



Dr Mariusz Saganowski jest absolwentem (1986 rok) Akademii Medycznej we Wrocławiu. Specjalizację z geriatрії rozpoczął w 1998 roku, początkowo pod kierunkiem prof. Tadeusza Wróblewskiego, a po jego przedwczesnej śmierci kontynuował u dr. n. med. Jacka Pruszyńskiego. Ma także specjalizację z medycyny rodzinnej i chorób wewnętrznych. Jest członkiem Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego i Kolegium Lekarzy Specjalistów Geriatрії w Polsce.

# Niezależne dobre życie

O tym, jak powinna wyglądać zdrowa starość i w czym może pomóc geriatra, rozmawiamy z dr. **Mariuszem Saganowskim**, ordynatorem Oddziału Geriatrycznego Szpitala Wolskiego w Warszawie.

Rozmawiała ILONA **SZAJKOWSKA** Zdjęcia ALBERT **ZAWADA**

## **Czy jest magiczna granica wieku, po przekroczeniu której należałoby umówić się na wizytę u lekarza geriatry?**

■ Magiczną granicą w życiu człowieka jest raczej „osiemnastka”... Według WHO starość zaczyna się po 60. roku życia, według ONZ po 65. Kryterium kalendarza służy głównie celom statystycznym, a granica 65 lat wzięta się z zarządzenia kanclerza Niemiec Bismarcka, dotyczącego systemu ubezpieczenia emerytalnego. Ten ponadstuletni relikw nie sprawdza się obecnie, gdy starość stała się powszechna. Wiek kalendarzowy jest dzisiaj tylko jednym z kryteriów kwalifikowania do opieki geriatrycznej. Pozostałe kryteria to występowanie wielu chorób naraz i niesprawność funkcjonalna. W odniesieniu do wieku to raczej 75+. Kiedy rozpoczynałem edukacyjną praktyczną przygodę z geriatricą, po 50. roku życia mówiłem o profilaktyce starzenia. Dlatego nie trzymam się sztywno granicy wieku kalendarzowego.

## **Czy seniorów jako całość można podzielić na mniejsze grupy pod względem medycznym?**

■ Zdecydowanie tak. Już tylko z powodu wieku wyróżniamy młodych starych, starych starych i długowiecznych, ale zaszulkowanie do mniejszych grup bywa trudne, bo każdy czło-

wiek jest inny i zwłaszcza w starości zachowuje swoją indywidualną historię życia.

## **Czy opiekując się starszymi rodzicami, krewnymi, możemy zaobserwować sygnały, które powinny nas skłonić do konsultacji z lekarzem geriatricą? Jakie to sygnały?**

■ Z uwagi na nietypowe symptomy u osób starszych jakakolwiek zmiana w ich dotychczasowym funkcjonowaniu powinna skłaniać do zasięgnięcia konsultacji – przede wszystkim u osoby z zespołem słabości czy zaburzeniami otępiennymi. Powodem wizyty geriatricznej może być również porada profilaktyczna, kompleksowa ocena geriatriczna, optymalizacja farmakoterapii, ocena diagnostyczna – zwłaszcza gdy lekarz prowadzący mówi, iż przyczyną dolegliwości jest... PESEL.

## **Czyli po prostu starość, której nie da się wyleczyć.**

■ Jest tzw. zdrowa starość, której zdecydowanie nie należy leczyć, lecz utrzymywać poprzez przestrzeganie zdrowego stylu życia. Niestety, taki scenariusz życie pisze zbyt rzadko. I paradoksalnie właśnie wtedy opieka geriatricy może być niezwykle pomocna.

Oddział geriatryczny w Szpitalu Wolskim jest jedynym o takim profilu w województwie mazowieckim. Dysponuje 12 salami z łazienkami: dziesięcioma trzyosobowymi, jednoosobową oraz pięćosobową salą wzmożonego nadzoru z systemem monitoringu medycznego, który umożliwi ciągły pomiar parametrów życiowych. Oprócz pokoi lekarskich i zabiegowych na oddziale są sale terapii zajęciowej i fizykoterapii oraz gabinet psychologa, niezbędne do kompleksowego leczenia pacjentów ze schorzeniami wieku podeszłego.



## Czy każdy senior potrzebuje takiej opieki?

■ Obecnie jest to niemożliwe, myślę jednak, że warto byłoby nią objąć najstarszą populację, np. po 85. roku życia. Ta arbitralna granica wieku mogłaby być zmieniana w zależności od potrzeb, a także od możliwości systemu opieki zdrowotnej. Przy tak dużej jak obecnie liczbie podopiecznych lekarz rodzinny nie ma szans właściwie zaopiekować się szczególnie wymagającym pacjentem – i nie myślę tu o niedostatku wiedzy, ale o braku czasu. W obecnym systemie ubezpieczenia zdrowotnego przyjęcie do poradni geriatrycznej wymaga skierowania od lekarza NFZ-etu.

## Czym lekarz geriatra różni się od internisty albo lekarza rodzinnego? Dlaczego w ogóle jest potrzebny?

### Czy zastępuje lekarza rodzinnego w pewnym momencie życia podopiecznego?

■ Interna jako królowa nauk medycznych jest wspianą fundamentem umiejętności i wiedzy medycznej. Na niej można doskonalić sztukę geriatry, która będąc mocno związana z gerontologią, w swojej holistycznej filozofii często przekracza granice medycyny. Lekarz rodzinny jest bardzo potrzebny w systemie medycznym – jestem specjalistą również w tej dziedzinie – są jednak takie problemy zdrowotne, o których uczyłem się, robiąc specjalizację z geriatry. To np. wielkie zespoły geriatryczne, czyli przewlekłe zaburzenia, które stopniowo prowadzą do niesprawności funkcjonalnej (np. zaburzenia równowagi, nietrzymanie moczu i stolca, upośledzenie wzroku i słuchu, zaburzenia otępienne) czy sarkopenia (utrata masy mięśniowej i zaburzenia funkcji mięśni).

## Seniorzy z licznymi dolegliwościami przyjmują czasem / wiele leków naraz. Co radzi wówczas geriatra?

■ Hołdujemy zasadzie, że więcej korzyści przynosi odejmowanie leków niż ich dodawanie. W USA około 10 proc. hospitalizacji geriatrycznych jest związanych z niepożądanymi działaniami leków, co pokazuje, jak bardzo ważna i trudna jest optymalizacja farmakoterapii. A przecież nie tylko leki leczą – praca w zespole terapeutycznym uczy nas pokory i pokazuje, że sukces leczniczy w dużej mierze może być zastąpiony np. fizjoterapeutą czy psychologiem.

## Jaka jest praktyka opieki geriatrycznej? Czy są wskazane regularne wizyty, w pewnych odstępach czasu, czy raczej doraźne, w razie potrzeby?

■ Z uwagi na złożoność problemów zdrowotnych, zwłaszcza u seniorów powyżej 75. roku życia, nie przeprowadzono randomizowanych [losowych – red.] badań nad optymalizacją procesu leczenia. Stąd dobrym rozwiązaniem jest tworzenie indywidualnego planu terapeutycznego w porozumieniu z chorym, opiekunami i zespołem terapeutycznym oraz jego ewentualne modyfikowanie, gdy wystąpią nowe okoliczności.

## Z jakimi problemami zgłaszają się pacjenci na szpitalne oddziały geriatryczne?

■ Do oddziału geriatrycznego Szpitala Wolskiego są przyjmowani pacjenci głównie w trybie nagłym – to ci chorzy, których stan został zdestabilizowany przez ostry czynnik i ich życie jest zagrożone. W trybie planowym przyjmujemy pacjentów, u których diagnostyka i optymalizacja farmako-

terapii nie jest możliwa w warunkach ambulatoryjnych. Transparentny system przyjęć został opisany na stronie internetowej Szpitala Wolskiego: [wolski.med.pl](http://wolski.med.pl).

Kardynalną zasadą jest sytuacja, w której potencjalne korzyści dla chorego przewyższają ryzyko związane z hospitalizacją. Pobyt osoby chorej w szpitalu to zdecydowanie lepsza opcja niż wizyta w czterogwiazdkowym hotelu, dlatego należy szczególnie ważyć wskazania i przeciwwskazania. Ryzykiem może być destabilizacja majaczeniowa pacjenta zaburzeniami poznawczymi. Stan chorego mającego do zetknięcia z infrastrukturą i sprzętem szpitalnym może się oważnie pogorszyć. Poza tym – mimo stosowania zasad ograniczania ryzyka zakażeń wewnątrzszpitalnych – to one są jednak zdarzają.

### W jak wygląda opieka na oddziale geriatrycznym?

■ Zasadą jest praca w zespole terapeutycznym, którego członkami są lekarz, pielęgniarka, psycholog, fizjoterapeuta, terapeuta zajęciowy, opiekun medyczny oraz pracownik socjalny. Wykonujemy całościową ocenę geriatryczną, czyli ocenę problemów zdrowotnych, sprawności fizycznej, stanu psychicznego, poziomu wsparcia społecznego (w tym rodzinnego), sytuacji materialnej oraz warunków życia pacjenta. Należy to szansę poprawy poziomu i jakości świadczeń zdrowotnych, poprawy stanu funkcjonalnego i jakości życia pacjenta. Tworząc plan terapeutyczny, staramy się pamiętać o opiekunach w miarę możliwości służąc im wsparciem, w tym edukacyjnym, które może być niezbędne w okresie szpitalnym.

### W jak oddział geriatryczny różni się na tle innych oddziałów szpitalnych pod względem opieki, wyposażenia?

■ Zdecydowanie. Taki oddział powinien podlegać jednej z ogólnych zasad geriatrycznych, mówiących o tym, że środowisko należy dostosować do potrzeb i możliwości chorego pacjenta z ubytkami funkcjonalnymi, a nie odwrotnie – chory z niepełnosprawnością nie ma prawa być terroryzowany modelem szpitala z ubiegłego wieku. Ideałem byłoby oddziały ze strefami dostosowanymi do wymagań pacjenta zagrożonego, a zwłaszcza z majaczeniem. Ponadto bardzo ważne jest, aby oddział nie utrzymywał negatywnych skutków zmusu immobilizacyjnego, bowiem wymuszony prawie zawsze ruch bywa samodzielnym czynnikiem rozpoczynającym łańcuch zdarzeń, dołączającym się do kaskady niekorzystnych zdarzeń. Widać mi się swego rodzaju sale demonstracyjne, jak kiedyś w liceach medycznych, w których odbywałyby się edukowania opiekunów rodzinnych, seniorów powracających do śro-

domiska domowego, ze ścianami imitującymi właściwą łazienkę, kuchnię i pokój – w ten sposób uczyliby się na przykład, jak zapobiegać upadkom. Prezentowany mógłby tam być sprzęt wspomagający niwelowanie rozmaitych utrat. Mieściłaby się tam również strefa relaksu z kawiarenką dla osób dotkniętych chorobą Alzheimera i ich opiekunów. Aż by się chciało zapytać jak w pewnej reklamie: „czy pani to widzi”...

### Chciałabym zobaczyć... Czego najbardziej potrzebują osoby starsze? Leczenia chorób, wsparcia psychologicznego, rehabilitacji, towarzystwa?

■ Osoby w podeszłym wieku to najbardziej zróżnicowana populacja i dlatego potrzeby w zakresie szeroko rozumianego zdrowia są bardzo różnorodne. Dla zdrowych seniorów należy przygotować oddziaływania profilaktyczne, takie jak aktywność ruchowa, zdrowe żywienie, treningi i zabawy psychologiczne oraz unikanie toksyn. Niestety, duża część seniorów zmaga się z chorobami przewlekłymi albo zapada na ostre schorzenia i tu celowe jest wdrożenie farmakoterapii, fizjoterapii czy psychoterapii zależnie od rodzaju problemu zdrowotnego. W tej grupie wiekowej często wsparcie społeczne może – i to czasem dostownie – uratować życie.

### Jak często pacjenci wracają na oddział i w jakim stanie? Czy ich sytuacja rodzinna ma wpływ na stan zdrowia?

■ Niestety, zdarzają się powroty – najczęściej tych pacjentów, którzy kwalifikują się do stacjonarnej opieki długoterminowej, a kochająca bliska osoba nie chce się na to zdecydować, czasami w obawie przed krzywdzącym osądem otoczenia.

A przecież sama, często będąc człowiekiem schorowanym, mimo dobrych chęci

jest niezdolna do niesienia fachowej pomocy. To znany fakt, że przewlekła, ciężka praca związana z opieką zwiększa ryzyko poważnych chorób, w tym depresji, i może skracać życie opiekuna. W takich sytuacjach lepiej, aby chory i opiekun rodzinny byli ze sobą, ale zadania opiekuńcze pozostawili fachowcom.

### Jakie są zalecenia dotyczące codziennego życia seniora?

■ Nie jestem zwolennikiem rewolucyjnych zmian w życiu starszych osób, jeżeli więc nie ma takiej potrzeby, raczej zalecałbym kontynuowanie dotychczasowego szczęśliwego życia. Oczywiście odrobina rutyny, w tym aktywności ruchowej i intelektualnej z ulubioną zdrową strawą i chemo-profilaktyką, czyli przyjmowaniem witaminy D3 w dawce 1000–2000 jednostek, mogłyby przyczynić się do zwiększenia szans na niezależne i jakościowo dobre życie.

Tworząc plan terapeutyczny dla naszych pacjentów, staramy się pamiętać o opiekunach i w miarę możliwości służyć im wsparciem, także edukacyjnym. Może się ono okazać niezbędne w okresie szpitalnym.