

## Geriaatria – kellele, milleks, kuidas?

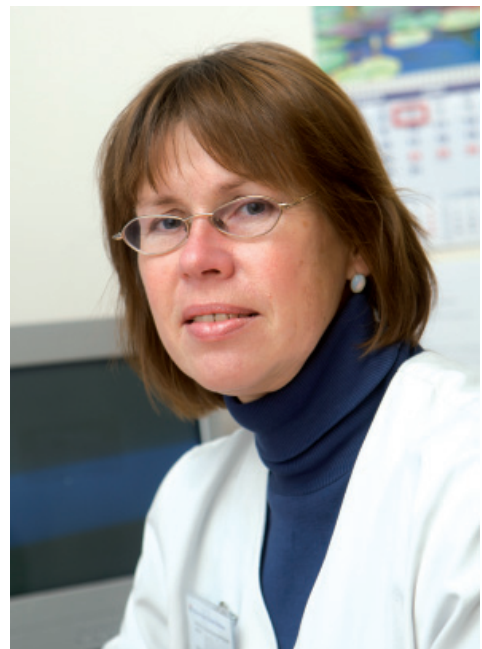
Kai Saks – TÜ sisekliinik

Geriaatria mõiste on kasutusel juba üle sajandi, geriaatriline meditsiin aga üle poole sajandi. Eestis pole need mõisted üheselt arusaadavad, kuna arstide õppekavas geriaatriat ei ole. Artikli eesmärgiks on ühtlustada arusaamist geriaatriast kui arstlikust erialast ja selle võimalikust kohast Eesti tervishoiusüsteemis.

Milleks on vaja eraldi eakate arsti ehk geriaatrit? Vanemaealisel inimesel on harva vaid üks haigus, mistõttu on üsna tavapärane, et eakas patsient ringleb ühe arsti juurest teise juurde, ühest raviasutusest teise, ometi jäävad tema probleemid lahendamata. Tõsi, ükski haigus ei ole üksnes eakatele spetsiifiline, kuid paljude krooniliste haiguste koosesinemine, haiguste atüüpilised ilmingud, ravimite ohtlikud kõrval- ja koostoimed eakatel haigetel vajavad arstilt eriettevalmistust ning kogemust. Sellise kontseptsiooni töötas Ignatz Nascher välja möödunud sajandi alguses (1) ning see on leidnud kliinilises praktikas kinnitust alates 1930. aastatest, kui Majorie Warren rajas esimese geriaatriaosakonna Suurbritannias (2). Praeguseks on geriaatria meditsiinilise erialana tunnustatud enamikus Euroopa riikides.

Euroopa arstlike erialade ühendus (UEMS) määratleb geriaatriat 2008. aastast kui meditsiini eriala, mille sihtrühmaks on ägedate ja krooniliste haigustega ning elulõpu hooldust vajavad vanemaealised inimesed. Geriaatria eesmärgiks on selliste patsientide kehaliste, vaimsete, funktsionaal-

sete ja sotsiaalsete probleemide igakülgne lahendamine ning elukvaliteedi optimeerimine, tegevuste strateegias on lisaks diagnostikale ja ravile olulisel kohal rehabilitatsioon ja ennetus (3). Geriaatrilised haiged on üldjuhul mitmete probleemidega haprad eakad inimesed, kelle abistamine vajab igakülgset (holistlikku) käsitlust, sest esmapilgul tühisena näivad häired erinevates tervise- ja elualdkondades võivad kokkuvõttes oluliselt mõjutada inimese terviklikku toimetulekut ja elukvaliteeti. Õigupoolest ei ole geriaatrilise patsiendi määratlus vanusest lähtuv, pigem on tegemist haigetega, kellel esinevad vanemaealistele inimestele tüüpilised probleemid. Enamik haigeid, kes



vajaksid geriaatri abi, on vanemad kui 80 aastat, nooremaid kui 65 aastat on geriaatriliste haigete seas vähe.

Haiguste avaldumine ja diagnostika on habrastel eakatel noorematest tihtipeale erinev, reageerimine ravile võib olla teistsugune, suur oht on ravitüsistuste tekkeks, sotsiaalsed tegurid võivad oluliselt mõjutada ravitulemust. Geriaatrilise sekkumise kõige olulisemateks sihtideks on haigete funktsionaalse seisundi, elukvaliteedi ja iseseisva toimetuleku parandamine. Selleks on vaja meeskonnatööd, kus lisaks arstile-geriaatrilile osalevad ka geriaatriaõde, sotsiaaltöötaja ning taastusspetsialistid. Geriaatrilise meditsiini nurgakiviks on patsiendi seisundi igakülgne hindamine (kehalise ja vaimse tervise, funktsioonivõime, igapäevaeluga toimetuleku, sotsiaalse tugivõrgustiku, elamistingimuste ja veel palju muu) ning kõrvuti ravi ja hooldusega rehabilitatsiooni- ja ennetusmeetmete võimalikult varajane rakendamine. Geriaatrilisel haigel ei ole sageli ühte juhtivat haigust, pigem on tal mitmeid geriaatrilisi sündroome (inkontinents, immobiilsus, kukkumised, kognitiivse võimekuse häired jt), millele tava-meditsiinis olulist tähelepanu ei pöörata. Hapral eakal haigel (ingl *frail elderly patient*) võivad esmapilgul ebaolulised või vähetähtsad probleemid aga kuhjumise korral olla tõsiste tagajärgedega. Üheks ohtlikuks, kuid sageli diagnoosimata jäänud seisundiks eakatel haigetel on deliirium (äge segasusseisund). Osal juhtudel on selle teket võimalik ennetada, niisamuti õigeaegse ja adekvaatse sekkumisega tagajärgi leevendada. Veelgi sagedasemad on alatoitumise ja sarkopeeniaga seotud probleemid, mis mõjutavad nii haiguse kulgu kui ka prognoosi, kuid jäävad tihti vajaliku tähelepanuta. Geriaatrilised sündroomid, mida võib loetleda rohkesti, vajavad kompetentset diagnostikat ja käsitlemist niisamuti kui kõrgeenenud vererõhk või vere-suhkur, südame- ja liigesehäired ning muud haigused. Ainuüksi vananemisega ei saa seletada geriaatriliste sündroomide teket.

Geriaatria üheks juhtmõtteks on see, et kergem on probleeme ennetada kui neid ravida/korrigeerida. Tavameditsiinis on eesmärgiks seisundi paranemine, geriaatrias võib kogu tegevuse eesmärgiks olla seisundi ja toimetuleku säilitamine. Näiteks, kui haigel on suur oht kukkuda, siis on vajalik haiget uurida kõigi kukkumist soodustavate haiguste ja probleemide suhtes (kaasa arvatud kognitiivsed häired ning ravimite kõrvaltoimed), vajaduse korral rakendada põhjuslikku ravi, kindlasti hinnata jalgade/käte tugevust ja sooritusvõimet, tasakaalu, tundlikkust, nägemist, vajaduse korral rakendada füsioteraapiat/tegevusteraapiat sooritusvõime parandamiseks. Lisaks tuleb hinnata elukeskkonna ohtlikkust, vajaduse korral riske vähendada ja valida sobivad abivahendid ning õpetada neid kasutama. Niimoodi on võimalik vältida kuni kolmandikku kukkumisi (4, 5), seega ka hulga raskeid luumurde ja muid kukkumisega seotud tüsistusi. Praegu ringlevad paljud geriaatrilised haiged nii aktiivkui ka hooldusravi puhul ühest raviasutusest teise, kuid adekvaatne abi jääb sageli saamata, sest aktiivravi sihiks on ägeda/ägenenud haiguse ravi ning hooldusravis on arstliku diagnostika võimalused äärmiselt piiratud. Peale selle puuduvad meie arstidel teadmised haige geriaatrilise käsitlemise kohta, töö käigus tekkinud praktika võib olla tänapäeva geriaatrilise käsitluse nõuetest üsna erinev.

Geriaatrilise meditsiini rakendusvõimalusi on mitmeid, alates nii aktiivravist ja sellejärgsest haiglaravist, ambulatoorsest teenustest kuni hooldusraviasutustes ja hooldekodudes toimuvani. Hinnangute kohaselt on Eestis umbes 30 000 geriaatrilist eriabi vajavat inimest, kelle jaoks oleks vaja vähemalt 50 eriarsti-geriaatrit (Põhja-maade standardi kohaselt isegi kuni 100 geriaatrit), ligikaudu 400 geriaatriavoodit aktiivravihaiglates ja 22 000 geriaatrilist seisundi hindamist aastas (6). Geriaatrilist eriarstiabi on Eestis erialaseltsi eestvõttel hakatud juurutama alates 1997.

aastast. Praeguseks töötavad geriaatria-meeskonnad, kes hindavad geriaatrilist seisundit, kaheksas haiglas. Suuremas osas neist töötavad geriaatrias pädevad arstid. Taotlus geriaatria voodipäeva rahastamiseks on esitatud haigekassale, et seejärel avada geriaatriaosakonnad, milleks on valmis nii geriaatrid kui ka paljud haiglad.

Milleks oleks vaja senist süsteemi muuta, s.t tunnustada geriaatriat arstliku erialana ning avada geriaatriaosakonnad koos muude teenustega (ambulatoorsed vastuvõttud, konsultanditeenus jm)? Spetsialiseeritud geriaatrilise abi rakendamise põhieesmärgiks on esiteks geriaatriliste haigete ja nende perede tervise, toimetuleku ja heaolu parandamine ning teiseks sotsiaalsete kulutuste optimeerimine. Neid eesmärke saavutatakse kõige edukamalt siis, kui geriaatrilise haige probleemidega tegeleb arst-geriaater koos geriaatrilise meeskonnaga selliste patsientide vajadustele vastavas keskkonnas – geriaatriaosakonnas. Praeguseks on avaldatud mitmete esinduslike uuringute tulemused, kus on jälgitud siseosakonnas ja geriaatriaosakonnas ravitud geriaatriliste haigete ravitulemusi nii haigete seisundi kui ka tervishoiu- ja hoolekandekulutuste aspektist. Tulemused kinnitavad

geriaatriaosakondade suuremat efektiivsust mõlemas osas (7–10). Lisaks sellele tekib geriaatriaosakonnast piirkondlik geriaatria kompetentsuskeskus, kus pakutakse ka ambulatoorseid teenuseid, nõustatakse aktiivravi- ja hooldusraviosakondi, samuti hoolekandeesutusi ning mis on kliiniliseks koolitusbaasiks kõikidele tervishoiuerialade üliõpilastele.

Samas on selge see, et geriaatrilise meditsiini põhimõtteid on vaja järgida kõikidel arstidel, kes eakate haigetega tegelevad, ehk siis geriaatriameetodeid peaksid baasitasemel valdama kõik arstid. Geriaatrite rolliks oleks eriala arendamine, geriaatrilise eriarstiabi osutamine komplitseeritud juhtudel ning geriaatriakoolituse ja -teadustöö koordineerimine.

Lõpetuseks märkigem, et Eestis kui rahvastiku kiire vananemisega riigis on geriaatriliste teenuste juurutamine oluline nii moraalsest kui ka praktilisest küljest. Geriaatria arenguks on Eestis loodud head eeldused, Euroopa Liidu rahalisel toel on koolitatud esimesed geriaatrid. Edasine areng vajab eriala tunnustamist ühiskonna poolt ning sellest lähtuvate koolitus- ja finantseerimisküsimuste lahendamist.

*Kai.Saks@ut.ee*

## KIRJANDUS

1. Evans JG. Geriatric medicine: a brief history. *BMJ* 1997;315:1075–7.
2. Warren MW. Care of the chronic sick: a case for treating chronic sick in blocks in general hospital. *BMJ* 1943;12:822–3.
3. UEMS geriatric medicine definition in English, German, French, Dutch, Slovakian, and Bulgarian. Saadaval [http://www.uemsgeriaticmedicine.org/documents/important\\_documents/geriatric\\_medicine\\_definition.pdf](http://www.uemsgeriaticmedicine.org/documents/important_documents/geriatric_medicine_definition.pdf).
4. King MB, Tinetti ME. A multifactorial approach to reducing injurious falls. *Clin Geriatr Med* 1996;12:745–59.
5. Chang JT, Morton SC, Rubenstein LZ, et al. Interventions for the prevention of falls in older adults: systematic review and meta-analysis of randomised clinical trials. *BMJ* 2004;328:680, doi:10.1136/bmj.328.7441.680.
6. Eesti hooldusravivõrgu arengukava 2004–2015. Saadaval <http://www.rahvatervis.ut.ee/bitstream/1/95/1/Hooldusraviv%C3%B5rguarengukava.pdf>.
7. Cohen HJ, Feussner JR, Weinberger M, et al. A controlled trial of inpatient and outpatient geriatric evaluation and management. *N Engl J Med* 2002;346:905–12.
8. Saltvedt I. Treatment of acutely sick, frail elderly patients in a geriatric evaluation and management unit. Doctoral Theses at NTNU 2006:36.
9. Lundström M, Olofsson B, Stenvall M, et al. Prevention and treatment of postoperative delirium – A randomized controlled trial. *Aging Clin Exp Res* 2007;19:178–86.
10. Stenvall M, Olofsson B, Lundström M, et al. A multidisciplinary, multifactorial intervention program reduces postoperative falls and injuries after femoral neck fracture. *Osteoporosis Int* 2007;18:167–75.