- **wsparcie społeczne** skierowane do osób starszych powinno obejmować takie działania, które są podejmowane wskutek rozpoznania konkretnych potrzeb podopiecznych, a nie arbitralnie z góry narzucane przez instytucje opiekuńcze.

Rozdział II Geriatria jako specjalizacja medyczna związana z problematyką zdrowia seniorów.

1.Geriatria: podstawowe pojęcia i zadania.

Geriatria, zwana inaczej gerontologią kliniczną, jest stosunkowo nową specjalizacją medyczną. Jej rozwój nastąpił w okresie ostatnich dziesięcioleci jako odpowiedź na powszechne i swoiste potrzeby socjomedyczne ludzi starych w starzejących się społeczeństwach. Z perspektywy cyklu życia człowieka **geriatria stanowi ostatnie ogniwo z triady podstawowych dyscyplin medycznych – po pediatrii i „mediatrii" czyli klasycznejinternie.** Geriatria ewoluowała z chorób wewnętrznych jednak **problemy zdrowotne** zależne od wieku (np. neurologiczne, psychiatryczne, urologiczne, okulistyczne, rehabilitacyjne) **wykraczają zwykle poza zakres tradycyjnej interny i są ilustracją interdyscyplinarnego charakteru geriatrii w zakresie medycyny.**

Geriatria jako opieka zdrowotna nad osobami starszymi oznacza wszelkie działania profilaktyczne, diagnostyczne, terapeutyczne, rehabilitacyjne, a także organizacyjne wobec ludzi starszych. Należy przypomnieć, że za osoby starsze uważa się takie, które przekroczyły umowny próg starości, za który najczęściej uważa się 60 lub 65 rok życia. W odniesieniu do świadczeń geriatrycznych NFZ respektuje ten wcześniejszy próg starości.

Do istotnych cech wyróżniających **geriatrię jako specjalistyczną dyscyplinę kliniczną** zalicza się:

- *całościowe, holistyczne podejście do problemów zdrowotnych osób w wieku podeszłym i kompleksowe rozwiązywanie ich potrzeb prewencyjnych, leczniczych oraz psychologicznych*
- *konieczność rozróżniania i oceny stanów chorobowych (wymagających leczenia) od fizjopatologicznych następstw starzenia się człowieka wymagających raczej postepowania usprawniającego*
- *umiejętność racjonalnego koordynowania licznych potrzeb, najczęściej diagnostyczno-leczniczych oraz rehabilitacyjnych i socjalnych starszego wiekiem pacjenta.*

Naczelnym zadaniem geriatrii jest poprawa jakości życia starszego pacjenta, głównie przez poprawę sprawności fizycznej, psychicznej i emocjonalnej, mimo współistniejących chorób. Celem tych działań jest zapewnienie autonomii i możliwie długiej niezależności starszego pacjenta w jego środowisku zamieszkania. Geriatria promuje ponadto aktywność

fizyczną i społeczną osób starszych, wspiera działania profilaktyczne, wczesne wykrywanie chorób i ich właściwe leczenie, a także wspomaga działania opiekuńcze, również w okresie terminalnym. Geriatria obejmuje również problemy pozamedyczne – środowiskowe, opiekuńcze, psychologiczne, społeczne, etyczne, a także demograficzne, cechuje ją holistyczne podejście do pacjenta.

1.1 Zasady opieki geriatrycznej

Argumenty demograficzne, społeczne jak i biologiczne stawiają przed lekarzami i pielęgniarkami **szczególne wymogi związane z podstawowymi zasadami opieki geriatrycznej, należą do nich:**

- powszechność opieki
- dostępność
- ciągłość
- wysoka jakość
- indywidualizacja
- kompleksowość i integracja z innymi świadczeniami
- poszanowanie autonomii pacjenta
- zapewnienie dostępu do systemu pomocy społecznej.

Głównym celem leczenia osób starszych jest utrzymanie i wzmocnienie sprawności funkcjonalnej, by zapewnić optymalną jakość życia w starości. W tym przypadku powinien być stosowany zalecany porządek oceny potrzeb i interwencji. **Uporządkowany proces opieki geriatrycznej można opisać czterostopniowo: (2)**

1. ETAP – OCENA
    - stanu zdrowia osoby starszej (lekarz, pielęgniarka),
    - jej sprawności (pielęgniarka, psycholog, lekarz, rehabilitant)
    - zasobów (pielęgniarka, pracownik socjalny, lekarz)

    Pierwszym do osiągnięcia celem jest całościowa ocena stanu pacjenta włącznie z postawieniem dokładnego rozpoznania i ustaleniem rokowania. Kompleksowość opieki geriatrycznej powinna być poprzedzona wszechstronną oceną dostępności zasobów środowiskowych , środków zaradczych, publicznego systemu pomocy społecznej itp.

2. ETAP – USTALENIE CELÓW OPIEKI
    - czego najbardziej pacjent potrzebuje ?
    - jakie są dostępne środki zaradcze ?
    - w jakim stopniu zadanie jest wykonalne ?

Na drugim etapie opieki geriatrycznej istotne jest uzyskanie odpowiedzi na pytanie, co jest główną potrzebą osoby starszej i jakie są realne możliwości jej zaspokojenia (są to najczęściej potrzeby zdrowotne, usługowe, ulga w cierpieniu, kontakty społeczne itp.). Ustalanie tych celów wymaga dialogu między lekarzem, pielęgniarką środowiskową, pracownikiem socjalnym a pacjentem i ewentualnym opiekunem.

3. ETAP – SPECYFIKACJA PLANU DZIAŁANIA
   - podjęcie działań zmierzających do zbliżenia „potrzeb pacjenta" i „zasobów środowiska"
   - prowadzenie terapii, rehabilitacji, interwencji środowiskowej

Po uzgodnieniu celów opieki przyjęte ustalenia należy przełożyć na plan działania, dzieląc zadania pomiędzy członków zespołu opieki geriatrycznej . Podział ról między praktyków opieki geriatrycznej wynika zwykle z profesji – lekarz jest odpowiedzialny za rozwiazywanie problemów zdrowotnych; pielęgniarka środowiskowa za pielęgnację, zabiegi, edukację, kontrolę zaleceń lekarza; pracownik socjalny za zapewnienie usług socjalnych, materialnych lub pomocy finansowej

4. ETAP – REGULARNA KONTROLA
   - czy następuje poprawa, jakiej oczekiwano ?
   - czy zastosowany plan wymaga zmiany ?

Członkowie zespołu opieki geriatrycznej zobowiązani są do kontroli wyników interwencji i proponowania ewentualnej zmiany.

1.2 Znaczenie prewencji geriatrycznej

Najbardziej efektywne oddziaływania geriatryczne powinny obejmować przede wszystkim osoby z wcześniejszych niż późna starość przedziałów wiekowych, ma to być więc prewencja chorób i działania profilaktyczne. Od dawna wiadomo, że działania typu zapobiegawczego redukują śmiertelność z powodu chorób zależnych od wieku.

Podejmowanie przesiewowych badań ukierunkowanych na wczesne wykrywanie zaburzeń zagrażających utracie sprawności i samodzielności osób w późnej starości tj. po 75 roku życia **(czyli prewencja)**, prowadzi do opóźnienia instytucjonalizacji życia codziennego i utrzymania autonomii życia ludzi starych.

Profilaktyka pierwszo- i drugorzędowa obejmuje kilka ważnych działań. Badania przesiewowe umożliwiają wczesne rozpoznawanie czynników ryzyka, których eliminacja zapobiega chorobie, zaś wykrycie choroby w bezobjawowej formie umożliwia przeciwdziałanie jej ujawnieniu się i rozwinięciu. Do takich działań należą między innymi:

- wykrywanie nadciśnienia tętniczego przez powtarzane pomiary ciśnienia tętniczego krwi,
- wykrywanie otyłości lub niedożywienia poprzez coroczne kontrole masy ciała,

- wykrywanie raka piersi poprzez wykonywanie mammografii,
- wykrywanie raka okrężnicy poprzez testy na krew utajona w stolcu i badania endoskopowe,
- wykrywanie raka prostaty – poprzez badania per rectum i oznaczanie PSA,
- wykrywanie otępienia poprzez kwestionariuszową ocenę zaburzeń funkcji poznawczych.

Inne działania prewencyjne to:

- immunoprofilaktyka poprzez szczepienia ochronne np. przeciw grypie, pneumokokom,
- poradnictwo dotyczące prozdrowotnego stylu życia (porzucenie palenia tytoniu, modyfikacja diety, zwiększenie aktywności fizycznej, leczenie uzębienia)

Profilaktyka trzeciorzędowa, tj. działania naprawcze u osób już dotkniętych przewlekłymi schorzeniami, które z definicji nie są wyleczalne, ma na celu zapobieganie dalszej utracie prawidłowych funkcji organizmu. Osoby z objawami choroby zwyrodnieniowej stawów należy zachęcać do ćwiczeń fizycznych i programów rehabilitacyjnych. U osób z cukrzycą należy kontrolować przemianę węglowodanową. Obniżanie czynników ryzyka miażdżycy jest efektywne nawet u osób po zawale, udarze lub z niedokrwieniem kończyn. Intensywne leczenie niewydolności skurczowej serca redukuje dalszą dysfunkcję lewej komory a nawet śmiertelność.

Bardzo istotnym problemem wielu seniorów jest zniedołężnienie starcze (frailty). Przez pojęcie to rozumie się stan znacznego ograniczenia naturalnych rezerw ustroju prowadzący do zmniejszenia zdolności do wykonywania podstawowych czynności, osłabienia, męczliwości mięśni, upadków, często nietrzymania moczu. Można częściowo zapobiegać tym problemom poprzez program ćwiczeń fizycznych, właściwe odżywianie (ograniczenie tłuszczów nasyconych, soli) i wzbogacenie diety w błonnik, wapń oraz szereg naturalnych witamin oraz minerałów. Uświadomienie ryzyka wypadków, a zwłaszcza upadków osób starych i przeciwdziałanie im, stanowi również rodzaj strategii prewencyjnej.

Opieka nad zniedołężniałymi pacjentami w wieku podeszłym powinna być zindywidualizowana i koordynowana, z zapewnieniem komunikacji między świadczeniodawcami, aby stosować jedynie najbardziej potrzebną interwencję i unikać powielania działań nadmiernie szkodliwych.

2. Zespoły chorobowe najczęściej występujące u osób starszych

2.1 Choroby układu krążenia

Wiek znacznie podwyższa ryzyko powikłań związanych z funkcjonowaniem układu krążenia, w specjalnym raporcie grupy ekspertów choroby układu krążenia uważa się za najważniejszy czynnik ryzyka umieralności wśród populacji osób starszych.

Nadciśnienie tętnicze

Częstość występowania nadciśnienia tętniczego (HA) wzrasta z wiekiem i osiąga około 70% u osób powyżej 70. roku życia, przy czym aż u 2/3 chorych w starszym wieku stwierdza się izolowane nadciśnienie skurczowe. Nadciśnienie skurczowo-rozkurczowe dotyczy około 30% chorych w starszym wieku, a tylko 2–5% stanowią przypadki izolowanego nadciśnienia rozkurczowego. W wyniku badania NATPOL III stwierdzono, że w Polsce HA dotyczy około 30% osób, a w populacji powyżej 65 roku życia sięga 59%. Ryzyko rozwoju HA w okresie całego życia szacuje się na około 90%. Ryzyko następstw HA wzrasta z wiekiem np. ryzyko choroby wieńcowej w przebiegu HA u osoby w wieku podeszłym jest około 3-krotnie wyższe niż u chorych w młodszym wieku.

Do rozwoju nadciśnienia tętniczego predysponują zachodzące z biegiem lat zmiany w układzie sercowo-naczyniowym. Zmiany te powodują ograniczenie elastyczności tętnic. W następstwie sztywnienia ściany aorty dochodzi do zwiększonego obciążenia lewej komory serca. Obserwuje się również włóknienie myocardium i dysfunkcję rozkurczową lewej komory serca.

Warunki i metody rozpoznania nadciśnienia tętniczego

Kryteria rozpoznawania nadciśnienia tętniczego w starszym wieku są takie, jak w młodszych grupach wiekowych. U chorych na cukrzycę zaleca się, aby pomiar RR (ciśnienia tętniczego) w warunkach domowych wskazywał wartości RR < 125/75 mm Hg. Wymóg ten jest podyktowany zwiększonym ryzykiem chorób układu sercowo-naczyniowego u osób z cukrzycą w porównaniu z pozostała populacją**. Nadciśnienie rozpoznaje się przy wartościach ciśnienia tętniczego (RR) powyżej 140/90 mm Hg w warunkach gabinetu lekarskiego i powyżej 130/85 mm Hg przy pomiarze w domu chorego.**

Czynniki ryzyka HA:

RR spełniające kryteria HA w co najmniej dwukrotnych pomiarach (2 wizyty);

pomiar RR na obu kończynach górnych;

próba ortostatyczna;

automatyczne monitorowanie RR (ABPM – ambulatorybloodpressure monitoring);

pomiary RR w domu chorego (samokontrola).

Nadciśnienie tętnicze (w tym izolowane nadciśnienie skurczowe) u chorych w starszym wieku, wiąże się z większym ryzykiem powikłań niż u osób z młodszych grup wiekowych. U osób starszych wcześniej dochodzi do rozwoju powikłań HA niż u osób młodych. Zjawisko to prawdopodobnie wynika zarówno z „nakładania" się zmian w układzie krążenia będących następstwem HA, jak i procesów starzenia się.

Czynnościowa starość serca, zmiany anatomiczne, choroba niedokrwienna .

Z biegiem lat w układzie sercowo-naczyniowym dochodzi do różnego typu zmian. U osób starszych obserwuje się:

-**Stopniowe ograniczenie zmienności rytmu serca** (zarówno dobowej, jak i zależnej od faz oddychania). Zjawisko to określa się mianem „starczego usztywnienia rytmu serca"

- **Upośledzenie funkcji rozkurczowej lewej komory serca (LK).** Funkcja rozkurczowa LK stanowi najbardziej czuły wskaźnik „starości serca" (późnorozkurczowa objętość lewej komory może z wiekiem ulegać nieznacznemu powiększeniu; maleje jednak szczytowa szybkość napływu krwi z przedsionka do komory– według niektórych autorów nawet o 50%).

-**Wzrost obciążenia następczego (opór przeciw wyrzutowi)** — efekt narastającej sztywności tętnic i spadku ich podatności. Zjawisko to jest jednocześnie jedną z przyczyn umiarkowanego przerostu mięśnia serca w starości.

-**W mięśniu sercowym: zanik, włóknienie i odkładanie się złogów amyloidu**. Zmiany te mogą powodować zaburzenie „geometrii" poszczególnych jam serca.

-**W układzie przewodzącym: redukcja liczby komórek tego układu i włóknienie tkanek**. Zmiany tego rodzaju mogą prowadzić do zaburzeń przewodzenia i rytmu.

-W aparacie zastawkowym serca (głównie zastawki przedsionkowo-komorowa lewa (mitralna)i aorty): włóknienie i wapnienie. Zmiany te prowadzą do stwardnienia zastawek — tworzenia zgrubień na zastawkach. Zmiany na zastawkach sprzyjają: infekcyjnemu zapaleniu wsierdzia, tworzeniu wegetacji bakteryjnych i skrzeplin przyściennych, a w następstwie tych zmian – zatorowości obwodowej.

Choroba niedokrwienna serca (ChNS)

Częstość choroby wieńcowej wzrasta z wiekiem. Obecnie objawy ChNS stwierdza się u około 20–30% osób po 65. roku życia. Badania autopsyjne ujawniają natomiast obecność co najmniej 50% zwężeń w zakresie przynajmniej 1 tętnicy wieńcowej u około 70% chorych po 65. roku życia. ChNS stanowi jednocześnie najczęstszą przyczynę zgonów osób w podeszłym wieku. Postaci choroby niedokrwiennej mięśnia sercowego to: przewlekła choroba niedokrwienna serca; dławica piersiowa (dusznica bolesna); zawał mięśnia sercowego; nagła śmierć sercowa.

U osób w starszym wieku ChNS może mieć różne objawy kliniczne. Symptomatologia ChNS u osób w podeszłym wieku różni się w porównaniu z osobami z młodszych grup wiekowych. U chorych powyżej 75. roku życia najczęściej występującym objawem jest ból w klatce piersiowej. Choroba ma zwykle przebieg stabilny, bóle mogą mieć jednak nietypowy charakter. Niedokrwienie może natomiast objawiać się dusznością lub uczuciem ogólnego osłabienia. **Nierzadko pierwszym objawem ChNS u starszych osób może być zawał serca lub niestabilna dławica piersiowa. Dzieje się tak z powodu ograniczonej aktywności fizycznej starszych chorych (w związku z tym nie ma zauważalnych objawów ChNS poprzedzających ostry incydent) oraz ze względu na podwyższenie progu odczuwania bólu w tej grupie wiekowej. Stosunkowo częstym problemem u chorych w podeszłym wieku jest występowanie tzw. niemego niedokrwienia (cichego niedokrwienia), czyli stanów niedokrwienia przebiegających bez bólu.**

Przewlekła niewydolność serca u osób w starszym wieku

Częstość niewydolności serca wzrasta z wiekiem, niezależnie od płci. W związku ze starzeniem się społeczeństw i wydłużaniem się średniego czasu życia wzrasta także ogólna liczba chorych z niewydolnością serca. Uważa się, że faktyczna częstość tej choroby u pacjentów w podeszłym wieku jest niedoszacowana. Ponieważ — ze względu na ograniczoną aktywność fizyczną osób starszych — nie dochodzi w wielu wypadkach do pojawienia się typowych objawów. Częstość całkowitą niewydolności serca szacuje się w populacji na 0,4–2%, u osób powyżej 80. Roku życia na około 10%. Z badań Rywika wynika, że częstość niewydolności serca w populacji polskiej powyżej 65. roku życia sięga nawet 53%. Na leży podkreślić, że niewydolność serca stanowi główną przyczynę hospitalizacji osób powyżej 65 roku życia.

Przewlekła niewydolność serca stanowi zespół objawów klinicznych, do których dochodzi na skutek zmian strukturalnych i czynnościowych w sercu i w naczyniach, najczęściej — do dysfunkcji lewej komory serca (LK). Progresję tych zmian nasilają zaburzenia gospodarki wodno-elektrolitowej i neurohormonalnej, a także zaburzenia hemodynamiczne. Niewydolność serca charakteryzuje się upośledzeniem redystrybucji krwi napływającej z układu żylnego do układu tętniczego.

Pacjenci zwykle zgłaszają następujące dolegliwości:

- pogorszenie tolerancji wysiłku;
- duszność;
- zmęczenie.
- Wyróżnia się dwie postaci niewydolności serca:
- skurczową;
- rozkurczową — typową dla chorych w starszym wieku.

Klinicznie postaci tych zwykle nie da się zróżnicować. Badaniem diagnostycznym jest echokardiografia serca. Do najważniejszych przyczyn zastoinowej niewydolności serca należą:

- choroba niedokrwienna serca;
- nadciśnienie tętnicze;
- wysokie ciśnienie tętna;
- starzenie się;
- przewlekłe alkoholowe uszkodzenie serca;
- kardiomiopatia rozstrzeniowa;
- kardiomiopatia naciekowa (w przebiegu amyloidozy lub hemochromatozy);
- nadczynność tarczycy;
- niedoczynność tarczycy;
- wady serca;
- zmiany patologiczne osierdzia.

2.2 Cukrzyca u osób w starszym wieku.

Zjawisko starzenia się społeczeństw powoduje, że seniorzy chorujący na cukrzycę stanowią coraz większą grupę pacjentów objętych opieką lekarzy rodzinnych. Postępowanie z chorymi w starszym wieku wymaga odmiennego podejścia niż z pacjentami w innych grupach wiekowych. Zadaniem lekarza rodzinnego jest przede wszystkim zapewnienie tym chorym takiego leczenia, które pozwala na zachowanie lub poprawę jakości życia. Opieka nad osobą starszą chorującą na cukrzycę wymaga także edukacji otoczenia pacjenta (rodziny, opiekunów) i wytworzenia pozytywnego nastawienia do choroby i do proponowanej terapii.

Rozpoznanie cukrzycy typu 2 w większości przypadków następuje po 40. roku życia. Szczyt zachorowań na cukrzycę typu 2 występuje około 60. roku życia. Wiek jest znanym czynnikiem ryzyka cukrzycy. Dane epidemiologiczne wskazują, że wraz z wiekiem częstość cukrzycy wzrasta. Odsetek chorych w starszym wieku szacuje się na około 20%. Według niektórych badaczy w populacji powyżej 65. roku życia odsetek ten sięga nawet 40%. Postępowanie lecznicze w odniesieniu do chorych w starszym wieku wymaga specyficznego, zindywidualizowanego podejścia, innego niż w przypadku osób młodszych. Różnice zaznaczają się już w zakresie badania podmiotowego. Przeprowadzając dokładny wywiad z chorym i opiekunem, należy bowiem uwzględnić także pewne dane pozametrykalne, które pozwalają na pełną ocenę stanu ogólnego. Należy zebrać informacje dotyczące:

- aktywności życiowej;
- sprawności intelektualnej i fizycznej;
- stanu psychicznego;

- schorzeń współistniejących**.**

Rozpoznanie cukrzycy u chorych po 65. roku życia oparte jest na identycznych kryteriach biochemicznych jak u osób z młodszych grup wiekowych Stężenie glukozy oznacza się: w osoczu, krwi pełnej włośniczkowej lub żylnej. Do rozpoznania cukrzycy konieczne jest stwierdzenie dwóch nieprawidłowości lub 2-krotne stwierdzenie jednej z nich. IFG (nieprawidłowa glikemia na czczo — impairedfastingglucose) i IGT (nieprawidłowa tolerancja glukozy — impairedglucosetolerance) stanowią tzw. stan przedcukrzycowy (prediabetes). Należy pamiętać o konieczności przeprowadzenia badań przesiewowych w kierunku cukrzycy typu 2 u każdej osoby po 45 roku życia, co 3 lata —przy braku czynników ryzyka; u chorych obciążonych czynnikami ryzyka cukrzycy, co roku.

U osób po 65. roku życia cukrzyca może mieć przebieg subkliniczny (bez jawnych objawów)! Zmieniona aktywność życiowa, współistnienie schorzeń towarzyszących mogą utrudnić rozpoznanie cukrzycy u osób w starszym wieku. Występujące klasyczne objawy mogą być interpretowane jako związane z innymi schorzeniami lub dolegliwościami „typowymi" dla wieku. Rozpoznanie cukrzycy u osób w starszym wieku jest często przypadkowe; najczęściej stawiane podczas:

- badań laboratoryjnych wykonywanych z różnych przyczyn;
- konsultacji okulistycznej;
- badania ginekologicznego.

2.3 Nietrzymanie moczu i stolca

Nietrzymanie moczu

Dolegliwością bardzo często spotykaną u osób starszych jest nietrzymanie moczu. Pod tym pojęciem rozumie się bezwiedne (niezależne od woli) wyciekanie moczu przez cewkę o takiej częstości i w takiej ilości, że staje się to istotnym problemem zdrowotnym i społecznym znacząco wpływającym na pogorszenie jakości życia seniorów. Schorzenie to jest zaliczane do tzw. wielkich problemów geriatrycznych (obok zespołów psychogeriatrycznych, upadków, odleżyn i stanu odżywienia). Wielu pacjentów uważa ten problem za wstydliwy i nie zgłasza go lekarzowi, dlatego nietrzymanie moczu często pozostaje nierozpoznane i nieleczone. Uczucie zawstydzenia i skrępowania prowadzi do wycofywania się pacjentów z aktywnego życia.

Nietrzymanie moczu zwiększa ryzyko zakażeń układu moczowego, odleżyn oraz upadków i złamań wśród starszych pacjentów zmuszonych do oddawania moczu w nocy. Zwiększa także niesprawność osób starszych i uzależnia je od pomocy innych, stanowi jeden z powodów umieszczania osób starszych w instytucjach opiekuńczych. Dane dotyczące częstości występowania nietrzymania moczu są szacunkowe z powodu niedostatecznej

zgłaszalności problemu. Nietrzymanie moczu stwierdza się około dwukrotnie częściej u kobiet**. W populacji osób powyżej 65. roku życia przebywających we własnym środowisku, nietrzymanie moczu występuje u 10–20% kobiet i 7–10% mężczyzn, natomiast w domach opieki wartości te znacznie wzrastają, sięgając nawet 50–80%.**

Etiopatogeneza nietrzymania moczu jest wieloczynnikowa. Podczas procesu starzenia si´ dochodzi do zmian w układzie moczowym, które predestynują do nietrzymania moczu. Zmniejsza się pojemność pęcherza moczowego, zwiększa objętość moczu zalegającego, dochodzi do apoptozy komórek mięśniówki prążkowanej zwieracza, często pojawia się potrzeba oddawania moczu 1–2 razy w nocy. Są to zmiany fizjologiczne, na które jednak nakładają się inne schorzenia.

Znanymi czynnikami ryzyka są zakażenia układu moczowego, menopauza, otyłość, brak aktywności fizycznej po porodach, zabiegi operacyjne układu moczowo-płciowego, zaburzenia neurologiczne (otępienie, choroba Parkinsona, stwardnienie rozsiane, urazy rdzenia kręgowego, udar mózgu), choroby gruczołu krokowego (rak, łagodny przerost, stan po resekcji), choroby zapalne (gruźlica pęcherza moczowego), inne choroby (cukrzyca, niewydolność krążenia), przetoki, alkoholizm oraz niektóre leki.

Etiopatogeneza nietrzymania moczu jest wieloczynnikowa. Podczas procesu starzenia się dochodzi do zmian w układzie moczowym, które predestynują do nietrzymania moczu. Zmniejsza się pojemność pęcherza moczowego, zwiększa objętość moczu zalegającego, dochodzi do apoptozy komórek mięśniówki prążkowanej zwieracza, często pojawia się potrzeba oddawania moczu 1–2 razy w nocy. Są to zmiany fizjologiczne, na które jednak nakładają się inne schorzenia.

Znanymi czynnikami ryzyka są zakażenia układu moczowego, menopauza, otyłość, brak aktywności fizycznej po porodach, zabiegi operacyjne układu moczowo-płciowego, zaburzenia neurologiczne (otępienie, choroba Parkinsona, stwardnienie rozsiane, urazy rdzenia kręgowego, udar mózgu), choroby gruczołu krokowego (rak, łagodny przerost, stan po resekcji), choroby zapalne (gruźlica pęcherza moczowego), inne choroby (cukrzyca, niewydolność krążenia), przetoki, alkoholizm oraz niektóre leki.

Z punktu widzenia praktycznego najważniejszy wydaje się podział nietrzymania moczu na przejściowe i utrwalone. Potencjalnie przejściowe przyczyny powinny być w pierwszej kolejności rozpatrzone przez lekarza pierwszego kontaktu:

• Zaburzenia psychiczne – depresja, delirium, demencja,

psychoza

• Infekcje układu moczowego

• Atroficzne (zanikowe) zapalenie pochwy i cewki moczowej

Leki m.in. moczopędne, antycholinergiczne, przeciwdepresyjne, antypsychotyczne, uspokajające i nasenne, blokery kanału wapniowego, blokujące i pobudzające receptory α-adrenergiczne, narkotyczne leki przeciwbólowe

• Ograniczona możliwość poruszania się (choroby, niepełnosprawność) i(lub) brak odpowiedniego środowiska (odległość/trudność dotarcia do toalety, nieprzystosowanie toalety)

• Nadmierna diureza (leki, nadmiar przyjmowanych płynów, niewydolność krążenia, hipoalbuminemia, obrzęki, obwodowa niewydolność układu żylnego, hiperkalcemia, hiperglikemia)

• Zaparcia (kałowe zatkanie odbytnicy)

Najważniejsza jest szybka diagnoza i leczenie potencjalnie przejściowych przyczyn nietrzymania moczu. Umożliwia to nie tylko szybką pomoc osobie starszej, lecz również jest podstawą zapobiegania powikłaniom i utrzymania satysfakcjonującego poziomu sprawności funkcjonalnej pacjenta. Sukces terapeutyczny w utrwalonym nietrzymaniu moczu bywa rzadszy i jest z reguły związany z długotrwałym leczeniem.

Nietrzymanie stolca

Nietrzymanie stolca występuje rzadziej od nietrzymania moczu i dotyczy od kilku procent u seniorów zamieszkałych w środowisku domowym do około 50% pensjonariuszy instytucji opiekuńczo-leczniczych. Z punktu widzenia lekarza rodzinnego najważniejsza jest świadomość, że nietrzymanie stolca w około 50% przypadków spowodowane jest zaparciem i przeciekaniem płynnego stolca wokół zaklinowanych mas kałowych. Jest to szczególnie częste u pensjonariuszy domów opieki. Szybka diagnoza (badanie per rectum) i usunięcie tej odwracalnej przyczynyumożliwia powrót do normalnego funkcjonowania i zapobiega następstwom hipokinezji. Zapobieganie nietrzymaniu stolca polega w istotnym stopniu na wczesnym wykrywaniu zaparć. U osób starszych zamieszkałych w środowisku domowym nietrzymanie stolca jest często spowodowane osłabieniem mechanizmów trzymania stolca, tj. upośledzeniem czynności zewnętrznego zwieracza odbytu i mięśnia łonowo-odbytniczego. U chorych współpracujących można stosować trening mięśni dna miednicy. Skuteczną metodą leczenia nietrzymania stolca okazał się trening oparty na sprzężeniu zwrotnym (biofeedback) z pomocą monitora podłączonego do balonowego czujnika napięcia manometru anorektalnego umieszczonego w odbytnicy pacjenta. Do częstych potencjalnie odwracalnych przyczyn nietrzymania stolca należą: nieprzystosowanie domu i toalety do stopnia niesprawności chorego, depresja, majaczenie, biegunki, schorzenia dystalnego odcinka przewodu pokarmowego (nowotwory, wypadanie odbytnicy), inne choroby o ostrym przebiegu, a także nadużywanie środków przeczyszczających.

Inne przyczyny nietrzymania stolca, w których skuteczność terapeutyczna jest z reguły niewielka, obejmują:

- **demencję;**
- **upośledzenie funkcji zwieracza zewnętrznego odbytu (uszkodzenie nerwu lub uraz rdzenia kręgowego);**
- **upośledzenie funkcji zwieracza wewnętrznego odbytu (neuropatia cukrzycowa, wegetatywna).**

W tych wypadkach postępowanie koncentruje się na próbie wykształcenia u chorego dobowego rytmu oddawania stolca (przyjęcie pozycji siedzącej przed spodziewanym wypróżnieniem, masaż powłok brzusznych) oraz na odpowiednim postępowaniu pielęgnacyjnym.

Najważniejsze przyczyny zaparć to:

- siedzący tryb życia;
- mała podaż błonnika w diecie;
- niska podaż kalorii;
- niewystarczająca podaż płynów;
- niepełnosprawność i unieruchomienie;
- nieodpowiednie warunki sanitarne;
- zwolniony pasaż mas kałowych, w tym utrudniony pasaż mas kałowych z dystalnego odcinka okrężnicy do odbytu;
- zespół jelita drażliwego;
- świadome powstrzymywanie się przed oddaniem stolca;
- choroby układu nerwowego (otępienie, choroba Parkinsona, neuropatie, stwardnienie rozsiane, uraz rdzenia kręgowego, udar mózgu);
- depresja;
- przeszkody anatomiczne (uchyłkowatość, nowotwory, zwężenia);
- przyczyny endokrynologiczne (niedoczynność tarczycy, nadczynność przytarczyc);
- leki (opioidy, zobojętniające kwas żołądkowy, przeciwparkinsonowskie, przeciwhistaminowe, przeciwnadciśnieniowe, antagoniści wapnia, uspokajające, przeciwdepresyjne.

3.Choroby oczu i zaburzenia otolaryngologiczne u osób w wieku podeszłym

3.1 Choroby oczu w wieku podeszłym

W procesie starzenia się narządu wzroku wyodrębniono trzy kategorie zmian określanych jako starcze, inwolucyjne lub obecnie najczęściej związane z wiekiem:

- zmiany anatomiczne

- zaburzenia widzenia

- choroby występujące jedynie w podeszłym wieku oraz te dla których starość jest istotnym czynnikiem ryzyka.

Zaćma

Najczęstszą patologią soczewki oka ludzkiego, znaną już od kilku tysięcy lat, jest jej zmętnienie, czyli zaćma. Mętniejąca soczewka powoduje stopniowe obniżenie ostrości wzroku. Pacjenci początkowo zgłaszają rozproszenie światła wokół żarówek, reflektorów, światłowstręt w słoneczne dni, a następnie coraz silniejsze zamazywanie obrazu. Postęp choroby obniża ostrość wzroku aż do poczucia światła.

Zaćma jednostronna może być niezauważona przez pacjenta przez długi czas, zwłaszcza jeśli nie wykonuje on precyzyjnej pracy wzrokowej. U pacjentów z zaćmą jednostronną obserwuje się upośledzenie widzenia obuocznego, co objawia się np. wylewaniem wody obok szklanki, przewracaniem się na schodach itp. W przebiegu zaćmy jądrowej może dojść do rozwoju krótkowzroczności soczewkowej gdy pacjenci widza coraz lepiej z bliska bez okularów do czytania.

Zaćma może wystąpić w każdym wieku, jest również wiele przyczyn prowadzących do tego schorzenia. Ze względu na przyczyny znana jest następująca klasyfikacja zaćmy:

- wrodzona
- występująca w przebiegu chorób ogólnych
- występująca w przebiegu chorób miejscowych oka
- toksyczna, jatrogenna (polekowa)
- pourazowa
- starcza
- resztkowa

Podział ten jest jednym z wielu, znana są też inne klasyfikacje.

Najczęstsza postacią zaćmy jest zaćma starcza. Mówi się, że może wystąpić po 40 roku życia ale najczęściej spotyka się ja u pacjentów po 50 roku życia. Zaćma przechodzi przez następujące po sobie trzy etapy: zaćma początkowa, dojrzała, oraz przejrzała. Leczenie tego schorzenia polega na chirurgicznym jej usunięciu, zabieg wykonuje się gdy ostrość wzroku pacjenta obniża się na tyle, że nie może on spełniać swojej dotychczasowej roli. Soczewka jest jednym z elementów układu optycznego oka, jej usunięcie powoduje, że oko staje się nadwzroczne, a w celu poprawienia komfortu widzenia wszczepia się pacjentom sztuczne soczewki wewnątrzgałkowe. Ich moc

obliczana jest indywidualnie dla każdego pacjenta. Preferowanym obecnie miejscem implantacji sztucznej soczewki jest komora tylna oka.

Jaskra

We współczesnym rozumieniu na pojęcie jaskry składa się wiele jednostek chorobowych prowadzących do neuropatii nerwu wzrokowego (charakterystyczne zmiany w obrazie tarczy i progresywne ubytki w polu widzenia). Zmiany zanikowe w obrębie nerwu wzrokowego są w tym przypadku trwałe i postępujące; prowadzą w części przypadków do utraty wzroku. Schorzenie dotyczy obu oczu. W krajach wysoko rozwiniętych jaskra jest przyczyną ślepoty u 10- 13% chorych z całkowita utrata wzroku. Częstość jej występowania wzrasta znacznie po 50 roku życia, obejmując 10% populacji po 80 roku życia.

Patomechanizm omawianego schorzenia jest złożony, zaproponowano trzy teorie: mechaniczną, naczyniową i genetyczną. Do powstania neuropatii jaskrowej prowadzi wiele zjawisk:

- podwyższone ciśnienie wewnątrzgałkowe (śródgałkowe)
- wiek
- występowanie rodzinne
- czynniki genetyczne
- rasa

schorzenia ogólne związane chorobami układu krążenia, zmianami w ilości i jakości krwi, nikotynizmem, schorzeniami miejscowymi np. krótkowzroczność

Aktualnie wysiłki okulistów koncentrują się na opanowaniu jednego z najistotniejszych czynników tj. ciśnienia śródgałkowego. Prawidłowe wartości tego ciśnienia zawierają się w granicach 10 – 21 mm Hg i zależą od kilku składowych: szybkości wydzielania cieczy wodnistej, oporu w drogach odpływu i ciśnienia w żyłach twardówkowych. Diagnostyka jaskry opiera się na dokładnym badaniu klinicznym obejmującym wywiad, ocenę ostrości wzroku, pomiar ciśnienia śródgałkowego, badanie dna oka oraz pola widzenia. W większości postaci jaskry przebieg jest zazwyczaj bezobjawowy. Widzenie centralne jest zachowane przez długi czas, dlatego ostrość wzroku długo może pozostawać prawidłowa**. Jaskrę zwykło się nazywać „złodziejem wzroku" gdyż przebiega podstępnie, dając objawy subiektywne dopiero po znacznej destrukcji nerwu wzrokowego.** Obecnie w jaskrze stosuje się trzy modele postępowania leczniczego w zależności od stopnia zaawansowania zmian:

- farmakoterapię
- laseroterapię
- leczenie chirurgiczne

Zwyrodnienie plamki (AMD)

Plamka żółta zajmująca niewielką, centralną część siatkówki odgrywa istotna rolę w procesie widzenia (widzenie barwne, rozróżnianie najdrobniejszych szczegółów). W przypadku zmian chorobowych pojawiające się objawy w istotny sposób wpływają na zaburzenie funkcji wzroku.

Jedną z częstszych chorób jest zwyrodnienie plamki żółtej związane z wiekiem, znane najczęściej jakoAMD (age-relatedmaculardegeneration). Jest to schorzenie prowadzące do pogorszenia widzenia centralnego, a w przypadkach zaawansowanych nawet do praktycznej ślepoty. Według danych epidemiologicznych AMD jest uznawane za najczęstszą przyczynę nabytej ślepoty u osób po 50 roku życia w krajach uprzemysłowionych**. Wieloletnie badania wyodrębniły szereg czynników ryzyka rozwoju tej choroby. Można je podzielić na czynniki ogólne i miejscowe. Do czynników ogólnych zalicza się: wiek, płeć, rasa, czynniki genetyczne, nikotynizm, nadciśnienie tętnicze, wysokie BMI, ekspozycja na światło UV i widzialne, dieta uboga w antyoksydanty. AMD rozwija się głównie u kobiet rasy białej powyżej 55 roku życia, co niektórzy wiążą z menopauzą i brakiem ochronnego wpływu estrogenów. Na rozwój AMD mają również wpływ czynniki genetyczne; wykazano, że schorzenie występuje znacznie częściej u członków rodzin osób chorych na AMD.** Trzecim w kolejności czynnikiem ryzyka rozwoju AMD jest niekorzystny wpływ palenia papierosów na układ sercowo-naczyniowy.

Naukowcy wyróżnili dwie postaci schorzenia. Postać sucha występuje w około 80% przypadków i najczęściej w sposób powolny doprowadza do pogorszenia widzenia. Druga z postaci (wysiękowa), choć stwierdzana jest tylko w około 20% przypadków, najczęściej powoduje gwałtowne obniżenie ostrości wzroku. Istotą postaci suchej są postępujące z wiekiem zmiany w obrębie nabłonka barwnikowego siatkówki, który zostaje zablokowany przez produkty przemiany materii. Nie ma właściwie efektywnego leczenia wpływającego na poprawę widzenia w suchej postaci zwyrodnienia plamki. Na szczęście w tych przypadkach pogorszenie widzenia postępuje bardzo powoli więc pacjenci mają czas na adaptację do nowych warunków. Znacznie większą uwagę poświęca się terapii postaci wysiękowej, która jest główna przyczyną ślepoty u osób po 50 roku życia w krajach uprzemysłowionych. Postać wysiękowa odpowiada w 90% za nieodwracalną utratę widzenia centralnego u pacjentów z AMD po 65 roku życia.

Najczęściej stosowanymi metodami leczenia zwyrodnienia plamki są: fotokoagulacja laserowa oraz terapia fotodynamiczna z którą aktualnie medycyna wiąże duże nadzieje.

3.2 Zaburzenia otolaryngologiczne u osób w wieku starszym

Jama ustna, gardło, gruczoły ślinowe

Dolegliwości w obrębie jamy ustnej należą do częstych problemów zgłaszanych przez pacjentów w starszym wieku. Błona śluzowa jamy ustnej ulega ścieńczeniu, staje się podatna na urazy, zaburzeniu ulegają procesy gojenia i regeneracji, zwiększa się prawdopodobieństwo zmian o charakterze zwyrodnieniowym. W literaturze opisano szereg zmian chorobowych zachodzących w obrębie jamy ustnej:

Zapalenie okolic kącika ustcharakteryzuje się zaczerwienieniem, skłonnością do miejscowych owrzodzeń, pęknięciami skóry, często maceracją tkanek. Leczenie obejmuje uzupełnienie niedoborów żelaza lub witamin oraz miejscowe stosowanie leków przeciwgrzybiczych.

Glossodynia (pieczenie języka)może być objawem schorzeń miejscowych lub chorób układowych. U części chorych język nie przedstawia widocznych zmian. Część chorych zgłasza suchość języka, która na ogół jest skutkiem zmniejszenia wydzielania śliny. Schorzenia miejscowe wywołujące glossodynię to: kandydioza, łagodne przewlekłe powierzchowne zapalenie języka, liszaj płaski, drażnienie języka protezą, alergia, rak jamy ustnej.

Owrzodzenie w obrębie jamy ustnej stwierdza się u około 5% chorych w wieku podeszłym. Do najczęstszych przyczyn należa: urazy, aftowe zapalenie jamy ustnej, zakażenia grzybicze, nowotwory.

Zmiany zanikowe błony śluzowej jamy ustnej u osób w wieku podeszłym spotyka się je często. Wynikają ze spadku zawartości wody i kolagenu w tkance łącznej oraz z pogorszenia unaczynienia. Ze względu na często współistniejące zaburzenia wydzielania śliny chorzy skarżą się na suchość i ból w jamie ustnej a błony śluzowe są blade. W leczeniu stosuje się nawilżanie, preparaty natłuszczające oraz stymulujące wydzielanie śliny.

Suchość w ustach należy do najczęściej zgłaszanych przez chorych w podeszłym wieku dolegliwości. Stwierdza się zaburzenia funkcji wydzielniczej gruczołów ślinowych i wzrost lepkości śliny, a w obrębie ślinianek podżuchwowych lokalne odczyny zapalne. Tu stosuje się leki mukolityczne oraz preparaty natłuszczające (roztwór vit. E , wywary z siemienia lnianego).

Zespół Sjogrenawystępuje częściej w wieku podeszłym. Do objawów tego zespołu należą suchość w ustach, suchość oczu, zapalenia wielostawowe, obrzmienie gruczołów ślinowych. Uważa się, że istnieje zależność pomiędzy zaburzeniami w zakresie gruczołów wydzielania wewnętrznego i zmianami morfologicznymi w obrębie gruczołów ślinowych. Skutkiem tego zjawiska są zaburzenia procesów gojenia w tkankach okołozębowych oraz zaburzenia smaku.

Zaburzenia smakusą wynikiem najmniej dwóch czynników: zmniejszenia wydzielania śliny i zmniejszenia liczby kubków smakowych w obrębie języka. Chorzy zgłaszają odczuwanie metalicznego lub słonego smaku.

Otologiczne aspekty procesów starzenia

Upośledzenia słuchu chociaż typowe i dotyczące całej populacji w wieku powyżej 65 roku życia narastają łagodnie i stopniowo. Pacjent w wieku senioralnym zgłasza upośledzenie słuchu, ograniczone zrozumienie słyszanych wyrazów i słyszenie dodatkowych dźwięków. Zidentyfikowano procesy zwyrodnieniowe we wszystkich częściach ucha człowieka.

Ucho zewnętrzne: procesy zwyrodnieniowe w obrębie ucha zewnętrznego związane z wiekiem dotyczą zarówno skóry jak i jej przydatków tj. gruczołów łojowych i woskowinowych, których zadaniem jest nawilżanie i ochrona skóry przewodu słuchowego zewnętrznego oraz dalszych części ucha przed infekcją i ciałami obcymi.

Ucho środkowe: zmiany zwyrodnieniowe wynikające z procesów starzenia dotyczą także ucha środkowego, zwłaszcza jego stawów, badania wykazały obecność procesów szkliwienia i wapnienia chrząstek powierzchni i torebek stawowych.

Ucho wewnętrzne: zmiany w narządzie zmysłowym ślimaka i nerwu słuchowego powodujące tzw. głuchotę starczą. Tym mianem określa się wolno postępujący ubytek słuchu wynikający z procesów starzenia się narządu słuchu. Proces rozpoczyna się już po 40 roku życia i dotyczy najczęściej wysokich częstotliwości.

Badacze wyróżnili cztery typy głuchoty starczej:

Czuciowa**:** wynika ze zmian zanikowych narządu Cortiego, głównie w obszarze zakrętu podstawnego ślimaka, postępuje bardzo wolno.

Nerwowa*:* jest skutkiem spadku liczby neuronów ślimakowych, głównie w obrębie zakrętu podstawnego , choć nierzadko zmiany obejmują cały ślimak, ten proces też przebiega powoli.

Mechaniczna*:* podobnie jak poprzednie typy jest wolno postępującym ubytkiem słuchu, rozpoczynającym się w wieku średnim lub starszym.

Metaboliczna*:* ten typ głuchoty tłumaczy ubytki słuchu w procesie starzenia, w których brak jest konkretnych zmian somatycznych w uchu wewnętrznym mogących stanowić przyczynę zaburzenia

Zaburzenia równowagi w wieku podeszłym

Najczęstszą dolegliwością wieku podeszłego są zaburzenia równowagi, zawroty głowy, zaburzenia postawy i chodu oraz upadki. Stanowią one główny problem chorych po 75 roku życia. Uważa się, że zaburzenia równowagi dotyczą około 50% populacji osób obu płci po 65 roku życia, mieszkających we własnych domach; w domach opieki społecznej ten problem zdrowotny występuje w 80% przypadków. Najpoważniejszą konsekwencją zaburzeń równowagi wieku podeszłego są upadki, których skutki bywają zwykle wielonarządowe i mogą stanowić częstą przyczynę zgonu osób starszych. Badacze

zajmujący się tym zagadnieniem zaproponowali w tym przypadku nazwę *presbyastasis*. Rozpoznania tego schorzenia może dokonać, na podstawie badań narządu równowagi, otolaryngolog lub tez specjalista w dziedzinie geriatrii. Zadaniem otolaryngologa jest dokonanie dokładnej oceny narządu słuchu i równowagi. Człowiek stary z podejrzeniem *presbyastasis*powinien być traktowany jakopacjent z choroba neurologiczną z zaburzeniami wielu zmysłów wzajemnie się wspierających i uzupełniających w działaniu. Terapia zaburzeń równowagi osób w wieku podeszłym jest trudna ze względu na mnogość czynników etiologicznych, nakładających się na zmiany zwyrodnieniowe dotyczące wszystkich składowych układu równowagi.

4.Choroba Parkinsona i zespoły parkinsonowskie u osób starszych

4.1Podstawowe informacje o chorobie

W całej Europie i także w Polsce zwiększa się w populacji odsetek ludzi starszych, co niesie z sobą konieczność radzenia sobie z problemami, które związane są ze starzeniem się społeczeństwa. Dodatkowym wyzwaniem, dla osób i instytucji wspomagających, jest pomoc osobom, które zachorowały na chorobę przewlekłą i postępującą, jaką jest choroba Parkinsona

Choroba Parkinsona opisana po raz pierwszy przez Jamesa Parkinsona w 1817 roku zaliczana jest do schorzeń zwyrodnieniowych ośrodkowego układu nerwowego. Klinicznie charakteryzuje się występowaniem spowolnienia ruchowego, sztywności mięśni oraz drżenia spoczynkowego. Jej morfologicznym podłożem jest **zanik komórek istoty czarnej śródmózgowia, które mają zasadnicze znaczenie dla ruchu zależnego od woli człowieka , prowadzący do spadku ilości dopaminy w prążkowiu**.*(prążkowie - część tak zwanych jąder podstawy układu pozapiramidowego, jest zaopatrywana w dopaminę przez istotę czarną pnia mózgu; prążkowie to struktura uznawana za centralną część tzw. układu nagrody, który odpowiada za odczuwanie przyjemności i rozwój uzależnień; ma też udział w regulacji aktywności ruchowej oraz reakcji emocjonalnych*). Te jedyne czarne komórki w białym mózgu, są szczególnie aktywne w produkcji dopaminy - substancji przekazującej informacje z jednej komórki nerwowej do drugiej. **W mózgu osoby chorej na Parkinsona zaczyna brakować dopaminy, sygnały nerwowe stają się słabsze.**

Zbadano, iż poziom dopaminy obniża się naturalnie wraz w wiekiem człowieka i nie jest to nad wyraz szkodliwe a raczej naturalne. Niepokojące staje się dopiero, kiedy poziom hormonu spada nagle w przyspieszonym tempie – do tej pory nie odkryto przyczyny zwiększonego spadku dopaminy natomiast podejrzewa się, że taki stan rzeczy może być skutkiem na przykład dużego zanieczyszczenia powietrza, głównie pestycydami.

Przyczyny choroby Parkinsona nie zostały jeszcze w pełni wyjaśnione, a leczenie może na razie jedynie spowolnić rozwój i osłabić objawy. Chorują na nią w takim samym procencie

mężczyźni i kobiety, bez względu na warunki ekonomiczne, społeczne i geograficzne, w jakich żyją. Schorzenie to jest ściśle związane z wiekiem - dotyczy ono zazwyczaj osób powyżej 50. roku życia.

Częstotliwość występowania choroby Parkinsona wynosi około 0,15% w populacji ogólnej. U osób powyżej 70 roku życia zwiększa się ona 10-ciokrotnie i sięga 1,5%. Oznacza to, że w Polsce choruje na nią około 70 tys. Osób. Średni wiek zachorowania to 58 lat; mężczyźni chorują nieco częściej niż kobiety.

Objawy choroby

Objawy choroby Parkinsona pojawiają się i narastają powoli i stopniowo w ciągu kilku lat. Początkowo chorzy zauważają pewne spowolnienie ruchowe i jakby niezgrabność w ruchach. Niekiedy wiążą oni te objawy ze zmianami reumatycznymi lub po prostu ze starszym wiekiem. Jednak po pewnym czasie chorzy z chorobą Parkinsona zauważają u siebie zaburzenia równowagi lub trudności z wykonywaniem takich prostych czynności jak wstawanie z krzesła czy z łóżka. Na tym etapie choroby pacjent z reguły zjawia się u lekarza.

Choroba Parkinsona potrafi być bardzo podstępna. Na początku objawia się niespecyficznie: osłabieniem, zmęczeniem, łatwą męczliwością, dlatego może być przez dłuższy czas nierozpoznana. Dopiero w momencie pojawienia się bardziej charakterystycznych symptomów lekarz ogólny albo neurolog może postawić właściwą diagnozę. Objawy choroby Parkinsona są bardzo zróżnicowane, może mieć to związek z dodatkowymi indywidualnymi problemami związanymi z wiekiem i z obciążeniami zdrowotnymi, a także z szerokim przedziałem wieku zachorowania (21–80 lat), istnieniem różnych postaci rozwiniętej choroby Parkinsona, odmiennymi objawami występującymi jako pierwsze, zróżnicowaną, indywidualną reakcją na leczenie, indywidualną reakcją psychiczną na chorobę.

Klasyczne objawy choroby to:

- sztywność mięśniowa (zwiększenie napięcia mięśniowego)
- spowolnienie ruchowe (bradykinezja)
- drżenie spoczynkowe (u niektórych chorych)
- trudności w rozpoczynaniu wykonywania ruchów dowolnych.

U chorych pojawiają się trudności z wykonywaniem ruchów precyzyjnych. W efekcie zmienia się ich charakter pisma które staje się coraz mniejsze i niewyraźne.

Mogą się pojawić różne, inne objawy choroby takie jak:

- specyficzny rodzaj drżenia palców i kciuka określany jako "kręcenie pigułek"
- trudności w inicjacji ruchów dowolnych
- przodopochylenie tułowia
- zaburzenia chodu: małe, szurające kroczki i brak balansowania kończyn górnych

- zaburzenia równowagi - u chorych z chorobą Parkinsona często zdarzają się upadki
- niewyraźna, cicha mowa
- trudności w połykaniu (rzadko)
- brak mimiki twarzy
- rzadkie mruganie

Dodatkowe kryteria potwierdzające to:

- jednostronny początek objawów
- postęp choroby
- utrzymywanie się asymetrii choroby w miarę rozwoju objawów
- bardzo dobra reakcja na lek L-dopę (poprawa 70 – 100%)
- dobra reakcja na L-dopę przez co najmniej 5 lat
- długotrwały przebieg choroby – powyżej 10 lat

Stwierdzenie co najmniej trzech spośród dodatkowych kryteriów umożliwia pewne rozpoznanie kliniczne choroby Parkinsona.

Terapia choroby

Choroba Parkinsona nie wymaga leczenia szpitalnego. Najczęstszą formą terapii jest leczenie lekami, zalecane są również zabiegi fizykoterapeutyczne, masaże i kąpiele. Celem leczenia jest przede wszystkim poprawienie jakości życia chorego poprzez zmniejszenie rozwoju przypadłości.

Postepowanie w chorobie Parkinsona powinno obejmować nie tylko farmakoterapię, ale także edukację chorego odnośnie objawów i przebiegu schorzenia, kompleksową rehabilitację oraz prowadzenie aktywnego trybu życia dostosowanego do możliwości pacjenta. W farmakoterapii choroby Parkinsona stosuje się leki poprawiające proces wytwarzania dopaminy, zwiększające jej uwalnianie a także hamujące jej degradację.

Podstawową metodą jest tu doustne podawanie lewodopy - aminokwasu, który w mózgu ulega przekształceniu w dopaminę. Problem w tym, że z czasem u pewnej grupy chorych leki doustne przestają działać. U chorych, którzy nie reagują nawet na ogromne dawki leków doustnych, występują stany wyłączenia ("off") bądź włączenia ("on"). W tych pierwszych narasta sztywność mięśni, spowolnienie i pacjent "zastyga", co uniemożliwia mu ruch, a w drugim przypadku często towarzyszą nasilone ruchy mimowolne, wykluczające całkowicie precyzję. Tym dysfunkcjom fizycznym towarzyszy cierpienie psychiczne - chorzy są w pełni świadomi swoich ograniczeń i postępującego kalectwa - mówi prof. dr hab. n. med. Andrzej Bogucki z Kliniki Chorób Układu Pozapiramidowego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Prezes Polskiego Towarzystwa Choroby Parkinsona i Innych Zaburzeń Ruchowych. - Taki obraz choroby Parkinsona jest mniej znany, gdyż pacjenci w tym stadium coraz rzadziej

opuszczają swoje mieszkanie i widywani są jedynie przez członków rodziny i opiekunów. Leczenie operacyjne, stosowane w zaawansowanej fazie choroby Parkinsona odgrywa mniejszą role w terapii osób starszych. Wynika to przede wszystkim z przeciwskazań do takiego postępowania np. w przypadku : otępienia, zaniku korowo- podkorowego , obecności rozsianych ognisk niedokrwiennych oraz chorób współistniejących.

4.2 Rehabilitacja i wsparcie w chorobie Parkinsona

Rehabilitacja w chorobie Parkinsona daje pożądane rezultaty jeśli jest wykonywana systematycznie. Zaraz obok leków farmakologicznych to właśnie ta metoda pomaga minimalizować objawy jak również rozwój schorzenia. Ćwiczenia poprawiają stanowczo komfort życia pacjenta i powodują usprawnianie jego koordynacji ruchowej. Samą rehabilitacja podzielona jest zazwyczaj na dwa etapy a cierpiący korzysta z wybranych w zależności od objawów, jakie wykazuje organizm w przebiegu choroby. Najczęściej zalecana jest rehabilitacja logopedyczna oraz ruchowa.

Rehabilitacja logopedyczna związana jest głównie z problematyką sztywności mięśni, które powodują zazwyczaj brak mimiki twarzy, co w efekcie prowadzi do problemów z mową. Ta staje się niewyraźna a chory mówi ciszej. Bełkot cierpiącego w efekcie prowadzi do dyskomfortu życia, przede wszystkim biorąc pod uwagę aspekty asymilacji w społeczeństwie. Tym samym ćwiczenia z logopedą pozwalają nie tylko usprawnić jego mowę, ale także powrócić do życia towarzyskiego na dawnym poziomie.

Druga kategoria ćwiczeń wiąże się z rehabilitacją ruchową. Ta jest zazwyczaj konieczna nie tylko w zaawansowanym stadium choroby bowiem już pierwsze symptomy Parkinsona to właśnie powolność, niezgrabność ruchów i brak możliwości wykonania szybkich, kontrolowanych czynności fizycznych.

Dodatkowo, jeśli rehabilitacja ruchowa zostanie wprowadzona w miarę wcześnie, pozwoli pacjentowi zachować jego sprawność i zapobiegnie postępowi choroby. Ćwiczenia w przebiegu Parkinsona zaliczają się do dziedziny kinezyterapii i te odbywają się zazwyczaj w specjalistycznych ośrodkach lub placówkach medycznych. Pacjent wykonuje ćwiczenia wraz ze specjalistą, dzięki czemu jego sprawność ulega poprawie i staje się on samodzielny w dokonywaniu codziennych, podstawowych czynności.

Warto dodać, że zadaniem ćwiczeń ruchowych jest także niwelowanie sztywności mięśniowej, co daje możliwość zmniejszenia dawek leków farmakologicznych. W następstwie chory nie odczuwa tak wielu skutków niepożądanych a terapia lekowa jest skuteczniejsza.

Dodatkowym wyzwaniem, dla osób i instytucji wspomagających, jest pomoc osobom, które zachorowały na chorobę przewlekłą i postępującą, jaką jest choroba Parkinsona. Wyzwaniem

staje się optymalizacja programów wsparcia, pomocy, a w okresie bardzo zaawansowanych objawów choroby – optymalizacja opieki nad osobami chorymi na Parkinsona. Rodzaje wsparcia, ze względu na treść, podzielić można na: emocjonalne, poznawcze, instrumentalne, duchowe i materialne. Badania pokazały, że rodzaje udzielanego wsparcia można ogólnie podzielić na wsparcie praktyczne i emocjonalne. W samym procesie pomagania ważna jest też relacja między osobą, wspierającą i osobą otrzymującą wsparcie.

5. Zaburzenia psychogeriatryczne (otępienie, depresja, delirium)

5.1 Otępienie u osób w wieku podeszłym

Otępienie to wg ekspertów WHO będzie trudnym problemem medycznym jak i ekonomicznym, dla ludzkości w najbliższych latach. Wynika to przede wszystkim ze zwiększającej się z roku na rok populacji osób w podeszłym wieku (z potencjalną demencją). **Bardzo ważną rolą lekarza rodzinnego a także opiekuna w placówce geriatrycznej jest więc wczesne rozpoznanie choroby, skierowanie chorego do właściwego specjalisty, a następnie codzienna opieka nie tylko nad chorym ale także jego rodziną. Należy pamiętać, że pojawienie się otępienia w wieku podeszłym jest efektem procesów patologicznych rozpoczętych już w wieku średnim a nie zwykłym przejawem starzenia się.** W tym samym stopniu dotyczy to miażdżycy tętnic mózgowych jak i pierwotnie zwyrodnieniowych procesów w ośrodkowym układzie nerwowym.

Definicja otępienia:

Otępienie wg kryteriów przyjętych przez WHO jest zespołem spowodowanym chorobą mózgu, zwykle o charakterze przewlekłym lub postępującym, w którym zaburzone są takie funkcje poznawcze jak: pamięć, myślenie, orientacja, rozumienie, liczenie, zdolność uczenia się, funkcje językowe, zdolność do porównywania, oceniania i dokonywania wyborów. Świadomość nie jest zaburzona jednak upośledzeniu funkcji poznawczych towarzyszy zwykle a czasami je poprzedza obniżenie kontroli nad reakcjami emocjonalnymi, społecznymi, zachowaniem i motywacją. Dochodzi do zaniku przeżyć emocjonalnych – chory poza swoimi osobistymi sprawami nie interesuje się światem zewnętrznym. Wywołuje objawy psychopatologiczne (pobudzenie lub apatia, urojenia, zachowania agresywne). Obserwuje się chwiejność emocjonalną, rozdrażnienie, apatię, nieufność, pobudzenie, lęk, depresję. Progresja choroby następuje często skokowo, nasila się po zadziałaniu takich czynników jak uraz fizyczny lub psychiczny, infekcja, choroba.

Otępienie jest więc choroba charakteryzująca się postępującym pogarszaniem czynności intelektualnych utrudniającym lub uniemożliwiającym funkcjonowanie społeczne.

Demencja o różnej etiologii występuje u 8–10% osób po 65. roku życia, ale u ludzi powyżej 80–85. roku życia zwiększa się do 50%. Tak zwane łagodne zaburzenia pamięci, czyli zapominanie (MCI — mildcognitiveimpairment lub AAMI —age-associatedmemoryimpairment) występuje u około 70% ludzi starszych. Charakteryzuje się upośledzeniem pamięci świeżej z dobrym zachowaniem pamięci dawnej (wspomnienia z młodości). Część przypadków MCI przechodzi w pełnoobjawowe otępienie. Brak istotnych zaburzeń pamięci obserwuje się u około 20% osób w podeszłym wieku**. Wiadomo także, że najczęstsza przyczyną otępienia po 65 roku życia jest choroba Alzhaimera. Ludzi , którzy przekroczyli 85 rok życia, zasada ta nie dotyczy, w tym przedziale wiekowym częściej zdarza się otępienie naczyniopochodne i mieszane. U ok. 20% osób występuje otępienie czołowo – skroniowe i otępienie z ciałami Lewy'ego.**

Podział otępienia ze względu na przyczyny:

- zmiany zwyrodnieniowe typu alzheimerowskiego (w około 60–70%);
- otępienie typu naczyniowego (otępienie wielozawałowe, MID – multiinfarctdementia) (w około 10–20%);
- z innych przyczyn (m.in. otępienie z ciałami Lewy'ego, otępienie czołowo-skroniowe, choroba Parkinsona)(w około 5–10%);
- otępienie typu mieszanego (szczególnie typu alzheimerowskiego i naczyniowego).

W około 5% przypadków zaburzenia pamięci u osób starszych mają charakter potencjalnie odwracalny. Przyczyną zaburzeń pamięci może być:

- depresja (śmierć współmałżonka, odejście dzieci, izolacja społeczna, ubóstwo);
- stosowanie leków (tzw. geriatryczny zespół jatrogenny);
- zaburzenia wzroku i słuchu;
- zaburzenia wodno-elektrolitowe;
- zakażenia bakteryjne i wirusowe;
- choroby (nadczynność i niedoczynność tarczycy, niedobór witaminy B12 i kwasu foliowego, cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, choroba niedokrwienna serca, zawał mięśnia sercowego, zmiany niedokrwienne mózgu, krwiak podtwardówkowy, guz mózgu, wodogłowie normotensyjne, niedokrwistość, nowotwory, niewydolność wątroby i nerek).

W tych wypadkach wnikliwa diagnostyka ma szczególne znaczenie ze względu na możliwe oddziaływanie przyczynowe i poprawę stanu zdrowia pacjenta. Wyróżnia się dwa sposoby terapii otępienia:

Leczenie niefarmakologiczne otępienia:

- zapewnienie bezpieczeństwa choremu (błądzenie, nieracjonalne i niebezpieczne zachowania);

- stymulowanie codziennej aktywności fizycznej i umysłowej;
- opieka nad chorym (ograniczanie stresu, rozmowa, dostarczanie bodźców w formie rozrywki, spacery, muzykoterapia);
- edukacja i wsparcie opiekunów

Leczenie farmakologiczne otępienia:

Inhibitory acetylocholinoesterazy są lekami o najlepiej udokumentowanym działaniu poprawiającym funkcje poznawcze u części pacjentów z otępieniem. Chorzy z otępieniem typu alzheimerowskiego i otępieniem w przebiegu choroby Parkinsona reagują lepiej na leczenie w porównaniu z pacjentami z otępieniem typu naczyniowego. Optymalnie leczenie powinno być rozpoczęte w środowisku domowym, gdzie można najlepiej monitorować reakcję na leczenie. **Pacjent hospitalizowany może mieć włączone leczenie w przypadku konieczności leczenia zaburzeń zachowania i (lub) objawów psychotycznych (omamów, urojeń) w przebiegu otępienia. Brak efektów po 3 miesiącach jest wskazaniem do przerwania leczenia**. W zaawansowanym otępieniu nie ma dowodów na skuteczność inhibitorów esterazy acetylocholinowej i leczenie u tych pacjentów jest najczęściej przerywane. W takich przypadkach zamiast opisanych wcześniej inhibitorów lekarz może zastosować inne specjalistyczne leki

5.2 Depresja i delirium- inne zaburzenia geriatryczne

Depresja jest chorobą charakteryzującą się zmianami nastroju, napędu i emocji. W języku codziennym o depresji mówimy w przypadku złego samopoczucia, obniżonego nastroju, przygnębienia, niezależnie od przyczyny tego stanu. Częstość występowania depresji szacowana jest na 15–20% populacji osób po 65. roku życia.

Przyczyny depresji:

endogenne;

- choroba afektywna jedno- i dwubiegunowa;
- psychologiczne:
- depresje reaktywne (reakcja żałoby, trudności adaptacyjne, zaburzenia nerwicowe);
- somatyczne
- depresja w przebiegu chorób somatycznych (choroba nadciśnieniowa, choroba niedokrwienna serca, zawał mięśnia sercowego, złamania, operacje);
- depresje w chorobach organicznych mózgu;
- depresje związane ze stosowaniem leków;
- depresje związane ze stosowaniem różnych substancji w przebiegu zatruć i uzależnień.

Granice pomiędzy tymi trzema kategoriami zaburzeń depresyjnych są często trudne do określenia — u chorych mogą współwystępować różne przyczyny.

Objawy depresji:

- obniżony nastrój;
- zmniejszenie zainteresowań lub zmniejszenie satysfakcji z wykonywanych czynności (anhedonia);
- zaburzenia łaknienia (chudnięcie lub tycie);
- zaburzenia snu (bezsenność lub nadmierna senność);
- spowolnienie lub pobudzenie psychoruchowe;
- zmęczenie, poczucie utraty energii;
- poczucie małej wartości, poczucie winy;
- zaburzenia koncentracji, trudności w podejmowaniu decyzji;
- nawracające myśli o śmierci, myśli samobójcze.

Dla stwierdzenia depresji przez 2 tygodnie, przez większość dnia, musi występować co najmniej 5 spośród wymienionych objawów, (według kryteriów Diagnostic and Statistical Manual of MentalDisorders (DSM-IV). Pomocnym i najczęściej w praktyce stosowanym w geriatrii narzędziem jest 15-punktowa skala GDS (1).**Można również zadać dwa przesiewowe pytania:**

1. Czy w ciągu ostatniego miesiąca często dokuczało Pani/Panu przygnębienie lub poczucie beznadziejności?

2. Czy w ciągu ostatniego miesiąca często dokuczała Pani/Panu utrata zainteresowania wykonywaniem różnych czynności lub odczuwania przyjemności z ich wykonywania?

Odpowiedź pozytywna na co najmniej jedno z tych pytań wykrywa większość przypadków depresji. (czułość 97%).

. Elementami specyficznymi dla depresji wieku podeszłego są:

- urojenia hipochondryczne (obecność beznadziejnej choroby),
- urojenia winy i grzechu;
- zaburzenia pamięci (postać rzekomo otępienna) — pacjent z depresją odpowiada „nie wiem”, pacjent z zespołem otępiennym udziela błędnych odpowiedzi;
- zaburzenia świadomości występujące w około 10% przypadków;
- somatyzacja depresji — podawanie objawów typowych dla chorób somatycznych, tzw. maski depresji.

Najczęstszymi maskami depresji są bezsenność, lęk i różnorodne zespoły bólowe.

Leczenie depresji

Postępowanie niefarmakologiczne obejmuje psychoterapię i udzielenie wielopłaszczyznowego wsparcia chorej osobie starszej (szacunek dla godności pacjenta, wsparcie materialne i finansowe, zainteresowanie problemami pacjenta, kontakt z rodziną). Istotną rolę odgrywa lekarz rodzinny, który w odpowiednim momencie powinien wystawić wniosek o objęcie pacjenta opieką społeczną. Niezwykle ważna jest regularna aktywność ruchowa, która zapobiega depresji i łagodzi jej przebieg, szczególnie o łagodnym i umiarkowanym nasileniu. Leczenie najczęściej rozpoczyna się od 1/4–1/2 dawki dla osoby dorosłej, zwiększa się dawkowanie co kilka dni aż do dawki skutecznej. Poprawa następuje po 2–3 tygodniach, a pełen efekt terapeutyczny po 5–6 tygodniach. Leczenie należy prowadzić co najmniej przez 3 miesiące, z reguły co najmniej przez rok. Przy zakończeniu terapii lek należy odstawiać stopniowo, przez kilka tygodni lub nawet miesięcy (zmniejszać dawkę o 25% co 4–6 tygodni). Przy zmianie leku najczęściej odstawia się stary lek, stopniowo zwiększając jednocześnie dawkowanie nowego leku. W przypadku depresji o dużym nasileniu, depresji z objawami psychotycznymi, depresji nawracającej, depresji opornej na leczenie (brak efektu po 5–6 tygodniach leczenia), w chorobie afektywnej dwubiegunowej i przy podejrzeniu ryzyka samobójstwa pacjenta należy skierować na konsultację psychiatryczną.

Majaczenie (delirium)

Mimo braku precyzyjnych danych epidemiologicznych, można sądzić, że majaczenie jest bardzo częstym problemem osób starszych hospitalizowanych i przebywających w instytucji opiekuńczo -leczniczej. Ze względu na poważne rokowanie jest w związku z tym jednym z niezwykle innych zagadnień w geriatrii. Majaczenie jest objawem zaburzonego metabolizmu OUN w wyniku hipoksji, hipoglikemii, infekcji, chorób, zatruć (najczęściej lekami!, alkoholem), niedożywienia, zaburzeń wodno-elektrolitowych i kwasowo-zasadowych. Mózg osoby w podeszłym wieku jest bardziej podatny na wszelkie zaburzenia homeostazy, stąd łatwość wystąpienia delirium, szczególnie u chorych instytucjonalizowanych.

W przypadku podejrzenia majaczenia lekarz rodzinny powinien dokonać pełnej oceny stanu pacjenta (w tym wykonać podstawowe badania laboratoryjne), przyjmowanych leków i poszukiwać schorzenia somatycznego (zapalenie płuc, infekcja dróg moczowych, niewydolność krążenia itd.). Przydatne może być wykonanie testu przesiewowego, np. skrócony test sprawności umysłowej według Hodgkinsona (AMTS — abbreviatedmental test score). Istotne jest różnicowanietego problemu z otępieniem i depresją. Leczenie należy ukierunkować przede wszystkim na postępowanie przyczynowe. W postępowaniu niefarmakologicznym ważne jest zapewnienie spokoju i poczucia bezpieczeństwa, optymalnie w znanym otoczeniu w obecności bliskiej osoby. Należy rozważyć bilans korzyści przy kierowaniu pacjenta do szpitala (możliwość pełniejszej diagnostyki i leczenia a zagrożenia związane ze zmianą środowiska). Objawowe leczenie

farmakologiczne najczęściej polega na podawaniu leków przeciwpsychotycznych: haloperydolu (0,5–4 mg/dobę), rysperydonu (0,5–2 mg/dobę), olanzapiny (5mg/dobę) uspokajających: lorazepamu (0,5 mg jednorazowo do 3 mg/dobę).

6 Stomatologia geriatryczna

Gerostomatologia jest wyodrębnioną dziedziną stomatologii zajmującą się sprawowaniem kompleksowej opieki stomatologicznej nad osobami starszymi. Umownie za osoby starsze przyjmuje się ogół populacji powyżej 65. roku życia. Gerostomatologia uwzględnia morfologiczno-anatomiczne i czynnościowe zmiany w wieku starszym oraz wdraża mowe metody leczenia i rehabilitacji pacjentom geriatrycznym.

Jest to praca z osobami dotkniętymi przewlekłymi chorobami ogólnoustrojowymi wpływającymi na ogólny stan zdrowia, co stawia przed dentystą szczególne wyzwania. Podstawową kwestią jest posiadanie specjalistycznej, specyficznej wiedzy ogólnomedycznej i stomatologicznej, umożliwiającej rehabilitację narządu żucia. Jest to prawdziwe wyzwanie dla stomatologa, gdyż każdy przypadek wymaga indywidualnego dostosowania procedur stomatologicznych do postępujących procesów inwolucyjnych związanych z wiekiem.

Punktem wyjścia w tej pracy jest umiejętność postawienia trafnej diagnozy, ustalenie planu postępowania i leczenia zapobiegającego rozwojowi chorób jamy ustnej. Występująca w tym wieku wielochorobowość, przyjmowanie przez pacjentów wielu leków i ich wpływ na aktualny stan zdrowia są istotnym utrudnieniem w trafności rozpoznania.

Obserwuje się szereg zmian w obrębie jamy ustnej związanych z wiekiem, do najpowszechniejszych należą:

- Zmiany zwarcia spowodowane starciem zębów
- Kruchość zębów spowodowana przebarwieniem, odwodnieniem
- Dysfunkcja gruczołów ślinowych
- Suchość w jamie ustnej
- Inne

Zmiany błony śluzowej występują na skutek procesu starzenia jak i na skutek działania czynników patogennych. Nabłonek staje się cieńszy, traci elastyczność, co czyni go podatnym na zapalenia, urazy i zakażenia oraz zmiany nowotworowe.

Dysfunkcji ulegają też gruczoły ślinowe. Wiele starszych osób cierpi na suchość w jamie ustnej – kserostomię czyli zmniejszone wydzielanie śliny.

- Kserostomia prawdziwa (typ 1.) występuje w wyniku zmniejszonej wydolności gruczołów ślinowych z prawidłowo zachowaną błoną śluzową.
- O kserostomii (typ2.) mówimy wtedy gdy obserwowany jest zanik błony śluzowej.

- Kserostomia rzekoma – to subiektywne odczucia pacjenta, objawiające się uczuciem pieczenia i suchości bez klinicznych przesłanek.

W każdym z wymienionych przypadków w oparciu o diagnostykę stosuje się odmienne leczenie (przyczynowe, objawowe) i działania terapeutyczne. Etiopatogeneza tego zjawiska obejmuje działania niepożądane wielu leków, powikłania współistniejących chorób jak również efekty uboczne radioterapii. Niekiedy poprawa następuje po zmianie leków przyjmowanych przez pacjenta w leczeniu innych przewlekłych chorób. Czynność gruczołów ślinowych zaburzają leki moczopędne, antycholinergiczne, opiody, leki przeciwdepresyjne, neuroleptyki, przeciwhistaminowe oraz leczenie onkologiczne.

Zaburzenia funkcji motorycznej i czuciowej narządu żucia wraz z wiekiem się nasilają. Leki stosowane w chorobie Parkinsona, udaru, białaczek w znaczący sposób upośledzają funkcję żucia, utrudniając formowanie kęsów i ich połykanie. Obserwuje się też zmiany w stawie skroniowo-żuchwowym.

Często występującą chorobą w wieku starszym jest cukrzyca. Jest to choroba z całym wachlarzem możliwych ogólnoustrojowych powikłań. Leczenie zębów, protetyka i inne zabiegi stomatologiczne u tych osób mogą być wykonywane po ustabilizowaniu poziomu cukru we krwi w osłonie antybiotykowej trwającej przez 5 – 7 dni. Celem jest utrzymanie w jak najlepszej kondycji aktualnego stanu uzębienia oraz rehabilitacja protetyczna ułatwiająca prawidłowe formowanie kęsów pokarmu.

Zaburzenia i choroby układu oddechowego pacjenta w wieku podeszłym są wskazaniem do tego, aby zabieg stomatologiczny odbywał się z zapewnieniem pacjentowi dopływu świeżego powietrza z możliwością użycia tlenu oraz aerozolu wodnego chłodzącego narzędzia obrotowe oraz piezoelektryczne. Pacjent powinien być ułożony w wygodnej pozycji półleżącej.

Choroby układu sercowo-naczyniowego pacjenta, dla lekarza stomatologa są często wskazaniem do konsultacji z lekarzem kardiologiem bądź internistą. U pacjentów z nadciśnieniem zabieg może być wykonany po ustabilizowaniu ciśnienia rozkurczowego poniżej 90 mmHg.

Leczenie stomatologiczne pacjentów z przewlekłymi chorobami nerek powinno być ostrożne, uwzględniające możliwe znaczne ubytki utraty masy kostnej. Pozornie duża żuchwa jest słabo wysycona substancją mineralną z powodu hemodializ.

System stomatologicznej oceny osób w starszym wieku składa się z 4 kategorii. (1)

1. Ocena subiektywna: data urodzin, nazwisko, płeć, historia obecnej choroby, historia przebytych chorób, wykaz zabiegów, hospitalizacji, aktualnie przyjmowane leki, dane stomatologiczne, dane socjalne.
2. Ocena obiektywna: to informacje dotyczące wyników badania głowy, stawu skroniowo- żuchwowego, szyi, mięśni żwaczy.

3. Analiza wyników badań diagnostycznych, diagnostyki różnicowej, diagnozy klinicznej oraz diagnozy histopatologicznej.
4. Proponowany plan leczenia zawierający dodatkowe badania diagnostyczne.

System planowania leczenia (OSCAR System 12) (1)

System ten zawiera informacje potrzebne do oceny zdolności funkcjonalnych i potrzeb osób starszych. Składa się z pięciu rodzajów informacji pomocnych dentyście w dostosowaniu i właściwym pokierowaniu leczeniem. Informacje te dotyczą:

1. Zębów, protez, odtwarzania tkanek, ozębnej, stanu miazgi, stanu błony śluzowej, zwarcia łuków, śliny.
2. Wieku, obserwowanych zmian, rozpoznania lekarskiego, środków farmakologicznych, działań interdyscyplinarnych.
3. Zdolności funkcjonalnej, czynności wykonywanych samodzielnie, higieny, zdolności do samodzielnego przemieszczania się.
4. Zdolności do podejmowania samodzielnych decyzji.
5. Priorytetów leczniczych, zasobów finansowych, znaczenia długości i jakości życia.

Współczesna stomatologia oparta na powyższych systemach oceny i planowania leczenia, może objąć seniorów wieloma sposobami rehabilitacji protetycznej. Znana od wielu lat protetyka, protez ruchomych, częściowych, całkowitych, mostów protetycznych , została rozszerzona o leczenie implantologiczne a wprowadzenie do leczenia tzw. implantów zagęszczających kości powiększa liczbę pacjentów starszych, którzy mogą być poddani tego rodzaju rehabilitacji implantologicznej.

Geroprotetyka XXI stwarza możliwości rekonstrukcji uzębienia (rozwiązania odtwórcze), które kilkadziesiąt lat temu były tylko odległymi marzeniami.

7. Całościowa ocena i opieka geriatryczna pacjenta

7.1 Dylematy całościowej opieki geriatrycznej w Polsce

Nie ma jednolitej, powszechnie uznanej definicji pacjenta geriatrycznego. Można jednak przytoczyć kilka cech właściwych tej grupie**. Pacjent geriatryczny to najczęściej osoba w późnej starości (w wieku 80+) ze złożoną wielochorobowością (najczęściej pięć – sześć chorób) i wieloma niesprawnościami , zespołem wielonarządowej niewydolności, przyjmujący wiele leków**. Prof. n. med. Barbara Bień z Kliniki Geriatrii UM w Białymstoku pisze, że taki pacjent geriatryczny ma średnio 82 lata, 4 – 5 różnych problemów medycznych oraz przyjmuje co najmniej siedem leków.

Celem geriatrii nie jest całkowite wyleczenie pacjenta lecz polepszenie jakości jego życia poprzez poprawę funkcji narządowych i życiowych. Znane są badania wykazujące, że odpowiednie podejście geriatryczne zmniejsza ryzyko śmierci w ciągu roku o 22%,

zwiększa prawdopodobieństwo zamieszkiwania we własnym domu o 47% i istotnie obniża ryzyko ponownego pobytu w szpitalu.

Po przeprowadzonej kontroli NIK opublikowano analizę wskazującą na brak kompleksowych i wystandaryzowanych procedur postępowania przeznaczonych dla osób w wieku podeszłym. W polskim systemie opieki zdrowotnej starszy człowiek ze swoimi dolegliwościami najpierw trafia do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, który nie mając wystarczającego przygotowania geriatrycznego odsyła go do specjalisty. A, że osoba starsza cierpi najczęściej na wiele chorób, kierowana jest do kilku specjalistów. Każdy z nich leczy ją w swoim zakresie nie zwracając uwagi na zaordynowane przez innego specjalistę leki. NIK stwierdza ponadto, że do tej pory nie wprowadzono w życie rozporządzenia dotyczącego standardów postepowania w opiece geriatrycznej, chociaż odpowiedni dokument opracowano w 2007 roku w powołanym przez ministra Zespole ds. Gerontologii. W ocenie NIK, standardy powinny stanowić podstawę dla tworzenia systemu opieki geriatrycznej. Pokazują one krok po kroku, jak należy zorganizować opiekę nad pacjentem w podeszłym wieku począwszy od poradni geriatrycznej, poprzez oddział geriatryczny, po opiekę poszpitalną.

W standardach znajduje się także opis całościowej oceny geriatrycznej COG, która jest fundamentalną procedurą postępowania w geriatrii. Stosowanie COG daje możliwość skutecznego rozpoznawania problemów, planowania leczenia i postępowania poprawiającego sprawność fizyczną oraz umysłową osób w wieku podeszłym. Umożliwia także korzystne dla pacjenta zmniejszenie liczby przyjmowanych leków i ograniczenie innych dodatkowych świadczeń np. częstych hospitalizacji . Okazało się ponadto, że chociaż procedura całościowej oceny geriatrycznej została wprowadzona do leczenia szpitalnego na początku 2012 roku to nie jest ona powszechnie stosowana. Wykonano ją jedynie u 14,3% pacjentów, dla których była przeznaczona. Korzystną sytuacją byłoby wykorzystywanie przynajmniej jednego, ważnego elementu COG czyli tzw. skali VES 13, dzięki czemu można w prosty sposób ustalić, który z pacjentów po 60 roku życia kwalifikuje się do objęcia opieką geriatryczną.

7.2 Procedura całościowej oceny geriatrycznej (2)

Całościowa ocena geriatryczna (COG) jest obszernym procesem diagnostycznym niezbędnym do oceny sytuacji biopsychospołecznej seniora przebywającego w środowisku domowym lub instytucjonalnymi obejmuje ocenę:

- stanu czynnościowego,
- stanu zdrowia fizycznego,
- poziomu funkcji umysłowych
- sytuacji socjalno-środowiskowej.

Całościowa ocena geriatryczna (COG) jest to wielokierunkowy, zintegrowany proces diagnostyczny, którego celem jest określenie zakresu zaburzenia dobrostanu (według definicji zdrowia WHO), priorytetów leczniczo-rehabilitacyjnych, potrzeb i możliwości zapewnienia dalszego leczenia/rehabilitacji/opieki (dom, dom opieki, zakład opiekuńczo-leczniczy, oddział szpitalny). Pozwala ocenić zdolność osoby starszej do samodzielnego funkcjonowania oraz określić potrzeby zdrowotne, psychologiczne i socjalne osoby w wieku podeszłym. Określa hierarchię potrzeb osoby starszej. **Optymalnie przeprowadzana jest przez zespół w składzie: lekarz, psycholog, rehabilitant, pielęgniarka, pracownik socjalny. Bardzo istotna jest współpraca z rodziną chorego.**

Ocena stanu czynnościowego

Metodami najczęściej stosowanymi w badaniach są skale:

- oceny podstawowych czynności życia codziennego, czyli funkcjonowania codziennego (ADL — Activites of DailyLiving)
- oceny złożonych czynności życia codziennego, czyli funkcjonowania instrumentalnego (IADL — InstrumentalActivites of DailyLiving).

Skala ADL zawiera sześć pytań dotyczących stopnia samodzielności w zakresie wykonywania przez pacjenta codziennych czynności, do których zaliczono utrzymanie higieny, ubieranie się, korzystanie z toalety, kontrolowanie zwieraczy (oddawanie moczu i stolca), karmienie, a także poruszanie się związane ze zdolnością do kładzenia się i wstawania z łóżka oraz siadania i wstawania z krzesła. Niewielka liczba zdobytych punktów według tej skali świadczy o niezdolności osoby do samodzielnego funkcjonowania oraz konieczności pomocy ze strony innych ludzi w zakresie poszczególnych czynności życia codziennegotakich jak: spożywanie posiłków, poruszanie się, utrzymywanie higieny, ubieranie się, kontrola zwieraczy itp. Wraz z mniejszą liczba punktów badany jest kwalifikowany do grupy osób wymagających określonej opieki innych osób.

Skala IADL ocenia osiem parametrów funkcjonowania instrumentalnego dotyczących zdolności posługiwania się telefonem, dokonywania zakupów, przygotowywania posiłków, sprzątania, prania, korzystania ze środków transportu, przyjmowania leków oraz posługiwania się pieniędzmi. Przy pomocy skali IADL oceniamy niezależność człowieka w funkcjonowaniu w otaczającym go świecie. Autonomia osoby badanej zmniejsza się wraz ze spadkiem liczby punktów, czyli mniejszą zdolnością do wykonywania określonych czynności.

Kolejnym narzędziem badawczym jest kwestionariusz EASY-Care. Przez kompleksową ocenę funkcjonalną umożliwia on analizę potrzeb socjomedycznych seniora w środowisku zamieszkania. Kwestionariusz EASY-Care oprócz danych personalnych respondenta i ankietera zawiera pytania oceniające zdolność widzenia, słyszenia oraz żucia pokarmów. Obejmuje samoocenę stanu zdrowia, samopoczucia oraz analizę sprawności w zakresie czynności codziennych (ADL) i instrumentalnych (IADL) rozszerzoną o wskazanie osoby pomagającej w wykonywaniu danej czynności. W dalszej części kwestionariusz EASY-Care

zawiera sześciopunktowy test badający stopień upośledzenia czynności poznawczych oraz pytania dotyczące indywidualnych potrzeb respondenta.

Ocena stanu zdrowia fizycznego

W ocenie stanu zdrowia fizycznego mającej na celu określenie współistniejących schorzeń ocenę stopnia ich zaawansowania oraz ryzyko powikłań bierze się pod uwagę:

- badanie podmiotowe i przedmiotowe seniora;
- wyniki badań diagnostycznych;
- skale powszechnie stosowane w medycynie (np. skala niewydolności krążenia według NYHA; kanadyjska skala oceny choroby wieńcowej)
- skala´ oceny równowagi i chodu (ocena ryzyka upadków) Tinetti — zbiorcza ocena funkcji układu nerwowego i ruchu. Niska ocena wskazuje na potrzebę wyposażenia badanej osoby w nocne oświetlenie podłogi, poręcze przy łóżku i w łazience, chodzik itd.
- ryzyko powstawania odleżyn (skala Nortona) —ukierunkowanie działań prewencyjnych
- ocenę stanu odżywienia (MNA — Mini NutritionalAssessment)
- ocenę ryzyka operacyjnego — grupuje chorych na operacyjnych: z wyboru, ze wskazań życiowych oraz przewidzianych do leczenia paliatywnego.

Oceny stanu zdrowia dokonuje lekarz przez badanie podmiotowe i przedmiotowe oraz analizę wyników różnorodnych badań diagnostycznych. **Pomocne w ocenie stanu zdrowia, a zarazem sprawności funkcjonalnej, jest stosowanie wielu kwestionariuszy**. Zbliżonym, lecz poszerzonym testem w stosunku do wymienionego już TUG **jest skala oceny równowagi i chodu (skala Tinetti).** Ocenia się równowagę podczas siedzenia, wstawanie z miejsca, równowagę bezpośrednio po wstaniu z miejsca, równowag´ podczas stania, równowagę podczas próby trącania przy otwartych i zamkniętych oczach badanego, obracanie się o 360° i siadanie. Podczas oceny chodu badany stoi obok badającego, idzie wzdłuż korytarza lub przez pokój — najpierw zwykłym krokiem, a z powrotem krokiem szybkim, ale w sposób bezpieczny, korzystając z laski lub chodzika (jeśli posługuje się nimi zwykle). Ocenia się zapoczątkowanie chodu, długości i wysokość kroku, zasięg ruchu prawej i lewej stopy przy wykroku, symetrię kroku, ciągłość chodu, ścieżkę chodu (należy oceniać na odcinku około 3 m, odnotować odchylenie rzędu 30 cm), kołysanie tułowia i korzystanie z przyrządów pomocniczych, pozycję pięt podczas chodzenia. Wynik końcowy ocenia się w punktach (maksymalnie 28). Z prostych testów funkcjonalnych stosuje się również test 6-minutowego marszu, test marszu na dystansie 6 m i 10 m, test zasięgu funkcjonalnego (mierzy najdalszy zasięg kończyny górnej osiągany w pozycji stojącej bez podparcia i bez wykonywania kroków) i test równowagi dynamicznej (pacjent startuje z pozycji stojącej i najszybciej jak to możliwe pokonuje dwukrotnie dystans 10 m po torze w kształcie ósemki**).**

Testem oceniającym stan odżywienia i jednoczenie sprawność funkcjonalną jest kwestionariusz oceny stopnia odżywienia — MNA — Mini NutritionalAssessment. Wersja pełna kwestionariusza zawiera 18 pytań dotyczących oceny stopnia odżywiania tzn. przyjmowania pokarmów, utraty masy ciała, zdolności do samodzielnego poruszania się, występowania ostrej choroby lub stresu w przeciągu ostatnich trzech miesięcy, problemów neurologicznych, wskaźnika masy ciała BMI, liczby przyjmowanych leków, spożywania posiłków, obwodu ramienia i łydki. Łączna liczba punktów równa jest 30. Grupa osób, które otrzymują liczbę punktów powyżej 23,5, określona jest jako posiadająca dobry stan odżywienia. Osoby znajdujące si´ w przedziale od 17,0 do 23,5, charakteryzowane są jako grupa ryzyka niedożywienia.

Ocena stanu umysłowego

W ocenie stanu umysłowego mającej na celu określenie występowania i zaangażowania zaburzeń funkcji poznawczych oraz stanu emocjonalnego wykorzystuje się:

- skale oceniające ilościowo czynności poznawcze (sprawność umysłową):
    - skala Folsteina (MMSE — Mini MentalStateExamination) — bada najważniejsze aspekty sprawności umysłowej: orientację, zapamiętywanie, liczenie i koncentrację uwagi, pamięć świeżą i funkcje językowe; —
    - skrócony test sprawności umysłowej według Hodgkinsona;
    - test rysowania zegara.
- skalę niedokrwienia Hachinskiego — różnicowanie otępienia naczyniowego i choroby Alzheimera;
- skale oceniające stan emocjonalny (afekt, lęk i depresję) — najczęściej stosowana jest 15- punktowa geriatryczna skala oceny depresji Yesavage'a.

W ocenie funkcji poznawczych i stanu psychicznego stosuje si´ najczęściej krótką skalę oceny stanu psychicznego — mini-mentalstateexamination (MMSE) oraz geriatryczną skalę oceny depresji — geriatricdepressionscale (GDS). Arkusz odpowiedzi skali oceny stanu psychicznego MMSE zawiera sześć grup zadań sprawdzających stopień funkcjonowania podstawowych procesów psychicznych, takich jak: orientacja w czasie i w miejscu, zapamiętywanie, uwaga i liczenie, przypominanie, funkcje językowe oraz praksja konstrukcyjna. Wynik możliwy do zdobycia wynosi 30 punktów. Wynik 27–30 punktów określany jest jako prawidłowy. Osoby badane uzyskujące wynik od 24 do 26 punktów charakteryzowane są jako posiadające zaburzenia poznawcze, ale jeszcze bez otępienia. Wynik 19–23 punktów mówi nam o możliwości występowania u respondenta otępienia w stopniu lekkim, 11–18 punktów — w stopniu średnim oraz 0–10 punktów — w głębokim stopniu otępienia. Testami przesiewowymi służącymi do oceny funkcji umysłowych są skrócony test sprawności umysłowej według Hodgkinsona i test rysowania zegara (CDT — clockdrawing test). CDT polega na narysowaniu tarczy zegara, wstawieniu cyfr oznaczających godziny oraz wskazówek godzinowej i minutowej (najczęściej ustawionych na godzinie trzeciej). Pomimo prostoty wykonania, interpretacja testu nie jest jednoznaczna i może

służyć jedynie do oceny orientacyjnej stanu pacjenta. Geriatryczna skala oceny depresji (GDS) ocenia stan samopoczucia osoby badanej w ciągu ostatnich 2 tygodni. Zawiera 15 pytań, każde uwzględniajàce dwie możliwe odpowiedzi: tak lub nie. Osoba badana, wybierając odpowiedź świadczącą o występowaniu złego samopoczucia, otrzymuje 1 punkt. Wynik: † 5 punktów, oceniany jest jako prawidłowy, od 6 do 10 punktów oznacza depresję umiarkowaną, 11–15 punktów określa osoby z ciężką depresją.

Ocena socjalno-środowiskowa

Okres starości związany jest z wieloma problemami społecznymi jak samotność (często po śmierci współmałżonka, odejście dzieci), nuda, nadmiar czasu, ubóstwo, zmiana trybu życia po przejściu na emerytur´. Nakłada się na to wielochorobowość i niepełnosprawność utrudniająca codzienne funkcjonowanie. Najlepszą formą wsparcia społecznego jest rodzina (model rodziny wielopokoleniowej).

W dobie obecnych zmian społeczno-demograficznych pomoc rodziny jest często ograniczona — z powodu braku możliwości, a niekiedy niestety i chęci. **Bardzo dobrym elementem rehabilitacji społecznej są uniwersytety trzeciego wieku, kluby seniora, kluby zainteresowań, organizacje religijne.** Umożliwiają one zawieranie nowych znajomości, zdobywanie wiedzy i umiejętności, udział w kołach zainteresowań, wycieczkach i imprezach kulturalnych. Dostęp do tego typu działalności jest niestety często możliwy tylko dla niewielkiej grupy osób starszych zamieszkujących rejony większych miast i będących w kondycji zdrowotnej umożliwiającej korzystanie z takich zajęć. **Niezwykle ważną rolę w zespole geriatrycznym odgrywa pielęgniarka/pielęgniarz. Pielęgniarka/pracownik socjalny powinien udzielać podopiecznemu i jego rodzinie wsparcia informacyjnego (konsultacje, doradztwo, przekazywanie podstawowej wiedzy o chorobie, domowych środkach pielęgnacyjnych i leczniczych oraz nauczenie podstawowych zabiegów pielęgnacyjnych), instrumentalnego (kształtowanie umiejętności korzystania ze sprzętu, udogodnień czy środków do pielęgnacji osoby chorej i(lub) niesprawnej)i emocjonalnego (obserwacja i pomoc w określeniu istniejącego problemu, a przede wszystkim poszukiwaniu metod i różnorodnych form ich realizacji).** Opieka pielęgniarska powinna być ciągła i skoordynowana — umożliwia poznanie i monitorowanie wszystkich problemów, z jakimi borykają się ludzie starsi. Opiekując się osobami starszymi, pielęgniarka powinna dokonywać bieżącej analizy poziomu sprawności fizycznej i umysłowej oraz sytuacji socjalno-bytowej pacjenta. Dzięki umiejętnemu nawiązaniu kontaktu, zdobywaniu zaufania podopiecznego oraz dużej ilości czasu spędzanego z seniorem ma ona istotne informacje dotyczące sprawności funkcjonalnej podopiecznego. Wymagania dotyczące opieki nad osobami w starszym wieku często wykazują dużą dynamikę zmian— z powodu zmieniającej się kondycji psychofizycznej seniora oraz różnych możliwości (poziomu wydolności opiekuńczo-pielęgnacyjnej) rodziny. Z czasem większość osób starszych z coraz większym trudem wykonuje bardziej skomplikowane, a następnie zwykłe czynności dnia codziennego— znacznie je ogranicza lub nie jest w stanie w ogóle wykonać. **W tej sytuacji, gdy senior wymaga stałej i intensywnej**

pomocy, której pełna realizacja nie jest możliwa w warunkach opieki domowej i powinna przebiegać w warunkach instytucjonalnych, pielęgniarka/pracownik socjalny w zestawieniu z oceną lekarską determinują algorytm postępowania wobec seniora, dlatego też lekarz rodzinny powinien pozostawać w ciągłym kontakcie z innymi pracownikami ochrony zdrowia sprawującymi opiekę nad osobą starszą.

8. Zasady opieki geriatrycznej, kwalifikacje członków zespołu geriatrycznego

Na podstawie przeprowadzonej kontroli NIK wskazuje na brak powszechnych, kompleksowych i zestandaryzowanych procedur postępowania dedykowanych osobom w wieku podeszłym. W polskim systemie opieki zdrowotnej starszy człowiek ze swoimi dolegliwościami trafia w pierwszej kolejności do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Ten z reguły nie ma wystarczającego przygotowania w zakresie geriatrii (tej dziedziny medycyny nie ma w obowiązkowych programach kształcenia uczelni medycznych) i dlatego traktuje starszego pacjenta, jak każdego innego w średnim wieku: wysyła do specjalisty. A że osoba starsza najczęściej cierpi na wiele chorób jednocześnie, wysyłana jest więc do wielu różnych specjalistów. Każdy z nich z kolei leczy pacjenta w swoim zakresie, często nie zwracając uwagi na inne, wcześniej zaordynowane leczenie. NIK wskazuje, że istnieją skuteczniejsze, mniej uciążliwe i zarazem mniej kosztowne sposoby opieki nad pacjentami w wieku podeszłym. Taką propozycją są standardy postępowania w opiece geriatrycznej opracowane przez Zespół ds. Gerontologii, ich najważniejsze aspekty omówiono poniżej:

1**. Zespołowe podejście geriatryczne to proces kompleksowej oceny problemów zdrowotnych, sprawności fizycznej, stanu psychicznego, poziomu wsparcia społecznego, w tym rodzinnego, sytuacji materialnej oraz warunków życia osoby w wieku co najmniej 60 lat z wielochorobowością i wielonarządową patologią zależną od wieku**, która wymaga całościowej oceny i opieki specjalistycznej, realizowany przez interdyscyplinarny zespół geriatryczny w celu zapewnienia właściwego poziomu i jakości świadczeń zdrowotnych oraz kompleksowego rozwiązywaniu problemów zdrowotnych osób w wieku co najmniej 60 lat z wielochorobowością i wielonarządową patologią zależną od wieku, która wymaga całościowej oceny i opieki specjalistycznej.

2**. Członkowie zespołu geriatrycznego dokonują badania osoby w wieku co najmniej 60 lat z wielochorobowością i wielonarządową patologią zależną od wieku, która wymaga całościowej oceny i opieki specjalistycznej zgodnie z aktualnymi stanem wiedzy medycznej**; przeprowadzają i analizują skale oceny stanu psychicznego, fizycznego, odżywienia, ryzyka upadków, odleżyn i innych, składających się na kompleksową ocenę geriatryczną.

3. **Ocena geriatryczna stanowi podstawę do wymiany informacji o osobach w wieku co najmniej 60 lat z wielochorobowością i wielonarządową patologią zależną od wieku, które wymagają całościowej oceny i opieki specjalistycznej**, by celem planowania i realizacji procesu leczenia lub opieki było łączenie świadczeń lekarskich, pielęgniarskich, rehabilitacyjnych, psychologicznych, opiekuńczych, pomocy społecznej oraz woluntarnej.

4. **Warunkiem pracy zespołu geriatrycznego jest regularny kontakt jego członków w celu monitorowania stanu osoby w wieku co najmniej 60 lat z wielochorobowością i wielonarządową patologią zależną od wieku**, która wymaga całościowej oceny i opieki specjalistycznej oraz korygowania interwencji medycznych i rehabilitacyjnych.

5.Etapy współpracy obejmują również edukację osób w wieku co najmniej 60 lat z wielochorobowością i wielonarządową patologią zależną od wieku, która wymaga całościowej oceny i opieki specjalistycznej, ich rodzin lub opiekunów, by mogli oni czynnie uczestniczyć w zapobieganiu powikłań prowadzących do rozwoju niepełnosprawności.

Lekarskie procedury diagnostyczno-terapeutyczne w geriatrii obejmują: (2)

1. wywiad geriatryczny poszerzony w porównaniu do internistycznego, obejmujący również dane odnośnie potencjalnych problemów i dysfunkcji osoby w wieku co najmniej 60 lat z wielochorobowością i wielonarządową patologią zależną od wieku, która wymaga całościowej oceny i opieki specjalistycznej. Wywiad powinien zawierać pytania o upadki, omdlenia, wahania masy ciała w czasie, dysfunkcje zwieraczy, aktualnie zażywane leki, w tym z własnej inicjatywy. Powinien być też poszerzony o elementy wywiadu neurologicznego, psychiatrycznego, środowiskowego, w tym wywiadu od rodziny chorego lub jego opiekunów (weryfikacja badania podmiotowego osoby w wieku co najmniej 60 lat i z zaburzeniami psychicznymi stwierdzanymi przez jego rodzinę lub opiekunów);
2. badanie internistyczne, poszerzone o ogólne badanie neurologiczne, ocenę hipotonii ortostatycznej, orientacyjną ocenę słuchu i wzroku;
3. ocenę stanu emocjonalnego (Geriatryczna Skala Oceny Depresji według Yesavage'a);
4. ocenę funkcji poznawczych – w tym także badanie przesiewowe w kierunku otępienia, w szczególności Skrócony Test Sprawności Umysłowej (AMTS, AbbreviatedMental Test Score), test Mini MentalStateExamination (MMSE) wg Folsteina, test rysowania zegara, lub inne, uznane metody w aktualnie obowiązujących wytycznych diagnozowania otępienia;
5. ocenę sprawności funkcjonalnej w zakresie czynności życia codziennego przy użyciu Skali Katza (ADL, Activities of DailyLiving), Skali Oceny Złożonych Czynności Życia Codziennego wg Lawtona (IADL, Instrumental Activity of DailyLiving), Skali Barthel,
6. ocenę chodu i równowagi przy użyciu testu Tinneti, testu „wstań i idź";
7. ocenęstanuodżywieniazapomocątestów MNA (Mini Nutritional Assessment) i SCALES (Sadness-Cholesterol-Albumin-Loss of Weight-Eating problems-Shopping);
8. ocenę ryzyka powstawania odleżyn według skali Norton lub Bradden, z wdrożeniem postępowania ograniczającego ich wystąpienie;
9. ocenę stanu zaawansowania odleżyn/y z ustaleniem sposobów ich leczenia i monitorowaniem postępu gojenia;
10. ocenę obecności nietrzymania zwieraczy i podania propozycji terapeutycznych stwierdzanych dysfunkcji i chorób;
11. ocenę sytuacji środowiskowej, emocjonalnej i zakresu otrzymywanego wsparcia opiekuna osoby w wieku co najmniej 60 lat z wielochorobowością i wielonarządową patologią zależną od wieku, która wymaga całościowej oceny i opieki specjalistycznej, za pomocą kwestionariusza i indeksu COPE;

12. analizę wyników badań dodatkowych, w tym badań obrazowych, endoskopowych, EKG, 24-godzinnego zapisu Holtera, EKG/ciśnienia tętniczego, badań densytometrycznych;
13. zlecanie badań dodatkowych i konsultacji specjalistycznych;
14. ustalanie rozpoznań;
15. omawianie z osobą w wieku co najmniej 60 lat z wielochorobowością i wielonarządową patologią zależną od wieku, która wymaga całościowej oceny i opieki specjalistycznej, jej rodziną lub opiekunami istoty choroby i sposobu jej leczenia;
16. ustalanie, modyfikację albo redukcję farmakoterapii;
17. wyraźne zapisywanie zaleceń wydawanych osobom w wieku co najmniej 60 lat z wielochorobowością i wielonarządową patologią zależną od wieku, która wymaga całościowej oceny i opieki specjalistycznej, ich rodzinom lub opiekunom i powtórzenie tych zaleceń w razie potrzeby;
18. podawanie zaleceń rehabilitacyjnych;
19. podawanie zaleceń dietetycznych;
20. kontakt z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej(w razie potrzeby);
21. przeprowadzanie rozmów lub udzielanie porad rodzinie lub opiekunom osoby w wieku co najmniej 60 lat z wielochorobowością i wielonarządową patologią zależną od wieku, która wymaga całościowej oceny i opieki specjalistycznej;
22. pracę w zespole geriatrycznym z przygotowaniem indywidualnego programu leczenia dla osoby w wieku co najmniej 60 lat z wielochorobowością i wielonarządową patologią zależną od wieku, która wymaga całościowej oceny i opieki specjalistycznej (farmakoterapia, psychoterapia, zabiegi pielęgnacyjne, fizjoterapia);
23. przygotowywanie zaleceń z zakresu profilaktyki, promocji zdrowia, wczesnego wykrywania schorzeń oraz zapobiegania ich powikłaniom;
24. monitorowanie przebiegu terapii, w tym nasilania objawów chorobowych i obecności działań niepożądanych lub ubocznych farmakoterapii;
25. ustalanie terminu wizyt kontrolnych w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu geriatrii lub w miejscu przebywania chorej osoby.

Pielęgniarskie procedury diagnostyczno-terapeutyczne w zakresie geriatrii polegają na udzielaniu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych przez pielęgniarkę zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 6 ustawy z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2001 r. Nr 57, poz. 602, z późn. zm.4)) oraz współpracy z innymi członkami zespołu geriatrycznego.

Specyfika zawodu lekarza geriatry. (2)

W Polsce geriatria jest szczegółową specjalnością lekarską (nr 14 w Rozp. MZiOS z 25.03.1999 r.). Można ją uzyskać po II stopniu specjalizacji z chorób wewnętrznych lub z medycyny ogólnej, w nielicznych – a posiadających akredytację– jednostkach organizacyjnych. Przeciętny okresspecjalizowania wynosi 2 lata (może zostać wydłużony

o 50 proc., tj. do 3 lat) i kończy się egzaminem specjalizacyjnym. Tak wykształcony geriatra może i powinien być konsultantem –doradcą dla lekarzy ogólnych, względnie lekarzy innych specjalności, a także kierować działalnością odpowiednich jednostek organizacyjnych – poradni, klinik, szpitali i oddziałów geriatrycznych oraz ukierunkowanych geriatrycznie zakładów opiekuńczo-leczniczych i większych domów pomocy społecznej.

Lekarz rodzinny ma szanse sprostać zasadom opieki geriatrycznej na poziomie podstawowym. To on obejmuje opieką wszystkie osoby, które mu zaufały . Jest lub powinien być najbardziej dostępny na co dzień, ponieważ praktykuje w społeczności lokalnej, pełni opiekę w sposób ciągły i długotrwały i obowiązuje go przynajmniej minimum kompetencji w zakresie geriatrii. Niezależnie od motywacji , chęci czy umiejętności lekarz rodzinny de facto staje się w polskich warunkach „geriatrą na pierwszej linii".

Pielęgniarka jest głównym partnerem lekarza w zapewnieniu całościowej opieki geriatrycznej i to nie tylko na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej . Każdy z tych praktyków dysponuje własnym instrumentarium zawodowym - jego wykorzystanie i wnioski z przeprowadzonych procedur sprzyjają kompleksowemu rozpoznaniu a następnie rozwiązaniu problemów podopiecznego. Idealnym rozwiązaniem byłoby uzupełnienie tego zespołu o rehabilitanta lub szeroki dostęp do tego typu usług medycznych.

Pielęgniarka i lekarz tworzą podstawę interdyscyplinarnego zespołu geriatrycznego, do którego powinno się zapraszać również innych specjalistów. Ze względu na duże skumulowanie społecznych , socjalnych, a nawet finansowych problemów wielu pacjentów w wieku starszym ważnym, stałym członkiem takiego zespołu powinien być również pracownik socjalny.

Z informacji ministerstwa zdrowia wynika, że w Polsce było 343 lekarzy z tytułem specjalisty w dziedzinie geriatrii, w tym 332 wykonujących zawód (dane z rejestru na koniec kwietnia 2015r). W trakcie szkolenia specjalizacyjnego zarejestrowano 169 lekarzy. Liczba pielęgniarek geriatrycznych plasowała się w granicach 500 osób a drugie tyle było w trakcie szkolenia. Ostatnio w tej newralgicznej dziedzinie medycyny nastąpił pewien postęp, jednak wciąż zbyt mały w stosunku do potrzeb. NIK zwraca uwagę, że liczba geriatrów w Polsce znacznie odbiega od średniej europejskiej. Z powyższych danych wynika, że statystycznie tylko ok. 0,8 lekarza geriatry przypada na 100 tys. mieszkańców. W tym samym czasie w Niemczech wskaźnik ten wynosił 2,2, w Czechach 2,1, w Słowacji 3,1 a w Szwecji blisko 8. Ponadto z powodu braku systemu i adekwatnego finansowania geriatrii w Polsce nie wszyscy lekarze tej specjalności pracują jako geriatrzy. Według Naczelnej Izby Lekarskiej w 2013 roku, w ramach kontraktu z NFZ świadczeń geriatrycznych udzielało jedynie 160 specjalistów czyli połowa wszystkich zarejestrowanych.

Z analizy przeprowadzonej przez NIK wynika, że pacjent w podeszłym wieku lepiej funkcjonuje, a jego leczenie mniej kosztuje, jeśli jest prowadzony przez geriatrę. Ta specjalność łączy bowiem fizyczne, psychiczne, funkcjonalne i społeczne problemy

starszych osób, pozwalając całościowo oceniać i rozwiązywać złożone problemy wieku podeszłego.

9.Placówki opiekuńczo – medyczne dla seniorów

W ostatnim dziesięcioleciu powstało bardzo wiele publikacji dotyczących starzejącego się społeczeństwa w Polsce. Proces starzenia się populacji w przeciwieństwie do państw Europy Zachodniej przebiega u nas bardzo gwałtownie. Brakuje instytucjonalnych rozwiązań, które pomogłyby osobom starszym w codziennej egzystencji. Za próg starości przyjmuje się obecnie 65. rok życia, raczej z przyczyn społecznych niż medycznych. Problemy związane ze starzeniem się u osoby zdrowej pojawiają się dopiero około 75.–80. roku życia i najczęściej związane są z niepełnosprawnością ruchową. Organizacyjnie opieka nad osobami starszymi sprawowana jest w ramach działań opieki zdrowotnej i pomocy społecznej, stąd też finansowana jest przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) lub jednostki samorządu terytorialnego.. W Polsce na usługi pielęgnacyjne w opiece długoterminowej wydano w 2012 roku średnio 100,31 $ PPP na osobę, co stanowiło 6,5% całkowitych wydatków na zdrowie 0,44% PKB, przy czym wydatki publiczne wyniosły 92% ogółu wydatków.

W Polsce opieka długoterminowa świadczona jest przez dwie instytucje. Usługi pielęgnacyjne (wsparcie w wykonywaniu codziennych aktywności) są domeną polityki społecznej, a usługi leczniczo-opiekuńcze – ochrony zdrowia. Realizowane usługi mogą mieć charakter stacjonarny lub domowy. Usługi pielęgnacyjne przysługują osobie samotnej, która z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności wymaga pomocy innych osób. Mogą być przyznane także osobie, która posiada wprawdzie rodzinę, ale najbliżsi, w tym wspólnie zamieszkujący małżonek, nie są w stanie takiej pomocy zapewnić. Pomoc i opiekę stacjonarną w ramach realizacji zadań z zakresu pomocy społecznej realizują: rodzinne domy pomocy, dzienne ośrodki wsparcia oraz domy pomocy społecznej. Pomoc w warunkach domowych obejmuje pomoc w codziennych zajęciach, takich jak: sprzątanie, gotowanie, robienie zakupów, załatwianie spraw urzędowych, mycie, kąpanie, ubieranie, dozowanie lekarstw, prześciełanie łóżka, zapobieganie powstawaniu odleżyn i odparzeń, karmienie oraz, w miarę możliwości, zapewnienie kontaktów z otoczeniem. **Odpłatność za pobyt domu pomocy społecznej równa jest średniemu miesięcznemu kosztowi utrzymania. Mieszkaniec za pobyt płaci nie więcej niż 70% swojego dochodu. Pozostałą brakującą część odpłatności wnoszą: małżonek, wstępni lub zstępni krewni, a w przypadku osoby samotnej gmina. (Ministerstwo Pracy...).**

Opieka stacjonarna nad osobami starszymi z zakresu ochrony zdrowia realizowana jest przez **zakłady: opiekuńczo-lecznicze, pielęgnacyjno-opiekuńcze oraz rehabilitacji leczniczej.** Zadaniem zakładu opiekuńczego jest okresowe objęcie całodobową pielęgnacją, rehabilitacją oraz kontynuacją leczenia pacjentów przewlekle chorych i tych, którzy przebyli leczenie szpitalne i mają ukończony proces diagnozowania, leczenia operacyjnego lub intensywnego

leczenia zachowawczego oraz nie wymagają dalszej hospitalizacji. **W zakładach opiekuńczych pacjenci przebywają ze względu na stan zdrowia, niesprawność fizyczną, brak samodzielności w opiece i pielęgnacji, konieczność stałej kontroli lekarskiej oraz potrzebę profesjonalnej pielęgnacji i rehabilitacji.** W zakładach tych świadczenia zdrowotne udzielane są przez lekarza, pielęgniarkę, psychologa oraz rehabilitanta i obejmują terapię zajęciową, leczenie farmakologiczne, leczenie dietetyczne, zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz edukację zdrowotną przygotowującą pacjenta lub opiekuna do samoopieki i samopielęgnacji w domu.

9.1 Opieka medyczna

Geriatria, dziedzina medycyny i specjalność lekarska zajmująca się kompleksowo problemami zdrowotnymi wieku starszego, jest w stanie zastąpić wiele interwencji specjalistycznych, a w efekcie odciążyć innych specjalistów lub właściwie przygotować pacjentów geriatrycznych do ich interwencji - podkreśla konsultant krajowy ds. geriatrii**. W jego opinii, system opieki medycznej nad osobami starszymi powinien ulec radykalnej zmianie i skoncentrować się wokół opieki typowo geriatrycznej, gdzie większość problemów osób starszych powinna być na bieżąco rozwiązywana bądź przez lekarzy geriatrów, bądź lekarzy rodzinnych i internistów, którzy są odpowiednio wykształceni w zakresie geriatrii. Optymalnym docelowym modelem opieki powinien być system łączący opiekę podstawową (geriatra lub lekarz rodzinny z solidnym wykształceniem geriatrycznym) z opieką szpitalną (oddział geriatryczny lub internistyczno-geriatryczny, oddział lub pododdział rehabilitacji geriatrycznej, szpital dzienny) i instytucjonalną (ZOL, DPS)**. Konsultujący lekarz geriatria powinien być dostępny na pozostałych oddziałach szpitalnych - wskazuje profesor. Jego zdaniem, w celu poprawy dostępności do świadczeń geriatrycznych konieczne wydaje się tworzenie oddziałów geriatrycznych, kontraktowanych łóżek geriatrycznych w obrębie oddziałów internistycznych oraz przekształcenia oddziałów internistycznych na internistyczno-geriatryczne (z kontraktem geriatrycznym). Uważa się ,że dla sprawnego funkcjonowania i podstawowej efektywności ekonomicznej minimalna liczba łóżek w oddziale geriatrii powinna wynosić 25-30. Powinny być ponadto wyodrębnione łóżka intensywnej opieki medycznej, przeznaczone dla chorych wymagających wzmożonego nadzoru. Wydaje się, że w przypadku 30-łóżkowego oddziału chodzi o minimum 4 łóżka intensywnej opieki medycznej. Ponadto oddziały geriatryczne i/lub internistyczno-geriatryczne winny funkcjonować już na projektowanym (wg nowej ustawy) poziomie szpitali I stopnia. Na poziomie szpitali III stopnia powinny natomiast docelowo działać szpitale geriatryczne (analogicznie do pediatrycznych) obejmujące wszystkie profile w zakresie leczenia szpitalnego dla osób starszych - wyjaśnia konsultant. **Optymalny system opieki geriatrycznej ma dążyć do modelu, w którym osoba starsza i niepełnosprawna po pobycie w szpitalu (na oddziale geriatrycznym lub innym) będzie objęta rehabilitacją geriatryczną, a następnie wróci do swojego środowiska domowego.**

Z danych NFZ wynika, że liczba pacjentów, którym udzielane są świadczenia zdrowotne takie jak ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie geriatrii, systematycznie wzrasta - z 14 806 pacjentów w roku 2012 do 16 144 pacjentów w 2014 roku (od stycznia do listopada). Łączna liczba osób oczekujących do poradni geriatrycznych w listopadzie 2014 r. wynosiła 602 osoby, a średni rzeczywisty czas oczekiwania na świadczenie specjalistyczne to około 22 dni. Na świadczenie w ramach leczenia szpitalnego na oddziale geriatrycznym w listopadzie 2014 r. oczekiwało łącznie ponad 1200 pacjentów (172 w kategorii medycznej przypadek pilny i 1048 przypadek stabilny), a średni rzeczywisty czas oczekiwania na przyjęcie na oddział szpitalny wynosił w przypadku pilnym pięć dni i 30 dni w przypadku pacjentów w stanie stabilnym.

Rehabilitacja i opieka geriatryczna

Pacjent w zaawansowanym wieku cierpi zazwyczaj na kilka chorób przewlekłych. Wraz z wiekiem, wzrasta ryzyko wystąpienia tzw. zespołu słabości, który doskwiera ponad połowie pacjentów w wieku 80 plus. Wymagają oni rehabilitacji geriatrycznej, która w Polsce praktycznie nie istnieje - twierdzą specjaliści. Szacuje się, że ponad 50 proc. osób po 80. roku życia cierpi na zespół słabości, który objawia się m.in. utratą masy i siły mięśni. Tymczasem w Polsce oddziałów geriatrycznych jest jak na lekarstwo, a rehabilitacja geriatryczna właściwie dopiero zaczyna „raczkować". Zespół słabości, kruchości (ang. frailtysyndrome) to jest dosyć nowe pojęcie, które od kilku lat funkcjonuje w geriatrii, również w Polsce zaczyna dopiero przebijać się do świadomości lekarzy. **Według konsultanta krajowego w dziedzinie geriatrii kruchość nie jest jeszcze niepełnosprawnością, ale wstępem do niej już tak. Osoba z zespołem słabości jest osobą sprawną, ale każdy bodziec może spowodować, że ten wąski zakres homeostazy ulegnie łatwemu zaburzeniu. Zapalenie płuc, uraz czy hospitalizacja mogą spowodować niepełnosprawność lub nawet śmierć**. Jeżeli do szpitala trafi 20-latek, po tygodniu jego stan poprawi się, wstanie i pójdzie do domu a 80-latek po takim okresie leżenia w łóżku może już tego szpitala w ogóle nie opuścić. Według konsultanta krajowego zadaniem geriatry nie jest hospitalizowanie osoby starszej, ale utrzymywanie jej jak najdłużej w środowisku domowym. Ważna jest nie tylko rehabilitacja prewencyjna (zmierzająca do utrzymania dotychczasowych kompetencji seniora w celu jak najdłuższego unikania chorób, niesprawności i niesamodzielności), ale też ogólna - skierowana do seniorów przewlekle chorych i polegająca na ich uaktywnianiu, oraz celowa - dopasowana do poszczególnych jednostek chorobowych i potrzeb pacjentów.

Aktualnie w środowisku geriatrów trwa dyskusja gdzie oprócz ZOL-i, takie osoby usprawniać. Na pewno w jednym miejscu i najlepiej pod opieką jednego lekarza geriatry. Oczywiście byłoby lepiej, gdyby na jednego pacjenta przypadał jeszcze drugi specjalista od rehabilitacji medycznej, ale póki co, systemu na to nie stać i biorąc pod uwagę lawinowy wzrost liczby osób w podeszłym wieku w najbliższych latach, stać go nie będzie tym bardziej w przyszłości.

Zdaniem konsultanta krajowego cały system rehabilitacji geriatrycznej powinno się oprzeć na oddziałach o profilu geriatrycznym lub internistyczno-geriatrycznym. Można na nich zdiagnozować ok. 90% dolegliwości charakterystycznych dla osób w zaawansowanej starości. Można też przyjrzeć się dziennym domom opieki medycznej, które co prawda dopiero się tworzą, ale wymagania konieczne do ich prowadzenia obligują podmioty lecznicze do tworzenia zespołów, w których będzie m.in. geriatra, więc za jakiś czas mogą być dobrą bazą do prowadzenia rehabilitacji geriatrycznej.

Dzienne domy opieki medycznej (DDOM) to nowy rodzaj placówek medycznych, które Ministerstwo Zdrowia organizuje za unijne pieniądze. Są one przeznaczone dla osób niesamodzielnych, zwłaszcza po 65. roku życia, placówki te mają być formą pośrednią między leczeniem szpitalnym a pobytem w domu. Najważniejszym zadaniem dziennego domu opieki medycznej nad osobami niesamodzielnymi jest rehabilitacja lecznicza w celu przywrócenia pacjentowi sprawności i zdolności do funkcjonowania w środowisku. Niemniej ważna jest kontynuacja leczenia i realizacja zabiegów pielęgnacyjno-opiekuńczych, których pacjent nie może otrzymać w ramach opieki domowej. Ponadto to świadczenie zdrowotne również obejmuje przygotowanie pacjenta i jego opiekunów do samoopieki i samodzielnej pielęgnacji oraz edukację zdrowotną.

Do placówek przyjmuje się pacjentów po przebytej hospitalizacji, których stan zdrowia wymaga bardziej zintensyfikowanej opieki w celu poprawy stanu zdrowia oraz przeciwdziałania postępującej niesamodzielności. Kolejną grupę stanowić mają osoby pozostające pod opieką POZ, którym w okresie ostatnich 12 miesięcy udzielone zostały świadczenia zdrowotne z zakresu leczenia szpitalnego i u których nastąpiło nagłe pogorszenie się stanu funkcjonalnego, z dużym ryzykiem kolejnej hospitalizacji. Świadczenia w DDOM będą udzielane pacjentom, którzy w ocenie za pomocą skali poziomu samodzielności (Skala Barthel) otrzymali 21-85 punktów (stan pacjenta "średniociężki") Kwalifikacji do przyjęcia dokonywać mają: lekarz prowadzący leczenie szpitalne lub lekarz POZ we współpracy z pielęgniarką POZ.W DDOM jednocześnie będzie mogło przebywać maksymalnie 15 pacjentów. Pierwszeństwo w przyjęciach do tych placówekmają osoby po 65 r.ż., a ich udział w ogólnej liczbie osób zakwalifikowanych do pobytu powinien stanowić trzy czwarte łącznej liczby pacjentów. Z dziennego domu opieki medycznej mogą korzystać wyłącznie osoby ubezpieczone. Wyłączeni mają być pacjenci korzystający ze świadczeń z zakresu opieki długoterminowej, opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz rehabilitacji leczniczej, w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego oraz w warunkach stacjonarnych. Z przyjęć do DDOM wyłączone mają być także osoby, dla których podstawowym wskazaniem do objęcia opieką jest zaawansowana choroba psychiczna, zaburzenia psychotyczne lub zaburzenia świadomości, a także uzależnienie.

Czas pobytu pacjentów ma być ustalany indywidualnie przez zespół terapeutyczny (ale nie powinien być krótszy niż 30 dni roboczych i dłuższy niż 120 dni roboczych). DDOM mają funkcjonować przez cały rok, we wszystkie dni robocze, co najmniej 8 godzin dziennie, w

godzinach dostosowanych do potrzeb pacjentów i ich rodzin. W wyjątkowych przypadkach liczba dni i godzin funkcjonowania domu może zostać dostosowana do lokalnych potrzeb. Dzienny dom opieki medycznej zatrudniać powinien: lekarza specjalistę w dziedzinie rehabilitacji medycznej, geriatrę, pielęgniarkę, osobę prowadzącą fizjoterapię, psychologa lub psychoterapeutę, dietetyka. Lokale, w których powstają DDOM, mają być wyposażone w następujące pomieszczenia i sprzęt: szatnia; toalety dla pacjentów (odrębne dla kobiet i mężczyzn oraz personelu); łazienka z umywalką, prysznicem i krzesełkiem wraz z uchwytami (wskazana wanna z regulowaną wysokością) oraz wydzielonym pomieszczeniem na środki przeznaczone do pielęgnacji i higieny. Na liście wymaganych pomieszczeń znajdują się również: dyżurka lekarska i pielęgniarska oraz gabinet pracy psychologa z pełnym wyposażeniem; pomieszczenie wyposażone w sprzęt do terapii zajęciowej; pomieszczenie lub miejsce na sprzęt medyczny i bieliznę pościelową oraz różnego rodzaju urządzenia. Placówka powinna też posiadać: pomieszczenie ze stołami i krzesłami, służące jako miejsce spotkań i spożywania posiłków; pomieszczenie kuchenne lub aneks kuchenny wyposażony w sprzęt; urządzenia i naczynia do przygotowania i konsumpcji posiłków; pomieszczenie z zestawem wypoczynkowym i sprzętem audiowizualnym (może być wspólne z terapią zajęciową oraz jadalnią). W lokalu ma być również pomieszczenie do rehabilitacji leczniczej wyposażone minimum w sprzęt do: kinezyterapii, krioterapii miejscowej, masażu, elektrolecznictwa, światłolecznictwa, leczenia polem elektromagnetycznym. W DDOM powinno znajdować się także pomieszczenie dla chorych częściowo leżących (co najmniej dwa łóżka na 10-15 uczestników programu) z szafką przyłóżkową oraz umywalką.

Projekt ma charakter pilotażowy, służy wypracowaniu pewnego standardu opieki. Od 2018 r. wypracowany model będzie wdrażany w ramach Regionalnych Programów Operacyjnych. DDOM mają powstawać jako wyodrębniona strukturalnie część placówki podstawowej opieki zdrowotnej, kompleksu szpitalnego, poradni geriatrycznej. Mogą być także odrębnym podmiotem leczniczym posiadającym pełne przygotowanie do prowadzenia diagnostyki, leczenia i rehabilitacji medycznej osób niesamodzielnych, w szczególności osób starszych.

10.Problemy zdrowotne i ich rozwiązywanie a jakość życia seniorów

Liczba chorób przewlekłych, często związanych z niepełnosprawnością i bólem, rośnie wraz wiekiem. Dodatkowo **w wyniku starzenia się w organizmie następuje wiele zmian degeneracyjnych dotyczących niemal wszystkich układów i narządów, pogarszających możliwości funkcjonowania ustroju.** Stan chronicznego braku fizjologicznie niezbędnej aktywności ruchowej u większości seniorów zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia chorób, których podstawowymi czynnikami ryzyka są właśnie brak ruchu oraz wiek (choroby układu krążenia, otyłość, cukrzyca, choroby układu ruchu). **Wiele osób starszych wymaga postępowania rehabilitacyjnego nie tylko z powodu podstawowej choroby, ale również ze względu na spowodowane wiekiem obniżanie sprawności funkcjonalnej**. Z tego powodu

rehabilitacja tej grupy osób powinna być powiązana z zapobieganiem niepełnosprawności. Osoby starsze są najczęstszymi beneficjentami usług rehabilitacyjnych. **Polski model rehabilitacji zakłada kompleksowe podejście do pacjenta. Całe postępowanie powinno być nastawione na przywrócenie maksymalnie możliwego powrotu do sprawności fizycznej, psychicznej, społecznej, a czasami również zawodowej.**

Farmakoterapia geriatryczna (1)

Zespoły jatrogenne to patologie powstające w wyniku leczenia starszych pacjentów są uważane jako główny współczesny problem farmakoterapii geriatrycznej. Jest to zjawisko występujące w schematach leczenia stosowanych w starzejącym się organizmie obejmujących przyjmowanie wielu leków. Wraz z wiekiem wzrasta częstość chorób, które mogą wpływać na absorpcję leków w przewodzie pokarmowym.

W procesie starzenia często zaburzenie czynności jednego narządu często wywołuje dysfunkcje kolejnych, zjawisko to w geriatrii nosi nazwę „wielochorobowość", pociąga za sobą konieczność jednoczesnego stosowania wielu leków co powoduje często niepożądaną interakcję między stosowanymi preparatami leczniczymi:

- 2 leki to 5,6% ryzyka
- 5 leków daje wynik 50%
- 8 leków to 100%

Działania niepożądane w przypadku ich nierozpoznania staja się dodatkowym schorzeniem wymagającym leczenia. Wytwarza się w ten sposób typowa geriatryczna kaskada zapisywania leków. Powszechna jest opinia że najwięcej błędów popełnia się w leczeniu osób starszych.

W geriatrii przyjęto aż 28 kryteriów określających:

- leki, które nie powinny być stosowane u osób starszych
- preparaty, których stosowanie powinno być ograniczone w zależności od dawki
- leki, których stosowanie uważa się za niewłaściwe przy uwzględnieniu istnienia określonych chorób przewlekłych

Korzystne jest włączenie członków rodziny lub opiekunów starszych pacjentów w proces kontroli stosowania leków.

10.1 Poziom jakości życia osób starszych

Jednym z najważniejszych problemów geriatrii jest utrzymanie na odpowiednim poziomie jakości życia osób starszych**. Zmian związanych ze starzeniem nie można uniknąć, możliwe jest jednak ich złagodzenie przez stosowanie odpowiednich działań leczniczych, rehabilitacyjnych, pielęgnacyjnych i socjalnych.** Jeszcze do niedawna główne wysiłki ochrony zdrowia koncentrowały się na leczeniu chorób, jeśli zaś wyleczenie nie było możliwe, wówczas celem działania stawało się chociażby przedłużenie życia. **Obecnie polityka i programy prozdrowotne dotyczące procesu starzenia coraz częściej skupiają się**

bardziej na identyfikowaniu sposobów poprawy jakości życia i stanu zdrowia niż na wydłużaniu okresu życia. W ocenie wpływu poszczególnych chorób (wypadków, zachowań) na zdrowie i życie coraz częściej używa się wskaźników oceniających nie tylko przedwczesną umieralność, lecz również niepełnosprawność będącą wynikiem oddziaływania choroby. **WHO wprowadziła do użytku takie wskaźniki jak : (1)**

- *„liczba lat skorygowanych o niepełnosprawność" (DALY — disabilityadjusted life years)*
- *„liczba lat skorygowanych o jakość" (QALY — qualityadjusted life years).*

Wskaźniki te uwzględniają statystyczną liczbę lat życia utraconych zarówno w wyniku przedwczesnej umieralności jak i niepełnosprawności, czyli liczb´ utraconych lat życia w pełnym zdrowiu. Dla poszczególnych chorób opracowano miary upośledzenia jakości życia wyrażone w skali od 0 do 1. Z kolei oczekiwana liczba lat przeżytych w zdrowiu (HALE — healthy life expectancy) mówi o liczbie oczekiwanych lat przeżycia po uwzględnieniu ilości utraconych lat „pełnego zdrowia" w wyniku choroby bądź urazu. **Jakość życia można zdefiniować jako wielowymiarową samoocenę stanu zdrowia obejmującą dobrostan fizyczny, społeczny i umysłowy oraz ocenę nasilenia ewentualnie występujących dolegliwości i związanego z nimi samopoczucia. „Jakość życia uwarunkowana zdrowiem (HRQL — heathrelatedquality of life) definiowana jest jako funkcjonalny efekt choroby w odbiorze pacjenta. Mimo różnorodności definicji jakości życia badacze tematu są zgodni co do konieczności dokonywania oceny klinicznej jakości życia w czterech wymiarach**:

- *stanu fizycznego i doznania somatycznego;*
- *sprawności fizycznej;*
- *samopoczucia psychicznego;*
- *funkcjonowania społecznego.*

W ocenie jakości życia stosowane są różne kwestionariusze. Miary upośledzenia jakości życia najczęściej oceniane są metodami:

- **skalowania** – skala Visual AnalogueScale (VAS) ocenia subiektywny stan zdrowia pacjenta w skali od 0 do 100.
- **loterii (standard gamble)** – badana osoba ma możliwość porównania przeżycia w obecnym stanie zdrowia określonego czasu z prawdopodobieństwem przeżycia takiej samej liczby lat w pełnym zdrowiu po poddaniu się medycznej interwencji dającej możliwość albo pełnego wyleczenia, albo natychmiastowego zgonu;
- **handlowania czasem (time-trade-off)** – proponuje się respondentowi wybór pomiędzy możliwością przeżycia określonego czasu w obecnym stanie zdrowia a inną liczbą dni (lat) życia przeżytych w pełnym zdrowiu.

Nie zawsze to, co z pozycji pracownika ochrony zdrowia wydaje się najlepsze dla pacjenta, jest przez niego tak właśnie postrzegane. Kluczowym wyzwaniem jest ocena, które choroby, aspekty fizyczne, psychiczne czy społeczne są czynnikami determinującymi jakość życia. Czynników determinujących subiektywną ocenę jakości życia istnieje wiele. Mogą one być różne chociażby ze względu na środowisko zamieszkania (środowisko domowe, instytucja pielęgnacyjno-opiekuńcza). Do podstawowych należą obecne choroby i stan sprawności funkcjonalnej**. Gorsza ocena jakości życia seniorów jest związana z występowaniem wielu schorzeń, m.in. niewydolności krążenia, choroby niedokrwiennej serca, nadciśnienia tętniczego, astmy oskrzelowej, cukrzycy, przebyciem zawału mięśnia sercowego, udaru mózgu czy złamania szyjki kości udowej.**

W badaniach przeprowadzonych wśród starszych mieszkańców Łodzi w latach 2002–2005 wykazano, że **starszy wiek oraz przebywanie w domu pomocy społecznej w istotny sposób obniżały jakość życia.** Na jakość życia uwarunkowaną stanem zdrowia osób mieszkających **w środowisku domowym największy wpływ wywierało współistnienie chorób układu ruchu (**głównie zmian zwyrodnieniowych) **i chorób układu krążenia** (nadciśnienia tętniczego, choroby niedokrwiennej serca i przebytego zawału mięśnia sercowego oraz niewydolności krążenia**). Autorzy wielu prac wskazują na depresję** jako główny element korelujący z gorszą subiektywną oceną jakości życia. Depresja okazała się również najsilniejszym determinantem subiektywnej wartości jakości życia wśród starszych mieszkańców Łodzi, zarówno tych zamieszkałych w środowisku domowym, jak i w instytucji.

Istotnym **czynnikiem wpływającym na jakość życia może być stan odżywienia, przede wszystkim niedożywienie, dotyczące dużej części osób po 65. roku życia przebywających w instytucjach opiekuńczo-leczniczych**. Badania z ostatnich kilku lat wykazują, że nie tylko niedożywienie, ale również **otyłość i zespół zaburzeń metabolicznych mogą mieć istotny wpływ na jakość życia osób starszych**. Problem ten dotyczy głównie młodszych seniorów przebywających w środowisku domowym. Systematyczny przyrost osób, których wskaźnik masy ciała BMI (body mass index) przekracza 30 kg/m2 powoduje, że zwiększa się grupa, której jakość życia, zwłaszcza funkcjonowanie społeczne, ulega wyraźnemu ograniczeniu. W licznych badaniach potwierdzono negatywny związek między nadwagą a emocjami i sferą poznawczą osób otyłych.

W niedawno przeprowadzonym badaniu Rancho Bernardo wśród 1326 dorosłych respondentów, otyli wykazywali gorsze wskaźniki jakości życia niż ci, którzy mieli nadwagę lub charakteryzowali się normalną masą ciała. W badaniu starszych mieszkańców Łodzi w przedziale wiekowym 65–79 lat wykazano, że subiektywna ocena stanu zdrowia badanych osób była niższa w grupach osób cechujących się nadwagą/otyłością w porównaniu z grupą osób o prawidłowej wadze. Zarówno w grupie mężczyzn, jak i kobiet zależności te były podobne. Gorsze postrzeganie jakości życia przez seniorów z nadwagą/otyłością wynika nie tylko z ich obniżonej sprawności funkcjonalnej, lecz również z większej chorobowości (szczególnie choroby układu krążenia i cukrzyca). Związek gorszej sprawności fizycznej,

wyrażonej np. w skalach podstawowych (ADL) czy złożonych (IADL) czynności dnia codziennego, z gorszą jakością życia jest oczywisty i został już wielokrotnie wykazany w badaniach naukowych. Mniej liczne prace oceniały wpływ aktywności ruchowej na jakość życia u osób starszych. Niektóre z nich wykazały, że regularna aktywność fizyczna może korzystnie wpływać na fizyczne i psychiczne samopoczucie osób starszych. Odgrywa ona znaczącą rolę w lepszym subiektywnym postrzeganiu jakości życia. Regularne wykonywanie różnych typów ćwiczeń zarówno oporowych, jak i wytrzymałościowych wpływa na poprawę wskaźników jakości życia. Zwiększenie wysiłku fizycznego u osób starszych zmniejsza dolegliwości związane z występowaniem zaparć i reguluje przemianę materii, co znacznie wpływa na popraw´ jakości życia tych osób. W badaniach łódzkich regularne wykonywanie wysiłku o umiarkowanej intensywności przez osoby zamieszkujące w środowisku domowym było związane z wyższą wartością na punktowej skali jakości życia oraz lepszą możliwością codziennego poruszania się, sprawowania zwykłej codziennej opieki nad sobą, wykonywania zadań domowych oraz mniejszego występowania bólu czy niepokoju. Regularne wykonywanie wysiłku fizycznego było również związane z wyższą wartością na punktowej skali jakości życia.

Wykazano, że u osób otyłych cierpiących na zmiany zwyrodnieniowe układu ruchu racjonalna dieta i ćwiczenia fizyczne podniosły znacznie jakość życia w porównaniu z kontrolną grupą osób otyłych niestosujących diety i niewykonujących ćwiczeń. Jakość życia ma coraz większe znaczenie w opiece nad osobami starszymi. „Dodanie życia do lat, a nie lat do życia staje się priorytetem opieki geriatrycznej. Analiza determinantów jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia ma zasadnicze znaczenie w ustalaniu hierarchii potrzeb osób w podeszłym wieku zamieszkujących we własnych domach czy w instytucjach pielęgnacyjno -opiekuńczych.

Najważniejszymi obok wieku czynnikami wpływającymi ujemnie na jakość życia seniorów są:

- *instytucjonalizacja;*
- *choroby (szczególnie depresja, zmiany zwyrodnieniowe układu ruchu, choroby układu krążenia);*
- *stan odżywienia (nadwaga/otyłość seniorów zamieszkałych w środowisku domowym i niedożywienie białkowo-energetyczne w instytucjach opiekuńczo-leczniczych);*
- *niepełnosprawność;*
- *brak aktywności ruchowej;*
- *czynniki społeczne i socjalne (szczególnie samotność i ubóstwo).*

10.2 Raport PolSenior -starość oczami naukowców, podsumowanie (2)

Projekt Polsenior zrealizowany przy współpracy Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego to największe jak do tej pory badania jakości życia populacji osób starszych w Polsce. Objęły one 5695 seniorów. Interdyscyplinarny zespół specjalistów różnych dziedzin (lekarzy, psychologów, socjologów i ekonomistów) badał nie tylko stan zdrowia polskich emerytów, ale też ich kondycje finansową, czy poziom społecznego wykluczenia.

Sędziwy wiek i siwizna wcale nie muszą kojarzyć się z chorobami, depresją i najgorszym okresem w życiu człowieka. Mimo, że polskie społeczeństwo starzeje się w szybki tempie, wciąż jako naród nie jesteśmy dostatecznie przygotowani do konfrontacji z problemem starości. Tak od strony medycznej, jak i społecznej – wynika z raportu PolSenior.

Często osoby starsze akceptują objawy wielu chorób uważając je za część uciążliwego procesu starzenia. Wiele z dolegliwości, na które cierpią seniorzy nie jest leczona, a to duży błąd. Prawie 30 proc. przebadanych emerytów cierpi z powodu depresji, tyle samo z powodu zaćmy i niemal tyle samo ma lekkie lub umiarkowane otępienie starcze. Wszystkie te objawy są tak przez społeczeństwo, jak przez samych chorych uważane za naturalne i związane z wiek. Między innymi w wyniku takiego podejścia ponad połowa chorych na raka prostaty nigdy nie była u urologa. Prawie 80 proc. mężczyzn w podeszłym wieku cierpi na nadciśnienie, wielu nie podejmuje też żadnych kroków by z nim walczyć – co trzeci dorosły po 65. roku życia nie wie nawet, że ma nadciśnienie.

Brak odpowiednich metod leczenia chorób somatycznych powoduje, także wystąpienie innych dolegliwości. Wielu z seniorów dotkniętych wadami wzroku cierpi na depresje czy starcze otępienie. Częstym dolegliwościom jesieni życia, jak problemy z pamięcią i koncentracją da się skutecznie przeciwdziałać. Badania wykazały, że w dużym stopniu na jakość egzystencji polskich seniorów wpływ mają takie czynniki jak status ekonomiczny, czy wsparcie rodziny.

Wśród wniosków z raportu PolSenior jeden wydaje się być niebywale istotny. Zarówno od strony medycznej, jak i społecznej Polacy nie są przygotowani na postępujące zmiany demograficzne. To poważny błąd. Starość jest zjawiskiem, którego znakomita większość z nas nie uniknie. Trzeba stworzyć system społeczny, w którym starość jako zjawisko społeczne znajdzie odpowiednie miejsce. Starsi ludzie to nie demograficzne tsunami. Tsunami niesie śmierć i zniszczenie. Społeczeństwo powinno mieć odpowiednią wiedzę o starości, tj. dokładnie na temat zmian biologicznych, zdrowotnych i społecznych zachodzących wraz z wiekiem.

Raport PolSenior poprzedziło badanie dotyczące osób starszych, w którym wzięło udział ponad 5500 osób. Okazuje się, że w polityce zdrowotnej i społecznej państwo powinno zwrócić szczególną uwagę na:

- *zapewnienie systemów wsparcia, umożliwiających zaspokojenie specyficznych dla podeszłego wieku potrzeb.*
- *rozszerzenie zakresu działań profilaktycznych, systemy opieki zdrowotnej i pomocy społecznej powinny być przyjazne dla osób starszych.*
- *wczesne wykrywanie i leczenie niesprawności i zaburzeń poznawczych, w tym otępienia, uznawanego przez chorych i ich rodziny za objaw starości.*
- *poprawę warunków mieszkaniowych seniorów przez okresową ocenę i dostosowanie mieszkań oraz infrastruktury komunalnej i społecznej do ich potrzeb i możliwości.*
- *popularyzację aktywności fizycznej wśród seniorów oraz stworzenie systemu wczesnej rehabilitacji, zapobiegającej powstawaniu i pogłębianiu się niepełnosprawności.*
- *zwalczanie przejawów przemocy w stosunku do osób starszych, a szczególnie trudnej do zaobserwowania przemocy psychicznej, oraz zapobieganie takim przypadkom w przyszłości.*
- *zapobieganie i zwalczanie przejawów wykluczenia społecznego, finansowego i cyfrowego dzięki działaniom integracyjnym, wspieraniu rodzin osób starszych, ułatwianiu kontaktów międzypokoleniowych i szeroko pojętej edukacji.*

dr Anna Kubiak

Bibliografia

1. Galus K. (red) „Geriatria. Wybrane zagadnienia”, wyd. Urban & Partner, Wroclaw, 2007r

2. Kostka T., Koziarska-Rościszewska M. „Choroby wieku podeszłego”, wyd. PZWL, Warszawa, 20009r

3.Marchewka A., Dąbrowski Z., Żołądź J. A., „Fizjologia starzenia się. Profilaktyka i rehabilitacja”, wyd. PWN, Warszawa, 2013

1. http://www.rynekzdrowia.pl/Polityka-zdrowotna/Geriatria-zagrozona-czy-priorytetowa,168087,14.html
2. http://www.rynekzdrowia.pl/Polityka-zdrowotna/Geriatria-uslyszala-juz-diagnoze-teraz-czas-na-skuteczne-leczenie,151640,14.html
3. http://www.rynekzdrowia.pl/Uslugi-medyczne/System-ochrony-zdrowia-pilnie-potrzebuje-rehabilitacji-geriatrycznej,163809,8.html
4. http://www.rynekzdrowia.pl/Uslugi-medyczne/Podstawa-opieki-geriatrycznej-powinna-byc-rehabilitacja-W-Polsce-nie-jest,160711,8.html
5. http://www.rynekzdrowia.pl/Rynek-Zdrowia/Miedzy-domem-a-szpitalem,152416.html