

## ROLA LEKARZA RODZINNEGO W OPIECE GERIATRYCZNEJ

### Streszczenie:

Na całym świecie obserwuje się wzrost populacji osób starszych. Wydłużenie średniego czasu życia paradoksalnie zwiększyło liczbę chorych z chorobami przewlekłymi i ich powikłaniami. Większość pacjentów po 65 r.ż. pozostaje pod opieką lekarzy rodzinnych. Wymagają oni specyficznego, właściwego dla wieku i stanu psycho-fizycznego podejścia. Znajomość zasad postępowania z chorymi w starszym wieku jest konieczna dla prawidłowego ich leczenia.

Osoba w wieku podeszłym ma za sobą wiele lat dorobku życiowego, pragnie cieszyć się swoimi dokonaniem. Z reguły w tej grupie wiekowej aktywność życiowa ulega znacznemu zmniejszeniu. Schyłek życia wiąże się ze współistnieniem wielu dodatkowych schorzeń, które znacząco pogarszają komfort życia przysparzając dodatkowych dolegliwości i cierpień. Należy zadać sobie pytanie, jak przy wszystkich zagrożeniach związanych z przebiegiem choroby pacjent może urzeczywistnić swoje pragnienie dożycia w spokoju i satysfakcji ostatnich lat swojego życia?

Wiek podeszły wiąże się z wieloma problemami zdrowotnymi. Zaburzenia widzenia utrudniają precyzyjne dawkowanie leków np. insuliny. Zmniejszona aktywność fizyczna sprzyja przyrostowi masy ciała, zaburzenia pamięci wpływają na sposób odżywiania i regularność przyjmowania leków. Stosowanie licznych leków często w nadmiarze bez kontroli sprzyjają wystąpieniu objawów ubocznych.

**Lekarz rodzinny** opracowując plan diagnostyczny – terapeutyczny musi uwzględniać nie tylko aktualny stan somatyczny chorego, ale także ocenę społeczną, czynnościową i przybliżone określenie czasu przeżycia. Po przeprowadzeniu dokładnego wywiadu, porozumieniu się z rodziną czy opiekunem należy zebrać informacje dotyczące aktywności życiowej, sprawności intelektualnej i fizycznej, stanu psychicznego oraz schorzeń współistniejących. Na ich podstawie należy określić cele leczenia i możliwość ich realizacji.

Zdefiniowanie wieku starszego sprawia duże trudności. Najprostsza definicja opiera się na kryterium wiekowym, przyjmującym 65 rok życia. Niektórzy autorzy proponują bardziej szczegółowy podział:

- wiek starszy (65 – 75 lat)
- wiek podeszły (76 – 85 lat)
- wiek sędziwy ( $\geq$  86 lat)

W praktyce należy uwzględnić także dane pozametrykalne, pozwalające na pełną ocenę stanu ogólnego.

Lekarz rodzinny z racji specyfiki swojego zawodu, powinien mieć najpełniejszą wiedzę o pacjencie i jego środowisku. Opiekując się chorymi w starszym wieku LR zobligowany jest nie tylko do udzielania świadczeń medycznych, ale i pozamedycznych.

Powinien znać specyfikę objawów właściwą dla wieku starszego oraz umieć określić cele terapii seniorów. Powinien wiedzieć kiedy i do jakich instytucji kierować osoby starsze, które nie są w stanie z różnych przyczyn, samodzielnie egzystować.

Starosc nie jest patologią, ale jej sprzyja.

LR powinien umieć zidentyfikować granicę normy i stanu chorobowego osób starszych.

### Cechy patologii starczej

- upośledzenie zdolności adaptacji
- zaburzenia homeostazy
- osłabienie objawów procesu zapalnego
- osłabienie reakcji immunologicznych, zwłaszcza odporności komórkowej
- nadprodukcja autoprzeciwciał
- niewydolność narządowa

### Specyfika symptomatologii w starszym wieku

- inwolucja (zmiany strukturalne)- różna dynamika
- upośledzona wydolność narządowa
- skłonność do zaburzenia homeostazy/gospodarki wodno-elektrolitowej
- przebieg chorób: wydłużony okres utajenia choroby
- rzadko wyraźne lub ostre objawy (np. cukrzyca, bóle brzucha)
- zaburzenia OUN w przebiegu innych chorób: dezorientacja, niepokój, urojenia (np. w zapaleniu płuc)
- polipatologia (współistnienie chorób)
- choroby cywilizacyjne – wieloletnia ekspozycja
- niezaradność, niedołęstwo
- przebyte operacje i urazy (blizny) – chory może nie pamiętać
- niedożywienie, niedobory
- wpływy jatrogenne, polipragmazja - utrudnienie znalezienia patogenu
- warunki życia, środowisko

### Częste objawy

Depresja, zaburzenia łaknienia, bóle i zawroty głowy, biegunki, wymioty, zaparcia, zmiany skórne, osłabienie, apatia, hipokaliemia polekowa

Badania dodatkowe – należy uwzględnić także stopień inwazyjności - narażanie na dodatkowe cierpienia i ewentualne zagrożenia

**Brak ścisłych norm geriatrycznych!**

### Specyfika opieki nad pacjentem w starszym wieku

*Konieczne:*

Cierpliwość, zrozumienie, pomoc w sprawach pozamedycznych

*Rozmowa z chorym powinna być:*

serdeczna, budzić zaufanie, w odpowiednio długim czasie;

uwzględniać sytuację bytową, rodzinną, nastrój

*Wypowiedzi lekarza:*

język prosty, jasny, z dobrą dykcją, odpowiednio głośno

*Zalecenia*

należy chorym pisać, upewniać się co do zrozumienia zaleceń przez chorego

### Problemy utrudniające porozumienie z pacjentem:

- niewłaściwe zwracanie się do chorego;  
nieodpowiednim (do stopnia wykształcenia i możliwości zrozumienia) językiem
- operowanie zbyt trudnymi dla pacjenta pojęciami
- niedosłyszenie pacjenta

- niepewna wiarygodność informacji udzielanych przez chorego
  - wskazana weryfikacja (kontakt z opiekunem)
- trudności z ustaleniem początku dolegliwości i precyzowaniu dolegliwości
- zaburzenia pamięci, dygresje, reminiscencje
- często u podłoża lęk – często odnoszenie własnych objawów do „podobnych” u innych osób, które miały groźne lub niepomyślnie zakończone choroby

Lekarz - możliwe poczucie bezradności i zagubienia wobec licznych, chaotycznie wypowiedzianych skarg, niecharakterystycznych objawów i obecności zadawnionych zmian

#### Zasady ogólne postępowania z chorymi w starszym wieku

- wywiad prowadzić kilkakrotnie
- leczenie zapewniające zachowanie lub poprawę jakości życia – często objawowe
- pamiętać konsekwencjach polipragmatyzacji
- konieczna znajomość dotychczasowej dokumentacji
- plan postępowania – kolejność badań
- diagnoza po obserwacji – pamiętać o maskach! (np. depresji)
  - unikać zarzutu niekompetencji (ostrożna diagnoza)

Rokowanie – niepewny element badania geriatrycznego

Unikać należy jednoznacznych sądów w stosunku do chorego i rodziny

Choroby często nierozpoznawalne u starszych chorych:

Zawał, choroby tarczycy, owrzodzenia przewodu pokarmowego, zakażenia, niedobory, choroby autoimmunizacyjne, depresja, niepożądane skutki politerapii

#### Rola Lekarza Rodzinnego:

Wg European Health Committee tylko **16%** problemów z jakimi osoby starsze zgłaszają się do lekarza dotyczy spraw medycznych. Większość to problemy psychologiczne i dotyczące funkcjonowania we własnym środowisku.

Wg WHO Celem leczenia osób starszych jest nie tyle dążenie do całkowitego wyleczenia chorób - co zwykle nie jest realne, ale – pomoc w utrzymaniu takiego stanu zdrowia i rozwijaniu takich zdolności, które zapewnią choremu jak największą autonomię i możliwość samoopieki.

Wg WHO Zdrowie osoby starszej to taki stan dobrego samopoczucia fizycznego i psychicznego, który pozwala na optymalne funkcjonowanie we własnym środowisku.

**Podstawowym celem i zasadą postępowania diagnostyczno-terapeutycznego lekarza rodzinnego w stosunku do osób starszych jest utrzymanie i poprawa jakości życia chorego**

Zadania LR w opiece nad pacjentami w starszym wieku:

- promocja zdrowia (styl życia: aktywność fizyczna, dieta, zainteresowania, etc)
- profilaktyka I-, II- i III-rzędowa chorób przewlekłych, „cywilizacyjnych” (cukrzyca, choroby układu krążenia, nowotwory) oraz schorzeń „typowych” dla wieku (np. osteoporozy)

**Prewencja pierwotna** - zapobieganie wystąpieniu choroby

**Prewencja wtórna (drugorzędowa)** – wczesne wykrywanie choroby i zapobieganie jej progresji

**Prewencja trzeciorzędowa** – zapobieganie powikłaniom lub opóźnianie rozwoju powikłań

- profilaktyka urazów i upadków – sprawność fizyczna chorego, leki, sprzęt ortopedyczny, porady dotyczące aranżacji „bezpiecznego” mieszkania
- zapobieganie infekcjom (szczepienia ochronne – np. p-w grypie, p-w zakażeniom pneumokokowym)
- leczenie, w tym współpraca ze specjalistami
- kontrola lekarska w domu
- samoopieka i samokontrola (w tym wybór odpowiednich technologii i technik np. obsługa glukometru, kontrola RR)
- edukacja pacjenta i opiekunów
- kontakt z rodziną – w tym ustalenie zasad opieki nad chorym, kwestia podawania leków
- opieka pielęgniarki środowiskowej
- ośrodki opieki stacjonarnej, w tym hospicjum – zasady kierowania
- opieka w domu, w tym socjalna (możliwości, informacja, skierowania)

Problemy szczególne:

- Przemoc w stosunku do starszych – ze strony małżonka lub krewnych, albo opiekunów
- Zanedbywanie (fizyczne, psychiczne, materialne) przez opiekunów i/lub rodzinę
- Wykorzystywanie osób starszych – gł. majątkowe – wykorzystywanie upośledzenia funkcji poznawczych osoby w starszym wieku
- Zagadnienia etyczne i prawne ( zgoda na leczenie, informacja o chorobie pacjenta i rodziny, dokumentacja medyczna, kwalifikacja do badań diagnostycznych i określonych metod terapii – analiza zagrożeń i korzyści, kwestie ubezwłasnowolnienia i leczenia przymusowego, decyzja chorego odnośnie reanimacji)

**Lekarz powinien być autorytetem, nie tylko ze względu na kompetencje, ale również postawę etyczno-moralną.**

Wśród najbardziej pożądanych cech „idealnej osobowości” lekarza należy wymienić:

- cechy zawodowe: głęboka wiedza (kompetencje zawodowe), duże aspiracje i ambicje zawodowe, aktywność zawodowa, zainteresowanie i zamiłowanie do zawodu, umiejętność samokształcenia
- cechy moralno-społeczne: przestrzeganie zasad etyki zawodowej, odpowiedzialność, uczciwość, gotowość poświęcenia się chorym i niesienia pomocy
- cechy umysłu: inteligencja, zdolność koncentracji, kreatywność, dobra pamięć
- cechy charakteru: skromność, opanowanie, odporność na stresy (niepowodzenia, zagrożenia)
- cechy zachowania: komunikatywność, samodzielność, umiejętność planowania i organizacji pracy, umiejętność szybkiego podejmowania trafnych decyzji, operatywność, systematyczność, lojalność, aktywność społeczna, dobre relacje z kolegami i pracownikami
- cechy fizyczne: dobry stan zdrowia, higieniczny tryb życia, schludność.

PIŚMIENNICTWO:

1. Abrams WB i wsp: MSD Podręcznik geriatricii.Wyd.I Pol., Urban&Partner, Wrocław 1999
2. Gallard ML: The training of general practitioners and geriatricians to promote the health of old people. European Health Committee, Strasbourg 1988.
3. Pędich W, Żakowska-Wachelko B: Podręcznik geriatricii dla lekarzy.PZWL Warszawa 1988
4. Tatoń J: Filozofia w medycynie, PZWL,Warszawa 2003