę otępienia. Jeżeli pacjent czuje się bardzo samotny, jest wycofany, apatyczny bądź skarży się na wiele niepowiązanych ze sobą dolegliwości, na przykład mówi, że boli go wszystko, to wiemy, że tak naprawdę problem tkwi w zaburzeniach emocjonalnych, że możemy mieć do czynienia z depresją. Po kilku tygodniach od wdrożenia odpowiedniego leczenia w przypadku takich osób często widoczny jest efekt, zdarza się też, że poprawia się u nich pamięć - opowiada prof. Barbara Bień.

Podobne doświadczenia i ocenę systemowych rozwiązań ma dr n. med. Katarzyna Klimiuk, która na co dzień kieruje Oddziałem Geriatrii w SPPZOZ w Choroszczy. - To, co mamy obecnie, jest absolutnie niewystarczające -

Brak dobrych rozwiązań systemowych to dla budżetu także inne koszty. Bliscy pacjenta geriatrycznego, którzy opiekują się nim, często biorą zwolnienia, są przemęczeni, mniej efektywni w pracy, często cierpi na tym ich życie rodzinne.

- Tak naprawdę filarem opieki nad pacjentem geriatrycznym w Polsce jest obecnie opieka jego bliskich. Bez rodziny system by sobie nie poradził - podkreśla dr Katarzyna Klimiuk i dodaje, że potrzebne jest zespołowe działanie, gdzie geriatra jest koordynatorem nadzorującym opiekę nad takim pacjentem. W składzie takiego systemowego zespołu powinni być także: pielęgniarka, fizjoterapeuta,



Fot. Ridofranz - iStockphoto.com

psycholog i rodzina pacjenta. Projekt Centrów Zdrowia 75+ ocenia jako świetny w kontekście logistycznym, opiekuńczym i leczniczym, wykraczający poza opiekę szpitalną do opieki środowiskowej. Póki co takich centrów na mapie Polski trudno szukać. A koniecznie należałoby zaangażować do tego zespołu opiekę długoterminową i ośrodki, które by ją sprawowały, czyli oddziały dzienne dla seniorów. – *Proszę sobie wyobrazić, że Biały-stok, kilkuset tysięczne miasto, ma jeden dzienny oddział geriatryczny. Potrzebne jest dziesięć takich oddziałów. W tę stronę powinniśmy iść, żeby odbarzczać opiekuna, oferując szczególnie pacjentowi z zaburzeniami pamięci rehabilitację poznawczą. Ale to, o czym mówię, wymaga przeorganizowania istniejącego obecnie systemu* – zauważa.

### Niechciana specjalizacja i deficytowe świadczenia

Dlaczego jest tak niewielu geriatrów? Jak twierdzi prof. Barbara Bień, specjalizacja jest trudna i mało satysfakcjonująca. Młodzi lekarze chcą robić coś spektakularnego – operować, poprawić funkcjonowanie narządu, urodę, uzdrawiać, być kardiologiem, endokrynologiem, pediatrą. Wybierają specjalizację wąską, ale przynoszącą bardziej satysfakcjonujący efekt terapeutyczny. – *W wieku podeszłym natura przeszkadza mieć takie efekty, bo idziemy w jednym kierunku, a śmierć jest naturalnym zakończeniem życia. Możemy jedynie poprawiać funkcjonowanie, i to w takim zakresie, w jakim dany stan jest odwracalny. W przypadku pacjentów geriatrycznych problem jest przewlekły i każdy kolejny go dopełnia, a im więcej problemów jednoczesowych, tym mniej efektywne jest leczenie* – zauważa prof. Barbara Bień.

– *Mówi się, że geriatrycja jest priorytetową specjalizacją, ale ja nie widzę argumentów, by zachęcić młodego studenta albo stażystę, żeby wybrał geriatryję. To smutne* – podkreśla dr Katarzyna Klimiuk. Uzależnienie wynagrodzenia lekarza od wyceny realizowanych przez niego procedur prowadzi do znacznej dysproporcji w trakcie wyboru specjalizacji. Może będą nas leczyć jedynie ortopedzi, neurochirurdzy i kardiologowie?

Każdy geriatra na skonsultowanie swojego pacjenta ma około godziny, więc dla menadżerów opieki zdrowotnej jest to niezbyt atrakcyjne świadczenie, bo w ciągu 8 godzin pracy przyjmie on 8 pacjentów, podczas gdy lekarz POZ przeznaczający na pacjenta 15 minut odbędzie takich konsultacji zdecydowanie więcej. Świadczenia geriatryczne stają się więc zupełnie nieopłacalne i w strukturze placówki medycznej niechętnie widziane przez osoby odpowiedzialne za budżet. – *Czas oczekiwania do naszej poradni to osiem miesięcy. Brakuje specjalistów, a do tego około 20 proc. pacjentów nie przychodzi na umówioną wizytę kontrolną. Nie można się do nich dodzwonić, przypomnieć im o ustalonym terminie, nie odbierają telefonu, bo boją się oszustwa albo go nie słyszą* – opowiada prof. Barbara Bień, która obecnie praktykuje w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej.

Dr Katarzyna Klimiuk kieruje 20-lóżkowym Oddziałem Geriatrii w SPPZOZ w Choroszczy. Pracują w nim lekarze geriatry, specjalista chorób wewnętrznych i neurolog, pielęgniarki, dwóch psychologów (nie są na wyłączność, bo są zatrudnieni również w innym oddziale), jest sprzęt rehabilitacyjny i dwóch fizjoterapeutów, którzy pacjentów usprawniają i uruchamiają. Jest też opiekun socjalny i arteterapeuta prowadzący terapie zajęciowe dedykowane pacjentom z zaburzeniami funkcji poznawczych w stopniu łagodnym i umiarkowanym. – *To się sprawdza. Pacjenci nabierają ochoty na życie, bo widzą efekt swojego wysiłku. To całociągła praca wielu specjalistów, która przynosi efekty* – ocenia specjalistka.

Seniorzy na takim oddziale przebywają średnio około 10 dni. Co dalej, kiedy wyjdą ze szpitala? W domu, nawet pod najlepszą opieką bliskich, nigdy nie będą mieć takich luksusów. – *Na oddział pacjenci trafiają głównie na diagnostykę otępienia, zaburzeń zachowania, a także z powodu wielochorobowości i wielolekowości. Wymagają rewizji leków, analizy i ustalenia priorytetów terapeutycznych. To są najczęstsze przyczyny hospitalizacji* – wyjaśnia dr Katarzyna Klimiuk.

Wielochorobowość, wielolekowość oraz zaburzenia poznawcze wpisane są w życie większości osób po 80. roku życia. – *O seniorze mówi się już w przypadku osób 65+, ale pacjent, który ma 65 lat i jedną chorobę, nie wymaga opieki geriatrycznej. On potrzebuje konsultacji specjalistycznej i badań profilaktycznych, aby zapobiec rozwinięciu się chorób przewlekłych* – zauważa specjalistka.

Prof. Barbara Bień także podkreśla, że „zrobienie porządku” w lekach jest konieczne w przypadku wielu osób starszych, a geriatrycy są w tym zakresie bardzo kompetentni. – *Średnia liczba aktywnie leczonych narządów u pacjenta geriatrycznego w średnim wieku 82,5 roku, bo taki był średni wiek moich pacjentów w oddziale geriatrycznym, wynosiła ponad pięć chorób: depresja, nadciśnienie, cukrzyca, choroba zwyrodnieniowa, migotanie przedsionków* – opowiada. – *Jeżeli pacjent otrzymuje więcej niż pięć różnych preparatów, należy do tak zwanej kategorii ryzyka polifarmakoterapii, czyli każdy dodatkowy lek to około siedmioprocentowy wzrost ryzyka upadku, ponieważ wiele leków to również wiele działań niepożądanych* – przypomina specjalistka. Czasem pacjenci przychodzą z listą ponad 20 leków przepisanych przez różnych specjalistów. Geriatra jest w stanie zweryfikować zalecenia i mądrze ograniczyć przyjmowane farmaceutyki.

### Geriatra czy lekarz rodzinny?

Problem jest złożony, ale wybór oczywisty. – *Skoro jest mało specjalistów, to do geriatry powinni być w pierwszej kolejności kierowani pacjenci w późnej starości, czyli po 75. roku życia, choć w krajach zachodnich mówi się, że po 80. roku życia, i dodatkowo osoby, które wykazują objawy jednoczesowo z kilku narządów: fizyczne, emocjonalne i somatyczne. Póź-*

na starość byłaby dobrym wskazaniem – uważa prof. Barbara Bień. Podkreśla, że konsultacje geriatryczne nie mogą być częste, maksymalnie raz na trzy miesiące, bo geriatra to specjalista, który ma koordynować i doradzać pacjentowi, jego rodzinie i lekarzowi rodzinnemu. Senior powinien na co dzień pozostawać pod opieką POZ.



– Lekarze POZ bezwzględnie są podstawą. Do nich pacjent dociera najszybciej. Bardzo dużo robią samodzielnie, niemniej coraz więcej jest pacjentów geriatrycznych, którzy wymagają naszej pomocy. I tu niezbędna byłaby opieka koordynowana – sugeruje dr Katarzyna Klimiuk. Lekarz rodzinny kieruje pacjentów do specjalisty, ale brakuje koordynacji i szybkiej ścieżki poprowadzenia pacjenta przez system, gdzie senior może zostać zapisany na wizytę do specjalisty w krótszym terminie. Ponieważ choroby są u niego już zdiagnozowane, nie ma szans dostać się do obecnie funkcjonującej opieki koordynowanej.

Lekarze rodzinni są przygotowywani, by prowadzić pacjenta w podeszłym wieku, ale w praktyce nie są w stanie tego zrobić, bo taki chory wymaga czasu, którego oni nie mają. – Scedowanie całościowej opieki geriatrycznej na lekarza rodzinnego byłoby dla niego zbyt dużym obciążeniem. On nie oceni testami psychometrycznymi, motorycznymi i fizykalnymi. Nie ma na to czasu, ma 15 minut na przyjęcie pacjenta – zauważa dr Katarzyna Klimiuk.

Lekarze POZ nie zastąpią geriatrów, ale są niezbędni i powinni być szeroko szkoleni z zakresu geriatrii, ponieważ wśród ich pacjentów będzie coraz więcej osób w późnej starości, czyli takich, które wymagają szczególnego podejścia i mają specjalne potrzeby, i to nie tylko medyczne potrzeby zdrowotne, ale także rehabilitacyjne i socjalne.

Przedłużeniem kompetencji lekarza rodzinnego jest pielęgniarka środowiskowa. To łącznik pomiędzy pacjentem a gabinetem lekarskim. Może ona odpowiednio wcześniej

zauważyć i zgłosić pogorszenie stanu zdrowia pacjenta, bo ten często nie wie, czy niedomaganie to po prostu starość, czy też symptom pogorszenia zdrowia. Niestety, taki potencjał pielęgniarek środowiskowych nie jest wykorzystywany, bo w praktyce najczęściej są one wykorzystywane instrumentalnie – do mierzenia ciśnienia, glikemii czy pobrania krwi.

Prof. Barbara Bień docenia rolę lekarzy rodzinnych i podkreśla, że dzięki nim pacjent jest bardziej niezależny, bo oni są wszędzie. – *I choć jest ich być może także zbyt mało, to oni są i na wsi, i w mieście. Proszę zwrócić uwagę, że geriatra jest dostępny wyłącznie w mieście, a przecież ludzie starsi mieszkają w obu tych obszarach – zauważa.* Wyjazd na konsultację do ośrodka oddalonego o kilkanaście, czasem kilkadziesiąt kilometrów, często jest nie lada wyprawą chociażby dlatego, że wiele osób starszych ma gorszą motorykę, zmienne samopoczucie i w dniu zaplanowanej wizyty

może źle się poczuć i nie będzie w stanie na wizytę dojechać. POZ ma w swoich kompetencjach wizyty domowe, dlatego w prowadzeniu opieki nad pacjentem geriatrycznym jest niezbędny.

Byłoby idealnie, gdyby lekarze rodzinni po pierwsze, byli lepiej przygotowani z zakresu geriatrii, a po drugie, żeby wizyty u geriatry były ograniczone wyłącznie do diagnostyki i strategicznego planowania – według wskazań, że lepiej odbyć ich w roku więcej, a potem, jeżeli problem jest trwały, lecz stabilny, pacjenci wracaliby pod opiekę POZ i zwalniali miejsce dla innych. – *Obecnie pacjenci przewlekłe leczeni w geriatrii po prostu korkują system i nie ma miejsca dla tych, u których problem zaistniał i należałoby skonsultować ich natychmiast – w ciągu tygodnia albo dwóch – zauważa prof. Barbara Bień.*

## Kto zmieni system?

Dr Katarzyna Klimiuk podkreśla, że jest pełna podziwu dla oddolnych inicjatyw, które upominają się o działania naprawcze. – *My, lekarze, w swoich zamkniętych strukturach, schematach, czasami jesteśmy na tyle pochłonięci obowiązkami, że nie jesteśmy w stanie nabrać siły sprawczej, choć mentalnie wspieramy wiele inicjatyw. Nie potrafimy sprawić, byśmy byli słyszani – ocenia.* I dodaje, że w ramach oddolnej inicjatywy specjaliści geriatrii postanowili spotkać się na ogólnopolskiej konferencji „Geriatra w systemie i w praktyce” (22-23 maja 2026 w Lipowym Moście), aby debatować o tym, jak skutecznie odpowiedzieć na potrzeby starzejącej się populacji i jak przełożyć postulaty

środowiska na konkretne rozwiązania organizacyjne.

- *Chcemy zastanowić się, co zrobić, żeby przekonać ludzi odpowiedzialnych za kształtowanie systemu ochrony zdrowia, że warto i trzeba zainwestować w geriatrię - dla udoskonalenia systemu, ale też po to, żeby młodzi ludzie chętniej decydowali się ją wybrać. Społeczeństwo się starzeje, będziemy jeszcze bardziej potrzebni, a rola geriatry w systemie ochrony zdrowia nabiera kluczowego znaczenia* - podkreśla dr Katarzyna Klimiuk. W wydarzeniu udział wezmą nie tylko geriatry, ale również przedstawiciele innych specjalizacji medycznych, eksperci polityki senioralnej oraz reprezentanci instytucji odpowiedzialnych za kształtowanie systemu ochrony zdrowia.

- *Decyzje zapadają zawsze w ministerstwie. Jeżeli ministerstwo chce, to słucha praktyków i zmienia system, bo ani pani redaktor, ani ja nie zmienimy przepisów* - podkreśla prof. Barbara Bień. Jednocześnie zwraca uwagę, że w działaniach systemowych bardzo ważna jest także edukacja społeczeństwa. - *Pacjenci powinni wiedzieć, że należy pogodzić się z pewnymi dysfunkcjami, bo proces starzenia wiąże się z deficytami w funkcjonowaniu, ale powinni jednocześnie umieć rozpoznać, co dekompensuje się nagle, odróżniać tępnienia zdrowotne od choroby, rozpoznać czynnik sprawczy, by na przykład majaczenia wywołanego zakażeniem układu moczowego nie traktować jak psychozy. Trzeba uwrażliwić opiekunów na symptomy zwiastujące konkretne dysfunkcje wpisane w późną starość, że kiedy pacjent mówi, że wszystko go boli, to prawdopodobnie ma depresję. Wiedza w tym zakresie jest znikoma, bo w przestrzeni publicznej nie mówi się o chorobach wieku podeszłego. Potrzebne są kampanie edukacyjne, które uświadomią, jakie symptomy mogą świadczyć o zaczynających się zaburzeniach pamięci czy utracie słuchu* - ocenia specjalistka.

Choć nie można liczyć na wyleczenie chorób przewlekłych wpisanych w późną starość, to z pewnością można mówić o medycynie prewencyjnej również w odniesieniu do pacjentów geriatrycznych, bo można spowolnić postęp wielu schorzeń, a co za tym idzie - poprawić jakość życia seniorów i ich bliskich.

### **Opieka długoterminowa**

W Polsce opieka długoterminowa realizowana w placówkach opieki zdrowotnej zaistniała w systemie po reformie przeprowadzonej w 1999 r. Była skierowana do osób przewlekle chorych i niesamodzielnych, które zakończyły proces leczenia i rehabilitacji, lecz wymagały nadal świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych, nadzoru lekarskiego, rehabilitacji przeciwdziałającej skutkom długotrwałego unieruchomienia. Obecnie realizowana jest w środowisku domowym przez pielęgniarki opieki długoterminowej domowej, a także instytucjonalnie: w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych i zakładach opiekuńczo-leczniczych. Grupy wiekowe pacjentów objęte opieką długoterminową są różne.



# JESTEŚMY SOLIDARNI Z UKRAINĄ

## ZWERYFIKOWANE ZBIÓRKI

### Zbiórka pieniężna **Polska Akcja Humanitarna**

Zbiórka na pomoc bezpośrednią (żywność i inne formy wsparcia) dla ludzi, którzy muszą uciekać ze swoich domów.

Wsparcie obejmie osoby pozostające na Ukrainie i uchodźców w Polsce

[www.siepomaga.pl/pah-ukraina](http://www.siepomaga.pl/pah-ukraina)

### Zbiórka pieniężna **Polski Czerwony Krzyż**

Pozyskane środki będą przeznaczone w pierwszej kolejności m.in. na zakup żywności, materiałów opatrunkowych oraz zabezpieczenie innych priorytetowych potrzeb.

[www.pck.pl/na-pomoc-ukrainie/](http://www.pck.pl/na-pomoc-ukrainie/)

### Zbiórka pieniężna **Caritas Polska**

Zebrane środki zostaną wykorzystane do zakupu artykułów pierwszej potrzeby oraz wsparcie psychologiczne dla pokrzywdzonych w wyniku wojny.

[www.caritas.pl/ukraina/](http://www.caritas.pl/ukraina/)

Więcej zbiórek i informacji znajduje się na stronie: [www.pomagamukrainie.gov.pl](http://www.pomagamukrainie.gov.pl)

- Opieka długoterminowa obecnie definiowana realizowana jest w dwóch niezależnych sektorach: w sektorze służby zdrowia i w sektorze pomocy społecznej - wyjaśnia Grażyna Śmiarowska, prezes Polskiego Towarzystwa Opieki Długoterminowej (PTOD). I jak zauważa, sektory te systemowo nie współpracują ze sobą. W zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych dostępność jest mocno ograniczona, ponieważ takich placówek jest niewystarczająca liczba. - Trzeba pamiętać, że jako społeczeństwo się starzejemy, w związku z czym osób wymagających świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych będzie coraz więcej - mówi.

Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa, która funkcjonuje w systemie ochrony zdrowia, nie współpracuje z sektorem pomocy społecznej. Senior albo jego opiekunowie sami muszą odnaleźć się w niuansach dostępności świadczeń. Jeżeli są w miarę zaradni, to skorzystają z jednego i z drugiego wsparcia. - W miarę procesu starzenia stajemy się coraz częściej zależni od pomocy innych. Czeka nas ogromne wyzwanie - jak dotrzeć do informacji? Jest ona rozproszona, niezrozumiała i wymaga dużej aktywności osób wspierających. Tym bardziej dla opiekuna osoby starszej, gdy jest to równolatek - mąż lub żona. Proszę pamiętać, że wraz z wiekiem ograniczeń jest coraz więcej, szczególnie tych poznawczych - tłumaczy prezes PTOD. Brakuje systemowej informacji ogólnej, kogoś, do kogo można pójść i zwrócić się z prośbą o pomoc w rozwiązaniu konkretnego problemu. Szpitale zajmują się wyłącznie leczeniem. Z chwilą, kiedy kończy się hospitalizacja, a rodzina zabiera pacjenta do domu, nikt nie jest zainteresowany informacją, czy rodzina jest wydolna opiekuńczo. W przypadku świadczeń opiekuńczych realizowanych przez sektor pomocy społecznej ustalane są zasady ich realizacji na podstawie wywiadu środowiskowego.

Jak zauważa Grażyna Śmiarowska, lekarze POZ wykonują ważną pracę i są zaangażowani w prowadzenie pacjenta geriatrycznego, ale nie mają narzędzi np. by ocenić wydolność opiekuńczą rodziny. - Jeżeli przyjdzie osoba starsza i powie, że nie daje rady albo lekarz sam podczas wizyty domowej zobaczy warunki, w jakich żyje pacjent, to może skierować go do pomocy społecznej, do DPS-u lub ZOL-u, w zależności od stanu zdrowia. Wystawi skierowanie. Ono jednak nie rozwiązuje problemu, bo kolejki są kilkumiesięczne - podkreśla przewodnicząca PTOD.

W systemie nie ma obszaru, by na ten czas doraźnie zorganizować opiekę nad seniorem. - Są organizacje pozarządowe, które zajmują się wsparciem seniorów i tam można uzyskać informacje, jakie są możliwości pomocy, ale systemowo te trzy sektory, czyli służba zdrowia, pomoc społeczna i NGO [organizacje pozarządowe - przyp. red.], nie widzą siebie nawzajem. Jeżeli ktoś wie, że z pomocy takiej organizacji może skorzystać, to tam trafi, ale ogromna większość osób nie ma o tym pojęcia. Widziałam kilka fantastycznych pomysłów, żeby w miarę jeszcze sprawnym seniorem się zajmując, np. w dziennych ośrodkach terapeutycznych, gdzie można

być wśród ludzi i czegoś się jeszcze nauczyć. Gorzej jest, gdy problem dotyczy osoby leżącej, unieruchomionej lub z chorobą otępienną - zauważa Grażyna Śmiarowska.

Brakuje nam koordynacji i wsparcia. Potrzebny jest taki element, który z urzędu dokona oceny warunków zdrowotnych i środowiskowych seniora i zdecyduje, jaka forma pomocy i wsparcia jest mu potrzebna. Mówi się, że opieka w domu jest najlepsza, bo tam seniorzy czują się najlepiej. - Państwo powinno być wdzięczne tym rodzinom, które biorą na siebie ciężar opieki domowej i powinno wesprzeć je w każdy możliwy sposób, żeby osoba, która wymaga wsparcia, mogła zostać w domu, bo to jest z korzyścią dla seniora i dla systemu - podkreśla Grażyna Śmiarowska.

Osób zagubionych i zmęczonych codziennymi obowiązkami związanymi z opieką nad pacjentem geriatrycznym jest naprawdę dużo. I często czują się bezradne. Istnieje trochę form wsparcia, ale nie wiadomo, gdzie i z jakiej pomocy można skorzystać. Panuje bałagan.

- Poprzedni rząd zajmował się opieką długoterminową niewiele, obecny wprowadza propozycje zmian, ale trochę się obawiam o ich kierunek. Podejmowane są działania, które mają charakter spektakularny, jak asystent osoby niepełnosprawnej czy świadczenie wspierające, które oczywiście są bardzo dobre i pomagają, ale one nie rozwiązują problemów. Nam jest potrzebny system!!! Nawet jeżeli ktoś dostanie więcej pieniędzy na opiekę nad osobą niesamodzielną, to i tak boryka się z szeregiem innych problemów. My jako PTOD angażujemy się w sprawy systemowe, apelujemy, konsultujemy, jednakże z marnym efektem. Pacjenci geriatryczni nie są medialni i atrakcyjni jako potencjalni wyborcy - zauważa Grażyna Śmiarowska, która przez ponad 20 lat pracowała z pacjentami z chorobą Alzheimera i patrzyła na dramaty ludzi, którzy zwracali się do niej o pomoc. - Widziałam, jak po latach, bo to choroba wieloletnia, postępująca, degeneracyjna, przychodzili opiekunowie, którzy sami wymagali natychmiastowej pomocy. Nasze wołanie, że oni także potrzebują wsparcia, wciąż pozostaje niesłyszany apelem. Niewiele się dzieje w tym zakresie. Jestem już na takim etapie, że nie wiem, jak działać, żeby ktoś nas usłyszał. Jest już projekt ustawy o chorobach otępiennych, więc może coś się zmieni - opowiada z rozgoryczeniem, ale i nadzieją.

Na razie system wsparcia nie istnieje. - Zdjęcie z opiekunów obowiązkowo poszukiwania właściwych ścieżek pomocy przy tych wszystkich zadaniach, które mają na co dzień, byłoby ogromnym ułatwieniem. Rodziny robią wszystko, co mogą zrobić, ale i tak gdzieś z tyłu głowy zawsze pozostaje, że może można byłoby zrobić więcej albo lepiej. Oni zasługują na pomoc państwa. Nauczono nas, że musimy sobie sami radzić, więc ludzie podejmują się trudnej opieki nad bliskimi. Chciałabym, żeby istniała koordynacja pomiędzy lekarzem geriatrą, lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej i opieką długoterminową, żeby w tych sektorach była współpraca. Myślę, że wtedy dla wszystkich byłoby lepiej - i dla systemu, i dla ludzi - podsumowuje Grażyna Śmiarowska.