numer specjalny
2016
1

KONTROLA PAŃSTWOWA

Opieka medyczna nad osobami w podeszłym wieku u progu rewolucji demograficznej

ISSN 0452-5027

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

KONTROLA PAŃSTWOWA

*...ktokolwiek grosz publiczny do swego rozporządzenia odbiera, wydatek onegoż usprawiedliwić winien.**

WARSZAWA

NUMER 1 SPECJALNY – STYCZEŃ 2016 R.

REDAKCJA

Marzena Repetowska-Nyc, redaktor naczelna
Barbara Odolińska, redaktor, zastępuje red. naczelną, tel. 22 444 57 81
Joanna Kulicka, redaktor, tel. 22 444 54 01
Jacek Matwiejczyk, redaktor, tel. 22 444 53 11

Adres redakcji

Najwyższa Izba Kontroli, 02-056 Warszawa, ul. Filtrowa 57

Nasz adres w Internecie

e-mail: kpred@nik.gov.pl
http://www.nik.gov.pl

* *Cytat na stronie tytułowej pochodzi z pisma ministra skarbu Księstwa Warszawskiego, Tadeusza Dembowskiego, wystosowanego w związku z pracami przygotowawczymi do dekretu z 14 grudnia 1808 roku o Głównej Izbie Obrachunkowej.*

Spis treści

Wystąpienia 6

Otwarcie przez prezesa Najwyższej Izby Kontroli Krzysztofa Kwiatkowskiego seminaryjnego posiedzenia Kolegium NIK na temat opieki medycznej nad osobami w podeszłym wieku u progu rewolucji demograficznej 6

Prezentacja przez wiceprezesa NIK Jacka Uczkiewicza wyników kontroli NIK „Opieka medyczna nad osobami w wieku podeszłym" 8

Wystąpienie ministra zdrowia Konstantego Radziwiłła 12

Referaty 15

PAWEŁ GORYŃSKI: Sytuacja demograficzno-epidemiologiczna w Polsce i na świecie – nowe wyzwania i perspektywy zmian 15

BARBARA BIEŃ: Opieka zdrowotna nad osobami starszymi w Polsce – geriatria dzisiaj i jutro 30

JAROSŁAW DEREJCZYK: Finansowanie opieki zdrowotnej dla osób w podeszłym wieku – zysk czy zbędne koszty? 52

TOMASZ GRODZICKI: Kadry i system opieki medycznej dla osób w podeszłym wieku – współpraca różnych sektorów – konieczne zmiany 75

KATARZYNA WIECZOROWSKA-TOBIS: Najlepsze wzorce opieki nad osobami w wieku podeszłym – polityka geriatryczna w wybranych krajach 86

Dyskusja 97

Wypowiedzi uczestników posiedzenia 97

Podsumowanie i zamknięcie seminaryjnego posiedzenia Kolegium NIK przez wiceprezesa Jacka Uczkiewicza 110

Opieka medyczna nad osobami w podeszłym wieku u progu rewolucji demograficznej

Seminaryjne posiedzenie Kolegium NIK

W siedzibie Najwyższej Izby Kontroli w Warszawie 25 listopada 2015 r. odbyło się seminaryjne posiedzenie Kolegium NIK na temat: „Opieka medyczna nad osobami w podeszłym wieku u progu rewolucji demograficznej". Uczestnikami narady byli członkowie Kolegium NIK oraz – zainteresowani tematyką – zaproszeni goście z urzędów centralnych, uczelni medycznych, klinik i szpitali geriatrycznych oraz instytutów badawczych. Udział w spotkaniu wzięli także dyrektorzy departamentów i delegatur oraz radcy prezesa NIK. Przedstawiono pięć referatów, które wygłosili znani specjaliści w dziedzinie geriatrii z całej Polski, zapoznając obecnych z problemami opieki zdrowotnej nad osobami w podeszłym wieku, finansowaniem tej opieki, sytuacją kadrową i wzorcami z innych krajów. Prelegenci podkreślili konieczność radykalnych zmian w tej dziedzinie medycyny. Prezentację referatów poprzedziło przedstawienie zebranym wyników kontroli NIK, które były inspiracją do zorganizowania specjalnego posiedzenia Kolegium NIK.

Wystąpienia

Prezes Najwyższej Izby Kontroli Krzysztof Kwiatkowski:

Witam Państwa bardzo serdecznie na seminaryjnym posiedzeniu Kolegium Najwyższej Izby Kontroli, poświęconym problemowi starzenia się społeczeństwa. Zapoznamy Państwa także z raportem Najwyższej Izby Kontroli, który tej tematyki dotyczył, ale najpierw chciałbym przywitać uczestników naszego seminarium.

Witam ministra zdrowia Pana Konstantego Radziwiłła – dziękujemy za obecność i doceniamy, że w tym początkowym okresie wykonywania przez Pana nowych obowiązków Pan minister znalazł czas na spotkanie z nami. Cieszę się, że są z nami przedstawiciele parlamentu – witam Pana posła Michała Szczerbę – przewodniczącego Komisji Polityki Senioralnej w poprzedniej kadencji Sejmu RP. Bardzo ważnymi uczestnikami dzisiejszego spotkania są przedstawiciele nauk medycznych – Państwa głos będzie wyjątkowo istotny, będziemy ciekawi Państwa opinii.

Na początku chciałbym przywitać naszych prelegentów: Panią profesor Katarzynę Wieczorowską-Tobis – kierownika Pracowni Geriatrii Katedry i Klinki Medycyny Paliatywnej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu; Panią profesor Barbarę Bień – kierownika Kliniki Geriatrii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku; Pana profesora Tomasza Grodzickiego – dziekana Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie; Pana doktora Jarosława Derejczyka – dyrektora Szpitala Geriatrycznego im. Jana Pawła II w Katowicach; Pana doktora Pawła Goryńskiego – zastępcę kierownika Zakładu Centrum Monitorowania i Analiz Stanu Zdrowia Ludności w Warszawie.

Witam wszystkich Państwa, którzy będą uczestniczyć w dyskusji: Pana profesora Bolesława Samolińskiego – przewodniczącego Rady Polityki Społecznej; Panią Wandę Fidelus-Ninkiewicz – dyrektora Biura Naczelnej Izby Lekarskiej; Panią profesor Joannę Jędrzejczak – dyrektora Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego; Pana profesora Marka Tałałaja – zastępcę dyrektora CMKP do spraw klinicznych; Pana profesora Tomasza Kostkę – krajowego konsultanta do spraw geriatrii; Pana profesora Jacka Imielę – konsultanta krajowego w dziedzinie chorób wewnętrznych; Panią doktor Elżbietę Kozak-Szkopek – konsultanta województwa mazowieckiego

w zakresie geriatrii; Panią profesor Barbarę Gryglewską – konsultanta do spraw geriatrii z województwa małopolskiego; Panią doktor Małgorzatę Mosakowską – przedstawiciela programu PolSenior Międzynarodowego Instytutu Biologii Molekularnej i Komórkowej. Bardzo serdecznie witam przedstawicieli Kolegium Najwyższej Izby Kontroli oraz wszystkich pracowników NIK, którzy w dzisiejszym spotkaniu biorą udział.

Krótko zwrócę uwagę na raport, który ogłosiła Najwyższa Izba Kontroli po kontroli dotyczącej opieki medycznej nad osobami w wieku podeszłym. Bardzo chcę podziękować wszystkim pracownikom Departamentu Zdrowia zaangażowanym w przygotowanie tego dokumentu. Dla obecnych tu Państwa ekspertów raport ten nie był zaskoczeniem, ale z naszego punktu widzenia ogromną jego wartością jest to, że problematyka, która Państwu jest na co dzień wyjątkowo bliska, znalazła się w centrum zainteresowania opinii publicznej. Dzięki wynikom naszej kontroli można wyraźniej zwrócić uwagę na potrzeby ludności w wieku podeszłym. Z uwagi na procesy starzenia się polskiego społeczeństwa potrzeby tej grupy wiekowej stanowią wyzwanie dla współczesnej medycyny. Geriatria jako gałąź medycyny, która zajmuje się całościową opieką nad osobami starszymi zarówno z problemami zdrowotnymi, jak i funkcjonalno-społecznymi, to dziedzina nauk medycznych, której znaczenie będzie rosło z uwagi na naturalne procesy demograficzne, na starzenie się polskiego społeczeństwa. Proszę uważać raport Najwyższej Izby Kontroli za narzędzie wspierające w tej dyskusji, żeby tę problematykę lepiej zauważyć. Deklaruję współpracę w realizacji wniosków wynikających z tej kontroli.

Dzisiaj w sposób szczególny będziemy się zajmować geriatrią i zanim poproszę o wypowiedź Pana ministra Konstantego Radziwiłła, proszę Pana wiceprezesa Najwyższej Izby Kontroli Jacka Uczkiewicza – jako nadzorującego tę kontrolę – o przedstawienie i podsumowanie głównych informacji zawartych w raporcie NIK.

Wiceprezes NIK Jacek Uczkiewicz:

Panie Ministrze, Panie Pośle, Panie i Panowie Profesorowie, szanowni Państwo!
W pamięci mam jeszcze panel ekspertów, na którym dyskutowaliśmy problemy opieki nad osobami starszymi, słuchaliśmy Państwa porad, wskazówek, opinii. Jaki one przyniosły efekt? To właśnie jest do odczytania w naszym raporcie. Dzisiejsze spotkanie, oprócz wszystkich innych aspektów ma również i ten, że możemy się z naszymi wybitnymi doradcami, specjalistami w dziedzinie geriatrii, niejako rozliczyć z ówczesnego panelu ekspertów. Jest dla nas istotne także z tego względu, że ma znaczenie dla lepszego planowania działań kontrolnych w przyszłości.

Wracając do wspomnianego raportu: geriatria z założenia ma oferować pacjentom multidyscyplinarną opiekę zespołu fachowców, która optymalizuje stan zdrowia osób starszych, ich samodzielność i poprawi jakość życia. Procesy demograficzne, które zachodzą w naszym kraju są podobne jak w innych krajach europejskich. Osoby w wieku powyżej 65. roku życia stanowią obecnie około 15% populacji, ale prognozy wskazują, że w 2035 r. ich udział wzrośnie do ponad 23%, w tym znacząco przybędzie osób po 80. roku życia. W 1999 r. w grupie osób po 60. roku życia osiemdziesięciolatkowie stanowili 12%, a szacuje się, że w 2050 r. będzie to już 29%. Szacuje się również, że znacząco zwiększy się wielkość wydatków na opiekę medyczną dla tych osób – z 35% obecnie do ponad 58%, jako że średnie wydatki Funduszu Zdrowia na leczenie osób powyżej 65. roku życia są około 3-krotnie wyższe od średniej wydatków na osoby poniżej tego wieku.

Z uwagi na tak szybko zachodzące w Polsce zmiany oraz związane z tym wyzwania organizacyjne i finansowe pojawia się pilna potrzeba stworzenia pełnego, dobrze rozwiniętego i racjonalnego systemu opieki zdrowotnej dla osób w podeszłym wieku wymagających opieki geriatrycznej. Biorąc te okoliczności pod uwagę, Najwyższa Izba Kontroli przeprowadziła kontrolę pt. „Opieka medyczna nad osobami w wieku podeszłym", którą objęliśmy Ministerstwo Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia, jak i świadczeniodawców. Kontrola miała ustalić, czy istnieje system medycznej opieki geriatrycznej, jak jest finansowany, jakie są koszty i jak się one mają do kosztów leczenia porównywalnych pacjentów wymagających opieki geriatrycznej a przebywających pod opieką placówek internistycznych.

Ustalenia kontroli wykazały, że w Polsce praktycznie nie ma systemu opieki geriatrycznej. W badanym okresie liczba specjalistów geriatrii stanowiących podstawę utworzenia takiego systemu znacznie

odbiegała od standardów europejskich. Na 31 sierpnia 2014 r. mieliśmy 321 specjalistów geriatrii, a więc na 100 tysięcy mieszkańców nie przypadał nawet jeden lekarz (0,8 na 100 tysięcy), tymczasem w Niemczech było ich 2,2, na Słowacji – 3,1. Równocześnie niewielka kadra lekarzy geriatrów była bardzo różnie rozmieszczona na terenie kraju, co jeszcze bardziej podkreśla brak racjonalnego systemu opieki geriatrycznej. W województwie zachodniopomorskim, na przykład, opiekę geriatryczną finansowaną z Narodowego Funduszu Zdrowia sprawował 1 lekarz geriatra; dla kontrastu: w województwie śląskim 42 geriatrów. Na terenie województwa warmińsko-mazurskiego w 2013 r. żaden lekarz tej specjalności nie udzielał porad w ramach NFZ. Na uczelniach medycznych wykłady z geriatrii prowadzone były wyłącznie jako przedmiot fakultatywny, natomiast zajęcia praktyczne w zakresie geriatrii odbywały się tylko w 5 spośród 11 uczelni medycznych. Lekarzom podstawowej opieki zdrowotnej, do których w pierwszej kolejności trafiali pacjenci geriatryczni, brakowało przeszkolenia w zakresie opieki geriatrycznej.

W tej sytuacji Najwyższa Izba Kontroli wyraziła zaniepokojenie niskim zaawansowaniem realizowanego przez Ministerstwo Zdrowia projektu systemowego pt. „Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej", współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej. Projekt ten, mający na celu poprawę opieki nad osobami w wieku podeszłym przez szkolenie kadr medycznych w zakresie opieki geriatrycznej, do czasu zakończenia kontroli w Ministerstwie Zdrowia, a na 8 miesięcy przed końcem trzyipółletniego programu, został zrealizowany zaledwie w 42%. Najmniej skuteczna okazała się rekrutacja na szkolenie lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej – przeszkolono zaledwie 32% spośród zaplanowanych 2 tysięcy. Kontrola NIK wykazała, że minister zdrowia nie dokonywał bieżącej oceny dostępności świadczeń z zakresu geriatrii, nie określił także wskaźników dotyczących pożądanej liczby czynnych zawodowo lekarzy specjalistów w poszczególnych dziedzinach medycyny, w tym w geriatrii, w odniesieniu do liczby mieszkańców, co nie pozwala na ocenę zabezpieczenia potrzeb w zakresie geriatrii. Opracowane przez powołany przy ministrze zdrowia Zespół do spraw Gerontologii standardy postępowania w opiece geriatrycznej nie zostały wprowadzone przez ministra zdrowia w formie powszechnie obowiązującego prawa. Będąca elementem tych standardów skala VES-13, służąca do kwalifikowania pacjentów powyżej 60. roku życia do opieki geriatrycznej, w opiece szpitalnej była wykorzystywana częściowo, a w podstawowej opiece zdrowotnej nie korzystano z niej w ogóle. Powodowało to, że wpływ opracowanych standardów na organizację opieki geriatrycznej, a co za tym idzie na jakość i efektywność leczenia pacjentów, był ograniczony.

Oto kolejne argumenty przemawiające za tym, że systemu nie ma. W badanym okresie liczba poradni geriatrycznych wprawdzie nieznacznie wzrosła: z 322 do 356, a liczba łóżek na szpitalnych oddziałach geriatrycznych zwiększyła się z 871 do 901, to jednak tylko część lekarzy geriatrów zawarła umowy z NFZ. W 2013 r. spośród 298 specjalistów w dziedzinie

geriatrii jedynie 160 lekarzy tej specjalności świadczyło opiekę geriatryczną w ramach kontraktu z Funduszem. Mimo systematycznego wzrostu wartości umów zawartych przez Fundusz, pogorszył się dostęp do świadczeń zdrowotnych w tym zakresie, wzrosła zarówno liczba oczekujących na świadczenie, jak i czas oczekiwania. Zmniejszył się również odsetek świadczeniodawców przyjmujących pacjentów bez konieczności oczekiwania.

Planowane świadczenia dla osób w wieku powyżej 60. roku życia w 14 spośród 16 oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia nie były poprzedzone wystarczającymi analizami potrzeb i dostępności poszczególnych usług medycznych dla osób w wieku podeszłym. Świadczenia dla tych pacjentów kontraktowane były dla obszaru całego województwa. Taki obszar, według ustaleń kontroli, podyktowany był ograniczoną liczbą potencjalnych oferentów i lekarzy specjalistów w dziedzinie geriatrii. Obecny sposób rozliczania przez NFZ usług zdrowotnych, opierający się na systemie jednorodnych grup pacjentów (JGP), nie jest dostosowany do występującej u osób starszych tak zwanej wielochorobowości, zakłada bowiem finansowanie jednej choroby, czyli procedury. Rodzi to sprzeczność – istotną sprzeczność – pomiędzy zasadami postępowania medycznego a wartościami ekonomicznymi. Leczenie zgodnie z zasadami sztuki medycznej prowadzi do strat dla szpitala. Obecny sposób rozliczania przez NFZ usług zdrowotnych uniemożliwia również pełne odzwierciedlenie i ocenę przyczyn hospitalizacji i powodu zgonów w tej grupie osób. Na podstawie przeprowadzonej przez Najwyższą Izbę Kontroli analizy wydatków na leczenie pacjentów po 60. roku życia w podziale na 3 grupy wiekowe wynika, że roczne leczenie pacjentów opuszczających oddziały geriatryczne, czyli już po opuszczeniu oddziału, jest dla płatnika publicznego tańsze o 1380 zł na pacjenta na rok niż leczenie porównywalnych pacjentów po pobycie na oddziałach chorób wewnętrznych. W sytuacji braku rozeznania systemowego oraz niedostatecznego finansowania opieki medycznej dla osób w podeszłym wieku kontrolowani świadczeniodawcy w ramach własnych możliwości tworzyli bazę łóżek geriatrycznych oraz ambulatoryjną opiekę geriatryczną, wykorzystując wspomniane wcześniej niepublikowane urzędowo standardy opieki geriatrycznej wypracowane przez powołany przez ministra zdrowia zespół ekspertów, jednak żaden ze skontrolowanych podmiotów nie realizował w pełni tych standardów.

W ocenie Najwyższej Izby Kontroli, niezbędne jest wprowadzenie przez ministra zdrowia pełnego systemu opieki zdrowotnej dla osób w podeszłym wieku wymagających opieki geriatrycznej. Tworzenie systemu geriatrycznej opieki zdrowotnej powinno uwzględniać jego dostępność, co oznacza bliskość placówek medycznych od miejsca zamieszkania, odpowiednią liczbę personelu medycznego, przeszkolonych lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i pielęgniarek oraz specjalistów z zakresu geriatrii. Problemy zdrowotne osób w podeszłym wieku wymagających opieki geriatrycznej muszą być rozwiązywane kompleksowo, w interdyscyplinarnej współpracy lekarza, pielęgniarki, pracownika socjalnego oraz innych specjalistów – w sposób

ciągły i długotrwały. W opiece nad osobami w podeszłym wieku najważniejsze jest właściwe usytuowanie i zorganizowanie medyczne opieki geriatrycznej, ukierunkowanej na problem wielochorobowości. Ważna jest także efektywność finansowania, a więc racjonalne ustalenie kontraktowania świadczeń z uwzględnieniem lokalnych potrzeb, udoskonalenia metodyki wyceny świadczeń, także na potrzeby wielochorobowości, oraz wykorzystanie wniosków z kontroli NIK wskazujących między innymi, że jednostkowy koszt świadczeń udzielonych po wypisie pacjenta z oddziału geriatrycznego był niższy niż w przypadku porównywalnego pacjenta o analogicznym rozpoznaniu, leczonego jednakże wyjściowo w oddziale chorób wewnętrznych. Organizatorzy opieki geriatrycznej, także z uwagi na specyfikę problemów zdrowotnych pacjentów w podeszłym wieku, powinni zadbać o właściwy przekaz informacyjny pomiędzy różnymi podmiotami świadczącymi usługi w zakresie opieki zdrowotnej. To jest synteza syntezy wyników kontroli, którą Najwyższa Izba Kontroli przeprowadziła.

Korzystając z okazji, chciałbym również poinformować Państwa, że w obszarze problemów senioralnych sfinalizujemy jeszcze w 2015 r. kontrolę pt. „Świadczenie pomocy osobom starszym przez gminy i powiaty", a w 2016 r. kontrolę pt. „Opieka nad osobami starszymi w domach pomocy". Staramy się więc, aby nasze podejście do problemów osób starszych było w miarę kompleksowe.

Minister zdrowia Konstanty Radziwiłł:

Szanowni Panowie Prezesi, szanowni Państwo!
Na wstępie chciałbym prosić Państwa o wyrozumiałość, ponieważ ministrem zdrowia jestem zaledwie od dziesięciu dni i na tym etapie nie jestem w stanie od razu przekazać szczegółowych podsumowań, postaram się natomiast przedstawić swego rodzaju raport otwarcia.

Dziękuję Panu prezesowi Krzysztofowi Kwiatkowskiemu za przekazanie mi całego pakietu raportów Najwyższej Izby Kontroli dotyczących systemu ochrony zdrowia. Po części, tak jak zapewne i Państwo, miałem już możliwość zapoznania się z wnioskami płynącymi z tych dokumentów. Niestety, doskonale wszyscy wiemy, że w niekorzystny sposób ukazują one dotychczasowe funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia. Geriatria nie odbiega od tego przykrego schematu. Na moją prośbę poszczególne komórki organizacyjne w Ministerstwie Zdrowia mają za zadanie przygotować szczegółowe informacje w powyższym zakresie, które wykorzystamy w dyskusji na szereg tematów związanych z opieką medyczną nad osobami w podeszłym wieku. Zależy mi na tym, aby pokazać perspektywę Ministerstwa Zdrowia, zaprezentować temat z punktu widzenia urzędu.

Będąc lekarzem, zdaję sobie sprawę, że toczy się dyskusja nad rolą i miejscem geriatrii w systemie oraz geriatrów w opiece nad osobami starszymi. Mam świadomość podejścia specjalistycznego i holistycznego, w którym pacjent geriatryczny jest postrzegany jako osoba wymagająca specjalnej, szerszej perspektywy leczenia ze względu na swój wiek.

W ramach działań realizowanych przez Ministerstwo Zdrowia należy podkreślić, że jesteśmy zakotwiczeni w procesie, który wynika z zobowiązania świadczeniodawców udzielających świadczeń w trybie hospitalizacji do opracowania i wdrożenia procedury oceny geriatrycznej. Do 30 czerwca przyszłego roku ten proces ma się zakończyć i jest on kluczowy dla dalszych rozważań nad opieką nad osobami starszymi. Istotną kwestią do rozważenia są również stawki kapitacyjne w podstawowej opiece zdrowotnej.

W zakresie świadczeń bezpośrednio skierowanych do osób starszych sytuacja wygląda następująco: w 2014 r. istniało 79 poradni prowadzących ambulatoryjną opiekę specjalistyczną (AOS) w tym zakresie i 47 takich oddziałów szpitalnych. Pieniądze w AOS to były niecałe 4 mln zł. W świadczeniach szpitalnych w zakresie geriatria – hospitalizacja było to około 70 mln zł w ubiegłym roku. W 2015 r. ta kwota dojdzie do około 85 mln zł. W świadczeniach opieki długoterminowej

dla pacjentów, którzy ukończyli 60 lat, kwota finansowania świadczeń w 2014 r. wyniosła 888 088 848 zł. W 2014 r. w ramach opieki długoterminowej zajmowano się 96 tysiącami osób, które ukończyły 60 lat.

Rehabilitacja lecznicza to bardzo szeroki obszar, o którym warto rozmawiać. Należy zorganizować system tak, by było wiadomo, co z pacjentem dzieje się dalej, po opuszczeniu oddziału. Rehabilitacja w przypadku osób starszych ma zasadnicze znaczenie. Jeśli się ją pominie, bardzo często opieka podejmowana podczas hospitalizacji idzie na marne. Tutaj należy także podkreślić, że opieka paliatywna i hospicyjna dotyczy szczególnie pacjentów w podeszłym wieku.

W zakresie kadrowym należy mieć na uwadze, że obecna liczba geriatrów – niespełna 340 – nie budzi optymizmu. Jednak potencjalnie, dzięki modułowemu systemowi specjalizacji, przeniesieniu geriatrii z listy specjalności szczegółowych i możliwości odbywania jej według modułu, sytuacja może się zmienić. Być może zachęci to lekarzy, którzy już są specjalistami w innych dziedzinach, by zainteresowali się również geriatrią.

Problemem geriatrii jest także, niestety, brak atrakcyjności tej specjalności w oczach młodych lekarzy. Obawiam się, że wpisanie jej na listę priorytetową może niewiele zmienić. Młodzi lekarze, nawet jeśli w trakcie trwania rezydentury mają szansę zarobić więcej, patrząc w perspektywie długofalowej, ostatecznie nie są zainteresowani wybraniem tej ścieżki zawodowej. Chętnych na te rezydentury nie ma wielu, w 2015 r. minister zdrowia przyznał 47 rezydentur w dziedzinie geriatrii, co było 100% pokryciem zapotrzebowania zgłoszonego przez wojewodów.

Od sierpnia 2015 r. formalnie funkcjonuje już Narodowy Instytut Geriatrii. Mam nadzieję, że jego działalność przyniesie ze sobą pewien potencjał, który będzie można wykorzystać.

Oprócz namawiania lekarzy do wybierania specjalizacji z geriatrii, zasadnicze znaczenie ma kształcenie ustawiczne różnych kadr medycznych w obszarze opieki nad osobą w wieku starszym. Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego realizuje projekt wspierający system kształcenia ustawicznego personelu w zakresie opieki geriatrycznej. Plany są w tym zakresie bardzo ambitne, chociaż wiem, że niestety istnieje problem z naborem, zwłaszcza wśród lekarzy.

Aktualnie jesteśmy w trakcie prac związanych z wdrożeniem pilotażowego projektu w ramach programu operacyjnego „Wiedza. Edukacja. Rozwój" pod nazwą „Dzienny dom opieki medycznej". Ministerstwo Zdrowia przeznaczyło 40 mln zł na pilotażowe tworzenie i funkcjonowanie dziennych domów opieki medycznej dla osób niesamodzielnych, w tym w szczególności osób starszych.

W tym miejscu obowiązkowo należy wspomnieć o konieczności uchwalenia i wejścia w życie ustawy o zdrowiu publicznym i towarzyszącym temu Narodowym Programie Zdrowia, który w tej chwili powstaje. W programie z pewnością znajdzie się miejsce dla geriatrii.

Należy pamiętać, że kiedy mówi się o osobach starszych, to przede wszystkim trzeba mówić o ich wsparciu wtedy, kiedy jeszcze nie wymagają opieki. Bardzo ważna jest aktywizacja tych osób we wszelkich

obszarach, ważne są ułatwienia dla nich; dotyczy to na przykład budynków, transportu, edukacji. Jest mnóstwo obszarów, w których należy działać, ale jeżeli sprowadzić sprawę do opieki medycznej – to chcę zapewnić, że działania w tym zakresie będą podejmowane.

Aktualnie mamy do czynienia z dezintegracją opieki medycznej, która prowadzi do kompletnego braku koordynacji. Koordynatorem opieki nad pacjentem jest dziś sam pacjent. System w tym zakresie jest szczególnie niewydolny, więc już rozpoczęliśmy prace wraz z Narodowym Funduszem Zdrowia nad bardziej skoordynowaną opieką i wykupywaniem pakietów świadczeń, a nie pojedynczych procedur. To jest generalny kierunek i to jest też mój zamiar jako ministra zdrowia – nie tylko w obszarze geriatrii, ale w bardzo wielu innych dziedzinach. W ochronie zdrowia dominować powinna koordynacja, a nie konkurencja czy rozwarstwienie. W przypadku osób starszych to jest zupełnie fundamentalna sprawa. Warto wspomnieć także o teleopiece, która w przypadku osób starszych może wesprzeć, podkreślam – wesprzeć, a nie zastąpić opiekę bezpośrednią. Na pewno powstanie nowa ustawa o podstawowej opiece zdrowotnej, w której będziemy kłaść nacisk na holistyczną, całościową opiekę nad pacjentem.

Ostatnia, bardzo istotna informacja, którą chciałbym zaakcentować, to projekt darmowych leków dla osób 75+. W trakcie wprowadzania tego projektu myślimy o pewnych zabezpieczeniach. Dziś mogę powiedzieć, że na pewno będą to leki charakterystyczne dla chorób osób starszych. Pracujemy nad tym, by za wystawianie recept dla seniorów odpowiadała jedna grupa lekarzy, przykładowo lekarzy POZ, którzy znają swoich pacjentów i wiedzą, jakie leki są im potrzebne, co pozwoliłoby na zminimalizowanie ryzyka nadużyć. Ponadto chcę podkreślić, że nikogo nie chcemy obciążać nowymi obowiązkami – lekarz nie będzie musiał decydować, komu należy się darmowy lek, nie będzie kryterium dochodowego. Rozwiązanie musi być najprostsze również dla aptekarzy, dlatego najprawdopodobniej numer PESEL, który jest na każdej recepcie, będzie uprawniał do tego, żeby lek można było dostać za darmo. Jeśli chodzi o listę tych leków, będzie się ona ukazywać równolegle z obwieszczeniem refundacyjnym. Priorytetem naszego działania odnośnie do programu jest takie jego przygotowanie, aby z jednej strony był on bezpieczny dla budżetu, a z drugiej strony był rzeczywistym wsparciem dla osób, których dotyczy.

Referaty

Nowe wyzwania i perspektywy zmian

Sytuacja demograficzno-epidemiologiczna w Polsce i na świecie

Dane demograficzne wskazują, że zarówno w Polsce, jak i innych krajach Unii Europejskiej następuje bardzo szybkie starzenie się społeczeństwa. Wpływają na to między innymi: malejący współczynnik dzietności, który nie zapewnia zastępowalności pokoleń i wydłużanie się trwania życia. Należy więc przygotować się do nowych wyzwań po przeanalizowaniu najważniejszych potrzeb w tym zakresie.

PAWEŁ GORYŃSKI

Sytuacja demograficzna, jaką obserwujemy w ostatnich latach w naszym kraju, a także w innych krajach Europy, szczególnie w krajach członkowskich Unii Europejskiej sprawia, że wzrasta odsetek osób starszych (powyżej 65. roku życia), co w perspektywie będzie miało istotne konsekwencje ekonomiczne i społeczne. Podstawowe dane demograficzne Głównego Urzędu Statystycznego wskazują, że w latach 50.

mieliśmy w Polsce około 4% osób powyżej 65. roku życia, w 2023 r. – 15%, a najnowsza prognoza GUS przewiduje, że w 2050 r. będzie tych osób około 33%. We wszystkich krajach Unii Europejskiej i rozwiniętych krajach świata współczynnik dzietności maleje i nie zapewnia zastępowalności pokoleń (minimum 2,2 dziecka na kobietę w wieku reprodukcyjnym, 15-49 lat).

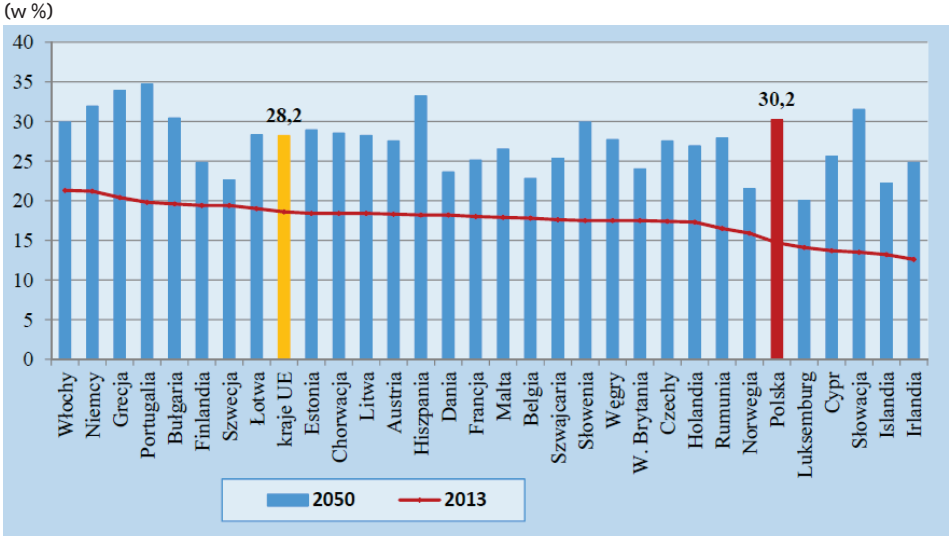
Wydłuża się równocześnie przeciętne dalsze trwanie życia, co pogłębia zasygnalizowany powyżej proces starzenia się społeczeństwa. Powoduje to nowe wyzwania i konieczne przygotowanie już obecnie systemu opieki zdrowotnej i socjalnej by płynnie przejść do nowej, kształtującej się stopniowo, ale nieuchronnie sytuacji demograficznej społeczeństwa.

W prezentowanej analizie wykorzystano dane Głównego Urzędu Statystycznego, Eurostatu, Biura Regionalnego Światowej Organizacji Zdrowia w Kopenhadze (Baza WHO HFA DB) oraz projektu międzynarodowego dotyczącego osób w wieku 50+ (SHARE). Dane te wykorzystano opracowując odpowiednie zestawienia i wykresy własne. Ponadto w części dotyczącej porównań międzywojewódzkich stanu zdrowia wykorzystano dane Zakładu Centrum Monitorowania i Analiz Stanu Zdrowia Ludności, w tym pochodzące z Atlasu umieralności ludności Polski.

W analizie dotyczącej porównań międzynarodowych umieralności, ze względu na zapewnienie czytelności rysunków (trendy liniowe), przedstawiono dane

Rysunek 1. **Udział osób w wieku 65 lat i więcej w populacji ogółem w latach 2013 i 2050**

(w %)



Źródło: *Prognoza ludności na lata 2014–2050*, GUS, Warszawa 2014.

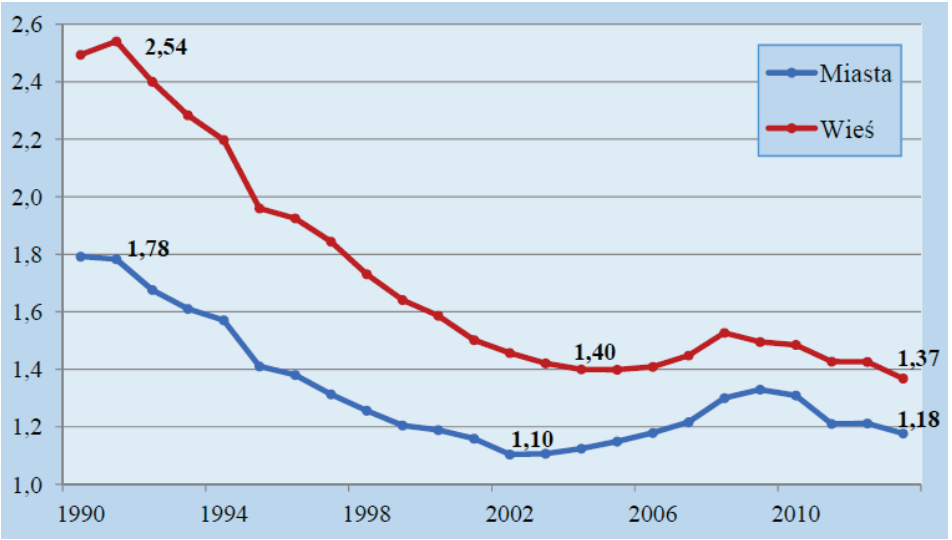
z 5 wybranych krajów wspólnoty[1] i średnią dla całej UE (rys. 7 i 8, s. 21 i 22).

Sytuacja demograficzna

Sytuacja demograficzna w Polsce ewoluuje podobnie jak w innych krajach UE w kierunku starzenia się populacji. Ilustruje to najlepiej rysunek 1, na którym widać, że w 2050 r. odsetek osób w wieku 65 lat i więcej w Polsce przekroczy 30%. Równocześnie z porównania z innymi krajami członkowskimi UE widać, że proces starzenia będzie bardziej dynamiczny, gdyż obecnie należymy do państw o stosunkowo małej liczbie osób starszych (65+), natomiast w 2050 r. tylko 5 państw będzie miało większy odsetek osób starszych niż Polska.

Obecna i przyszła sytuacja demograficzna kształtowana jest między innymi jako wynik niskiej dzietności[2] kobiet (rysunek 2). Na początku lat 90. współczynnik dzietności wynosił 2,54 we wsiach i 1,78 w mieście, natomiast po 2000 r. zmniejszył się do 1,40 i 1,10 odpowiednio na wsi i w mieście. Spowodowało to w 2004 r. po raz pierwszy ujemny przyrost naturalny. Obecnie, jak widać na rysunku 2, nastąpiła pewna poprawa tej sytuacji. Równocześnie z obniżeniem dzietności

Rysunek 2. **Współczynnik dzietności w miastach i na wsi w latach 1990–2013**



Źródło: *Prognoza ludności na lata 2014–2050*, GUS, Warszawa 2014.

[1] Wybór krajów podyktowany był również możliwością porównań z wynikami krajów uczestniczących w badaniu SHARE.

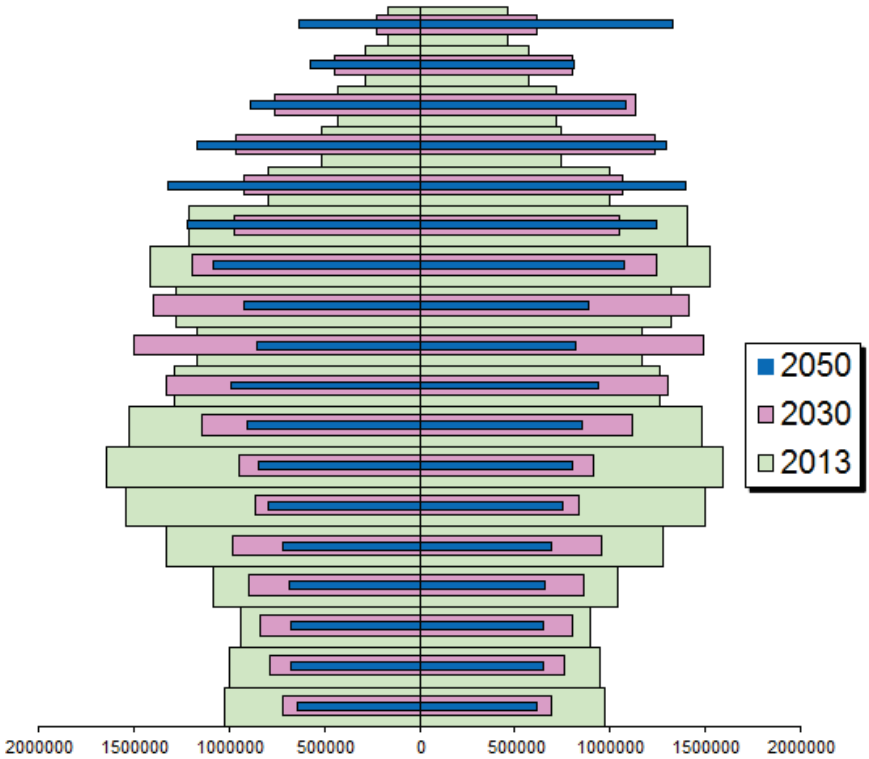
[2] Liczba dzieci przypadająca na 1 kobietę w wieku reprodukcyjnym 15-64 (według GUS).

postępuje podwyższenie średniego wieku rodzących kobiet. W latach 90. średni wiek kobiet rodzących był nieco powyżej 26 lat (nieco wyższy w mieście niż na wsi), a w 2012 r. wyniósł już 29 lat.

Wydłużenie przeciętnego dalszego trwania życia, o którym będzie mowa w dalszej części opracowania, skutkować będzie, wraz z omówionymi powyżej problemami, zmianą kształtu piramidy ludności, którą przedstawiono na rysunku 3. W dolnej części piramidy ludności reprezentującej młodsze, 5-letnie grupy wieku, w 2050 r. nastąpi znaczny ubytek ludności, podczas gdy w górnej części widzimy znaczny wzrost.

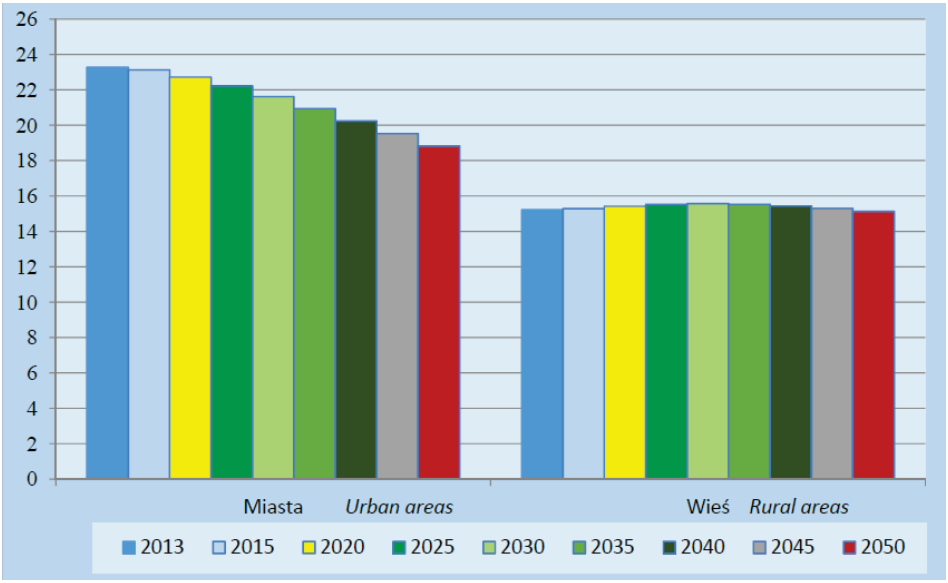
Zmiany sytuacji demograficznej w liczbach bezwzględnych ilustruje najlepiej rysunek 4, s. 19, na którym widać, że populacja miejska w Polsce zmaleje z 23 milionów w 2013 r. do 19 milionów w 2050 r., a populacja wiejska będzie się stale utrzymywać na poziomie 15 milionów. Różnice w procesie demograficznym na wsi i w mieście

Rysunek 3. **Ludność Polski według płci i wieku w 2013 r oraz prognozy na lata 2030 i 2050**



Źródło: Dane GUS, 2014 r., opr. Bogdan Wojtyniak.

Rysunek 4. **Prognoza ludności miast i wsi do 2050 r.**
(w mln)



Źródło: *Prognoza ludności na lata 2014–2050*, GUS, Warszawa 2014.

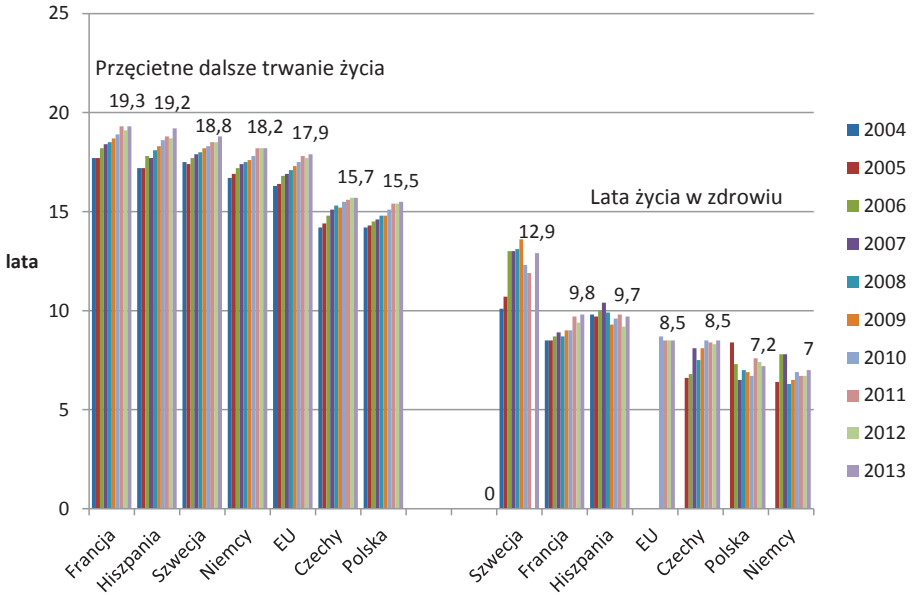
wynikają między innymi z odmiennych zachowań prokreacyjnych i procesów migracji ze wsi do miasta.

Główny Urząd Statystyczny od wielu lat wylicza przeciętne dalsze trwanie życia dla różnych grup wieku, w tym 65-latków. Możliwość porównania tych danych z długością życia mieszkańców innych krajów daje baza danych Eurostatu lub Światowej Organizacji Zdrowia[3].

Na rysunkach 5 i 6 (s. 20) przedstawiono te porównania, jak widać, długość życia mężczyzn w wieku 65 lat wydłużała się stale we wszystkich porównywanych krajach w latach 2004–2009, to samo dotyczy kobiet, ale na wyższym poziomie. Różnica długości życia 65-latków we Francji i w Polsce wynosi 3,8 lat. Polak w wieku 65 lat może przeżyć jeszcze prawie 16 lat, a Francuz 19 lat. Również francuskie kobiety żyją dłużej od polskich, ale różnica ta jest minimalnie mniejsza niż u mężczyzn i wynosi 3,7 lat. Długość życia 65-latków w pozostałych porównywanych krajach mieści się w zasadzie pomiędzy tymi skrajnymi wartościami reprezentowanymi przez Francję i Polskę, ale jeśli chodzi o kobiety, to Czeszki w wieku 65 lat mają szansę przeżyć nieco mniej lat niż Polki (19,9 Polska, 19,3 Czechy).

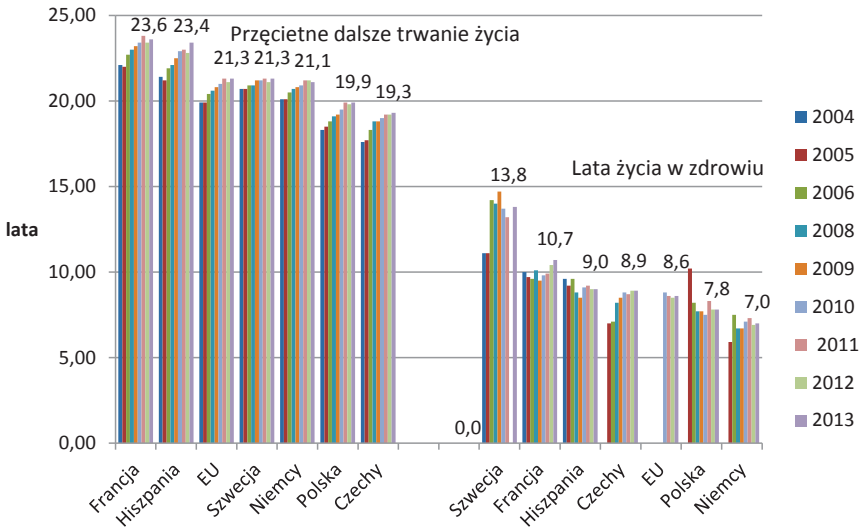
[3] HFADB – Baza danych Biura Regionalnego Światowej Organizacji Zdrowia w Kopenhadze, <http://data.euro.who.int/hfadb/>.

Rysunek 5. **Przeciętne dalsze trwanie życia mężczyzn w wieku 65 lat w wybranych krajach Europy i lata życia w zdrowiu w latach 2004–2013**



Źródło: Opracowanie własne – dane Eurostat.

Rysunek 6. **Przeciętne dalsze trwanie życia kobiet w wieku 65 lat w wybranych krajach Europy i lata życia w zdrowiu w latach 2004–2013**



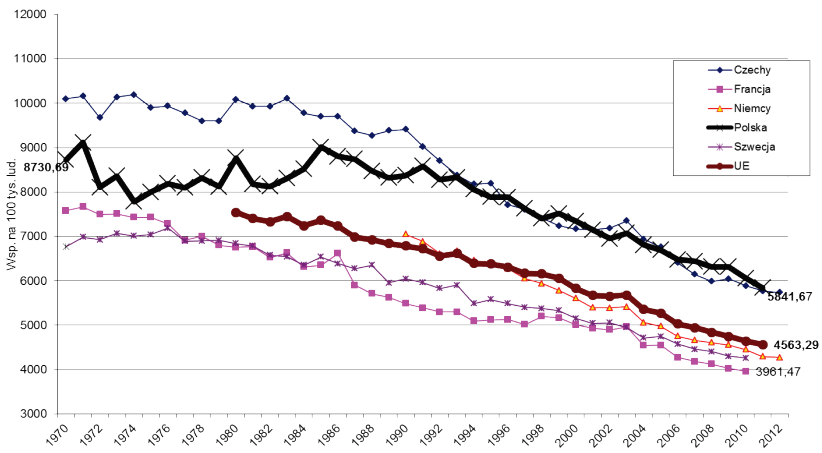
Źródło: Opracowanie własne – dane Eurostat.

Obecnie, obok przeciętnego dalszego trwania życia Eurostat szacuje dla państw członków UE również przeciętne dalsze trwanie życia w zdrowiu (angielski skrót HLY, Healthly Life Years). Na rysunkach 5 i 6 widać, że są to wartości mniejsze niż przeciętne dalsze trwanie życia. Eurostat w państwach członkowskich UE w badaniu SILC prowadzonym corocznie pyta respondentów (w badaniu gospodarstw domowych) o osoby niepełnosprawne w rodzinach i czas trwania niepełnosprawności. Daje to podstawę do wyliczenia lat niepełnosprawności statystycznego mieszkańca danego kraju. Po odjęciu lat niepełnosprawności od przeciętnego dalszego trwania życia otrzymywany jest wskaźnik „lat życia w zdrowiu". Na rysunku 6 widać, że Szwedzi, zarówno mężczyźni, jak i kobiety żyją w pełnym zdrowiu dłużej niż obywatele innych analizowanych tu krajów. Polacy i Polki znajdują się na przedostatnim miejscu wyprzedzając Niemców. Długość życia w zdrowiu Polaków i Polek w wieku 65 lat jest prawie jednakowa i wynosi odpowiednio 7,2 i 7,8 lat.

Umieralność mężczyzn 65+ w Polsce i innych krajach

Umieralność mężczyzn w wieku 65 i więcej lat z powodu ogółu przyczyn w latach 1970–2012 w Polsce systematycznie się obniżała, prawie z 9000 tys. na 100 tys. ludności do 6000 tys. a więc prawie o 50%. Poprawę wskaźników w zakresie umieralności odnotowujemy głównie po 1990 r., a więc po transformacji ustrojowej. Poprawa sytuacji w zakresie umieralności nie doprowadziła jednak do zrównania współczynników z bardziej rozwiniętymi ekonomicznie krajami, jak Francja i Niemcy. Należy zaznaczyć, że analiza

Rysunek 7. **Standaryzowane współczynniki umieralności z powodu ogółu przyczyn u mężczyzn w wieku 65 i więcej lat w Polsce i wybranych krajach w latach 1970–2012** (współczynniki na 100 tys. ludności)



Źródło: Dane WHO, HFA, DB.

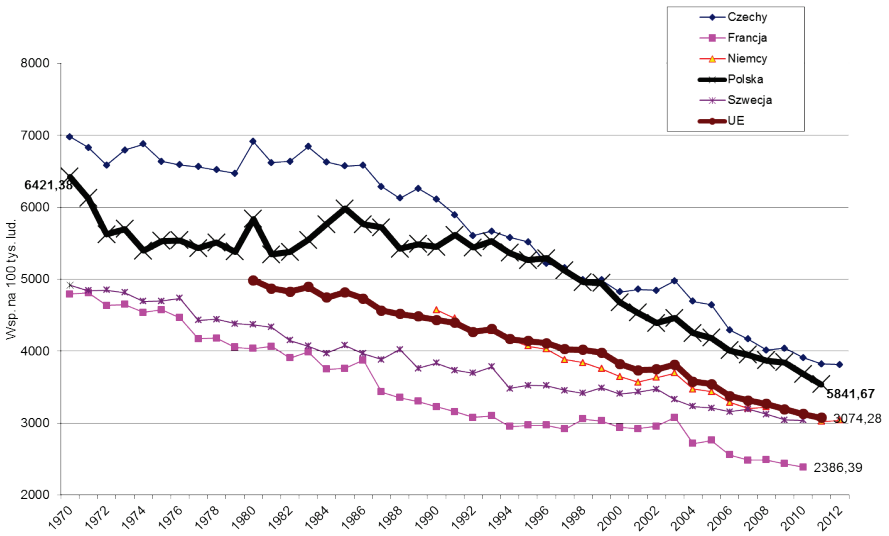
prowadzona jest na współczynnikach standaryzowanych, co pozwala wyeliminować różnice w strukturze wieku pomiędzy porównywanymi krajami.

Umieralność ogółem kobiet w wieku powyżej 65 lat kształtowała się na niższym poziomie niż mężczyzn. Równocześnie poprawa w latach 1970–2012 była znacznie mniejsza niż u mężczyzn (9%). Obecnie umieralność ogólna kobiet w wieku 65+ w Polsce jest wyższa od średniej dla UE i ponaddwukrotnie wyższa niż kobiet we Francji, równocześnie jest ona niższa niż kobiet w Czechach.

Choroby układu krążenia są główną przyczyną zgonu osób starszych i w latach 1970–2012, początkowo do lat 90., standaryzowane współczynniki umieralności z tej przyczyny zarówno mężczyzn, jak i kobiet wzrastały, w przeciwieństwie do innych porównywalnych krajów z wyjątkiem Czech, gdzie sytuacja była podobna jak w Polsce, ale na nieco wyższym poziomie. Dopiero po okresie transformacji umieralność z powodu chorób układu krążenia wyraźnie malała i spadek ten wynosił w porównaniu z 1970 r. 44% u mężczyzn i 67% u kobiet. Umieralność zarówno mężczyzn w Polsce, jak i kobiet z powodu chorób układu krążenia była stale wyższa od średniej dla całej UE i znacznie wyższa od sytuacji we Francji.

Umieralność z powodu chorób nowotworowych mężczyzn w Polsce od lat 70. do roku 2004 wzrastała systematycznie o 42%. Po tym okresie stopniowo zmalała

Rysunek 8. **Standaryzowane współczynniki umieralności z powodu ogółu przyczyn chorób u kobiet w wieku 65 i więcej lat w Polsce i wybranych krajach w latach 1970–2012 (współczynniki na 100 tys. ludności)**



Źródło: Dane WHO, HFA, DB.

do 1537 na 100 tys. mężczyzn w wieku powyżej 65. roku życia i jest to wciąż wartość wyższa od obserwowanej w latach 70. i wyższa niż we wszystkich porównywanych krajach.

Umieralność kobiet z tej przyczyny była na niższym poziomie niż mężczyzn, ale również obserwuje się wzrost umieralności w porównaniu z latami siedemdziesiątymi, choć nie tak duży jak u mężczyzn.

Po roku 2000 następuje powolne zmniejszanie współczynników umieralności z powodu nowotworów u kobiet, ale jest ona, z wyjątkiem Czech, na wyższym poziomie niż w porównywalnych krajach.

Odmienną sytuację obserwuje się w zakresie umieralności kobiet z powodu raka piersi. Spośród porównywanych krajów umieralność kobiet z tej przyczyny była w latach 1970–2012 najniższa, choć nieco wzrastająca, ale w ostatnich latach na poziomie odnotowanym w Szwecji.

Wyższą niż w przypadku nowotworów piersi umieralność obserwuje się u polskich kobiet w wieku powyżej 65 lat z powodu raka szyjki macicy. Pomimo malejącej tendencji od lat 70. umieralność z tej przyczyny była w roku 2012 prawie trzykrotnie wyższa niż średnio w Unii i wyższa niż w Czechach.

Przyczyny zewnętrzne stanowią trzecią co do ważności przyczynę zgonu ogółem, szczególnie u mężczyzn w starszym wieku jest to istotna przyczyna zgonu. Z powodu tendencji wzrostowej w latach 70. i mimo poprawy w latach 90. zmiana współczynnika umieralności na lepsze wynosiła 17%. W Czechach i Francji umieralność mężczyzn z omawianej przyczyny kształtowała się w 2012 r. na nieco wyższym poziomie niż w Polsce. U kobiet umieralność z powodu urazów była na dobrym poziomie w porównaniu ze średnią unijną i zmalała prawie dwukrotnie od roku 1970.

Samobójstwa mężczyzn w Polsce nie stanowiły w porównaniu z innym krajami poważnego problemu (28 na 10 tys. ludności), ale w latach 70. nastąpił pewien wzrost i od 2004 r. natężenie zgonów z tej przyczyny przekracza średnią dla całej Unii i jest na poziomie Niemiec. U kobiet od lat 70. problem samobójstw pozostaje na tym samym prawie poziomie i sytuacja ta jest lepsza niż w innych porównywanych krajach (5 na 100 tys. lud.).

Porównania międzywojewódzkie sytuacji zdrowotnej osób starszych w Polsce

W tej części opracowania przedstawiono porównania miedzywojewódzkie w zakresie umieralności i chorobowości szpitalnej osób w wieku 65 i więcej lat. W tabelach 1 i 2 (s. 24 i 25) uwzględniono współczynniki rzeczywiste i standaryzowane.

Umieralność mężczyzn i kobiet w wieku 65+ z powodu ogółu przyczyn w poszczególnych województwach w latach 2008–2011 w porównaniu ze średnią ogólnokrajową była najwyższa w województwach: łódzkim, śląskim i lubuskim. Równocześnie obserwuje się niewielki trend malejący umieralności z tej przyczyny. Najniższa umieralność obserwowana jest w województwach: podlaskim, mazowieckim, podkarpackim.

Chorobowość szpitalna mężczyzn i kobiet w wieku 65+ z powodu ogółu przyczyn w latach 2008–2011 w całym kraju (Polska-ogółem) charakteryzowała się niewielkim trendem spadkowym.

Tabela 1. **Umieralność mężczyzn i kobiet w wieku 65 lat i więcej z powodu ogółu przyczyn**

Województwo	Współczynniki rzeczywiste				Współczynniki standaryzowane			
	2008	2009	2010	2011	2008	2009	2010	2011
Dolnośląskie	5269,3	5468,4	5220,7	5092,2	4888,2	4941,7	4584,5	4412,6
Kujawsko-pomorskie	5242,0	5347,2	5287,1	4954,5	4948,9	4957,5	4801,9	4441,1
Lubelskie	5451,7	5570,3	5353,5	5296,9	4926,5	4928,4	4631,0	4522,6
Lubuskie	5235,1	5390,6	5145,0	5165,4	4945,7	4990,1	4613,2	4606,1
Łódzkie	5605,8	5733,8	5651,2	5479,9	5051,8	5076,8	4909,0	4744,2
Małopolskie	4928,0	4886,9	4870,6	4787,6	4602,6	4462,9	4362,9	4213,3
Mazowieckie	5003,9	5167,6	5044,5	4941,0	4493,8	4546,3	4345,0	4192,3
Opolskie	4779,1	4780,5	4918,2	4817,0	4739,7	4598,6	4637,4	4415,9
Podkarpackie	4941,6	5040,0	4914,9	4830,1	4604,1	4564,9	4357,7	4208,9
Podlaskie	4900,1	5146,0	4977,2	4880,4	4455,9	4550,9	4292,7	4124,6
Pomorskie	4933,1	4923,6	4770,0	4741,8	4725,1	4615,7	4362,0	4264,9
Śląskie	4977,6	5033,3	4934,8	4880,7	4951,1	4912,1	4764,8	4624,0
Świętokrzyskie	5282,4	5331,1	5370,6	5162,1	4763,7	4684,2	4637,9	4380,1
Warmińsko-mazurskie	4978,5	5228,3	4998,5	4956,4	4773,3	4899,4	4531,7	4421,5
Wielkopolskie	5327,4	5381,6	5308,6	5056,9	4933,7	4873,2	4706,8	4495,8
Zachodniopomorskie	5148,4	5168,7	5181,2	4960,0	4912,4	4820,6	4704,6	4446,2
Polska	5127,1	5222,6	5115,9	4994,7	4789,9	4773,9	4577,0	4408,3

Legenda: Kolor czerwony – wartości współczynników statystycznie istotnie wyższe („gorsze") od średnich ogólnopolskich; kolor niebieski – wartości współczynników statystycznie istotnie niższe od średnich; kolor czarny – wartości nieróżniące się w sposób istotny statystycznie od średnich ogólnopolskich.

Źródło: Opracowania własne Zakładu Centrum Monitorowania i Analiz Stanu Zdrowia Ludności NIZP-PZH na podstawie danych GUS.

Natomiast współczynniki hospitalizacji wyższe niż średnie dla całego kraju obserwowano przede wszystkim w województwach: podkarpackim, lubelskim i świętokrzyskim. Najniższe współczynniki obserwowano w województwach: dolnośląskim, warmińsko-mazurskim i pomorskim.

Podsumowanie porównań międzywojewódzkich

Umieralność i chorobowość szpitalna

W grupie wieku 65+ (wiek poprodukcyjny) umieralność ogólna wykazuje znaczne zróżnicowanie międzywojewódzkie. Najwyższe zagrożenie życia osób w tym wieku w całym

Tabela 2. **Chorobowość szpitalna mężczyzn i kobiet w wieku 65 lat i więcej z powodu ogółu przyczyn**

Województwo	Współczynniki rzeczywiste				Współczynniki standaryzowane			
	2008	2009	2010	2011	2008	2009	2010	2011
Dolnośląskie	15681,7	24497,8	21413,6	24673,5	15153,6	23295,8	20351,4	23382,4
Kujawsko-pomorskie	35501,6	35626,4	34404,6	34759,6	34509,3	34386,4	33074,1	33513,0
Lubelskie	40208,7	39558,9	38067,9	38259,5	38424,8	37537,2	36097,7	36263,4
Lubuskie	38278,7	37085,0	34506,9	34152,3	37087,2	35683,5	33121,5	32738,5
Łódzkie	35989,1	35941,2	36618,4	37124,6	34610,9	34276,4	34728,2	35327,3
Małopolskie	21179,8	30798,6	29951,0	30577,8	20525,2	29587,3	28696,5	29171,3
Mazowieckie	22709,6	26838,7	28372,7	31896,3	21673,5	25562,0	26979,9	30265,2
Opolskie	30177,9	32195,2	30716,6	33112,3	29528,9	31163,3	29562,2	31586,5
Podkarpackie	43549,7	42672,1	40759,6	42011,2	41847,4	40688,6	38772,2	39938,0
Podlaskie	35167,5	36159,9	33895,0	34193,7	33837,7	34535,1	32271,1	32401,9
Pomorskie	20381,3	26943,3	26322,5	26939,2	19728,2	25819,2	25135,5	25685,4
Śląskie	29599,3	32411,5	30526,9	30344,7	29130,4	31768,5	29817,6	29498,3
Świętokrzyskie	42253,7	37310,3	36886,5	38028,0	40581,7	35646,4	35178,6	36222,7
Warmińsko-mazurskie	32177,3	31785,0	32005,8	26567,3	31214,5	30604,2	30743,8	25448,4
Wielkopolskie	32998,5	32762,3	35047,9	36699,5	32088,9	31723,4	33816,1	35615,6
Zachodniopomorskie	21798,6	21954,1	24645,8	29542,6	21161,4	21322,5	23767,1	28420,6
Polska	29387,6	31960,7	31508,2	32729,8	28423,1	30713,1	30182,5	31311,6

Legenda: Kolor czerwony – wartości współczynników statystycznie istotnie wyższe („gorsze") od średnich ogólnopolskich; kolor niebieski – wartości współczynników statystycznie istotnie niższe od średnich; kolor czarny – wartości nieróżniące się w sposób istotny statystycznie od średnich ogólnopolskich.

Źródło: Opracowania własne Zakładu Centrum Monitorowania i Analiz Stanu Zdrowia Ludności NIZP-PZH na podstawie danych NIZP-PZH.

okresie 2008–2011 miało miejsce w województwach: lubuskim, łódzkim i śląskim. Nowotwory złośliwe były przyczyną umieralności istotnie wyższą niż ogółem w kraju w województwach: kujawsko-pomorskim, pomorskim i wielkopolskim. Zaburzenia wydzielania wewnętrznego (w tym cukrzyca) były problemem powodującym zgony częściej niż ogółem w kraju w województwach: opolskim, śląskim i wielkopolskim. Choroby układu krążenia stanowią obok nowotworów największy problem zdrowotny w najstarszej grupie wieku, ale województwami o najwyższej umieralności z tej przyczyny były: lubelskie, łódzkie i śląskie.

Największe natężenie zgonów z powodu chorób układu oddechowego obserwowano w województwach: kujawsko-pomorskim, mazowieckim i warmińsko-mazurskim.

Województwa łódzkie i śląskie natomiast charakteryzowały się największą częstością zgonów z powodu chorób układu trawiennego a warmińsko-mazurskie największą umieralnością z powodu chorób układu moczowo-płciowego. Umieralność z powodu przyczyn zewnętrznych nie różniła się istotnie w poszczególnych województwach od średniej ogólnopolskiej, jedynie województwo śląskie wyróżnia się niekorzystnie w porównaniu ze średnią ogólnopolską.

Chorobowość szpitalna w grupie osób w wieku poprodukcyjnym z powodu ogółu przyczyn była na najwyższym poziomie w województwach: lubuskim, podkarpackim i świętokrzyskim. Hospitalizacja z powodu nowotworów złośliwych osób najstarszych była na najwyższym poziomie w województwach: świętokrzyskim, wielkopolskim i zachodniopomorskim. Zaburzenia wydzielania wewnętrznego hospitalizowano najczęściej w województwach: kujawsko-pomorskim, lubelskim i pomorskim. Choroby układu krążenia stanowią problem zdrowotny wymagający hospitalizacji osób starszych w województwach: lubelskim, łódzkim i śląskim (wysokie współczynniki umieralności i hospitalizacji). Choroby układu oddechowego hospitalizowano najczęściej w województwach: lubuskim, podkarpackim i podlaskim. Z powodu chorób układu trawiennego hospitalizowani byli najczęściej mieszkańcy w wieku 65+ z województw: podkarpackiego, podlaskiego i świętokrzyskiego. Z powodu chorób układu moczowo-płciowego mieszkańcy województwa: lubuskiego, łódzkiego i podkarpackiego. Urazy i zatrucia hospitalizowane były częściej niż wynosiła średnia ogólnopolska w województwach: podkarpackim, podlaskim i śląskim.

Województwa o wysokiej umieralności i wysokiej hospitalizacji z określonej przyczyny to tereny o rzeczywistych problemach zdrowotnych. W zakresie chorób układu krążenia to: śląskie, łódzkie i lubelskie. W zakresie nowotworów to województwo wielkopolskie. Natomiast można przypuszczać, że zbyt często w stosunku do potrzeb hospitalizuje się z powodu nowotworów mieszkańców województwa świętokrzyskiego.

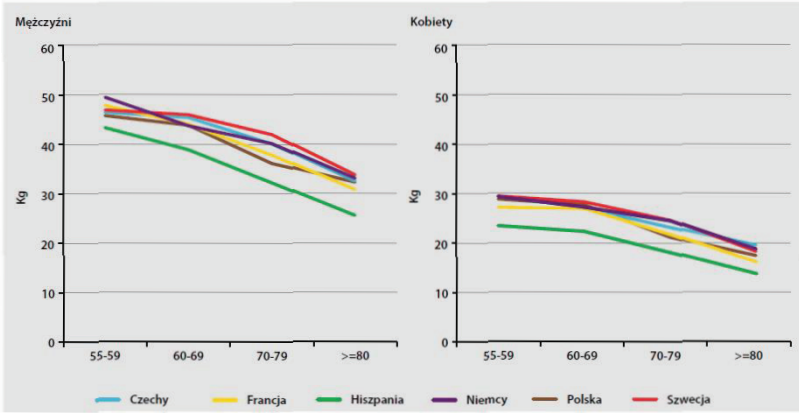
Wybrane aspekty stanu zdrowia osób starszych z badania SHARE[4]

W poniższej części przedstawiono niektóre wybrane wyniki międzynarodowego badania SHARE, które wykonywane jest także w naszym kraju i dotyczy osób w wieku 50 lat i więcej.

Siła dłoni stanowi coraz częściej stosowany miernik stanu zdrowia populacji. W prowadzonym od kilku lat międzynarodowym badaniu długofalowym „PURE" wykazano związek tego wskaźnika jako prognostycznego dla zawału serca i udaru mózgu[5].

[4] Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe.
[5] PURE The Lancet: Testing hand-grip strength could be a simple, low-cost way to predict heart attack and stroke risk.

Rysunek 9. **Siła uścisku ręki w grupach wieku w poszczególnych krajach oraz według płci**



Źródło: Badanie SHARE 2014 <www.share50plus.pl>.

Według wyników badania SHARE Polacy w wieku 50+ osiągali średni wynik siły dłoni 41,8 kg, zbliżony, choć niższy niż Szwedzi, Czesi i Niemcy. Kobiety polskie osiągały średni wynik 25,7, niższy nieco od Szwedek, Niemek i Czeszek. Wyraźnie niższe wyniki od pozostałych krajów osiągnęli Hiszpanie i Hiszpanki (rysunek 9). We wszystkich analizowanych krajach obserwuje się wyraźny trend spadkowy siły dłoni wraz z wiekiem. Tendencja ta jest bardziej widoczna u mężczyzn niż u kobiet. Warto zaznaczyć, że samoocena stanu zdrowia korelowała istotnie dodatnio z siłą dłoni zarówno u mężczyzn, jak i u kobiet.

Badanie SHARE dostarczyło unikatowych wyników z przeprowadzonych „wywiadów końca życia". „Wywiad końca życia" przeprowadzono z osobą bliską zmarłemu respondentowi, która wzięła udział w co najmniej jednej rundzie badania. W Polsce był to zazwyczaj małżonek w przypadku osób będących w związku małżeńskim (52% wszystkich „wywiadów końca życia" w Polsce) lub dziecko (21%). W niniejszym opracowaniu zacytowano opisy ostatniego roku życia 249 Polaków, którzy zmarli przed 2011 rokiem, na podstawie danych z „wywiadów końca życia" 3. i 4. rundy, na tle wszystkich krajów SHARE.

Przeciętny wiek w momencie zgonu w próbie wszystkich „wywiadów końca życia" SHARE wynosi 77 lat. W Polsce wiek w momencie zgonu kobiet (75) jest wyższy niż mężczyzn (72) i jest to najniższy wynik spośród krajów SHARE. Zatem w Polsce ostatnie 12 miesięcy życia ma miejsce w stosunkowo najniższym wieku, co jest spójne z danymi dotyczącymi średniej długości trwania życia, zarówno w momencie urodzenia, jak i w późniejszym wieku (np. 50 lat).

We wszystkich analizowanych krajach własny dom oraz szpital są najczęstszymi miejscami zgonu. Ponad połowa badanych objętych wywiadem końca życia w Polsce zmarła w szpitalu (51%). Polska

należy do krajów, w których częstym miejscem zgonu (40%) jest również dom, przy czym w badanym okresie obserwujemy statystycznie istotny wzrost odsetka zmarłych w szpitalu względem zmarłych we własnym domu. Podobne zjawisko można zaobserwować również w pozostałych badanych krajach. Warto zaznaczyć, że w odróżnieniu od niektórych krajów SHARE (Dania, Holandia, Szwecja), w polskiej próbie nie obserwujemy osób zmarłych w domu opieki. Po części może to wynikać z faktu, że dobór próby do pierwszego wywiadu we wszystkich krajach pomijał osoby w instytucjach opiekuńczych. Ponieważ pierwsze wywiady w Polsce zostały przeprowadzone równolegle z drugą serią wywiadów w większości krajów, respondenci w pozostałych krajach byli wystawieni na większe niż w Polsce ryzyko znalezienia się w domu opieki w trakcie trwania badania. Jednocześnie należy zauważyć, że udział osób zmarłych w hospicjach w Polsce jest równy średniej wartości we wszystkich badanych krajach (2%).

Większości zgonów (85%) towarzyszył pochówek połączony z obrzędem religijnym, jakkolwiek obserwujemy znaczne różnice między krajami. Należy zauważyć, że odsetki te są wyższe niż odsetek respondentów deklarujących aktywność religijną.

Podsumowując obraz ostatniego roku życia Polaków, który powstaje na podstawie danych SHARE, potwierdza się wyższy wiek kobiet niż mężczyzn w momencie zgonu, a także zróżnicowanie między płciami pod względem przyczyn zgonów. Mężczyźni ciągle jeszcze dość często umierają z powodu chorób układu krwionośnego, podczas gdy kobiety rzadziej. Dla obu płci udział nowotworów wśród przyczyn zgonu jest znaczący. Miejscem zgonu w Polsce jest dom lub szpital, rzadko kiedy hospicjum. Pogrzebowi w zdecydowanej większości przypadków towarzyszy nabożeństwo religijne. Zaobserwowano nasilenie trudności w codziennych aktywnościach w ostatnim roku życia, przy czym dynamika tych zmian jest zróżnicowana między krajami. Zwiększenie się trudności w wykonywaniu codziennych czynności w ostatnim roku życia radykalnie zwiększa zapotrzebowanie na pomoc, w Polsce jest ona w zdecydowanej większości udzielana przez członków rodziny.

Podsumowanie

W obszarze krajów Unii Europejskiej sytuacja demograficzna Polski zmienia się bardzo dynamicznie, gdyż z kraju o stosunkowo młodej populacji (młodsze populacje to jedynie Irlandia, Słowacja, Luksemburg i Cypr) w 2050 r. staniemy się siódmym, najstarszym krajem w UE pod względem odsetka osób w wieku 65 i więcej lat. Stwarza to już dziś poważne wyzwania dla systemu ochrony zdrowia i opieki społecznej. Równocześnie, ze względu na krótsze trwanie życia niż w UE 15 („stara" UE) odsetek osób w wieku 80+ będzie w 2050 r. stosunkowo niski w porównaniu z innymi krajami (UE 11%, Polska 9,6%).

Porównania międzynarodowe przeciętnego dalszego trwania życia mężczyzn wykazały, że jest ono w Polsce krótsze (o 2,4 roku) niż średnio w UE i porównywanych krajach. Kobiety w Polsce żyją 0,6 roku dłużej niż Czeszki, ale krócej (o 1,4 roku) niż wynosi średnia unijna.

Umieralność ogółem mężczyzn i kobiet powyżej 65 roku życia w Polsce w latach

1970–2012 była wyższa niż średnia dla całej UE i we wszystkich porównywanych krajach, z wyjątkiem Czech.

Umieralność z powodu nowotworów w analizowanej grupie wieku w Polsce wzrastała, w przeciwieństwie do innych krajów, po czym zmniejszała się, jednak pozostaje na poziomie wyższym niż średnia unijna i w porównywanych krajach, z wyjątkiem Czech.

Umieralność z powodu chorób układu krążenia zarówno mężczyzn, jak i kobiet po 1990 roku systematycznie malała w Polsce, jednak na poziomie wyższym od porównywanych krajów i średniej dla całej UE, z wyjątkiem Czech.

Trendy wzrostowe leczenia szpitalnego osób po 65. roku życia przebiegają w Polsce nieco inaczej niż w porównywanych krajach. Po 80. roku życia częstość hospitalizacji w Polsce wyraźnie maleje w porównaniu z innymi analizowanymi krajami. Jedynie w Hiszpanii współczynniki hospitalizacji osób starszych są niższe niż w Polsce.

Porównania międzywojewódzkie umieralności z powodu ogółu przyczyn wykazują, że w latach 2008–2011 najwyższa umieralność miała miejsce w województwach: łódzkim, śląskim i lubuskim. Natomiast porównania leczenia szpitalnego wykazały, że najczęściej przebywali w szpitalach, z powodu ogółu przyczyn, mieszkańcy województw: podkarpackiego, lubelskiego i świętokrzyskiego.

Wyniki cytowanego w opracowaniu badania SHARE wykazały, że najczęstszym miejscem zgonu osób badanych w Polsce („wywiady końca życia") był szpital (51%), a dla 40% dom. Najczęstszymi przyczynami zgonu według wyników badania były choroby układu krążenia i nowotwory, a średni wiek zmarłych wynosił dla kobiet 75 lat, a dla mężczyzn 72 lata.

Najczęstszymi problemami w wykonywaniu codziennych czynności w ostatnim roku życia były: zakupy, mycie się , ubieranie i gotowanie.

dr **PAWEŁ GORYŃSKI**
Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego,
Państwowy Zakład Higieny w Warszawie

Geriatria dzisiaj i jutro

Opieka zdrowotna nad osobami starszymi w Polsce

Przyspieszone starzenie się polskiej populacji i dynamicznie rosnący udział najstarszego sektora ludności nie dają czasu na odwlekanie decyzji o budowie systemu opieki geriatrycznej. Decyzje należy podejmować najszybciej, jak to możliwe, przy wykorzystaniu już istniejących struktur i potencjalnych zasobów ochrony zdrowia. Opieka zdrowotna nad ludźmi starszymi już dawno powinna się stać ważnym priorytetem polityki zdrowotnej w Polsce, co ma przedstawić i uzasadnić niniejszy referat.

BARBARA BIEŃ

Wprowadzenie

Z perspektywy blisko czterdziestoletniej działalności w dziedzinie gerontologii i geriatrii ze smutkiem dostrzegam, że mimo rosnącej wiedzy o specyfice opieki nad ludźmi starszymi i dowodach o korzyściach podejścia geriatrycznego, dotąd nie udało się zdefiniować miejsca geriatrii w systemie ochrony zdrowia w naszym kraju. Zabrakło wystarczającej determinacji kolejnych ekip politycznych i administracyjno-organizacyjnych na szczeblu centralnym i regionalnym, by pofragmentowany i niespójny system opieki zdrowotnej i społecznej nad ludźmi starszymi zespolić całościowym podejściem geriatrycznym. Jako geriatra i gerontolog, przez pewien czas również doradca ministra zdrowia i innych gremiów, od wielu lat przekonuję do rozwoju opieki geriatrycznej[1] proponując wdrażanie

[1] W. Pędich, B. Bień, M. Halicka, W. Tarasiuk: *Application of the Geriatric Assessment Card* (g.a.c.) *in the Monitoring of Socio-Medical Status of the Elderly*. „Materia Medica Polona", nr 23/1991 1(77), 47-50; B. Bień, W. Pędich: The place of geriatrics in the Health Care System in Poland. In: Geriatric Programs and Departments around the World. Eds: J. P. Michel, L.Z. Rubenstein, B.J. Vellas, J.L. Albarede: Facts, Research and Intervention in Geriatrics Serie, Serdi Publisher Springer Publishing Company, Paris-New York 1998, 107-118; B. Bień: Ochrona zdrowia ludzi starych w Polsce wyzwaniem dla polityki społecznej. „Praca Socjalna" 2003, 2, 93-107.

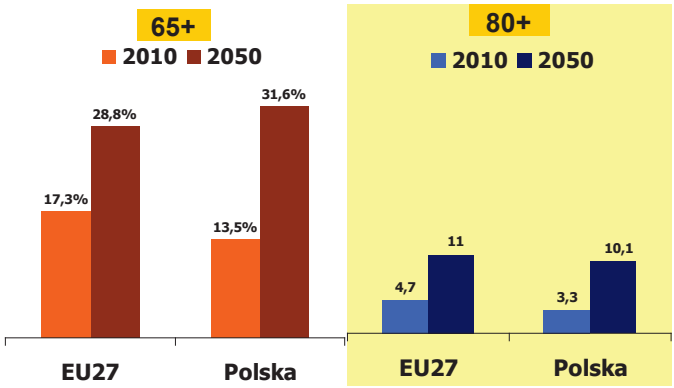
strategii i standardów podejścia geriatrycznego w Polsce[2]. Mimo, iż geriatria już dwukrotnie została ogłoszona priorytetową specjalizacją lekarską (w 2009 r. i w 2012 r.), to zapisy rozporządzeń ministra zdrowia pozostały głównie zapisami, a geriatria stanowi nadal niszową dyscyplinę.

Demografia starzenia a szacowanie zapotrzebowania na geriatrię

Starzenie demograficzne populacji polskiej polega na przyspieszonym przyroście udziału osób starych w perspektywie do 2035 r., a zwłaszcza 2050 r., o czym informuje GUS. Tym niemniej, prawdziwym wyzwaniem demograficznym okazuje się obecny i prognozowany wzrost udziału ludzi w późnej starości (rysunek 1). Proporcja osób 80+ w Polsce ulegnie potrojeniu osiągając za 20 lat 10%, czyli ta część populacji powinna być objęta opieką geriatryczną.

Struktura całej polskiej populacji ulegnie istotnemu przeobrażeniu (rysunek 2, s. 32) w perspektywie do 2035 roku – o 3 punkty procentowe zmniejszy się (do 16%) populacja dzieci i młodzieży do 18. roku życia, zaś populacja 65+ ulegnie zwiększeniu o 10% (do 24%).

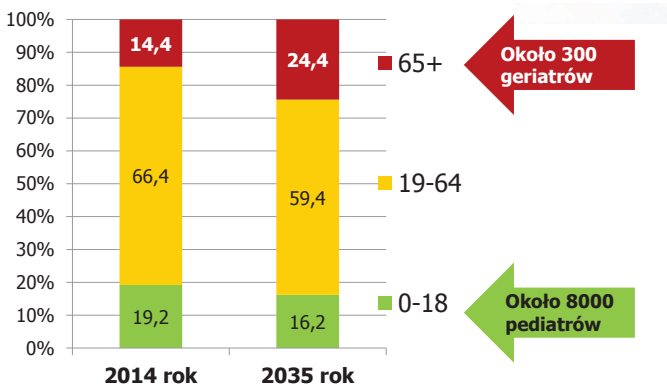
Rysunek 1. **Prognoza demograficzna do 2050 r.: EU-27 i Polska**



Źródło: Eurostat, EUROPOP 2008.

[2] B. Bień, Z. B. Wojszel, J. Wilmańska, B. Polityńska: Kwestionariusz EASY-Care jako system oceny ludzi starszych w praktyce lecznictwa podstawowego: II. Epidemiologiczna ocena rozpowszechnienia niesprawności funkcjonalnej u osób w późnej starości a świadczenie opieki. „Gerontologia Polska" 1999; 7 (2), 42-47; B. Bień, B.Z. Wojszel, B. Polityńska, J. Wilmańska: Opieka zdrowotna i społeczna nad ludźmi starszymi w Polsce w okresie reform systemowych. „Gerontologia Polska" 1999, 7 (3-4),29-44; B. Bień: Sytuacja zdrowotna ludzi w podeszłym wieku w Polsce. „Służba Zdrowia", 2000, 61-64, 28-30; B. Bień: Lekarz rodzinny "geriatrą pierwszej linii". „Polska Medycyna Rodzinna" 2002, 4, 2, 171-176; Dokument „Strategia rozwoju opieki geriatrycznej" dostępny na stronie Ministerstwa Zdrowia <http://www.mz.gov.pl/__data/assets/pdf_file/0003/7689/51_geriatria_13072011.pdf>.

Rysunek 2. **Struktura wieku w Polsce w latach 2014 i 2035**



Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych GUS.

Oceniając te kierunki zmian pod kątem zabezpieczenia specjalistyczną opieką zdrowotną najmłodszej i najstarszej części populacji, otrzymujemy bardzo niepokojący wynik dotyczący prognozowanego pogłębienia się niedoboru kadry geriatrów do 2035 roku (rysunek 2). Załóżmy, że obecnie w systemie pracuje około 8000 pediatrów i 300 geriatrów. O ile wydaje się naturalne, że pediatra może zajmować się noworodkiem, niemowlakiem lub małym dzieckiem, o tyle nie protestuje się, że sędziwym starcem z niestabilną homeostazą i wieloma problemami chorobowymi, a często podobnymi do niemowlęcia potrzebami opiekuńczymi, zajmuje się wielu specjalistów zamiast geriatry, tak jakby jego biologia była taka sama jak osoby w wieku średnim. Sprzyja to polipragmazji i polekowym zespołom jatrogennym z uwagi na niedostosowanie farmakoterapii do wieku biologicznego. To głównie w późnej starości obserwuje się choroby zależne od wieku, głównie neurodegeneracyjne, zapalne i zwyrodnieniowe. Dowodzi tego zmiana struktury chorób na świecie między latami dziewięćdziesiątymi ubiegłego wieku, a prognozowanymi na 2020 r. Szacuje się, że o połowę zmniejszy się udział chorób zakaźnych, a na to konto zwiększy się udział chorób neuropsychiatrycznych i niezakaźnych przewlekłych[3]. W tym kontekście geriatria wydaje się cenną dyscypliną, by wielostronnie i całościowo podejść do starszych pacjentów o złożonej chorobowości i politerapii.

Można mieć wątpliwości, czy cała, ponad 5,5 mln populacja Polaków w wieku 65+ wymaga opieki geriatrycznej? Odpowiedź powinna być negatywna, ponieważ dwie trzecie ludzi starszych jest w miarę sprawnych lub należy do młodszych kategorii

[3] C. J. Murray, A. D. Lopez: Evidence-based health policy – lessons from the Global Burden of Disease Study. „Science" 1996; 274(5288):740-743.

wieku i nie cierpi ani z powodu złożonej chorobowości, ani niesprawności fizycznej, psychicznej i społecznej.

Jak zatem można oszacować populację, która wymaga opieki geriatrycznej? Jakie miary przyjąć, by zidentyfikować seniorów wymagających całościowej oceny i opieki? W zależności od przyjętych kryteriów można szacować tę populację na mniej niż 10%, o ile jako pacjentów geriatrycznych potraktujemy osoby niezdolne do samodzielnego opuszczania domu, lub na około 2-3%, jeśli są przykute do łóżka (około 200 tysięcy)[4]. Podejście geriatryczne oferuje szanse osobom starszym pozostającym jeszcze na przedpolu starczego zniedołężniania, o wysokim ryzyku niesprawności i/lub chorób zagrażających życiu. Funkcję tę spełnia skala zaproponowana przez Amerykanów, zwana VES-13[5] (od ang. *The Vulnerable Elders Survey*). Została ona skonstruowana do identyfikacji osób starszych zagrożonych w perspektywie 2 lat nagłym pogorszeniem stanu zdrowia lub zgonem w przebiegu chorób zależnych od wieku. Skala ta została zaakceptowana przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) do identyfikowania osób starszych wymagających dodatkowo opłacanej procedury zwanej Całościową Oceną Geriatryczną (COG). Na podstawie 13 pytań segreguje badanych pod względem ryzyka nagłego zniedołężnienia, pogorszenia jakości życia i śmierci. Uzyskanie trzech lub więcej punktów wskazuje na owo zagrożenie. Szacuje się, że dotyczy ono około jednej czwartej populacji ludzi starszych (w Polsce około 1,5 mln).

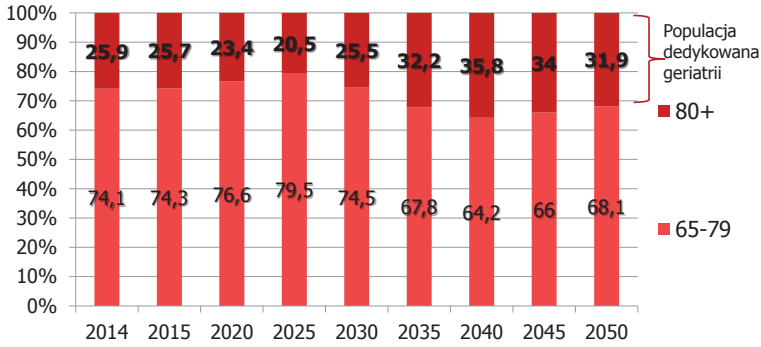
Zatem, uwzględniając zróżnicowanie populacji osób starszych, zarówno pod względem wieku, jak i chorobowości, można byłoby teoretycznie podzielić ją według skali VES-13 (poniżej 3 punktów) na większą część „internistyczną", to jest młodszą, z chorobowością podobną do wieku średniego (3/4 populacji osób starszych) oraz pozostałą, „geriatryczną", czyli najstarszą, zniedołężniałą, ze współistnieniem wielu problemów zdrowotnych i środowiskowych (1/4 populacji osób starszych). Ta ostatnia kategoria pacjentów – wymagająca szczególnej troski i opieki – ma szanse w przyszłości ulec redukcji w związku z tak zwanym efektem kohorty, czyli wchodzeniem w okres starości osób coraz sprawniejszych, bo bardziej wykształconych, świadomych swego zdrowia, bardziej aktywnych fizycznie i zdrowo się odżywiających (zmniejszenie ryzyka zniedołężnienia i chorób).

W Polsce praktykuje jedynie około 200-300 lekarzy geriatrów, głównie w dużych miastach, natomiast ludzie starsi niesprawni są rozproszeni w całej Polsce. Zatem przeciętnej osobie starszej najbliżej jest do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) i to on świadczy podstawową opiekę. Zakładając równomierny

[4] B. Bień: Stan zdrowia i sprawność ludzi starszych. [w:] B. Synak (red.) „Polska Starość". Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2002; s. 35-77.

[5] S. Saliba, M. Elliott, L. A. Rubenstein, D. H. Solomon et. al. The Vulnerable Elders Survey (VES-13): *A Tool for Identifying Vulnerable Elders in the Community.* „Journal of the American Geriatric Society" 2001; 49:1691-1699.

Rysunek 3. **Struktura wieku populacji 65+ do 2050 r.**



Źródło: *Prognoza ludności na lata 2014-2050*, „Studia i Analizy Statystyczne", GUS, Warszawa 2014.

rozkład starości demograficznej, to na jednego z około 20 tys. praktykujących w Polsce lekarzy POZ przypada 250 osób starszych (65+), z których jedynie co czwarty według skali VES-13 (około 60 osób) miałby wskazania do oceny geriatrycznej – najstarszy, najbardziej schorowany i niedołężny. Gdyby tę samą populację dedykować tylko geriatrom, to analogiczne liczby wzrosłyby odpowiednio do 16.000 i ponad 4.000 na jednego geriatrę – świadczy to o skrajnie małym dostępie do geriatrów.

Geriatria, podejście geriatryczne i interdyscyplinarna całościowa ocena geriatryczna [COG]

Z perspektywy cyklu rozwojowego człowieka, geriatria dopełnia triadę podstawowych specjalizacji medycznych, po pediatrii i mediatrii (internie), by w sposób całościowy oceniać i rozwiązywać problemy

> W każdym systemie ochrony zdrowia, lekarz rodzinny jest naturalnym „geriatrą pierwszej linii".

wieku podeszłego przy poszanowaniu odrębności biologicznych, psychicznych i społecznych tej fazy rozwojowej człowieka (rysunek 4). Zadaniem geriatrii jest rozwiązywanie złożonych problemów zdrowotnych w powiązaniu ze środowiskowymi i socjalnymi, a nie tylko leczenie chorób określonych układów lub narządów. Takie określenie geriatrii podkreśla holistyczną ocenę pacjenta w wieku starszym zwaną podejściem geriatrycznym.

Podstawą podejścia geriatrycznego jest ocena funkcji pacjenta w zakresie poszczególnych narządów i całego organizmu, która standardowo prowadzona jest w procedurze COG[6]. Definiowana jest

[6] A. Skalska: Kompleksowa ocena geriatryczna. [w:] T. Grodzicki, J. Kocemba, A. Skalska (red.) *Geriatria z elementami gerontologii ogólnej*. „Via Medica Gdańska" 2007; s. 68-75.

Rysunek 4. **Triada podstawowych specjalizacji medycznych**

Źródło: Opracowanie własne.

jako wielowymiarowy i interdyscyplinarny proces diagnostyczny do określania problemów medycznych, fizycznych, psychicznych i socjalnych starszego pacjenta przez geriatrę wraz z zespołem geriatrycznym, w skład którego wchodzi pielęgniarka, fizjoterapeuta i psycholog, a często również pracownik socjalny.

Współpraca interdyscyplinarna jest niezbędna dla całościowego odniesienia się do problemów pacjenta, nie tylko medycznych, ale i psychicznych, środowiskowych, opiekuńczych, a nawet finansowych. To dzięki pracy zespołowej tych praktyków i wielu niewymienionych tu z nazwy konsultujących specjalistów możliwa jest hierarchizacja problemów według priorytetu ich rozwiązywania. Narodowy Fundusz Zdrowia wyszacował COG na 3 punkty JGP/pacjenta, czyli nieco powyżej 150 zł. Suma ta jest kilkakrotnie niższa niż faktyczny koszt osobowy i usługowy prowadzonej całościowej diagnostyki. Przekłada się to na niskie wynagradzanie lekarzy (często o 1/3 niższe niż pielęgniarek) i dramatycznie niskie wynagradzanie fizjoterapeutów. A przecież *per saldo* świadczenie geriatryczne niezwykle opłaca się płatnikowi, chociażby dlatego, iż redukuje potrzebę duplikowania porad ambulatoryjnych i szpitalnych innych specjalności.

Geriatrzy, jako lekarze, z natury rzeczy koncentrują się na funkcjach narządowych, a przede wszystkim wydolności układu krążenia, oddechowego, endokrynnego, nerek, mózgu, których zaburzenia analizują w kontekście potencjalnych przyczyn degeneracyjnych, metabolicznych, hemodynamicznych lub/i zapalnych. Analizują funkcje zwieraczy, stan odżywienia, funkcje emocjonalne i poznawcze. Ważnym

elementem oceny lekarskiej jest analizowanie i dokumentowanie wszystkich współistniejących chorób oraz leków aktualnie przyjmowanych przez pacjenta, tych zalecanych przez różnych specjalistów, jak i przyjmowanych z własnej inicjatywy. Geriatra analizuje wyniki testów przeprowadzonych przy pomocy pozostałych członków zespołu geriatrycznego.

Pielęgniarki koncentrują się na aspektach higieniczno-pielęgnacyjnych (ryzyko odleżyn); sensorycznych (widzenie, słyszenie); funkcjach życia codziennego (w zakresie podstawowych oraz złożonych czynności, jak: ubieranie się, mycie, jedzenie, korzystanie z WC oraz robienie zakupów, przygotowywanie posiłków, rozporządzanie własnymi pieniędzmi); emocjach (przesiewowa ocena ryzyka depresji); poznawczych (przesiewowa ocena ryzyka otępienia) i środowiskowych.

Fizjoterapeuta skupia się na parametrach antropometrycznych, oceniając ryzyko upadków, wykonując próbę ortostatyczną, oceniając chód i równowagę pacjenta, ograniczenia ruchomości stawów, co jest niezbędne do planowania zakresu zabiegów oraz wykorzystania środków pomocniczych do poprawy lokomocji i funkcjonowania.

Psycholog ocenia funkcje neuropsychologiczne u chorych tego wymagających.

Wyniki badań i testów są podstawą do hierarchizowania potrzeb indywidualnego pacjenta. Te są dyskutowane w zespole geriatrycznym z udziałem chorego i/lub jego opiekuna rodzinnego pod względem wyznaczania kolejności i sposobu ich zaspokajania lub rozwiązania problemu.

W przypadku istnienia problemu socjalnego (np. brak wsparcia rodzinnego) lub materialnego (zubożenie), do dyskusji w zespole zapraszany jest **pracownik socjalny**, który rozpoznaje sytuację w miejscu zamieszkania chorego, by zaproponować opcje pomocy.

W razie potrzeby do zespołu zaprasza się innych profesjonalistów, np. logopedę, dietetyka, kapelana, jak również lekarzy wąskich specjalności (urologa, ortopedę, stomatologa, kardiochirurga, czy okulistę).

Standardowy zestaw testów i skal umożliwia porównywanie wyników tego samego pacjenta po upływie czasu i różnych pacjentów w tym samym czasie.

Wyniki COG stanowią wspólną platformę wiedzy służącą wymianie informacji między praktykami. Pozwalają na planowanie dalszych interwencji terapeutycznych, fizjoterapeutycznych, środowiskowych i/lub socjalnych u poszczególnych chorych oraz planowanie dalszej opieki w porozumieniu z pacjentem i jego opiekunem rodzinnym oraz wydatków na leki i opiekę. Celem COG jest wdrażanie terapii, rehabilitacji i opieki długoterminowej, koordynacja celów wyznaczonych przez świadczeniodawców (eliminacja konfliktów) oraz optymalne wykorzystanie dostępnych zasobów pacjenta i systemu[7].

Podejście geriatryczne powoduje wiele potencjalnych korzyści, geriatra wraz z zespołem geriatrycznym na wstępie zawsze

[7] L. Z. Rubenstein, L. V. Rubenstein: Multidimensional geriatric assessment. [w:] R. C. Tallis, H. M. Fillit (red.) „Brocklehurst's textbook of geriatric medicine and gerontology". Wyd. 6. Churchill Livingstone 2003; s. 291-317.

analizuje starszego pacjenta pod względem możliwości jego funkcjonowania. Stara się odpowiedzieć na pytanie, jakiego typu dysfunkcje (fizyczne, emocjonalne, poznawcze i fizyczne) występują u określonego pacjenta? Co może być ich przyczyną i które z tych uwarunkowań są możliwe do wyeliminowania, bądź naprawy? Zazwyczaj choroba stanowi główną przyczynę pogorszenia funkcjonowania osoby starszej, ale czasami wiele innych czynników środowiskowych (izolacja społeczna, problemy finansowe, konflikt w rodzinie, przemoc, reakcje stresowe na śmierć osoby bliskiej itp.).

Podejście geriatryczne różni się od konwencjonalnego podejścia medycznego, które tradycyjnie skoncentrowane jest na leczeniu poszczególnych chorób. Można zatem podsumować, iż geriatria wykracza poza zakres interny wieku podeszłego (poszerzona o problemy neurologiczne, psychiatryczne), jak i poza zakres konwencjonalnej medycyny (poszerzona o problemy społeczne).

Naczelnym celem geriatrii jest poprawa stanu funkcjonalnego człowieka, głównie w zakresie czynności życia codziennego i jakości życia osób starszych.

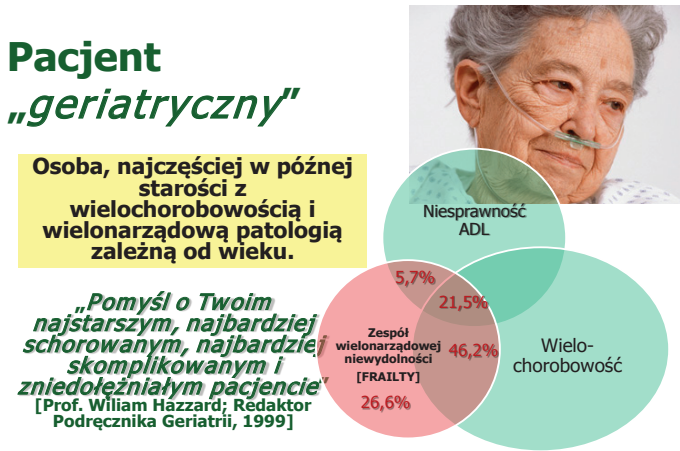
Lekarz POZ powinien współpracować z geriatrami, zwłaszcza w zakresie określania wskazań do Całościowej Oceny Geriatrycznej, to jest skierowania do geriatry oraz kontynuowania zaleceń wynikających z COG, czyli realizacji zaleceń geriatry i zespołu geriatrycznego.

Specyfika pacjenta geriatrycznego

Bardzo trudno w sposób precyzyjny zdefiniować pacjenta geriatrycznego. Nie musi nim być osoba 65 plus, a nawet nie zawsze 80 plus. Zazwyczaj jednak pacjentem geriatrycznym jest osoba w późnej starości, ze złożoną chorobowością i wielonarządową patologią. Według Fried'a, osobę taką, obok wielu chorób, cechuje złożona niesprawność psychiczna i/lub fizyczna z towarzyszącym zespołem słabości lub „kruchości" (od ang. wyrażenia *frail*), rodzajem wielonarządowej niewydolności (rysunek 5, s. 38). Definiując pacjenta geriatrycznego na podstawie klasyfikacji ICD-10 można byłoby wyliczać wiele jednostek chorobowych. Z racji na nakładanie się ich na zmiany zależne od starzenia biologicznego i skutki przebytych chorób, ich prezentacja jest nietypowa i inna, niż ujmuje to klasyfikacja międzynarodowa. Profesor Wiliam Hazzard, wspaniały internista i geriatra, tak zdefiniował pacjenta geriatrycznego w przedmowie do podręcznika geriatrii: *Pomyśl o swoim najstarszym najbardziej schorowanym, najbardziej skomplikowanym i zniedołężniałym pacjencie, którego diagnozowanie i leczenie jest ogromnym wyzwaniem intelektualnym*.

Na podstawie własnej bazy danych – pacjentów hospitalizowanych w klinice geriatrii w 2013 roku – można powiedzieć, że pacjent geriatryczny w Polsce jest osobą w wieku przeciętnie 81 lat, u której współwystępuje średnio ponad 5 problemów zdrowotnych wymagających aktywnej farmakoterapii, przyjmujący przeciętnie około 7 leków. W co

Rysunek 5. **Charakterystyka pacjenta geriatrycznego**



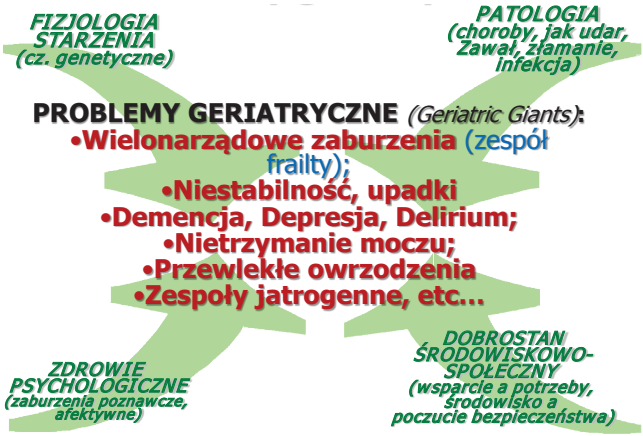
Źródło: L. P. Fried, C. M. Tangen, J. Walston, A. B. Newman, C. Hirsch, J. Gottdiener, T. Seeman, R. Tracy, W. J. Kop, G. Burke, M. A. McBurnie: *Frailty in older adults: evidence for a phenotype*. „Gerontol A Biol Sci Med Sci." 2001;56:M146-56.

trzecim przypadku stwierdza się u niego problemy z widzeniem, podobnie często ze słyszeniem (mimo stosowania środków pomocniczych, takich jak: okulary, aparat słuchowy). Ponadto, w dwóch przypadkach na trzy deklaruje on poczucie samotności.

Najczęściej stwierdzane choroby lub problemy pacjentów geriatrycznych można uporządkować w kolejności: nadciśnienie tętnicze (60%), depresja (52%), nietrzymanie moczu (48%), upadki (41%), otępienie (35%), cukrzyca (31%), niewydolność serca (27%), choroba wrzodowa (22%), niedożywienie białkowo-energetyczne (20%), majaczenie (19%), zespoły jatrogenne (17%), przewlekła choroba nerek (17%), parkinsonizm (16%) i nowotwory (9%). Podkreślenia wymaga częstość występowania geriatrycznego zespołu jatrogennego, ponieważ zespół ten zazwyczaj jest wykładnikiem niedostatecznej wiedzy gerontologicznej lekarzy, nieuwzględniania odrębności farmakoterapii geriatrycznej lub niedostatecznego monitorowania terapii. Zadaniem geriatrii jest nie tylko odstawianie niepotrzebnych leków, ale również zamiana leków potencjalnie niewłaściwych (cholinolityczne, dopaminolityczne, etc.) na leki bezpieczniejsze. Jest to ogromne wyzwanie w sytuacji współistnienia wielu chorób, braku wyników badań opartych na dowodach naukowych w tej grupie wiekowej, a często ograniczeń finansowych pacjenta, niepozwalających na zamiany leków na preparaty bardziej przyjazne pacjentowi (np. typu polypill) lub o mniejszym potencjale działań niepożądanych (np. systemy transdermalne).

Pacjent geriatryczny wyróżnia się wieloma odrębnościami, o których rutynowo

Rysunek 6. **Problemy geriatryczne**



Źródło: Opracowanie własne.

nie są uczeni studenci, ani lekarze innych specjalności[8].

Fenotypowe cechy starości są skutkiem normalnego starzenia. Jest to proces uniwersalny, nieunikniony i jednokierunkowy, polegający na narastaniu w czasie strukturalnych uszkodzeń we wszystkich tkankach i narządach. Można go porównać do zjawiska entropii, która wiedzie do ograniczania pojemności i równowagi homeostazy organizmu, co klinicznie manifestuje się osłabieniem, kruchością, czy niedołężnością[9]. Konsekwencją jest wzrost prawdopodobieństwa chorób zależnych od wieku, upośledzenie funkcji (*disability*), a w końcu rosnące ryzyko śmierci. Starość, jako faza życia oraz zjawisko biologiczne i społeczne, stała się powszechnym doświadczeniem ludzkości wobec gwałtownie przyspieszającego starzenia demograficznego.

Wobec sumowania się zmian zależnych od normalnego starzenia, licznych zaburzeń, przebytej i współistniejącej patologii, geriatrzy posługują się często nomenklaturą opisującą zespoły starczej niesprawności, które stanowią złożony skutek wielu przebytych i współistniejących chorób opisywanych według międzynarodowej klasyfikacji chorób.

---

[8] B. Bień: Specyfika geriatrii – odrębności i zasady postępowania. [w:] Krzysztof Galus (red.) *Geriatria. Wybrane zagadnienia*. Elsevier Urban & Partner Wrocław 2007: s. 29-38; M. Myśliwiec, B. Bień, A. Więcek: Nauczanie geriatrii na uniwersytetach medycznych w Polsce. [w:] J. Majkowski, M. Myśliwiec, A. Członkowski, A. Chybicka (red.) Wyzwania XXI wieku. *Ochrona Zdrowia i kształcenie medyczne*. Tom III „Federacja Polskich Towarzystw Medycznych", Warszawa 2014, s. 231-229; 242-246.

[9] L. Ferrucci, C. Hesdorffer, S. Bandinelli, E. M Simonsick: Frailty as a Nexus Between the Biology of Aging, Environmental Conditions and Clinical Geriatrics. „Public Health Reviews", 2010;32:475-88.

Do typowych problemów geriatrycznych (*Geriatric Giants*) należą wielonarządowe schorzenia ze skłonnością do nieodwracalnego zaburzenia homeostazy organizmu i śmierci, jak zespół słabości (*frailty*), a także otępienie, depresja i majaczenie, niestabilność chodu i upadki, nietrzymanie moczu, niedożywienie białkowo-energetyczne, a w końcu zespoły jatrogenne jako efekt farmakoterapii i polipragmazji (rysunek 6, s. 39). Są one efektem złożonego wpływu procesu normalnego starzenia i nakładających się chorób, głównie zależnych od wieku, czynników psychicznych, a także środowiskowo-społecznych (samotność, brak wsparcia i poczucia bezpieczeństwa, zubożenie, a czasem przemoc psychiczna lub fizyczna).

Korzyści podejścia geriatrycznego

Standardy postępowania w opiece geriatrycznej, opracowane przez grono gerontologów i geriatrów i opublikowane przed dwoma laty w „Gerontologii Polskiej"[10], przedstawiają stanowisko Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego. Wzorują się one na standardach europejskich i amerykańskich szeroko praktykowanych w wielu krajach. Można się zastanawiać, czy ich stosowanie przynosi wymierne korzyści dla pacjentów? Metaanaliza opracowana przez Stuck'a i współautorów[11] opublikowana w 1993 r. w „Lancet" udowodniła, że podejście geriatryczne przyczynia się do: 1) redukcji ryzyka zgonu w perspektywie roku (o 22%); 2) zwiększenia prawdopodobieństwa dalszego mieszkania we własnym domu (o 47%); 3) redukcji wskaźnika rehospitalizacji (o 12%); 4) w największym stopniu do poprawy stanu funkcjonalnego (o 72%), (rys. 7, s. 41).

Podejście geriatryczne przynosi również korzyści dla płatnika, ponieważ dzięki opiece interdyscyplinarnej (geriatry z zespołem) zmniejsza się liczba konsultacji wąskospecjalistycznych, dublowanie badań diagnostycznych i ryzyko poli-farmakoterapii. Jarosław Derejczyk i współautorzy[12] wykazali na ponad czterotysięcznej próbie starszych pacjentów województwa śląskiego, że w perspektywie roku podejście geriatryczne w porównaniu z internistycznym przynosi oszczędność dla płatnika rzędu 1700 zł rocznie na 1 pacjenta.

Analiza Najwyższej Izby Kontroli w zasadniczej mierze potwierdziła wyliczenia tych autorów. Według tych danych podejście geriatryczne *versus* konwencjonalne (leczenie ludzi starszych w systemie opieki zdrowotnej bez geriatrii) redukuje koszty NFZ o 1380 zł na 1 pacjenta w perspektywie jednego roku[13].

Politycy i organizatorzy opieki zdrowotnej w Polsce nie potrafią jednak tych

---

[10] B. Bień, P. Błędowski, K. Broczek, J. Derejczyk, T. Grodzicki i wsp.: Standardy postępowania w opiece geriatrycznej. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego opracowane przez ekspertów Zespołu ds. Gerontologii przy Ministrze Zdrowia. „Gerontologia Polska" 2013; s. 21, 2, 33-47.

[11] A. E. Stuck, A. L. Siu, G. D. Wieland, J. Adams, L. Z. Rubenstein: *Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials*. „Lancet" 1993; 342 (8878):1032-6.

[12] J. Derejczyk, B. Bień, J. Kokoszka-Paszkot, J. Szczygieł: *Gerontologia i geriatria w Polsce na tle Europy – czy należy inwestować w ich rozwój w naszym kraju*?, „Gerontologia Polska" 2008, nr 16 s. 149-159.

[13] Najwyższa Izba Kontroli: *Informacja o wynikach kontroli. Opieka nad osobami w wieku podeszłym*, marzec 2015 <www.nik.gov.pl>.

Rysunek 7. **Korzyści z podejścia geriatrycznego.**

- **Zmniejszone ryzyko śmierci** (**o 22%** po 12 m-cach od interwencji szpitalnej; o 14% dla wszystkich)
- **Zwiększone prawdopodobieństwo dalszego mieszkania w swym domu** (**o 47%** po 12 m-cach od interwencji szpitalnych; o 26% dla wszystkich)
- **Zmniejszone ryzyko ponownego/ przyjęcia do szpitala** (o **12%**)
- Większa **szansa poprawy stanu funkcjonalnego** po interwencji szpitalnej (**o72%**)

Źródło: Patrz przyp. 11.

danych wykorzystać. Chociażby dofinansowanie częścią tej kwoty świadczeń geriatrycznych mogłoby uratować geriatrię z zapaści finansowej i zapobiec odchodzeniu geriatrów od tej potrzebnej i wysoce deficytowej specjalności.

Tylko mniej niż jeden procent ludzi starych w Polsce korzysta ze stacjonarnych świadczeń geriatrycznych (dane Centrali NFZ z 2010 roku). Gdyby założyć, że pół miliona Polaków (np. tych po 80. roku życia) skorzystało z takiego świadczenia, zamiast z pobytu w oddziale chorób wewnętrznych, neurologii lub psychiatrii, to oszczędności z tego tytułu mogłyby sięgnąć ponad 0,5 miliarda złotych/rok.

Podejście geriatryczne poprawia jakość zdrowia i życia starszych pacjentów przy ekonomizacji wydatkowania środków finansowych.

Fizjoterapia i rehabilitacja osób starszych

Celem postępowania fizjoterapeutycznego w opiece geriatrycznej są działania zmniejszające zaburzenia występujące w wyniku patologii i zmian będących skutkiem procesu starzenia lub unieruchomienia. Kinezyterapia (terapia ruchem) jest stałą składową procesu leczenia i opieki. Stosowanie procedur kinezyterapeutycznych jest potrzebne na każdym etapie leczenia i opieki.

Zarówno normalne starzenie, jak i nakładająca się patologia, zwłaszcza w narządzie ruchu, wiodą do hipokinezji i kaskady negatywnych skutków w postaci sarkopenii (spadek masy mięśniowej), osteopenii, osteoporozy, upadków i złamań potęgujących unieruchomienie. Postępowanie fizjoterapeutyczne dostosowane do indywidualnego pacjenta jest w stanie odwrócić tę kaskadę, a także pozytywnie wpłynąć na motywację i nastrój chorego[14]. Badania naukowe oraz wieloletnie doświadczenia

[14] K. Wieczorowska-Tobis, T. Kostka, A. M. Borowicz: „Fizjoterapia w geriatrii", PZWL Warszawa 2011.

pokazują, że u większości osób objętych opieką długoterminową postępowanie fizjoterapeutyczne zapobiega niekorzystnym skutkom unieruchomienia, a także zwiększa aktywność fizyczną starszych pacjentów.

Odpowiednio dobrane i realizowane postępowanie wpływa też pozytywnie na stan emocjonalny (np.: przez poprawienie samooceny, czy zmniejszenie lęku przed upadkiem) i radzenie sobie z sytuacjami stresującymi (np. pokonywanie przeszkód, korzystanie ze schodów).

Fizjoterapeuta jest nieodzownym członkiem zespołu geriatrycznego, ponieważ postępowanie fizjoterapeutyczne jest główną składową terapii geriatrycznej, a w dalszym etapie opieki długoterminowej.

Opieka długoterminowa nad pacjentem geriatrycznym

Podstawową rolę w świadczeniu opieki długoterminowej w Polsce odgrywa rodzina, a tylko w określonych przypadkach obowiązek ten przejmują instytucje publiczne[15]. Zadania w zakresie pomocy osobom niesamodzielnym są w Polsce podzielone między system opieki zdrowotnej i system opieki społecznej, a dodatkowo te zadania wykonują organizacje pozarządowe oraz sektor prywatny. Mimo wielości podmiotów, „ogromna grupa osób niesamodzielnych nie otrzymuje wsparcia lub otrzymuje pomoc nieadekwatną do potrzeb"[16].

Opieka długoterminowa [OD] oznacza nieokreślone w czasie świadczenie usług, pomocy i wsparcia dla przewlekle chorych lub niepełnosprawnych, w tym niesamodzielnych osób starszych, zarówno w warunkach ambulatoryjnych, jak i stacjonarnych[17]. Opieka długoterminowa w środowisku ma za zadanie kompleksowo zaspokajać potrzeby zdrowotne, społeczne i środowiskowe i odwlekać instytucjonalizację na tak długo, jak to możliwe. Cele OD współgrają z celami geriatrii, ponieważ również koncentrują się na utrzymaniu lub poprawie niezależnego funkcjonowania osób przewlekle i obłożnie chorych lub niesprawnych, tyle tylko, że niewymagających już leczenia szpitalnego. Świadczenia geriatryczne powinny stanowić formę konsultacji służącą świadczeniodawcom OD, a przede wszystkim lekarzom POZ. Ta fundamentalna instytucja ochrony zdrowia powinna mieć zaplecze usługowe do zlecania świadczeń pielęgnacyjnych, rehabilitacyjnych i socjalnych, zaś w praktyce procedury kwalifikacji do tej deficytowej formy opieki są sformalizowane i zbiurokratyzowane.

[15] P. Błędowski: Problem niesamodzielności ludzi starych w Polsce, [w:] M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski (red.): *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*. Poznań: Termedia; 2012, s. 454.

[16] P. Błędowski, M. Maciejasz: *Rozwój opieki długoterminowej w Polsce – stan i rekomendacje*. „Nowiny Lekarskie", 82/2013; s. 61–69.

[17] A. Kozierkiewicz, K. Szczerbińska: *Opieka długoterminowa w Polsce: Ocena stanu obecnego oraz rozwiązania na przyszłość*, Kraków 2007.

OD powinna również mieć szanse przejmować pacjenta bezpośrednio z tzw. opieki ostrej (po udarach, zawałach, dużych zabiegach, etc.), by kontynuować zalecenia lekarskie, rehabilitacyjne, pielęgnacyjno-opiekuńcze i socjalne wypływające z COG. Zanim by jednak mogło to nastąpić, uzasadnionym rozwiązaniem byłoby transferowanie takich chorych do przejściowych oddziałów leczniczo-rehabilitacyjnych (*transitional care*) w strukturach szpitali lub zakładach opiekuńczo-leczniczych, by z jednej strony odciążyć jednostki „ostre", a z drugiej strony przygotować pacjentów do wypisu do domu lub placówki stacjonarnej opieki długoterminowej, już bez wskazań do leczenia szpitalnego.

Niezwykle cenną formą wsparcia dla opiekunów rodzinnych osób starszych z otępieniem jest możliwość czasowego (np. do czterech tygodni), przekazania podopiecznego pod opiekę instytucji. Ta niezwykle doceniana przez opiekunów usługa, zazwyczaj częściowo odpłatna, zwana jest opieką wytchnieniową (*respite care*)[18]. Umożliwia opiekunowi przerwę w opiece, którą mógłby wykorzystać na zajęcie się własnym zdrowiem, wypoczynek lub sprawy rodzinne. Należy pamiętać, że znacząca część opiekunów rodzinnych to dzieci łączące pracę zawodową z opieką lub osoby starsze i poważnie chore, które zmuszone są pokonywać trudy opieki nad unieruchomionymi i/lub otępiałymi partnerami. Opieka wytchnieniowa powinna być łatwo dostępną i profesjonalnie zabezpieczoną opcją w ramach OD.

Rozdział finansowania i kompetencji Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej na dwa resorty (zdrowia i polityki społecznej) przeprowadzony w 1991 roku spowodował dezintegrację działań usługowych, wcześniej spójnie realizowanych w jednym ministerstwie. Ma to znaczenie dla typowego pacjenta z zapotrzebowaniem na oba typy świadczeń: zdrowotne i socjalne. Ryzyko duplikowania świadczeń przez oba resorty uległo zwiększeniu, zarówno w zapisach ustawowych, jak i w codziennej praktyce. Potrzeby zdrowotne i socjalne zazwyczaj współistnieją u jednego pacjenta, chociaż ich proporcja zmienia się w czasie. Obie formy usług: medyczna i społeczna są organizowane przez różne sektory i finansowane z odrębnych źródeł oraz są regulowane innymi przepisami.

W rozważaniach nad kształtem opieki długoterminowej należy podkreślić, że geriatria, mimo iż jest specjalizacją medyczną ukierunkowaną na leczenie chorób wieku starszego, powinna stanowić jedynie wsparcie dla kadry opieki długoterminowej wobec pacjentów geriatrycznych, a nie może być utożsamiana z opieką długoterminową jako taką.

Opieka długoterminowa niezależnie od miejsca jej świadczenia powinna:

- utrwalać efekt interwencji geriatrycznej;
- usamodzielniać chorego oraz wspierać opiekunów rodzinnych;
- koordynować różne świadczenia w celu indywidualizacji opieki,
- wykorzystywać dostępne technologie, w tym tele-medyczne;

[18] C. C. Neville, G. J. A. Byrne: *The impact of residential respite care on the behaviour of older people with dementia*: literature review. „Int J Older People Nurs". 2007; 2(1):2-8.

Niezależnie od możliwego wsparcia instytucjonalnego lub środowiskowego, główny ciężar opieki nad osobami starszymi niesprawnymi w Polsce spada na barki opiekunów rodzinnych. Problem opieki rodzinnej nie został w Polsce dostatecznie rozpoznany, a ich potrzeby niedostatecznie zaspokojone, o czym przekonują wyniki badania EUROFAMCARE przeprowadzone w 2005 r. wśród opiekunów niesprawnych osób starszych w sześciu krajach europejskich (Niemcy, Wielka Brytania, Szwecja, Polska, Włochy i Grecja)[19]. Badania porównawcze w sześciu krajach europejskich pokazują[20], że osoby starsze niesprawne i pozostające pod opieką rodziny korzystają w różnym stopniu z usług zdrowotnych (takich jak: kontakty z lekarzem, pielęgniarką, etc.) i społecznych (takich jak: usługi opiekuńcze w domu, transportowe, pralnicze, dowożenie posiłków, etc.). W Polsce, podobnie jak w Grecji i we Włoszech, dominuje kategoria osób korzystających wyłącznie ze świadczeń zdrowotnych, zaś w Niemczech, Wielkiej Brytanii i w Szwecji dominuje kategoria osób korzystających jednocześnie z usług zdrowotnych i społecznych. Jak to się przekłada na stopień zaspokojenia potrzeb tych ludzi? Otóż, im powszechniejsze jest korzystanie z usług społecznych, tym mniejsza jest liczba niezaspokojonych potrzeb opiekuńczych u tych osób. Podobnej relacji nie odnaleziono w odniesieniu do świadczeń zdrowotnych.

Świadczenie usług domowych przez różnego typu instytucje opiekuńcze redukuje izolację samotnie mieszkających ludzi starszych i zmniejsza ryzyko poczucia samotności. Podobnie działa na przykład wyjście do teatru, co w Szwecji jest bardziej wykonalne z uwagi na zapewnianie usługi transportowej. W tym kraju wskaźnik niezaspokojonych potrzeb wynosił jedynie 0,7 na 4 rodzaje danych do wyboru niezaspokojonych potrzeb. Natomiast w Grecji, w której praktycznie w ogóle nie ma pomocy społecznej, analogiczny wskaźnik wynosił 2,4, zaś w Polsce 1,5, czyli był ponad dwa razy wyższy niż w Szwecji.

Poszerzanie i intensyfikacja wsparcia socjalnego dla opiekunów rodzinnych stanowią efektywną strategię redukcji niezaspokojonych potrzeb opiekuńczych niesprawnych seniorów. Kto wie, być może zmniejszyłoby się wówczas zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne, które *de facto* wypełniają lukę w usługach socjalnych?

Optymalizacja opieki geriatrycznej

Polskie Towarzystwo Gerontologiczne sformułowało pięć zasad opieki geriatrycznej (rysunek 8, s. 45). Należą do nich:

[19] B. Bień (ed.): *Family caregiving for the elderly in Poland*. Trans Humana Białystok 2006.
[20] B. Bień, K. J. McKee, H. Döhner, J. Triantafillou, et al.: *Disabled older people's use of health and social care services and their unmet care needs in six European countries*. „European Journal of Public Health", 2013; 23, 6:1032-1038.

Rysunek 8. **Zasady opieki geriatrycznej (odpowiedź na potrzeby OS wg PTG)**

- **Powszechność opieki** = dostęp wszystkich ludzi starych do świadczeń ochrony zdrowia na równych prawach;
- **Dostępność opieki** = bliskość placówek ochrony zdrowia od miejsca zamieszkania i bezpłatne świadczenia;
- **Długotrwałość opieki** = ciągłość opieki wynikająca z długofalowości procesu starzenia i przewlekłości chorób;
- **Jakość opieki** = stosowanie fachowej wiedzy gerontologicznej przez praktyków (**dokształcanie**) ze szczególnym uwzględnieniem zasad etyki;
- **Kompleksowość opieki** = całościowe rozwiązywanie problemów socjomedycznych (lekarz+pielęgniarka+ fizjoterapeuta +**pracownik socjalny** + inni).

Źródło: Materiały Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego.

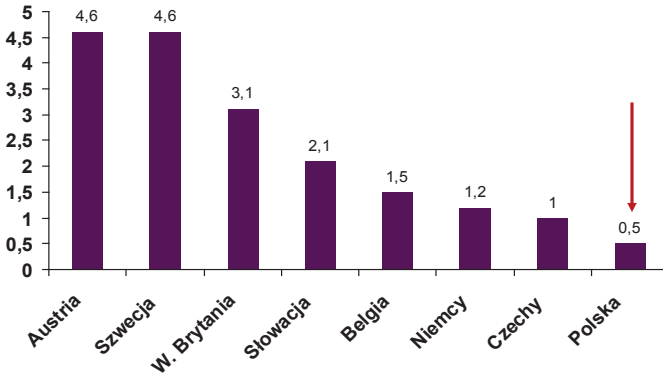
1. Powszechność – dostęp wszystkich ludzi starszych do usług ochrony zdrowia na równych prawach; 2. Dostępność opieki, zarówno w znaczeniu odległości od placówki, np. lekarza rodzinnego, jak i finansowym; 3. Długotrwałość opieki – ciągłość opieki, zwłaszcza w odniesieniu do chorób przewlekłych; 4. Jakość opieki oparta na najlepszej wiedzy gerontologicznej i 5. Kompleksowość opieki, czyli zapewnianie usług zdrowotnych w powiązaniu ze społecznymi.

Dwie, wymienione na końcu, zasady opieki geriatrycznej nadal nie są w Polsce zapewnione. O ile instytucja lekarza rodzinnego, wcześniej lekarza rejonowego, stanowi podstawowy fundament opieki zdrowotnej, to gerontologiczną wiedzę lekarze rodzinni zaczynają dopiero zdobywać. Większość lekarzy w Polsce nie miała szansy zaznajomić się z geriatrią w ramach edukacji przeddyplomowej i podyplomowej, a dopiero od roku geriatria została włączona do *curriculum* szkolenia specjalistów medycyny rodzinnej. Wiedza geriatryczna w tej specjalizacji jest niezwykle potrzebna. Tylko lekarz rodzinny integruje i kontynuuje zalecenia wielu specjalistów w leczeniu długoterminowym starszego pacjenta. Tylko on widzi pacjenta w jego środowisku zamieszkania i *nolens volens* musi być „geriatrą pierwszej linii" wobec braku geriatrów w systemie.

Zakładając minimalne przygotowanie lekarzy rodzinnych z zakresu geriatrii, nabyte w toku studiów i/lub specjalizacji, a obecnie możliwe do uzupełnienia w ramach szkolenia podyplomowego, w tym kursów unijnych[21] z zakresu geriatrii, można przyjąć, że również dostępność i ciągłość

[21] Od 2012 roku lekarze POZ mają dostęp do bezpłatnego szkolenia z geriatrii w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego – Program Operacyjny Kapitał Ludzki „Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej".

Rysunek 9. **Deficyt geriatrów w Polsce (liczba geriatrów na 10 tys. osób 65+ w Polsce i wybranych krajach UE)**



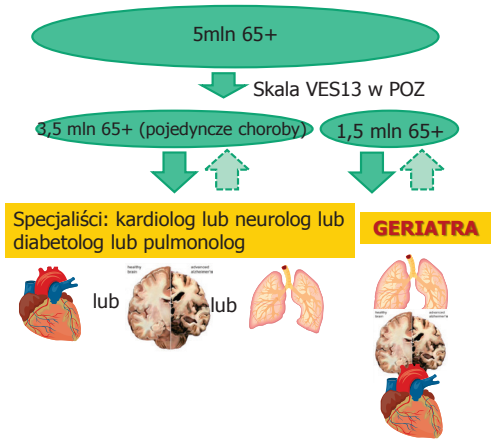
Źródło: S. Kropińska, K. Wieczorowska-Tobis: *Opieka geriatryczna w wybranych krajach Europy*. „Geriatria", nr 3/2009; s. 12-16.

opieki nad starszym pacjentem są formalnie spełnione. To lekarz rodzinny wraz z pielęgniarką rodzinną mają możność „filtrować" swoich starszych pacjentów (za pomocą skali VES-13) jako „internistycznych", kierując ich w razie potrzeby do specjalistów wąskich specjalności lub jako „geriatrycznych" (wielochorobowych,

Rysunek 10. **Gdzie zaczyna się prawdziwa geriatria?**

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych demograficznych i badania PolSenior.

Rysunek 11. **Geriatryczna populacja ryzyka: Selekcja w POZ: jak wykorzystać geriatrów?**



Domeny	VES-13	Punkty
WIEK	60-74	0
	75-84	1
	85+	3
Samo-ocena stanu zdrowia	Wspaniałe lub dobre	0
	Przeciętne lub złe	1
Znaczne trudności lub niezdolność w samodzielnym wykonywaniu czynności z powodu stanu zdrowia:	Zakupy (produkty toaletowe, leki)	1
	Rozporządzanie własnymi pieniędzmi (śledzenie wydatków, opłacanie rachunków)	1
	Wykonywanie lekkich prac domowych (zmywanie, ścieranie kurzu)	1
	Przejście przez pokój (przy pomocy kuli, laski, o ile używa)	1
	Kąpiel (w wannie lub pod prysznicem)	1
	Pochylanie, kucanie, klękanie	1
	Podnoszenie, dźwiganie ciężaru o wadze około 4,5kg	1
	Pisanie lub utrzymywanie drobnych przedmiotów	1
	Sięganie lub wyciąganie ramion powyżej barku	1
	Przejście około 1,5 km	1
	Wykonywanie ciężkiej pracy domowej (mycie okien, podłóg)	1

Źródło: Opracowanie własne.

ze złożoną niesprawnością i polifarmakoterapią) konsultując ich z geriatrami i współpracować z nimi. Tylko takie podejście gwarantuje ciągłość terapii i opieki, prawidłowe adresowanie świadczeń i usług z dostosowaniem ich do zmian w czasie. Instrumentem motywującym do realizacji podejścia geriatrycznego przez lekarzy POZ powinna być odpowiednio zróżnicowana stawka kapitacyjna (w zależności od poziomu dysfunkcji pacjenta w skali VES-13), która obecnie uwzględnia jedynie kryterium wieku.

To POZ stanowi fundament opieki nad starszym pacjentem i dysponuje siecią usług pomocniczych, w tym rehabilitacyjnych i fizjoterapeutycznych oraz socjalnych (z pomocy społecznej).

Kierunki działań na rzecz poprawy opieki geriatrycznej

Zwiększać liczebność kadry i bazy geriatrycznej

Szacuje się, że w Polsce na 10 tys. ludności 65+ przypada 0,5 geriatrów, podczas gdy w sąsiednich Czechach 1,0; w Niemczech 1,2; w Belgii 1,5; w Słowacji 2,0; nie wspominając o Szwecji, czy Wielkiej Brytanii, gdzie analogiczny wskaźnik przekracza 3,0 lub 4,0[22].

Brak dostatecznej kadry i bazy geriatrycznej, akademickiej i pozaakademickiej sprawia, że ludzie starzy w Polsce niemal w ogóle nie mają dostępu do geriatrów! Dane Narodowego Funduszu Zdrowia z 2010 roku[23] wskazują, że udział geriatrii w świadczeniach szpitalnych na rzecz populacji 65+ nie przekracza 1%! Ludzi

[22] S. Kropińska, K. Wieczorowska-Tobis: *Opieka geriatryczna w wybranych krajach Europy*. „Geriatria" nr 3/2009; s. 12-16.

[23] Analiza wydatków Narodowego Funduszu Zdrowia związanych z finansowaniem hospitalizacji pacjentów od 65. roku życia w 2009 roku. Centrala NFZ, Warszawa 2010, <http://www.nfz.gov.pl/new/?katnr=8&dzialnr=2&artnr=4378>.

starszych w Polsce leczą głównie interniści (30% udział w wydatkach NFZ na populację 65+) i kardiolodzy (analogicznie około 10%) oraz reumatolodzy (około 4% wydatków NFZ). Pozostała część finansów NFZ na tę populację rozdzielona jest na pozostałe dyscypliny zabiegowe i niezabiegowe. Interesujące jest, że finansowanie rehabilitacji osób starszych nie jest w ogóle ujęte w zestawieniu, ponieważ jest zapewne znikome.

W ostatnich latach wzrosła nieco liczba łóżek geriatrycznych w Polsce (do 776 w 2014 r.), co daje 2 łóżka na 100 tys. mieszkańców, jednak WHO zaleca, by wskaźnik ten był dziesięciokrotnie wyższy! Poradni geriatrycznych powinno być przynajmniej pięciokrotnie więcej niż obecnie w Polsce (jest ich 68). Szacuje się, że aby zapewnić pacjentom minimalną dostępność do świadczeń geriatrycznych, w systemie powinno pracować przynajmniej 760 geriatrów. Remedium na zwiększenie kadry geriatrów mogłoby być uruchomienie „krótkiej ścieżki" specjalizacji z geriatrii przeznaczonej dla specjalistów chorób wewnętrznych z doświadczeniem w leczeniu osób starszych.

Potencjał edukacyjny ośrodków kształcenia studentów i lekarzy ulega zmniejszeniu wraz z odchodzeniem kadry doświadczonych geriatrów do innych, lepiej wynagradzanych dyscyplin medycznych (np. nefrologia, diabetologia). Doświadczonych w zakresie edukacji geriatrycznej ośrodków akademickich w Polsce jest około pięciu, a potrzeba szkolenia z zakresu wiedzy geriatrycznej ogromna. Obok wyszkolonej kadry, istotą i siłą jednostek geriatrycznych jest łóżkowa baza geriatryczna z poradnią geriatryczną i pełnoprofilowym dostępem do infrastruktury, między innymi laboratoryjnej, radiologicznej, endoskopowej i kardiologicznej.

Zbyt rzadko restrukturyzuje się oddziały chorób wewnętrznych i innych w geriatryczne, podobnie jak nie tworzy się poradni geriatrycznych, zapewne z powodu nieopłacalności procedur geriatrycznych. Te, które istnieją są niedofinansowane i niewydolne. W efekcie część geriatrów odchodzi od geriatrii otwierając inne specjalizacje, ponieważ są lepiej finansowane, a nie są tak obszerne, czasochłonne i interdyscyplinarne jak w przypadku geriatrii.

Poprawić finansowanie świadczeń geriatrycznych

Wykładnikiem kondycji i dostępu do usług geriatrycznych oferowanych ludności w kraju jest wielkość kontraktów geriatrycznych realizowanych w poszczególnych województwach. Dane uzyskane z NFZ pokazują nierównomierny dostęp do tego typu świadczeń: w większości województw kontrakt na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną był marginalny, a w dwóch (małopolskie i śląskie) trzykrotnie i czterokrotnie wyższy niż średnia krajowa (w 2014 roku – 201 000 zł.).

Podobne dane odnoszą się do geriatrycznego lecznictwa szpitalnego – obok wcześniej wymienionych województw, powyżej średniej plasuje się dodatkowo lubelskie i dolnośląskie, natomiast województwa warmińskie i pomorskie stanowią nadal „białą plamę" na mapie pod tym względem.

Zbyt niskie finansowanie procedur geriatrycznych w poradniach i oddziałach geriatrycznych zniechęca do ich tworzenia. Należałoby natychmiast uruchomić instrumenty adekwatnego, czyli zgodnego

z faktycznymi kosztami, finansowania świadczeń geriatrycznych w ambulatoryjnej i stacjonarnej opiece geriatrycznej! Nie może być tak, że geriatria jako dyscyplina angażująca zespół interdyscyplinarny (geriatra, pielęgniarka, fizjoterapeuta i psycholog) i obejmująca aspekty pozamedyczne, obok kompleksowego leczenia: kardiologicznego, diabetologicznego, reumatologicznego, neuropsychiatrycznego, etc., finansowana jest niżej niż pojedyncze świadczenie z wymienionych przykładowych specjalności. Za całościową ocenę geriatryczną NFZ przyznaje około 150 zł jeden raz w roku (3 punkty w katalogu JGP, o ile pacjent jest hospitalizowany), tj. mniej niż 10% sumy zaoszczędzonej w systemie zdrowia przez geriatrów *per saldo*. Nic dziwnego zatem, że oddziały geriatryczne pozostają na skraju upadku z powodu niedofinansowania. Rok 2014 stał się przełomowy w znaczeniu negatywnym, ponieważ NFZ zredukował o 2/3 wartość jednej z częściej realizowanych w geriatrii procedur, jaką jest diagnozowanie otępienia. W efekcie, już w połowie roku oddziały geriatryczne odnotowały zadłużenia, mimo leczenia większej liczby chorych aniżeli w roku ubiegłym. Niedofinansowanie geriatrii stanowi główną przyczynę jej niewydolności!

Poszerzać ofertę usług finansowanych przez NFZ

Wiele problemów i postulatów organizacyjnych sygnalizowanych od dawna przez konsultanta krajowego i Zespół ds. Gerontologii przy Ministrze Zdrowia pozostaje do wdrożenia lub rozwiązania. Istnieje potrzeba kontraktowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia dziennej hospitalizacji jednodniowej, wizyt domowych zespołu geriatrycznego, czy geriatrycznych zespołów konsultacyjnych w większych szpitalach, zwłaszcza tych, które nie dysponują oddziałami geriatrycznymi. Tego typu propozycje są sygnalizowane organizatorom opieki zdrowotnej od wielu lat i pozostają bez odzewu. I nie zawsze zaniechania można przypisać deficytowi kadry geriatrycznej, ponieważ wielu z geriatrów po zakończonej specjalizacji pracuje nadal poza geriatrią, bo nowych jednostek geriatrycznych się nie tworzy, ani istniejących nie powiększa.

Szkolić ustawicznie praktyków medycznych z zakresu geriatrii

Opieka geriatryczna musi być fachowa i kompleksowa – wymaga od praktyków specjalistycznej wiedzy na temat starzenia i całościowej oceny geriatrycznej. Trudno tego wymagać od szerokiej rzeszy internistów i lekarzy rodzinnych praktykujących ze starszymi pacjentami, skoro geriatria nie jest dotąd obligatoryjnym przedmiotem nauczania studentów medycyny (ma być w nowym programie studiów), ani nie stanowi elementu materiału specjalizacyjnego na tych kierunkach. W połowie dużych ośrodków akademickich brakuje geriatrii w *curriculum* kształcenia na kierunku lekarskim. Do zapewnienia minimalnej jakości kształcenia przed- i podyplomowego niezbędna jest geriatryczna baza łóżkowa. Obecnie, ogółem w Polsce istnieją 132 łóżka geriatryczne w klinikach geriatrii uczelni medycznych. Połowa z nich w ogóle ich nie posiada lub nie realizuje kontraktu geriatrycznego, a zatem nauczanie geriatrii, o ile jest tam prowadzone (np. jako fakultet), jest teoretyczne i niepełne.

Akademickie kliniki geriatrii mogłyby stanowić bazę nie tylko do specjalizacji lekarzy geriatrów, ale i do szerokiego dokształcenia podyplomowego z geriatrii lekarzy innych specjalności, a także pielęgniarek, fizjoterapeutów i innych praktyków geriatrycznych. Brak łóżek geriatrycznych w uczelniach medycznych źle rokuje tej specjalizacji. Aby zachęcić niezależne uniwersytety medyczne do organizowania pełnoprofilowych klinik geriatrycznych, należałoby się zastanowić nad włączeniem kryterium realizacji programu z gerontologii i geriatrii do procesu akredytacji wydziałów lekarskich uczelni. Obecne standardy nauczania w Polsce uwzględniają geriatrię w programach nauczania pielęgniarek i fizjoterapeutów, natomiast przyszłych lekarzy nauczają fakultatywnie niektóre uczelnie: w Białymstoku, Krakowie, Katowicach, Łodzi i Gdańsku.

Integrować świadczenia zdrowotne z socjalnymi

Poprawy opieki nad starszym pacjentem można oczekiwać po integracji usług zdrowotnych z usługami społecznymi na poziomie podstawowym i specjalistycznym. Obecny system duplikuje wiele usług finansowanych z obu resortów, zarówno w odniesieniu do usług ambulatoryjnych (w środowisku), jak i stacjonarnych: w zakładach opiekuńczo-leczniczych (ZOL)/ zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych (ZPO) lub domach pomocy społecznej (DPS). Sytuacja zdrowotna/ekonomiczna pacjenta/klienta, która teoretycznie ma decydować o źródle pomocy, w praktyce jest trudna do uzasadnienia, a granica między wskazaniami zatarta i bardzo zmienna w czasie (np. śmierć współmałżonka może pogorszyć diametralnie warunki socjalne a wystąpienie nowej choroby – warunki zdrowotne). W praktyce, zapotrzebowanie na opiekę stacjonarną nie zależy od rodzaju deficytu (zdrowotny vs. socjalny), a pacjent trafia do określonej placówki przypadkowo lub tam, gdzie jest krótsza kolejka oczekujących.

Wykorzystać psychogeriatrię dla geriatrii

Psychogeriatria tylko z nazwy przypomina geriatrię. W praktyce klinicznej stanowi całkowicie odrębną dyscyplinę medycyny należącą do psychiatrii. Zajmuje się zaburzeniami psychicznymi wieku podeszłego, włącznie z depresją, zespołami urojeniowymi i zaburzeniami świadomości, najczęściej w przebiegu choroby Alzheimera i innych chorób neurodegeneracyjnych. Większość takich problemów pozostaje również w kompetencjach geriatrii, z wyjątkiem powikłań psychotycznych. Psychogeriatria dysponuje stosunkowo dużą bazą łóżkową oraz siecią poradni i wydaje się naturalnym sprzymierzeńcem geriatrii. Niestety, z powodów formalnych nie można łączyć obu tych dyscyplin. Psychogeriatria podlega konsultantowi ds. psychiatrii, zaś geriatria – ds. geriatrii. Psychogeriatria jest rozliczana przez NFZ od osobodnia, a geriatria od procedury. Tym niemniej, teoretycznie można założyć, iż połączenie świadczeń psychogeriatrycznych z całościową oceną i opieką geriatryczną, poprzez zatrudnienie w tych jednostkach geriatrów z zespołem geriatrycznym spowodowałoby poprawę jakości świadczeń na rzecz ludzi starszych i mogłoby skrócić listy oczekujących do geriatrów.

Optymalizacja systemu opieki nad osobami starszymi w Polsce jest niezbędna i nadal możliwa. Lekarze podstawowej opieki zdrowotnej jako „geriatria pierwszej linii" winni być systemowo szkoleni w zakresie podejścia geriatrycznego. Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej i pielęgniarka rodzinna są w stanie kompleksowo zaspokajać złożone potrzeby zdrowotne i opiekuńczo-pielęgnacyjne najstarszych, najbardziej schorowanych i niesprawnych pacjentów dzięki współpracy z geriatrami i opieką długoterminową. Jedynie adekwatne finansowanie procedur geriatrycznych umożliwi rozwój tej niezbędnej w systemie dyscypliny. Nie obawiajmy się reformować systemu opieki zdrowotnej i społecznej państwa w kierunku bardziej przyjaznym dla najstarszych obywateli i ich opiekunów rodzinnych!

Tworzyć centra gerontologiczne

Sprawdzoną w krajach zachodnich formę przyjaznych dla starszych pacjentów usług stanowią centra gerontologiczne. Oznaczają one zintegrowane organizacyjnie i architektonicznie instytucje oferujące kompleksowo świadczenia zdrowotne (geriatryczne, a także stomatologiczne, okulistyczne, neuropsychiatryczne, urologiczne, etc.) w powiązaniu z usługami rehabilitacyjnymi, a także kosmetycznymi (np. usuwanie nagniotków) i socjalnymi (kąciki oświatowe, bary samoobsługowe). Kumulacja usług w jednym miejscu ułatwia sprawne i kompleksowe zaspokajanie złożonych potrzeb starszego pacjenta w optymalnym czasie.

prof. dr hab. **BARBARA BIEŃ**
kierownik Kliniki Geriatrii
Uniwersytetu Medycznego
w Białymstoku,
ordynator Oddziału Geriatrii
ZOZ MSW w Białymstoku,
konsultant wojewódzki ds. geriatrii
w woj. podlaskim

Zysk czy zbędne koszty?

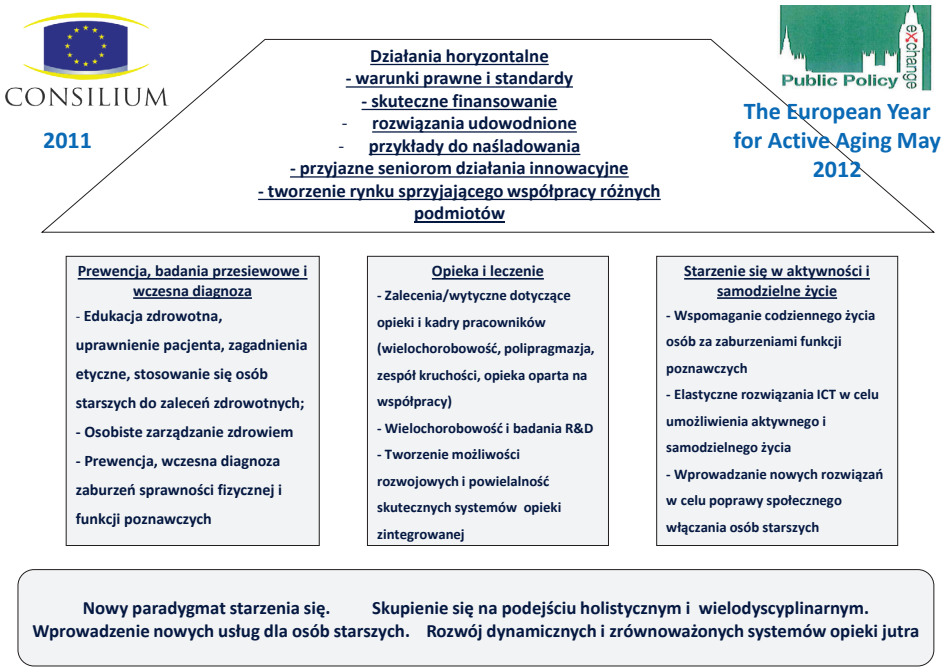
Finansowanie opieki zdrowotnej dla osób w podeszłym wieku

W XXI wieku choroby przewlekłe, a wśród nich te, które wymagają leczenia w szpitalach geriatrycznych, będą niewątpliwie wyzwaniami podczas planowania celów leczniczych i opiekuńczych, jakie zmuszone będą realizować systemy ochrony zdrowia. Dla diagnostyki chorób wieku podeszłego oddziały i szpitale powinny lepiej identyfikować problemy zdrowotne chorych w zaawansowanej starości. Ta kategoria chorych w starszym wieku jest dla systemu ochrony zdrowia kosztochłonna i utrata kontroli nad takim pacjentem w zakresie jakości udzielanych świadczeń, przy braku podejścia geriatrycznego, kończy się częstymi rehospitalizacjami podnoszącymi koszt leczenia bez zabezpieczenia właściwej jakości.

JAROSŁAW DEREJCZYK

Dziękuję bardzo za propozycję tematu, który dotyka ekonomii w medycynie. Postaram się w ciągu kilkudziesięciu minut przybliżyć wyniki badań nad efektywnością geriatrii z argumentami za i przeciw, a w drugiej części będę chciał powiedzieć o otoczeniu i realiach pracy z pacjentami geriatrycznymi. Wnioski, które wypłyną z tego materiału, myślę że sami Państwo postawicie i podejmiecie decyzję: zysk czy zbędne koszty? Ta tematyka jest dla osób, które będą nad tymi zagadnieniami pracowały przez najbliższe lata i staną przed pytaniem: jak finansować opiekę medyczną nad coraz bardziej kosztochłonnymi chorymi w zaawansowanej starości, nad kosztami coraz dłuższego życia. Jest to węzeł gordyjski, z którym zarówno bogate, jak i biedne kraje nie umieją sobie dobrze poradzić. Pytanie, jak rozłożyć cele lecznicze przy brakujących środkach: czy na pediatrię, czy na leczenie osób starszych, czy na medycynę zabiegową jest aktualny we wszystkich krajach rozwiniętych i rozwijających się. Dzięki polskiemu przewodnictwu w Unii Europejskiej w 2011 r., i dzięki naszym przedstawicielom, w tym obecnemu dziś Panu profesorowi Bolesławowi Samolińskiemu, niektóre zagadnienia dotyczące polityki

Rysunek 1.



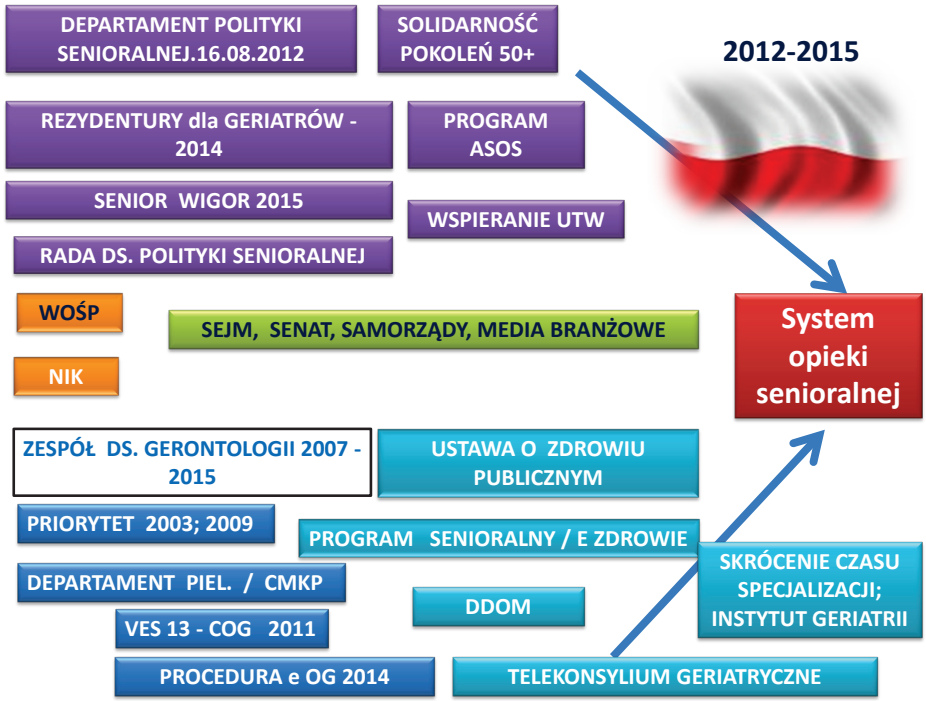
W 2014 r. zaplanowano w Polsce na 776 łóżkach w oddziałach geriatrycznych zakupić za 62 mln zł hospitalizacji. Przy budżecie na leczenie szpitalne 23,5 mld to 0,2% budżetu. W oddziałach geriatrycznych pracuje 250 geriatrów. Interna 29 000 łóżek / 15 ,2 tys. lekarzy internistów.

Źródło: Opracowanie własne.

zdrowotnej Unii Europejskiej zostały przeniesione z Brukseli i nagłośnione w Polsce. Obserwujemy, jak nigdy dotąd, intensywne ożywienie w dziedzinie polityki senioralnej. W szczególności tematy, które tutaj omawiamy: opieka i leczenie seniorów, ale przede wszystkim badania przesiewowe i prewencja oraz starzenie się z jak najdłużej zachowanym okresem aktywności, to cele polityki zdrowotnej w Europie, która jest najstarszym pod względem demografii jego mieszkańców, kontynentem na ziemi.

Do skutecznego finansowania ochrony zdrowia niezbędne jest racjonalne wydawanie środków, za które uzyskujemy jak najlepszą jakość. Tematem paneuropejskim są choroby przewlekłe i wielochorobowość, towarzyszące zaawansowanej starości. Wokół tych kwestii przez kilkanaście ostatnich lat dużo pytań pozostawało i nadal pozostaje bez odpowiedzi. Obserwowane ożywienie w polityce senioralnej w Polsce wynika przede wszystkim z aktywności Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej w ostatnich latach. Wymienię tylko powołanie w Ministerstwie Departamentu Polityki Senioralnej; uruchomienie programów: Solidarność Pokoleń 50, Senior Wigor, ASOS; wspieranie Uniwersytetu Trzeciego Wieku; zabezpieczenie środków dla rezydentów w geriatrii. Również działania podjęte przez Najwyższą Izbę Kontroli,

Rysunek 2.



Źródło: Opracowanie własne.

Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, czy Wielką Orkiestrę Świątecznej Pomocy wspierają rozwój gerontologii i geriatrii oraz opieki senioralnej. W Ministerstwie Zdrowia, pomimo zapisanego priorytetu dla geriatrii, brakowało w minionych latach spójności działań. Dużą akcelerację prac związanych z polityką senioralną widać w ostatnich kilku miesiącach. Uruchomiono program umożliwiający powstanie oddziałów dziennych w strukturze szpitali, prowadzono szkolenia z geriatrii dla lekarzy rodzinnych, pielęgniarek i innych pracowników medycznych. Wprowadzono produkt w postaci całościowej oceny geriatrycznej (COG) finansowany przez NFZ. Zaskoczeniem natomiast było rozwiązanie, decyzją Ministra Zdrowia, Zespołu ds. Gerontologii funkcjonującego przy Ministerstwie Zdrowia od 2007 r.

Przed 30 laty L. Z. Rubenstein stwierdził, iż oddziały, w których wprowadzono standaryzację geriatryczną, opartą na normach diagnostycznych, leczniczych i opiekuńczych charakteryzują się tym, że pacjent po opuszczeniu takiego szpitala rokuje nadzieje na dłuższe przeżycie niż po leczeniu i wypisie z jednostek niespecjalistycznych. Choć upłynęło 30 lat od tamtej publikacji, temat jest nadal aktualny.

Przytaczam tytuł z aktualnego internetowego portalu izraelskiego, w którym autor

Rysunek 3.

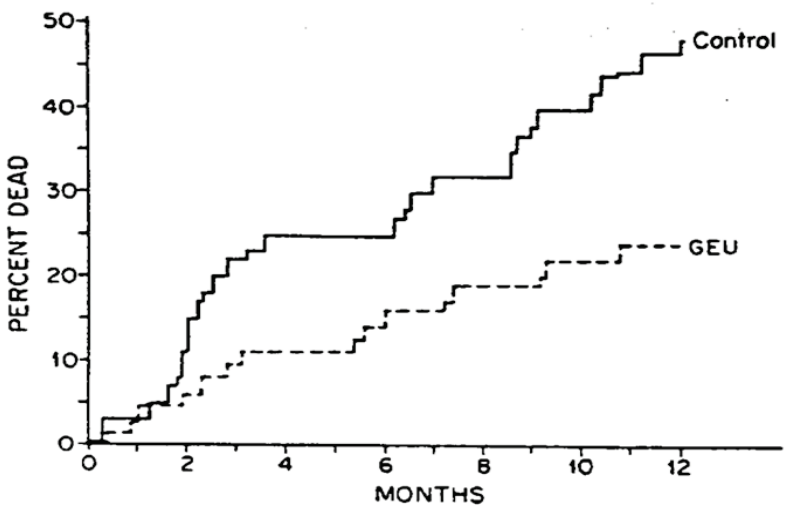


Figure 1. One-Year Mortality Curves for Geriatric Evaluation Unit (GEU) and Control Patients.

Źródło: L. Z. Rubinstein, K. R. Josephson, G. D. Wieland, P. A. English, J. A. Sayre, R. L. Kane: *Effectiveness of a geriatric evaluation unit. A randomized clinical study*, „N Engl J Med", nr 311/1984.

artykułu poszukuje odpowiedzi na pytanie – dlaczego 30% chorych w starszym wieku kończy pobyt szpitalny w oddziale nie geriatrycznym, w gorszym stanie niż przy przyjęciu (rysunek 4, s. 56).

Zasoby łóżek geriatrycznych w Polsce są niewielkie, a tempo ich przybywania jest wolne, dlatego 95% pacjentów w starszym wieku trafia na oddziały chorób wewnętrznych i na SOR w szpitalach wieloprofilowych.

Dla diagnostyki chorób wieku podeszłego oddziały i szpitale powinny lepiej identyfikować problemy zdrowotne chorych w zaawansowanej starości: zespoły słabości, depresję, otępienie, majaczenie, spowolnienie psychoruchowe, anoreksję, zagrożenie upadkami.

Ta kategoria chorych w starszym wieku jest dla systemu ochrony zdrowia kosztochłonna i urata kontroli nad takim pacjentem w zakresie jakości udzielanych świadczeń, przy braku podejścia geriatrycznego, kończy się częstymi rehospitalizacjami podnoszącymi koszt leczenia bez zabezpieczenia właściwej jakości.

Każdy dyrektor oddziału NFZ powinien mieć na uwadze efektywność diagnostyczną kontraktowanych szpitali i oceniać je przez pryzmat zdolności placówki do diagnozowania wielkich zespołów geriatrycznych. Powołując się na wiedzę z zakresu patofizjologii starzenia, lekarz geriatra uzyskuje odpowiedź czy jest w stanie jeszcze poprawić posiadane przez chorą osobę zanikające zasoby i rezerwy funkcjonalne.

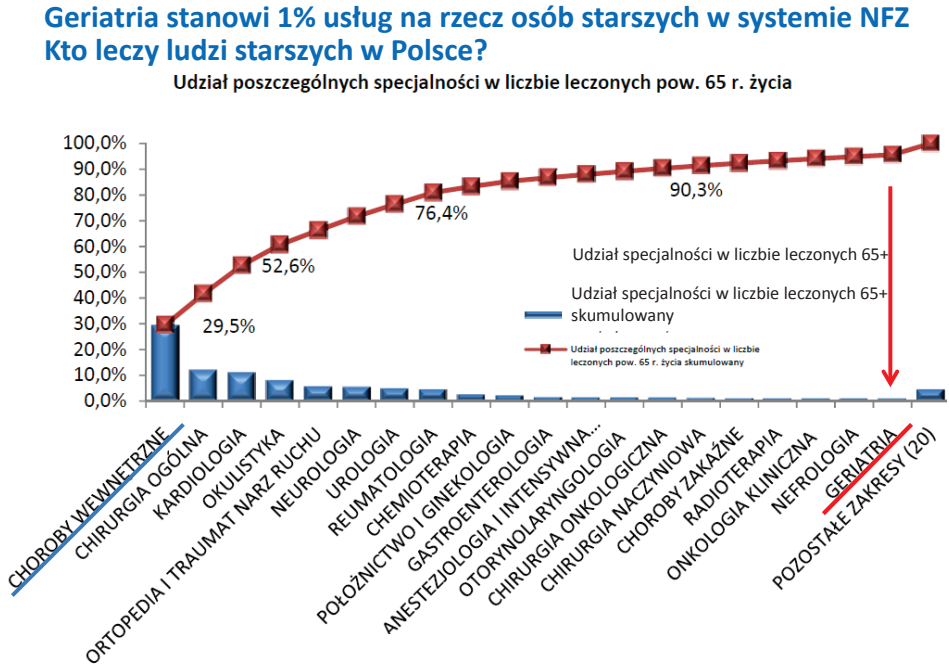
Rysunek 4.

Źródło: Strona internetowego wydania czasopisma „Haaretz" nr 5 z listopada 2015 r.

Geriatria zawiera w swej podstawie internę a dodatkowo składa się z elementów psychiatrii, neurologii, neuropsychologii, rehabilitacji, osteoartrologii, dodatkowo wymaga cierpliwego i troskliwego podejścia w pracy z pacjentem w starszym wieku. Postawienie diagnozy czy rozróżnienie pomiędzy diagnozą kiedy pacjent jest nieuleczalny, a czy uleczalny, staje się pewnym bonusem dla wszystkich tych, którzy przyswoją sobie wiedzę z zakresu geriatrii. W warsztacie specjalistów z geriatrii – zarówno dla specjalności lekarskiej, jak i pielęgniarskiej pozostają w dyspozycji liczne testy i skale oceniające sprawność funkcjonalną układów ruchu, nerwowego, krążenia, stan skóry, zdolność do dyslokacji.

Przykładem opłacalnego poszukiwania odwracalności choroby w geriatrii jest czynnościowy test z lewodopą, który wykonywany jest u chorych w starszym wieku ze spowolnieniem ruchowym i osłabieniem siły mięśniowej. Jeżeli po jednorazowym podaniu małej dawki lewodopy wyniki nieskomplikowanych testów sprawnościowych po trzech godzinach od podania testowej dawki leku poprawią się, chory otrzymuje lek na stałe i staje się przez to bardziej sprawny. Testowanie sprawności oceniamy np. mierząc czas potrzebny do przejścia,

Rysunek 5.



Źródło: Centrala NFZ, Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej, Warszawa 2010.

z pozycji siedzącej, dystansu 3 metrów i z powrotem oraz ilością kroków w miejscu w trakcie 30 sekundowego stepowania (rys. 7, s. 59). Ten utajony niedobór z użyciem bardzo prostych testów jest już w standardzie diagnostycznym kilku oddziałów geriatrycznych w Polsce. U osób, gdzie zdiagnozowano utajone niedobory dopaminy i włączono ją do leczenia, efekty rehabilitacji są niewspółmierne, a dzięki tej metodzie pacjent, który był słabo chodzący i zależny staje się mniej zależny i uzyskujemy to, co w geriatrii jest celem – przedłużony czas niezależności.

Poza oceną przyczyn spowolnienia chodu, w oddziałach geriatrycznych ocenia się zagrożenie wystąpienia majaczenia (*delirium*), które jest stanem zagrożenia życia u osoby starszej. Skalę DOS (*delirium observation scale*) wykonują w oddziałach geriatrycznych pielęgniarki, co wprowadza system ostrzeżeń przed majaczeniem lub jego identyfikację.

W ocenie geriatrycznej istotne jest też określenie grup leków stosowanych przez pacjenta, które charakteryzują się działaniami ubocznymi z zagrożeniem życia włącznie u osób w zaawansowanej starości, a niewykazujących takich działań u osób młodych i w średnim wieku.

Istnieje grupa leków „antygeriatrycznych", gdzie podanie leku u większości pacjentów powyżej 85. roku życia, po kilkunastodniowym okresie podawania,

Rysunek 6.

Źródło: **Standardy postępowania w opiece geriatrycznej.** *Stanowisko Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego, opracowane przez ekspertów Zespołu ds. Gerontologii przy Ministrze Zdrowia.* „Gerontologia Polska". 2013.tom 21, nr 2, 33–3. ISSN 1425–4956.

może wyzwolić groźne dla zdrowia konsekwencje (Metoclopramid, Pridinol, Haloperoidol, benzodwuazepiny). Jednym z elementów pracy geriatrów jest podnoszenie efektywności opieki medycznej przez to, że pacjenci będą po leczeniu w oddziale geriatrycznym pozbawieni leków, powodujących uszkodzenia polekowe. Przez ograniczenie jatropatogenii (szkody powstałe po niewłaściwie dobranym leczeniu) pacjenci będą bardziej aktywni, z lepszym nastrojem, będą rzadziej upadali. Informacje w ulotkach leków rzadko opisują działania uboczne u 90-latków.

Na podstawie badania neuroobrazowego oraz analizując sprawność funkcji psychoneurologicznych na pierwszych miejscach diagnozowanych jednostek chorobowych w oddziałach geriatrycznych w Polsce do 2012 roku stwierdzano w kolejności: chorobę Alzheimera, zaburzenia pozapiramidowe, czyli zespoły parkinsonowskie oraz na trzecim miejscu inne choroby zwyrodnieniowe układu nerwowego.

Rzetelne dokumentowanie epidemiologiczne, informujące na co chorujemy, jest podstawą do opracowywania map potrzeb zdrowotnych. Przytaczam

Rysunek 7.

Źródło: Opracowanie własne.

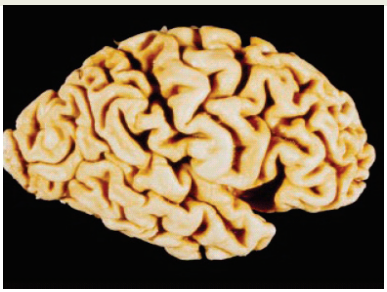
raport amerykańskich organizacji alzheimerowskich[1], gdzie stwierdzono, iż 30% wszystkich osób starszych, które umarły w danym roku, miały potwierdzoną chorobę Alzheimera lub inny rodzaj otępienia. Kolejny amerykański raport opisujący wydatki ponoszone na leczenie chorób związanych ze starzeniem populacji wymienia na pierwszym miejscu złamanie szyjki kości udowej z kosztem rocznym poniesionym na leczenie 700 mld dolarów; choroby sercowo naczyniowe z kosztem 257 mld dolarów i na trzecim miejscu majaczenie z kosztem 150 mld dolarów (rysunek 9, s. 61).

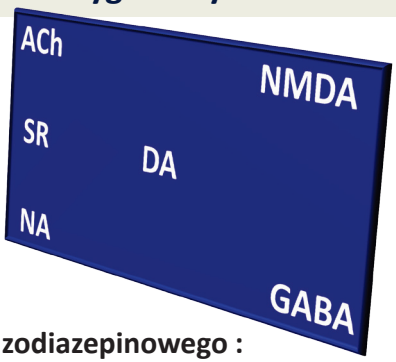
Analizując dane o zapadalności na choroby, które są w Polsce powodem leczenia szpitalnego w oddziałach geriatrycznych, nie doszukamy się pozycji dotyczącej majaczenia. Odnajdziemy choroby zwyrodnieniowe OUN, choroby naczyń mózgowych, choroby układu krążenia, ale nie mamy w analizach takiej pozycji jak majaczenie

[1] Dostępny na stronie <www.alz.org z 2014 r.>.

Rysunek 8.

Benzodiazepiny - leki ” antygeriatryczne”





B D Z - agoniści rec. benzodiazepinowego :

potęgują działanie GABA na receptory w neuronach syntetyzujących ↓ACh, ↓NA, ↓SR, ↓DA, nasilają hamujące działanie w tych układach amin.

Efekt : upośledzenie funkcji poznawczych, osłabienie siły mięśni – upadki, depresja – anhedonia, uzależnienie psychosomatyczne

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 1. Rodzaj zasadniczych rozpoznań sprawozdawanych przez oddziały geriatryczne w Polsce w 2012 r.

Rodzaj rozpoznania głównego (wg ICD 10)	% hospitalizacji
G30 Choroba Alzheimera[1]	41%
G20-G25 zaburzenia pozapiramidowe i zaburzenia czynności ruchowych	18%
G31 Inne choroby zwyrodnieniowe ukł. nerwowego, NGI	18%
I Choroby ukł. krążenia	8%
R Objawy, cechy chorobowe oraz nieprawidłowe wyniki badan klinicznych i laboratoryjnych	3%
M Choroby ukł. kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej	3%
Inne (wykazane < niż 20 razy)	3%
J Choroby ukł. oddechowego	2%
F Organiczne zaburzenia psychiczne włącznie z zespołami objawowymi	1%
Niedożywienie/Niedobory pokarmowe; Zaburzenia bilansu płynów/elektrolitów	1%
Z03 Obserwacja medyczna i ocena przypadków podejrzanych o chorobę lub stany podobne	1%

[1]82% rozpoznań to G30.8 Otępienie typu alzheimerowskiego.

Źródło: Dane Centrali NFZ.

Rysunek 9.

Źródło: Opracowanie własne.

czyli *delirium*. Pomimo niezauważania tego problemu zdrowotnego typowego dla starszych chorych, przez system JGP (jednorodne grupy pacjentów) oddziały geriatryczne będą miejscami, w których podejmowana jest i diagnoza i terapia majaczenia według aktualnych standardów.

Tymczasem majaczenie dla osoby starszej jest, podobnie jak zawał serca u osoby młodszej, stanem zagrożenia życia. Do tej pory w Polsce majaczenie w zasadzie w oddziałach innych niż psychiatryczne nie jest rozpoznawane, choć występuje u przyjmowanych do szpitali osób starszych w 25%, zaś w grupie przyjętych osób starszych ze złamaniem szyjki kości udowej występuje u co drugiej osoby. Jak widać, metoda i sposób dokonywania pomiaru pokazują jak rozłożyć metody interwencji i nacisk diagnostyczny. W XXI wieku choroby przewlekłe, a wśród nich w szczególności otępienie, depresje i zespoły parkinsonowskie będą niewątpliwie wyzwaniami podczas planowania celów leczniczych i opiekuńczych, jakie zmuszone będą realizować systemy ochrony zdrowia. Ocena częstości występowania otępienia dostarcza informacji o zakresie potrzeb, różnych dla różnych kategorii wiekowych.

Tabela 2. **10 najczęściej występujących grup JGP sprawozdawanych w zakresie geriatria za okres od 06.2012 do 06.2013**

Grupa JGP	Opis
A35	choroby zwyrodnieniowe OUN
A45	choroby naczyń mózgowych - leczenie zachowawcze
E53	niewydolność krążenia > 69 r.ż. lub z pw
E73	choroby zastawek serca > 17 r.ż.
E77	inne choroby układu krążenia > 17 r.ż.
K27	zaburzenia odżywienia
K38	cukrzyca i stany hiperglikemiczne innego pochodzenia
L84	inne choroby nerek
Q66	choroby naczyń
S05	zaburzenia krzepliwości, inne choroby krwi i śledziony > dni

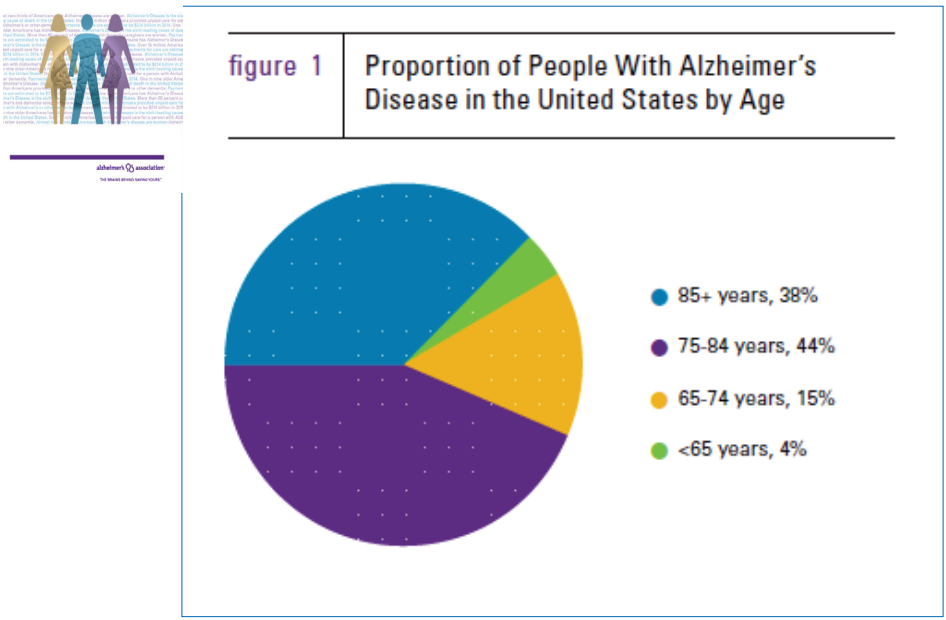
Źródło: Opracowanie własne.

Częstość występowania otępienia w kolejnych przedziałach wieku wynosi odpowiednio: dla przedziału poniżej 65 roku życia 4%; dla przedziału pomiędzy 65 a 74 rokiem – 15 %; dla przedziału pomiędzy 75 a 84 rokiem – 44%, a po 85 roku życia częstość występowania otępienia wynosi 38% (rysunek 10, s. 63).

W wielu analizach opisujących sposób organizacji jednostek medycznych do pracy z chorymi w starszym wieku właśnie sposób postępowania z chorymi, jednocześnie leczonymi na kilka chorób i na otępienie, będzie je różnicował w uzyskiwanych efektach i ponoszonych kosztach. Wiedząc o tym, przed 10 laty, we współpracy ze Śląskim Oddziałem Wojewódzkim NFZ, przeprowadzono ocenę obserwacyjną dwóch grup chorych po 60. roku życia leczonych i wypisanych z losowo wybranych trzech oddziałów chorób wewnętrznych (2143 pacjentów) i leczonych oraz wypisanych z trzech wylosowanych oddziałów geriatrycznych (2079 pacjentów).

Analizę statystyczną przeprowadzono na podstawie numeru PESEL pacjentów. Oceniano między innymi kolejne hospitalizacje od wypisu, korzystanie z pogotowia ratunkowego, ilość zgonów. Obydwie grupy obserwowano przez 12 miesięcy po wypisie. Średni roczny koszt świadczeń, z jakich korzystali chorzy po wypisie wraz z kosztami pierwszej hospitalizacji dla grupy wypisanych z oddziałów internistycznych wyniósł 6908 zł, zaś koszt liczony w analogiczny sposób dla chorych opuszczających oddziały geriatryczne wyniósł 5161 zł i był średnio o 1747 zł niższy. Odsetek zgonów w rok po wypisie z oddziałów chorób wewnętrznych wyniósł 26,5 % wobec 23,1 % zgonów w grupie obserwowanych przez rok wypisanych z oddziałów geriatrycznych. Wyniki

Rysunek 10.



Źródło: L.E. Herbert i inni: Alzheimer disease in the United States (2010–2050) estimated using the 2010 Census. "Neurology" 2013; 80 (19) 1778-83.

zostały opublikowane w „Gerontologii Polskiej"[2].

Od czasu publikacji praca była źle odbierana, szczególnie przez osoby prowadzące oddziały chorób wewnętrznych, a cieniem nad nią kładł się słuszny zarzut metodyczny, że oddziały geriatryczne nie przyjmują w trybie ostro-dyżurowym osób w stanach zagrożenia życia, co powoduje większe koszty w trakcie leczenia oraz po wypisie, jak i większą umieralność chorych. Z tego powodu w przygotowywanym raporcie NIK dotyczącym podobnej oceny funkcjonowania oddziałów geriatrycznych w porównaniu z internistycznymi, 8 lat później, posłużono się innym doborem chorób leczonych w obu rodzajach oddziałów. Oceniano 10 najczęściej występujących grup JGP sprawozdawanych przez oddziały geriatryczne do NFZ za okres od czerwca 2012 r. do czerwca 2013 r. Takie same co do częstości występowania grupy JGP identyfikowano na oddziałach chorób wewnętrznych. Pierwsze trzy najczęstsze grupy JGP jakie oceniano w obydwu kategoriach oddziałów to: A 35 choroby zwyrodnieniowe OUN, A45 choroby naczyń mózgowych i E53 niewydolność krążenia. W analizie

[2] J. Derejczyk, B. Bień i inni: *Prospektywna ocena wydatków na geriatrię – badanie*, „Gerontologia Polska", nr 3/2008.

Rysunek 11.

NFZ 2005
Narodowy Fundusz Zdrowia

Prospektywna ocena wydatków na geriatrię – badanie.

INTERNA
2143 pacjentów
(procedury internistyczne)

GERIATRIA
2079 pacjentów
(procedury oparte o C O G = szersza diagnostyka)

12 miesięczne koszty w oparciu o PESEL:
- ✓zgony,
- ✓hospitalizacje,
- ✓usługi rehabilitacyjne,
- ✓usługi stomatologiczne,
- ✓korzystanie z pogotowia ratunkowego,
- ✓porady psychiatryczne,
- ✓świadczenia opieki długoterminowej i odrębnie kontraktowane (liczba osobodni, porad, zabiegów).
- ✓Bez kosztów refundacji leków, ani środków pomocniczych

14,8 mln

10,7 mln

- oszczędności 1.740zł/ pacjenta/ rok

12 miesięcy

Koszt świadczeń szpitalnych w okresie roku po wypisie z trzech wybranych oddziałów chorób wewnętrznych i oddziałów geriatrycznych Wg danych SO NFZ w Katowicach.

Grupa wiekowa	Oddział chorób wewnętrznych: Koszt ogólny	Liczba hospitalizacji w 2005 roku	Średni koszt na 1 hospitalizację
60 - 75 lat	9 780 243 zł	1316	7 432 zł
76 - 85 lat	4 077 267 zł	664	6 140 zł
pow. 85 lat	946 836 zł	163	5 809 zł
Suma	14 804 346 zł	2143	6 908 zł

Grupa wiekowa	Oddział geriatryczny: Koszt ogólny	Liczba hospitalizacji w 2005 roku	Średni koszt na 1 hospitalizację
60 - 75 lat	4 882 110 zł	929	5 255 zł
76 - 85 lat	4 740 863 zł	924	5 131 zł
pow. 85 lat	1 106 926 zł	226	4 898 zł
Suma	10 729 899 zł	2079	5 161 zł

Liczba hospitalizacji i odsetek zgonów na trzech wybranych oddziałach chorób wewnętrznych i na oddziałach geriatrycznych. Wg danych SO NFZ w Katowicach.

Grupa wiekowa	Oddział chorób wewnętrznych: Liczba hospitalizacji w 2005 roku	Liczba zgonów wśród pacjentów hospitalizowanych w 2005 roku	Odsetek zgonów w stosunku do liczby hospitalizacji w 2005 roku
60 - 75 lat	1316	308	23,4%
76 - 85 lat	664	186	28,0%
pow. 85 lat	163	73	44,8%
Suma	2143	567	26,5%

Grupa wiekowa	Oddział geriatryczny: Liczba hospitalizacji w 2005 roku	Liczba zgonów wśród pacjentów hospitalizowanych w 2005 roku	Odsetek zgonów w stosunku do liczby hospitalizacji w 2005 roku
60 - 75 lat	929	149	16,0%
76 - 85 lat	924	236	25,5%
pow. 85 lat	226	96	42,5%
Suma	2079	481	23,1%

Źródło: Patrz przyp. 2, s. 63

ekonomicznej porównywano dwie dwutysięczne próby chorych po 60. roku życia wylosowane spośród leczonych w oddziałach chorób wewnętrznych (grupa o liczebności 247,507) i w oddziałach geriatrycznych w Polsce (grupa o liczebności 13,454), a następnie wypisanych i obserwowanych przez rok po wypisie. Podobnie jak w roku 2005 i ta analiza opublikowana w 2015 r. wykazała w skali roku po wypisie z oddziału geriatrycznego względem chorych wypisanych i obserwowanych przez rok po wypisie z oddziału internistycznego, oszczędności rzędu 1380 zł na jednym chorym[3].

Podobnie jak w 2008 r., w 2015 r. raport NIK spotkał się z krytyczną oceną wielu lekarzy internistów bez specjalizacji

[3] <www.nik.gov.pl/aktualnosci/nik-o-opiece-geriatrycznej>

Rysunek 12.

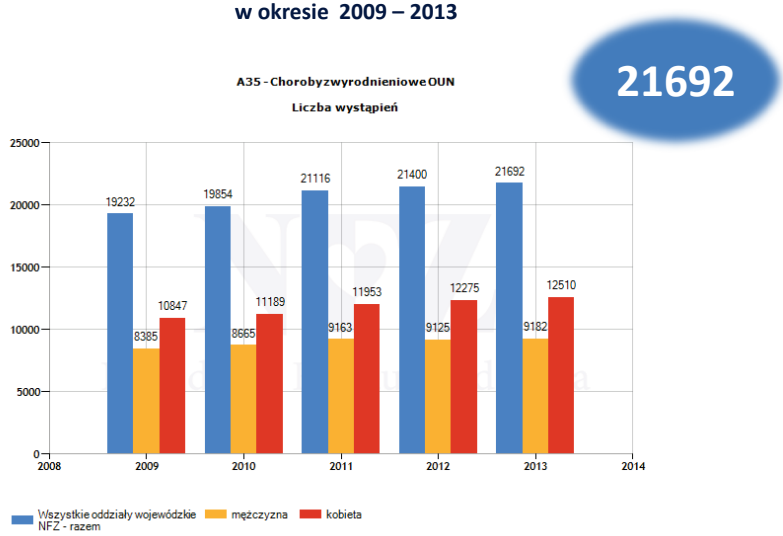
Źródło: Opracowanie własne NIK.

z geriatrii. Zarzutami było: „stosowanie uproszczeń" i podtrzymywany nadal argument o większej liczbie przyjęć nagłych, których nie mają oddziały geriatryczne, a mają oddziały chorób wewnętrznych. Centrala NFZ w odpowiedzi na raport NIK również wniosła uwagi, iż w 2014 r.: *…koszt samego tylko pobytu pacjenta w podeszłym wieku na oddziale geriatrycznym był o 300 zł wyższy od kosztów pobytu porównywalnego pacjenta w oddziale chorób wewnętrznych*. Niestety, w ocenach nie podjęto próby odpowiedzi na pytania o przyczyny niższych kosztów, jakie generują chorzy opuszczający oddziały geriatryczne przez 12 miesięcy po wypisie w porównaniu z chorymi w starszym wieku obserwowanymi przez 12 miesięcy po wypisie z oddziałów internistycznych. Krytyka w większości dotyczyła, w okresie 10 lat od pierwszej publikacji analizy ekonomicznej, samego zamiaru oceny porównawczej i jego sensu, przez sztywne negowanie potrzeby oceny zastosowania podejścia geriatrycznego względem jego braku w pracy szpitalnej z chorymi w starszym wieku.

Chciałbym teraz wrócić do swojej wcześniejszej wypowiedzi, w której mówiłem, opierając się na analizach statystycznych prowadzonych przez Centralę NFZ, o jednostkach chorobowych stwierdzanych u chorych leczonych w oddziałach

Rysunek 13.

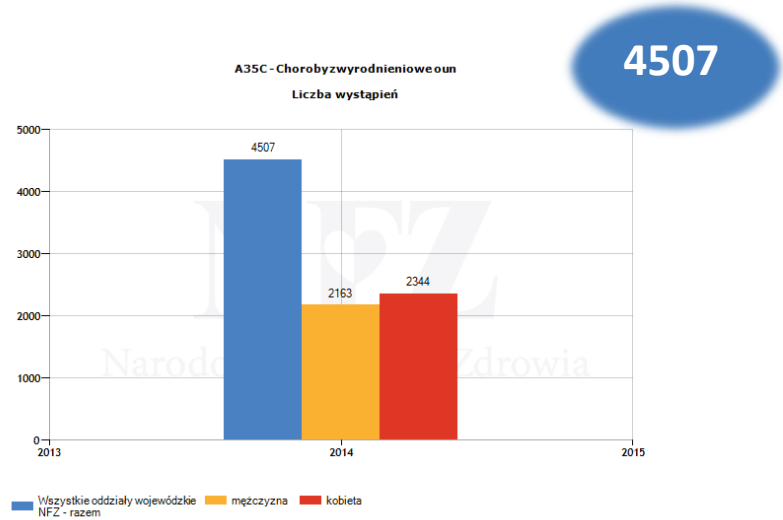
CHOROBY NEUROZWYRODNIENIOWE – ODBICIE ZMIAN EPIDEMIOLOGICZNYCH w okresie 2009 – 2013



Źródło: <http://prog.nfz.gov.pl/app-jgp/>

Rysunek 14.

CHOROBY NEUROZWYRODNIENIOWE – OGRANICZENIE MOŻLIWOŚCI ROZLICZEŃ od 2014 r.



Źródło: <http://prog.nfz.gov.pl/app-jgp/>

Rysunek 15.

Źródło: Opracowanie własne.

geriatrycznych na terenie kraju do 2012 r. Były to: choroba Alzheimera, zaburzenia pozapiramidowe czyli zespoły parkinsonowskie oraz na trzecim miejscu inne choroby neurozwyrodnieniowe. W innych prezentowanych materiałach na temat częstości chorób[4], przy analizie liczby chorych leczonych z powodu chorób neurozwyrodnieniowych w różnych oddziałach szpitalnych, na przełomie lat 2013/2014 liczba wystąpień (leczonych chorych) zmniejszyła się na przełomie przytoczonego okresu w Polsce z 21 692 tysięcy do 4507.

Nie sposób wytłumaczyć takiej zmiany danymi epidemiologicznymi, gdyż skoro żyjemy dłużej i przybywa osób w zaawansowanej starości, powinien być obserwowany wzrost zapadalności na choroby neurodegeneracyjne związane z podeszłym wiekiem. Jedynym wytłumaczeniem jest fakt wprowadzenia przez Prezesa NFZ, od grudnia 2013 r., zmiany zasad wyceny diagnostyki otępienia[5].

Wprowadzenie tym zarządzeniem wymogu wykonania do rozliczenia tej grupy, poza badaniem neuroobrazowym, badań

[4] Statystyka JGP <http://prog.nfz.gov.pl/app-jgp/>.
[5] Załącznik nr 9 do zarządzenia Prezesa nr 89/2013/DSOZ z 19.12.2013.

Rysunek 16.

NFZ POMIJA:

REALNĄ WYCENĘ COG w ODDZIAŁACH GERIATRII.

POTRZEBĘ KATALOGU GERIATRYCZNEGO:
wielochorobowość, gorączka bez jawnej przyczyny, depresja, zespół słabości, dgn przyczyn upadków.

PRODUKT REHABILITACJA GERIATRYCZNA

STANDARD GERIATRYCZEGO ODDZIAŁU DZIENNEGO I ZESPOŁU KONSULTACYJNEGO

BRAK COG w AOS

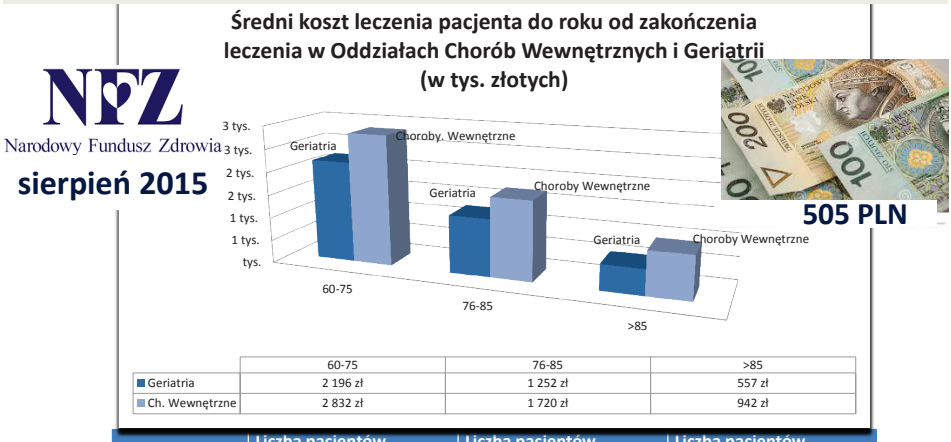
OCENĘ WYNIKOWĄ LECZENIA NA RZECZ OCENY PROCESOWEJ OPARTEJ NA JGP

Źródło: Opracowanie własne.

płynu mózgowo-rdzeniowego, bądź badania genetycznego, ograniczyło możliwość diagnostyki otępień do kilku ośrodków akademickich w kraju. Tymczasem chorzy na otępienie są hospitalizowani na oddziałach neurologicznych, geriatrycznych, psychiatrycznych i internistycznych. Dla tych oddziałów NFZ zmniejszył wartość finansowania diagnostyki otępienia z 62 do 22 punktów (poziom wyceny zmieniony z 3162 zł do 1122 zł). Diagnostyka w kierunku otępienia przez bardzo wysoko ustawiony próg wymaganych procedur medycznych, z których trzeba wykonać minimum cztery, została zablokowana. Uzyskano, według pracowników NFZ, oszczędność w wydawaniu środków i zatrzymano diagnostykę otępień na podstawie obowiązujących standardów. Zaproponowane w zarządzeniu badania przekraczają wymagane kryteria diagnostyczne potrzebne do postawienia podejrzenia rozpoznania i rozpoczęcia leczenia otępienia według międzynarodowych norm. Zagubione zostały faktyczne informacje do tworzenia map potrzeb zdrowotnych, podczas którego powinniśmy opierać się na urealnionych danych epidemiologicznych. Ograniczone zostały także możliwości włączenia standardyzowanego leczenia prokognitywnego chorym na otępienie, opartego na inhibitorach acetylocholinesterazy i memantynie. Prawdopodobna jest sytuacja, że w grupie

Rysunek 17.

Analiza 13 078 pacjentów > 60 r. ż. leczonych na oddziałach chorób wewnętrznych i 3990 pacjentów oddziałów geriatrycznych – przyjęcia planowe 07.2013 – 06.2014r.



	Liczba pacjentów Wiek: 60-75 lat	Liczba pacjentów Wiek: 76-85 lat	Liczba pacjentów Wiek: powyżej 85 lat
Oddział Chorób Wewnętrznych	8866	3623	589
Oddział Geriatryczny	1268	2002	720

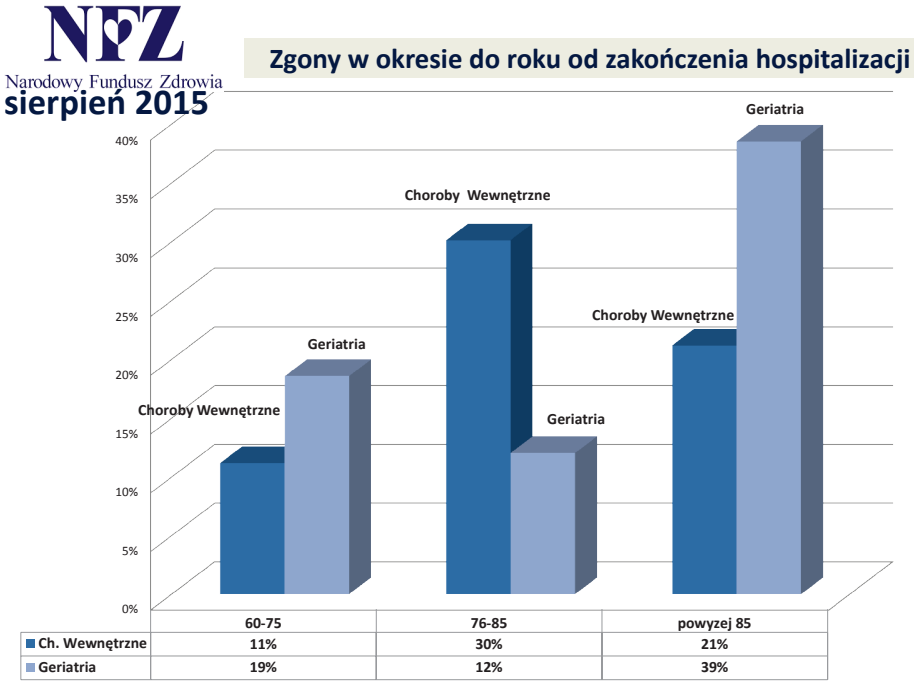
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ŚOW NFZ.

leków dopuszczonych jako dofinansowywane przez MZ, dla chorych po 75. roku życia na otępienie, będziemy mieli w Polsce stosowane leki nootropowe i leki naczyniowe, które w otępieniu alzheimerowskim nie mają rejestracji. Oszczędzanie środków podczas leczenia osób starszych taką metodą jest pozorne, gdyż niezdiagnozowany i niezabezpieczony terapeutycznie starszy chory skorzysta z systemu ochrony zdrowia wielokrotnie generując łącznie większy koszt i uzyskując słabsze efekty lecznicze.

Widocznymi brakami systemowymi wpływającymi na ograniczenie rozwoju geriatrii są niska wycena całościowej oceny geriatrycznej (COG) na poziomie 150 zł, brak produktu rehabilitacja geriatryczna, brak COG w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, brak w katalogu geriatrycznym wyceny leczenia wielochorobowości, depresji, diagnostyki przyczyn upadków.

System rozliczeń utrzymywany przez NFZ w przypadku leczenia chorych w starszym wieku na oddziałach szpitalnych w Polsce jest mało wydajny i kosztochłonny przez brak identyfikacji miejsc i procesów faktycznie kosztochłonnych. Ocenę procesową opartą na JGP należy zmodyfikować na ocenę wynikową leczenia, której miarą są rzadsze rehospitalizacje w ciągu roku i koszty generowane przez chorych po wypisie. Drogie operacje wykonane samotnym chorym z otępieniem, wypisywanym do domów,

Rysunek 18.

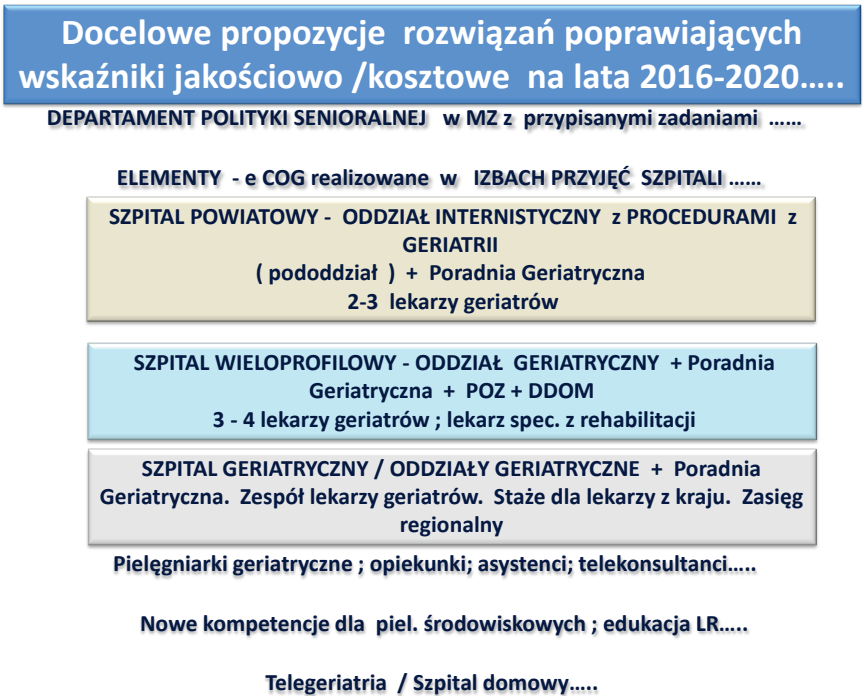


Źródło: Opracowanie własne.

są klasycznym przykładem pracy bez podejścia geriatrycznego. Bez jednoczasowego zabezpieczenia systemowej opieki środowiskowej, dla wielu z tych chorych sam zabieg nie poprawi jakości ich życia. NFZ, choć posiada dane dowodzące opłacalności geriatrii, nie korzysta z nich. Dowodem na taką tezę jest przeprowadzona trzecia z rzędu analiza opłacalności geriatrii w porównaniu z oddziałem internistycznym, jaką chcę przytoczyć. Wykonana została w 2015 r. przez pracowników ŚO WNFZ w Katowicach. Porównano koszty leczenia, przez rok od wypisu grupy 13 078 chorych powyżej 60. roku życia, przyjętych i leczonych tym razem w trybie planowym do oddziałów chorób wewnętrznych na terenie województwa śląskiego, z grupą 3990 pacjentów oddziałów geriatrycznych, którzy byli przyjmowani również planowo. Oszczędności roczne na leczeniu jednego chorego wyniosły przez 12 miesięcy po wypisie 505 zł na korzyść leczenia w oddziale geriatrycznym.

Należy zwrócić uwagę na statystykę umieralności do roku po wypisie w przytaczanej analizie z uwzględnieniem przedziałów wieku. U pacjentów w młodszej grupie wieku, pomiędzy 60. a 75. rokiem życia, którzy wychodzą z oddziałów internistycznych obserwuje się umieralność 11% do roku po hospitalizacji, wobec 19%

Rysunek 19.



Źródło: Opracowanie własne.

umieralności po wypisie z oddziału geriatrii. W przedziale pomiędzy 76. a 85. rokiem życia proporcje są odwrócone i umieralność roczna po wypisie z oddziałów chorób wewnętrznych wynosi 30%, wobec 12% w grupie wypisanych z oddziałów geriatrycznych i obserwowanych przez rok. W obydwu ocenianych przedziałach wieku wartości przeżycia rocznego po zsumowaniu są równe. W grupie powyżej 85. roku życia umieralność roczna po wypisie wynosi dla oddziałów chorób wewnętrznych 21%, wobec 39% po wypisie z geriatrii. Jest to o tyle zrozumiałe, że pacjenci na oddziałach geriatrycznych często w przedziale po 85. roku są przyjmowani w stanie ciężkim, z zespołami słabości, do opieki paliatywnej i umierają często w oddziałach lub po wypisie.

Dla poprawy jakości świadczeń udzielanych chorym w starszym wieku na nadchodzące lata, wskazane byłoby przywrócenie funkcjonowania rozwiązanego Zespołu do Spraw Gerontologii przy Ministrze Zdrowia, który został decyzją MZ, bez oficjalnego poinformowania jego członków, rozwiązany w sierpniu 2015 r. Dalsza poprawa polityki senioralnej wymaga powołania aktywnego zespołu, na przykład Departamentu Polityki Senioralnej w Ministerstwie Zdrowia, umiejącego współpracować ze środowiskiem krajowym

gerontologów, posiadających widoczny dorobek naukowy w tej dziedzinie.

Oczekiwane jest wprowadzenie elementów całościowej oceny geriatrycznej (COG) na poziomie izb przyjęć szpitali wieloprofilowych. Dla takich szpitali bardzo opłacalne byłoby utworzenie poradni geriatrycznej przy szpitalu i oddziału geriatrycznego, rozliczanych samodzielnie lub jako pododdział na internie. Istotne jest zwiększenie dostępu do szkoleń z geriatrii dla lekarzy i pielęgniarek. Dla pielęgniarek z oddziałów geriatrycznych otwierają się bardzo duże możliwości pracy z racji tego, jaka kategoria pacjentów trafia do placówek medycznych.

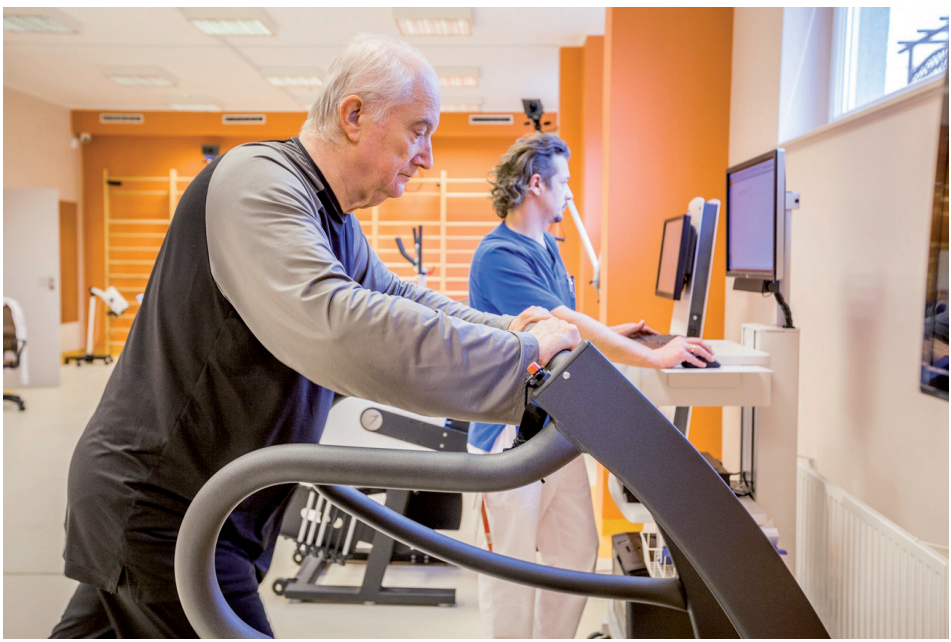
Podsumowując, chcę stwierdzić, iż bezsporne korzyści finansowe oraz poprawa jakości wynikająca z wprowadzenia standardów geriatrycznych, nie były dotychczas wystarczającymi argumentami do budowy systemu uznającego geriatrię za faktycznie priorytetową. Polityka unikania kosztów związanych ze starzeniem wynika z niskiego poziomu finansowania i z asynchronicznej alokacji środków.

Podejście geriatryczne nie jest postrzegane jako zysk, mimo potwierdzenia takiego założenia w analizach jakościowo kosztowych, częściej bywa traktowane jako zagrożenie i zbędny koszt. W tworzeniu nowych rozwiązań na potrzeby senioralnej polityki zdrowotnej mimo podejmowania jednostkowych inicjatyw wspierających, odczuwalny jest niedobór osób oraz ośrodków decyzyjnych, przekonanych do opisanych w prezentacji wyników i uznających sens wprowadzenia standardów geriatrycznych, zarówno na poziomie MZ jak i NFZ.

dr n. med. **JAROSŁAW DEREJCZYK**
dyrektor Szpitala Geriatrycznego
im. Jana Pawła II w Katowicach

Szpital Geriatryczny im. Jana Pawła II w Katowicach

Seniorzy ćwiczą pod okiem specjalistów – szpitalny oddział rehabilitacji.



Personel szpitala troskliwie opiekuje się osobami w podeszłym wieku.

Fot. Archiwum Szpitala im. Jana Pawła II w Katowicach (wszystkie zdjęcia)

Współpraca różnych sektorów – konieczne zmiany

Kadry i system opieki medycznej dla osób w podeszłym wieku

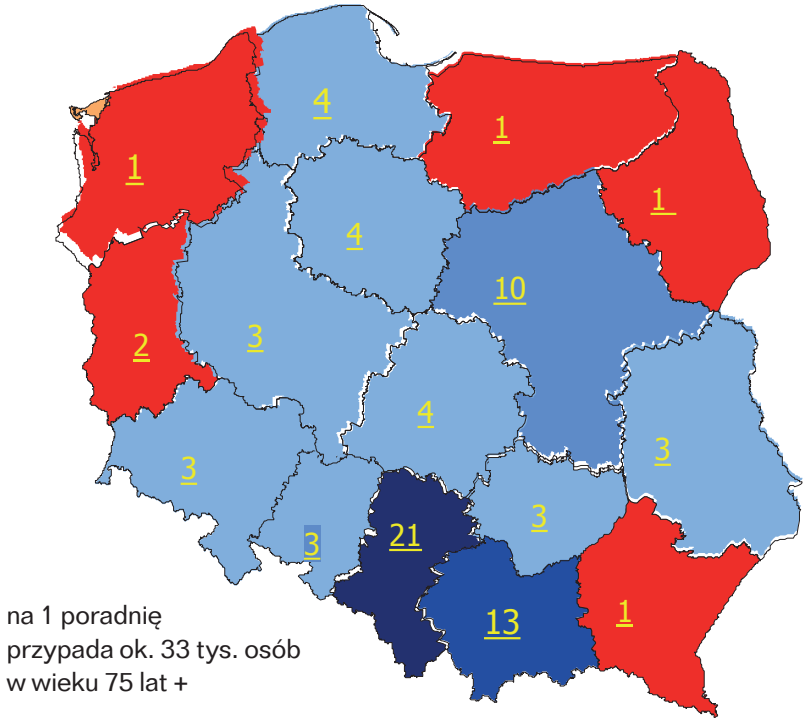
Dane Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) wskazują, że w ciągu ostatnich 30 lat w Polsce liczba osób po 75. roku życia podwoiła się, natomiast po 80. roku życia potroiła się. Potrzeby zdrowotne rosnącej szybko populacji geriatrycznej zwiększają zapotrzebowanie na wyspecjalizowane w tym zakresie kadry medyczne i konieczne inwestowanie w rozwój opieki geriatrycznej. Analizy wykazują, że w Polsce potrzeba 1400 lekarzy geriatrów, podczas gdy obecnie jest ich niewiele ponad 300.

TOMASZ GRODZICKI

Organizacja skutecznego i akceptowanego systemu opieki zdrowotnej oraz opieki społecznej stanowi trudne wyzwanie stojące przed instytucjami państwa, szczególnie w sytuacji szybko postępującego starzenia się społeczeństwa oraz zjawisk z tym związanych, jak wzrastająca liczba osób z wielochorobowością, niesprawnością, samotnych i ubogich.

Niestety, jak wynika z danych opublikowanego w 2015 r. raportu Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) „Health at a Glance 2015-Health indicators", sytuacja osób wkraczających w wiek starszy w Polsce wygląda źle. Mieszkaniec Polski, który w 2013 r. osiągnął 65. rok życia ma przed sobą średnio około 17,7 lat życia, a w tym jedynie około 7 lat przeżyje w zdrowiu. Odpowiednie średnie dla krajów OECD wynoszą 19,5 i 9. Spośród osób starszych, to jest powyżej 65. roku życia, jedynie 15% ocenia swój stan zdrowia jako dobry (średnia dla OECD ok. 40%), znaczące ograniczenia w zakresie codziennych czynności życiowych wykazuje ok. 23% osób (średnia OECD 18%). W kontekście tych danych niepokój budzą wskaźniki korzystania z opieki długoterminowej, które powinny być wyższe dla Polski z powodu gorszego stanu zdrowia naszych obywateli oraz częstszego występowania niesprawności. Tymczasem, w zakresie korzystania z opieki długoterminowej, Polska jest na ostatnim miejscu wśród krajów OECD. Równocześnie liczba

Rysunek 1. **Liczba poradni geriatrycznych posiadających kontrakt z NFZ w 2015 r.**

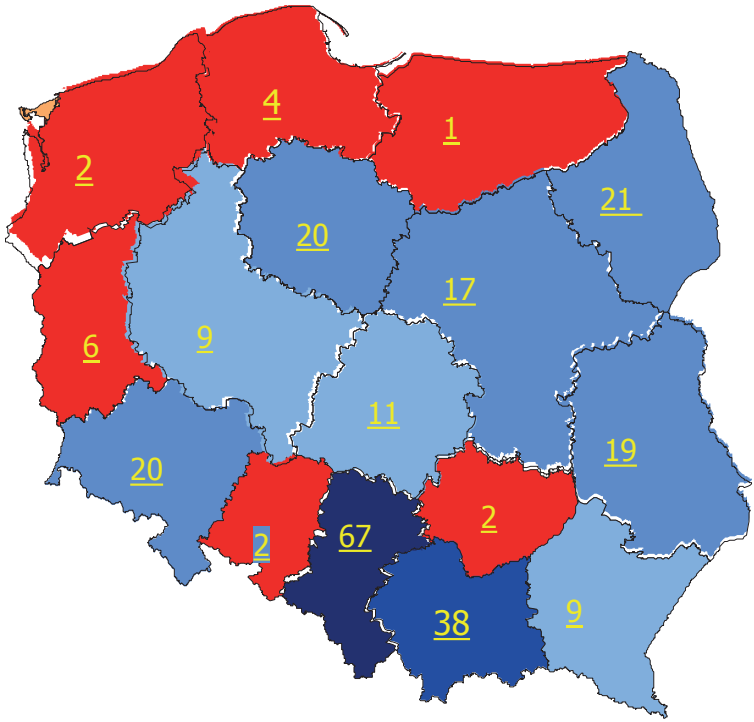


Źródło: Według danych NFZ na dzień 20.11.2015.

łóżek opieki długoterminowej w szpitalach i domach opieki jest w Polsce najniższa i wynosi 18 łóżek na 1000 osób w wieku 65 lat i starszych, podczas gdy średnia dla OECD jest trzykrotnie wyższa i wynosi prawie 50 (49,7) łóżek na 1000 osób. Wnioski płynące z raportu wskazują, że jeśli chcielibyśmy dorównać do średniej w obrębie krajów OECD, to powinniśmy bardzo szybko zmienić system opieki nad osobami starszymi – szybciej niż starzeje się społeczeństwo i rosną potrzeby.

Warto podkreślić, że do podobnych wniosków doszli eksperci NFZ w Polsce publikując w listopadzie 2015 r. raport „Prognoza kosztów świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w kontekście zmian demograficznych w Polsce". Celem opracowania było: „Oszacowanie skutków finansowych dla Narodowego Funduszu Zdrowia, które będą wynikać ze zmian demograficznych w Polsce. Przedmiotem opracowania są prognozowane zmiany finansowania

Rysunek 2. **Liczba miejsc specjalizacyjnych w 2015 r.**



Źródło: <http://www.cmkp.edu.pl/kształcenie-podyplomowe/studia-specjalizacyjne-lekarzy/akredytacja/specjalizacje-lekarskie/>

opieki zdrowotnej w poszczególnych rodzajach świadczeń w roku 2020 i 2030 w stosunku do roku 2014." Podsumowując wyniki analizy należy podkreślić, że przewiduje się iż:

1. „Należy zauważyć, że według prognoz, w roku 2030 zmniejszy się liczebność wszystkich roczników poniżej 42. roku życia. Istotnie zwiększy się natomiast populacja Polaków w wieku emerytalnym (tzn. powyżej 67. roku życia). Będzie to miało oczywiście istotny wpływ na finansowanie potrzeb zdrowotnych zarówno w aspekcie finansowym, jak i rzeczowym".
2. „Analiza wyraźnie wskazuje na istotny wzrost kosztów świadczeń udzielonych pacjentom powyżej 60. roku życia, co wynika wprost ze zmiany struktury demograficznej, która z kolei jest pochodną starzenia się populacji oraz prognozowanego wydłużenia czasu trwania życia".
3. „Największy nominalny wzrost będzie dotyczył leczenia szpitalnego – ponad 3 mld zł w roku 2030. Refundacja za leki

Tabela 1. **Liczba osób w Polsce w wieku 75 lat i więcej** (w tysiącach)

Rok	Liczba osób w wieku 75 + (tys.)	Mężczyźni (tys.)	Kobiety (tys.)
1980	1221,7	410,9	810,8
1990	1583	528	1054
2000	1692,6	540,1	1152,5
2010	2443,9	808,6	1635,3
2013	2602,7	867,4	1735,3

Źródło: <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/roczniki-statystyczne/roczniki-statystyczne/rocznik-demograficzny-2015,3,9.html>

wzrośnie w tym samym okresie o ponad 1,2 mld zł (przy założeniu braku zmian na liście leków refundowanych)".

4. „Powyżej średniego wzrostu kosztów świadczeń znalazły się rodzaje świadczeń istotnie związane z wiekiem, takie jak: leczenie uzdrowiskowe, świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze, opieka paliatywna i hospicyjna, rehabilitacja lecznicza i świadczenia odrębnie kontraktowane. Ponadto należy zwrócić uwagę na istotny wzrost kosztów refundacji za leki wydawane w aptece, który stanowi największą z wyżej wymienionych nominalną kwotę wzrostu".

Na zakończenie raportu Autorzy konkludują, iż należy przyjąć, że faktyczne skutki finansowe będą istotnie wyższe od wyliczonych w niniejszym opracowaniu. W celu utrzymania obecnego poziomu dostępności do świadczeń niezbędne jest coroczne zwiększanie finansowania o ok. 500 mln zł tylko w celu zaspokojenia potrzeb zwiększonych zmianami demograficznymi.

Równie istotny jest w mojej ocenie wniosek, że „Nieuchronność skutków wynika natomiast z nieuchronności przyczyn ich powstawania, to jest istotnej zmiany w liczebności i strukturze wiekowej populacji mieszkańców Polski. W latach objętych prognozą ewentualne zwiększenie liczby urodzin nie będzie miało istotnego wpływu na wyniki oszacowania kosztów opieki zdrowotnej".

Reasumując, obydwa raporty opublikowane pod koniec 2015 r. wskazują, że stan opieki zdrowotnej nad osobami starszymi w Polsce wyraźnie negatywnie odbiega od sytuacji w krajach OECD, a szybkie starzenie się populacji Polski będzie wymagało znacznego zwiększenia środków na opiekę zdrowotną nad populacją geriatryczną. W związku z tym należy się zastanowić jakie działania (poza zwiększeniem finansowania) należy podjąć w zakresie organizacji opieki medycznej i społecznej, aby sprostać istniejącym wyzwaniom.

Sytuacja demograficzna i zdrowotna w Polsce

W Polsce, podobnie jak w większości państw rozwiniętych, obserwuje się bardzo

Tabela 2. **Częstość występowania wybranych schorzeń przewlekłych w populacji osób starszych w Polsce**
(dane w %)

	65-69	70-74	75-79	80-84	85-90	≥ 90
Nadciśnienie tętnicze	57,84	64,11	59,36	56,10	51,71	45,49
Zaburzenia rytmu serca	31,25	36,27	36,33	37,24	31,45	29,44
Choroba niedokrwienna serca	18,05	23,83	23,02	25,56	23,08	18,96
Niewydolność serca	7,93	10,90	10,67	12,55	13,16	11,08
Udar mózgu	5,13	5,77	8,68	11,35	11,55	9,32
Choroby układu oddechowego	15,30	16,18	17,93	20,00	18,49	19,89
Przewlekła niewydolność nerek	1,55	2,73	1,79	2,56	2,81	3,31
Cukrzyca	18,36	18,76	18,29	20,13	14,58	13,52
Schorzenia tarczycy	12,96	10,14	9,80	7,55	7,18	4,86
Schorzenia okulistyczne	5,73	7,79	11,89	11,81	12,57	15,79
Osteoporoza, złamania	13,44	15,73	16,48	15,21	14,02	12,17
Choroby psychiczne	9,38	8,51	9,67	9,66	5,56	5,94

Źródło: Badanie PolSenior, <http://212.87.21.2/polsenior/sites/polsenior.iimcb.gov.pl/files/file/monografia/monografiaPolSenior.pdf>.

szybkie starzenie społeczeństwa, a najszybsze tempo zwiększania się liczby ludności dotyczy grupy osób w okresie późnej starości, to jest tych, które osiągnęły 75. rok życia. Dane Głównego Urzędu Statystycznego wskazują, że w ciągu ostatnich 30 lat liczba osób po 75. roku życia w Polsce podwoiła się (patrz tabela 1, s. 78) Ponadto, w ciągu ostatnich 30 lat liczba osób, które ukończyły 80 lat zwiększyła się z 522 tysięcy w 1980 r. do 1483 tysięcy w 2013 r., czyli potroiła się.

Konsekwencje zdrowotne starzenia się społeczeństwa

Obserwowane wydłużenie życia powoduje wzrost liczby chorych w podeszłym wieku obarczonych licznymi schorzeniami przewlekłymi jak: niewydolność serca, przewlekła obturacyjna choroba płuc, przewlekła niewydolność nerek. W ostatnich latach danych na temat występowania chorób przewlekłych w populacji polskiej dostarczyły wyniki projektu PolSenior, badania finansowanego przez Ministerstwo

Nauki i Szkolnictwa Wyższego, którym objęto reprezentatywną próbkę mieszkańców Polski w wieku 55-59 lat i powyżej 65. roku życia. Częstość występowania wybranych schorzeń przewlekłych w populacji seniorów w Polsce przedstawiono w tabeli 2, s. 79.

U znacznej części z tych osób osiągnięcie zaawansowanej starości wiąże się ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia zespołów określanych jako „wielkie problemy geriatryczne" (np. demencja, upadki, depresja, upośledzenie wzroku i słuchu lub nietrzymanie zwieraczy, niesprawność), które w ogromnym stopniu upośledzają jakość życia zarówno osoby starszej, jak i opiekuna.

Częstość występowania „wielkich problemów geriatrycznych" w populacji Polski przedstawiono w tabeli 3 na podstawie wyników badania PolSenior.

Według GUS, liczba osób niepełnosprawnych w gospodarstwach domowych – posiadających orzeczenie i/lub bez orzeczenia, ale odczuwających ograniczenie sprawności w wykonywaniu czynności podstawowych dla swojego wieku – wynosiła ogółem 419 na 1000 osób w wieku powyżej 65 lat – 422 na 1000 wśród kobiet i 414 na 1000 wśród mężczyzn.

Konsekwencje dla systemu opieki zdrowotnej

Według danych Narodowego Funduszu Zdrowia z 2009 roku, ponad 25% wszystkich hospitalizacji dotyczyło osób powyżej 65. roku życia i pochłaniało 1/3 środków wydatkowanych na opiekę szpitalną. Według raportu NFZ z 2015 r., w roku 2014 wydatki średnio na osobę wynosiły 1378 złotych, podczas gdy na osobę w wieku 65 lat – około 2500 zł, a na osobę

Tabela 3. **Częstość występowania „problemów geriatrycznych" w populacji osób starszych w Polsce**
(dane w %)

	Cała badana grupa	65-79 lat	80-89 lat	90+ lat
Zaburzenia widzenia	41,6	39,2	48,0	57,1
Depresja	27,2	25,5	31,5	37,4
Zaburzenia słuchu	21,9	16,3	36,2	60,1
Demencja	20,7	15,9	32,0	58,4
Upadki	17,3	14,1	26,2	35,2
Niesprawność w zakresie czynności życiowych	17,1	10,7	32,8	64,5
Zaburzenia zwieraczy	5,9	3,7	11,0	22,2

Źródło: Wyniki projektu PolSenior <http://212.87.21.2/polsenior/sites/polsenior.iimcb.gov.pl/files/file/monografia/monografiaPolSenior.pdf>.

w wieku 80 lat – około 3700 zł. W ramach analizy rodzajów kosztów wynika, że około 56% kosztów było związanych z hospitalizacjami, 14% z refundacją leków, a 10% z ambulatoryjną opieką specjalistyczną. Dane z NFZ w Małopolsce z lat 2011–2013 wskazują, że prawie 40% wszystkich hospitalizacji dotyczy osób powyżej 60. roku życia, a co dziesiąta hospitalizacja dotyczy osoby, która ukończyła 80. rok życia. Jeśli trend ostatnich lat się utrzyma, to w ciągu najbliższych 10 lat połowa hospitalizacji będzie dotyczyła osób starszych.

Istotnym problemem polskiego i światowego szpitalnictwa są nawrotowe hospitalizacje, które dotykają ponad 20% chorych w ciągu 30 dni od wypisu ze szpitala. Jednym z głównych czynników ryzyka jest niesprawność i podeszły wiek. Istotny jest również brak odpowiedniej rehabilitacji oraz wsparcia socjalnego.

Kolejnym zagadnieniem nierozerwalnie związanym z narastającą z wiekiem zapadalnością na różne stany chorobowe jest polifarmakoterapia. Analiza stosowania leków przez osoby starsze w Polsce wskazuje, że osoba która ukończyła 65 lat stosuje średnio 5 leków (zakres od 0 do 26 leków), a obecność schorzeń układu sercowo-naczyniowego lub niesprawności zwiększa średnią zażywaną codziennie liczbę leków do 6-7.

Ocena zasobów i potrzeb kadrowych

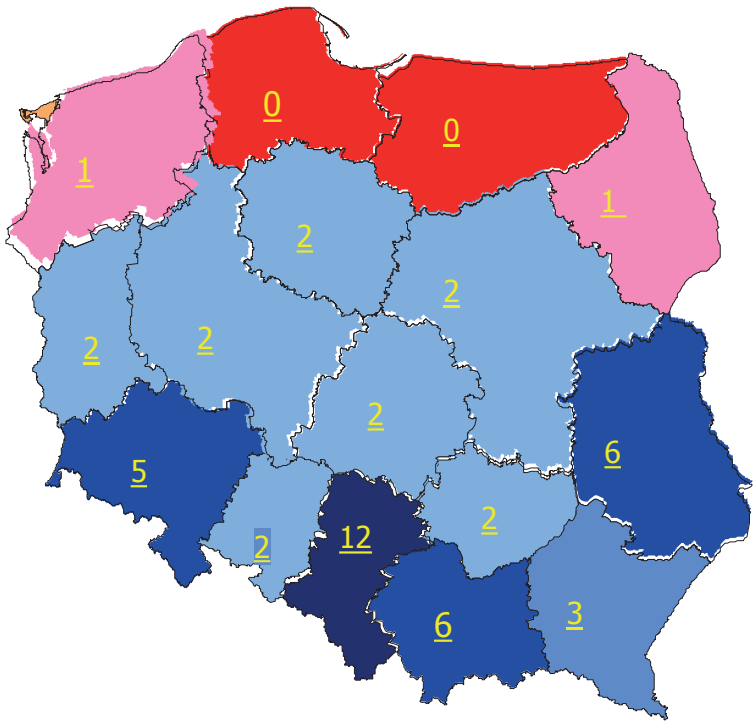
Zapotrzebowanie na kadry medyczne wynika z opisanych powyżej trendów demograficznych, potrzeb zdrowotnych populacji geriatrycznej oraz doświadczeń innych krajów. Podobne dane dotyczą innych krajów europejskich oraz Stanów Zjednoczonych i w związku z tym zwrócono uwagę na korzyści płynące z rozwoju opieki geriatrycznej. W Stanach Zjednoczonych ocenia się, że w ciągu najbliższych 15 lat będzie potrzebne wyszkolenie około 1200 geriatrów rocznie aby osiągnąć liczbę 30 tysięcy w roku 2030. Kraje takie jak: Wielka Brytania, Włochy, Niemcy bardzo intensywnie inwestują i promują rozwój geriatrii jako specjalizacji, która z jednej strony ogranicza liczbę hospitalizacji (najbardziej kosztochłonnego elementu opieki zdrowotnej), a równocześnie umożliwia ograniczenie kolejek do specjalistów i ograniczenie liczby stosowanych leków.

Do wyliczeń oceny potrzeb kadrowych dla Polski przyjęto wskaźniki stosowane w Stanach Zjednoczonych, to jest uwzględniono, że około 30% osób starszych (65 lat i starszych) cierpi na choroby i niesprawności wymagające interwencji geriatry i założono, że jeden geriatra jest potrzebny aby zapewnić opiekę nad 1200 pacjentami (w Stanach Zjednoczonych przyjmuje się 1 geriatrę na 700 pacjentów!). Taka analiza wskazuje, że w Polsce potrzeba około 1400 geriatrów, podczas gdy aktualnie dysponujemy liczbą około 300 lekarzy specjalistów. Niewątpliwie, możliwe są inne rozwiązania zależne od systemu opieki zdrowotnej, ale według posiadanych informacji podobne wskaźniki przyjęto w Wielkiej Brytanii.

Inne rozwiązania niezbędne do poprawy jakości opieki nad pacjentami w wieku podeszłym:

- stworzenie tzw. krótkiej ścieżki kształcenia dla doświadczonych lekarzy specjalistów w zakresie chorób wewnętrznych, na przykład z 5-letnim doświadczeniem

Rysunek 3. **Lecznictwo szpitalne – kontrakt z NFZ w zakresie geriatrii w podziale na województwa**



Źródło: Według danych NFZ na dzień 20.11.2015.

pracy na oddziałach po uzyskaniu stopnia specjalisty w zakresie chorób wewnętrznych;
- szkolenie specjalistów innych specjalności w zakresie potrzeb osób starszych (ten krok udało się już zrealizować w ramach wprowadzania specjalności modułowych); szczególny nacisk powinien być położony na kształcenie lekarzy rodzinnych i internistów;
- kształcenie w zakresie geriatrii również pozostałych profesjonalistów (pielęgniarki, fizjoterapeuci, psycholodzy, pracownicy socjalni i farmaceuci).

Propozycje rozwiązań

Opieka szpitalna – tworzenie oddziałów geriatrycznych, rehabilitacyjnych i dostosowanie istniejących szpitali do potrzeb pacjentów w podeszłym wieku.

Biorąc pod uwagę dobrze udokumentowane badania wskazujące, że dla osób starszych hospitalizacje w oddziałach geriatrycznych wiążą się z lepszą sprawnością

chorych wypisywanych do domów, lepszą jakością życia, niższą częstością powtórnych hospitalizacji oraz niższymi kosztami opieki domowej, należy w sposób istotny **zwiększyć liczbę geriatrów pracujących w szpitalach, przeszkolić innych specjalistów w zakresie podstaw geriatrii, zwiększyć liczbę rehabilitantów i fizjoterapeutów, pielęgniarek oraz psychologów.** Aby było to możliwe, należy zwiększyć znacząco wycenę świadczeń dla osób w wieku 70 lat i więcej lub uzależnić sposób finansowania od współistniejących niesprawności, wtedy będzie możliwe wymaganie od szpitali zatrudnienia odpowiedniej dla potrzeb pacjentów starszych liczby personelu.

Ważne jest również stworzenie odpowiedniej liczby oddziałów geriatrycznych oraz zwiększenie liczby oddziałów rehabilitacyjnych o profilu geriatrycznym i łóżek długoterminowych, aby ograniczyć czas pobytu pacjentów starszych na oddziałach tzw. ostrych. Rozwiązanie to dobrze funkcjonuje w wielu krajach europejskich, jak na przykład: Wielka Brytania, Francja, Belgia, gdzie pacjent starszy po wyleczeniu z ostrego schorzenia jest kierowany do domu (jeśli jego sprawność na to pozwala) lub do oddziału rehabilitacyjnego. Tam, w trakcie 2-3 tygodniowej rehabilitacji ma szansę powrotu do domu, a jeśli nadal jest niesamodzielny i warunki domowe są niewystarczające, jest kierowany do oddziału o charakterze długoterminowym (np. zakład opieki leczniczej lub dom pomocy społecznej).

Opieka domowa i poszpitalna

Biorąc pod uwagę znaczną częstość hospitalizacji, wynikających ze względów socjalnych (np. brak możliwości właściwej opieki medycznej w domu) lub mających charakter nawrotowy – leczenie powikłań pierwszej hospitalizacji lub uzupełnienie diagnostyki – istotne jest właściwe planowanie wypisu pacjenta do domu z pełnym rozeznaniem warunków socjalnych, zaplanowaniem potrzeb w zakresie rehabilitacji i dalszego leczenia. W tym celu niezbędna jest współpraca szpitala z lekarzem rodzinnym, pielęgniarką środowiskową, opieką długoterminową, rehabilitacją domową i pracownikiem socjalnym.

W Polsce obserwujemy znaczne rozproszenie świadczeń o tym charakterze, co powoduje brak koordynacji opieki nad pacjentem starszym, który bardzo często jest pozostawiony sam wobec licznych problemów organizacyjnych i w rezultacie trafia ponownie do szpitala. Należy w związku z tym zdecydować, kto powinien być odpowiedzialny za organizację opieki domowej – czy lekarz rodzinny, czy pracownik socjalny lub pielęgniarka środowiskowa. Aktualnie nikt nie czuje się odpowiedzialny za całość opieki! Być może należy powołać specjalnego koordynatora-opiekuna, który obejmie swoją opieką na przykład 30-40 osób, jednak takie rozwiązanie wymagałoby badania oceniającego jego koszty i efektywność.

Kolejnym problemem jest koordynacja stosowanych leków. Jak wspomniano powyżej, osoba starsza zażywa codziennie kilka-kilkanaście leków i wydaje około 200 zł (i więcej) miesięcznie na leki, a refundacja stanowi ponad 14% wydatków NFZ. Choć w Polsce brak jest danych wskazujących na liczbę hospitalizacji związanych z niewłaściwym stosowaniem leków lub interakcji lekowych,

to dane ze Stanów Zjednoczonych wskazują, że działania niepożądane były odpowiedzialne za około 100 tysięcy hospitalizacji w latach 2007–2009 (z tej liczby około 30% dotyczyło osiemdziesięciolatków!), a najczęściej hospitalizacje wiązano ze stosowaniem leków przeciwkrzepliwych i hypoglikemizujących. Jedną z przyczyn takiego stanu jest fakt leczenia pacjenta przez wielu specjalistów i brak jego koordynacji. Mając świadomość trudności związanych z wprowadzeniem odpowiednich rozwiązań, moim zdaniem należy rozstrzygnąć, kto powinien podjąć się tego zadania – czy farmaceuta w aptece, czy też lekarz rodzinny. Niewątpliwie problem ten nasili się w momencie wprowadzenia „darmowych leków", a także leków przepisywanych przez pielęgniarki.

Podsumowanie – propozycje najważniejszych rozwiązań:

1. Szkolenie wszystkich studentów medycyny, pielęgniarstwa, farmacji, fizjoterapii w zakresie geriatrii.
2. Wprowadzenie obowiązkowych szkoleń z zakresu geriatrii w ramach kształcenia specjalizacyjnego we wszystkich specjalnościach mających do czynienia z pacjentem dorosłym.
3. Zwiększenie finansowania procedur wykonywanych u osób w podeszłym wieku, niesprawnych.
4. Obowiązek zatrudnienia geriatrów w szpitalach powiatowych jako konsultantów oraz fizjoterapeutów.
5. Obowiązek utworzenia oddziałów geriatrycznych w szpitalach 3 stopnia referencyjności.
6. Ścisłe powiązanie opieki społecznej z opieką zdrowotną – zarówno z lecznictwem zamkniętym, jak i otwartym.
7. Powołanie koordynatora całościowej opieki nad osobami starszymi z niesprawnościami oraz stworzenie możliwości telekonsultacji z lekarzem geriatrą.
8. Zwiększenie liczby łóżek rehabilitacyjnych i długoterminowych.

prof. dr hab. **TOMASZ GRODZICKI**
Oddział Kliniczny Chorób Wewnętrznych i Geriatrii w Szpitalu Uniwersyteckim, Katedra Chorób Wewnętrznych i Gerontologii CMUJ Kraków

Bibliografia:

1. Beswick A.D., Rees K., Dieppe P., et al.2008. "Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: a systematic review and meta-analysis". *Lancet* 371:725–35.
2. Bene J., Solomon S.A. 1999. "The attitudes of patients to integrated medical care. Age Ageing"; 28:271–3.
3. Bień B.(red.). 2006 *Family caregiving for the elderly in Poland*. Trans Humana, Białystok.
4. Bień B., McKee, K.J., Doöhner H., Triantafillou J., Lamura G., Doroszkiewicz H., Krevers B., Kofahl C. 2013. "Disabled older people's use of health and social care services and their unmet care needs in six European countries", *Eur J Public Health*, doi:10.1093/eurpub/cks190.

5. Blazer D.G., Sachs-Ericsson N., Hybels C.F. 2005. "Perception of unmet basic needs as a predictor of mortality among community-dwelling older adults". *Am J of Public Health* 95:299–304.
6. Budnitz D.S., Lovegrove M.C., Shehab N., Richards C.L. 2011. "Emergency hospitalizations for adverse drug events in older Americans". *N Engl J Med*. 365: 2002-2012.
7. Campion E.W. 1995. "The value of geriatric interventions". *N Engl J Med* 332: 1376-1378.
8. Derejczyk J., Bień B., Kokoszka-Paszkot J., Szczygieł J. 2008. "Gerontologia i geriatria w Polsce na tle Europy – czy należy inwestować w ich rozwój w naszym kraju"?. *Gerontol Pol* 16 (3): 149-159.
9. Grant J. 2010. "What does it take to make integrated care work?". *Healthcare Systems and Services Practice*.
10. Grodzicki T., Kocemba J., Skalska A. (red.). 2006. „Geriatria z elementami gerontologii ogólnej". *Via Medica*. Gdańsk.
11. Higashi T., Shekelle P.G., Adams J.L., et al. 2005. "Quality of care is associated with survival in vulnerable older patients". *Ann Intern Med.* 143: 274-281.
12. Hubbard r.E., O'Mahony M.S., Cross E., et al. 2004. „The ageing of the population: implications for multidisciplinary care in hospital". *Age Ageing* 33: 479–482.
13. Keller B.K., Magnuson T.M., Cernin P.A., Stoner J.A., Potter J.F. 2003. „The significance of social network in a geriatric assessment population". *Aging Clin Exp Res.* 15 (6): 512-517.
14. Kostka T., Koziarska-Rościszewska M. 2009. Choroby wieku podeszłego (Praktyka Lekarza Rodzinnego). Warszawa. Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
15. Lawton P., Moss M., Fulcomer M., Kleban M.H. 1982. "A research and service oriented multilevel assessment instrument". *Journal of Gerontology* 37 (1): 91-99.
16. Leichsenring K. 2004. "Developing integrated health and social care services for older persons in Europe". *Int J Integr Care* 4:1–15.
17. Luchi r. J., Gammack J. K., Narcisse V.J., Storey C.P. 2003. "Standards of Care in Geriatric Practice". *Annu Rev Med* 54: 185-196.
18. Melis r.J.F., Adang E., Teerenstra S., et al. 2008. "Cost-effectiveness of multidisciplinary intervention model for community-dwelling frail older people". *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 3: 275-282.
19. Działak D., Klonowska K. 2015. Prognoza kosztów świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w kontekście zmian demograficznych w Polsce. NFZ.
20. Health at a Glance. 2015. OECD Indicators. OECD Publishing, Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en>.
21. Saliba S., Elliott M., Rubenstein L.A., Solomon D.H., et al. 2001. "The Vulnerable Elders Survey (VES-13): A Tool for Identifying Vulnerable Elders in the Community". *J Am Geriatr Soc* 49:1691-1699.
22. Scanlan B.C. 2005. "The value of comprehensive geriatric assessment". *Care Management Journals* 6: 2-8.
23. Szczerbińska K., Pietryka A. 2008. „Rozwój geriatrii w krajach europejskich – jakość kształcenia i opieki geriatrycznej (część 2)". *Gerontol Pol* 16, 3: 137–148.
24. Żak M., Gryglewska B., 2006. „Ocena wyników rehabilitacji osób po 85. roku życia z zaburzeniami sprawności funkcjonalnej". *Rehabilitacja Medyczna* 2.

Polityka geriatryczna w wybranych krajach

Najlepsze wzorce opieki nad osobami w wieku podeszłym

Geriatria jest elementem polityki senioralnej, czyli dotyczącej osób w wieku podeszłym. Jednym z priorytetów tej polityki we wszystkich krajach na całym świecie jest możliwie najdłuższa, szeroko rozumiana aktywność osób starszych, której przejawem jest samodzielność i radzenie sobie z problemami codziennymi, co umożliwia seniorom dłuższe pozostawanie w środowisku domowym. Przedstawione tu rozwiązania w niektórych krajach, szczególnie Unii Europejskiej, mogą być dobrym przykładem dla rozwoju geriatrii w Polsce.

KATARZYNA WIECZOROWSKA-TOBIS

Na wstępie podkreślić należy, że geriatria nie jest równoważna z każdym działaniem sektora zdrowotnego na rzecz osób starszych, choć w Polsce jest tak często mylnie postrzegana. Geriatria nie obejmuje więc ani opieki lekarza rodzinnego nad osoba starszą, ani na przykład konsultacji okulistycznej pacjenta w wieku podeszłym. Jednak wzrost liczby pacjentów starszych w gabinetach medycznych i na oddziałach szpitalnych określany mianem geriatryzacji medycyny wymaga od wszystkich specjalistów (poza nielicznymi, takimi jak na przykład pediatrzy) wiedzy z podstaw geriatrii, po to choćby, aby każdy lekarz był świadom możliwości pogorszenia sprawności funkcjonalnej w wyniku podejmowanych działań medycznych. Obejmuje to między innymi umiejętność rozpoznania zagrożenia wynikającego z niebezpiecznych interakcji lekowych w przypadku zlecania choremu każdego dodatkowego leku. W każdym więc przypadku wydłużania listy leków należy dokonać rachunku zysków i strat po to, aby w wyniku podjętych działań rzeczywiście nie pogorszyć stanu pacjenta. Do tego właśnie potrzebna jest podstawowa wiedza z geriatrii, którą wszyscy lekarze powinni wynieść ze studiów.

Podkreślić też trzeba, że często niesłusznie uważa się, iż skoro większość pacjentów leczących się w danym gabinecie to

osoby starsze, to jest to gabinet geriatryczny. Podobnego uogólnienia nie dokonuje się jednak w przypadku innych specjalizacji. Nie uważa się, że każdy lekarz leczący chorych na cukrzycę prowadzi gabinet diabetologiczny, a każdy leczący nadciśnienie czy niewydolność serca – kardiologiczny. W kontekście tego zwraca się uwagę, że nie ma systemu na świecie, w którym każdym pacjentem starszym, mieszkającym w środowisku domowym, zajmuje się lekarz geriatra. Specjalistą zajmującym się między innymi starszymi chorymi jest lekarz podstawowej opieki zdrowotnej. Lekarz ten powinien mieć przygotowanie z geriatrii (tak jak ma z pediatrii), które musi obejmować co najmniej znajomość całościowej oceny geriatrycznej, diagnostyki i leczenia zespołów geriatrycznych oraz specyfiki farmakoterapii geriatrycznej. Co więcej, powinien mieć możliwość skonsultowania najtrudniejszych chorych ze specjalistą geriatrą. Potrzebna jest więc sieć geriatrycznych gabinetów specjalistycznych. Można stwierdzić, że podstawowa różnica pomiędzy konsultacją u specjalisty geriatry, a dowolną inną polega na tym, że o ile każdy lekarz wie, dokąd skierować pacjenta wymagającego konsultacji z danej dziedziny, o tyle prawie żaden nie wie, gdzie skierować pacjenta na konsultację geriatryczną – poradni takich bowiem prawie nie ma w systemie.

Poradnia taka gwarantuje opiekę geriatryczną, której filarem jest specjalista geriatra szczegółowo przygotowany w wyniku odbywanego szkolenia specjalistycznego w celu sprawowania opieki nad starszymi chorymi, tymi z wieloelementową wielochorobowością, których charakteryzuje znaczne ryzyko pogorszenia sprawności. Powinna to jednak być opieka sprawowana przez zespół geriatryczny. Prof. J. P. Baeyens (Belgia) w swoim wystąpieniu podczas *European Summit on Age-related Diseases* we Wrocławiu w 2008 r. podkreślał, że możliwości działania geriatry znacznie wzrastają dzięki współdziałaniu w zespole (w oryginale: *The geriatrician is only a "real" geriatrician in the hospital with his multidisciplinary team*). Jak pokazano (dostępne są dane również z Polski[1]), opieka geriatryczna może być efektywniejsza od opieki internistycznej. Jest to zgodne z danymi z innych krajów, w których podkreśla się, że tzw. geriatryczne podejście do chorego starszego (czyli zastosowanie całościowej oceny geriatrycznej – COG) jest efektywniejsze od podejścia klasycznego[2]. Największą korzyść z COG odnoszą osoby ze znacznym ryzykiem pogorszenia sprawności, które wymagają kompleksowego leczenia. Zasady podejmowanych w obrębie geriatrii działań zostały zdefiniowane w standardach opracowanych

[1] J. Derejczyk, B. Bień, J. Kokoszka-Paszkot, J. Szczygieł: *Gerontologia i geriatria w Polsce na tle Europy – czy należy inwestować w ich rozwój w naszym kraju*?, „Gerontol Polska" nr 3/2008, s. 149-159.

[2] G. Ellis, M. A. Whitehead, D. O'Neill, P. Langhorne, D. Robinson: *Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital*, "Cochrane Database Syst Rev" nr 6/2011, CD006211. doi: 10.1002/14651858.CD006211; A. W. Ekdahl, A. B. Wirehn, J. Alwin, T. Jaarsma, M. Unosson, M. Husberg i inni.: *Costs and effects of an Ambulatory Geriatric Unit (the AGe-FIT Study): A Randomized Controlled Trial*. „J Am Med Dir Assoc", 16/2015, s. 497-503.

przez Zespół ds. Gerontologii przy Ministrze Zdrowia[3].

Co to jest geriatria?

Pojęcie geriatrii zostało zdefiniowane na poziomie europejskim przez geriatrów zrzeszonych w *Union of European Medical Specialists – Geriatric Section* (*UEMS-GS*)[4] w 2008 roku podczas spotkania na Malcie (03.05.2008) i zmodyfikowane podczas kolejnego spotkania w Kopenhadze (06.09.2008). Definicja ta mówi, że: *Geriatria to specjalność medycyny związana z fizycznymi, psychicznymi, funkcjonalnymi i społecznymi aspektami opieki nad starszymi pacjentami. Pacjentów, którymi zajmuje się lekarz geriatra charakteryzuje zespół kruchości oraz współistnienie licznych aktywnych patologii, wymagających holistycznego podejścia do terapii. U tych pacjentów choroby mogą mieć odmienny przebieg; są trudne do diagnozowania, a odpowiedź na leczenie może być opóźniona; występuje też często potrzeba wsparcia społecznego.*

Geriatria oferuje holistyczną opiekę zespołu multidiscyplinarnego. Jej głównym celem jest optymalizacja stanu funkcjonalnego osób starszych i ich samodzielności oraz poprawa jakości życia. Nie jest ona precyzyjnie zdefiniowana przez wiek pacjenta. Koncentruje się na schorzeniach typowych dla osób starszych, w większości w wieku ponad 65 lat, ale problemy, w których rozwiązywaniu geriatria się specjalizuje, są znacznie bardziej powszechne w grupie wiekowej 80 i więcej lat.

Jedną z ważnych cech geriatrii jest zatem to, że oferuje holistyczną opiekę zespołu geriatrycznego. Jest to, jak już wcześniej wspomniano, znacznie więcej niż sam lekarz ze specjalizacją z geriatrii w systemie. Zespół posługuje się narzędziem, którym jest całościowa ocena geriatryczna. W Polsce zespół geriatryczny składa się z lekarza, pielęgniarki, fizjoterapeuty i psychologa. W systemach wielu krajów europejskich niezbędnym członkiem zespołu jest terapeuta zajęciowy; nie ma natomiast psychologa. Niezbędny jest też pracownik socjalny oceniający sytuację osoby starszej z punktu widzenia potrzeb społecznych.

Jest to niezwykle ważne wobec zasad kontraktowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) ambulatoryjnej opieki geriatrycznej. Zadać należy pytanie o miejsce zespołu geriatrycznego w tej opiece. COG jako procedura nie jest kontraktowana w ogóle w poradniach geriatrycznych, choć od lat taka potrzeba jest dyskutowana.

Opieka geriatryczna w różnych krajach w Europie

Porównanie ilościowe danych

O stanie opieki geriatrycznej świadczy z jednej strony liczba lekarzy ze specjalizacją z geriatrii dostępnych w systemie, a z drugiej – liczba jednostek zapewniających tę opiekę, a więc liczba łóżek

[3] B. Bień, P. Błędowski, K. Broczek i inni.: *Standardy postępowania w opiece geriatrycznej. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego opracowane przez ekspertów Zespołu ds. Gerontologii przy Ministrze Zdrowia*, „Gerontol Pol" nr 21/2014, s. 33-47.

[4] <http://uemsgeriatricmedicine.org/UEMS1/dok/geriatric_medicine_definition.pdf>

w oddziałach lub pododdziałach geriatrycznych i liczba poradni geriatrycznych. Porównanie danych z wybranych krajów Europy opublikowano w 2009 roku (prezentują one dane z 2008 r.[5]). Dane dla Polski pokazane w cytowanej pracy dotyczą liczby geriatrów pracujących w systemie zgodnie ze swoją specjalizacją, a nie liczby wydanych dyplomów specjalizacyjnych. Jest to ważne, ponieważ w Polsce w związku z małą liczbą jednostek geriatrycznych wielu lekarzy po uzyskaniu specjalizacji z geriatrii nadal robi to samo, co przed specjalizacją, czyli nie wykorzystuje zdobytej wiedzy i umiejętności. Według dostępnych danych, w całym kraju tylko ok. połowa geriatrów pracuje zgodnie z posiadaną specjalizacją (np. według raportu konsultanta wojewódzkiego z roku 2014 w woj. mazowieckim na 32 lekarzy ze specjalizacją z geriatrii tylko 16 pracuje w charakterze geriatrów, w tym jedynie 10 zgodnie ze specjalizacją według zatrudnienia w głównym miejscu pracy).

Jeśli chodzi o liczbę geriatrów, to we wszystkich porównywanych krajach (poza Wielką Brytanią), według danych z 2008 r., przypadało ok. 2 lekarzy na 100 tys. mieszkańców, największy dostęp do specjalistów jest w Szwecji – 7,7 geriatrów na 100 tys. mieszkańców. Dla Polski było to 0,2 specjalisty na 100 tys. mieszkańców. Nawet jeśli w obliczeniach wziąć by pod uwagę wszystkich geriatrów, którzy kiedykolwiek uzyskali specjalizację w Polsce (bez względu na to czy pracują zgodnie z tą specjalizacją, czy nie) oraz bez względu na wiek (również geriatrów mających obecnie co najmniej 70 lat) nadal wskaźniki są dla Polski o ponad połowę niższe w stosunku do cytowanych krajów w 2008 r. Według danych Naczelnej Izby Lekarskiej (dane na dzień 31.07.2015) było w Polsce 347 geriatrów, co daje wskaźnik poniżej 1 specjalisty na 100 tys. mieszkańców. Jest on znacznie niższy niż na przykład w Czechach i na Słowacji dla 2008 r. (odpowiednio: 2,1 na 100 tys. i 3,1 na 100 tys.).

W latach 2011–2012 *European Union Geriatric Medicine Society* (EUGMS) opublikował dane dla wybranych krajów Europy pochodzące z lat 2006–2008, dotyczące liczby geriatrów w wybranych krajach Europy[6]. Dane zostały zaprezentowane jako liczba osób w całej populacji danego kraju przypadająca na jednego lekarza ze specjalizacją z geriatrii oraz liczba osób w grupie wiekowej 65 i więcej lat w przeliczeniu na jednego geriatrę. Wartości wahają się od 37 800 osób/geriatrę i 6400 osób w wieku podeszłym/geriatrę dla Belgii i odpowiednio – 76 000 i 12 000 dla Danii. W Czechach jest to 47 000 oraz 6700 (odpowiednio). Dane dla Polski nawet w 2015 roku to – 110 900 i 16 900. Liczba geriatrów w Polsce jest obecnie mniejsza niż np. w Austrii (jest

[5] S. Kropińska, K. Wieczorowska-Tobis: *Opieka geriatryczna w wybranych krajach Europy*. „Geriatria" nr 3/2009, s. 12-16.

[6] G. Kolb, K. Andersen-Ranberg, A. Cruz-Jenfotf i inni: *Geriatric care in Europe - the EUGMS survey part I: Czech Republic, Denmark, Germany, Ireland, Spain, Switzerland, United Kingdom*, „EGM" 2/2011, s. 290-295; A. Ekdahl, A. Fiorini, S. Maggi i in.: *Geriatric care in Europe - the EUGMS survey part II:Malta, Sweden and Austria*, „EGM" 3/2012, s. 388-391.

ich tam 500) czy Szwecji (450) pomimo prawie czterokrotnie większej u nas liczby mieszkańców.

Pomimo małej liczby geriatrów dostępnych w systemie, należy podkreślić, że w Polsce największym ograniczeniem dla rozwoju geriatrii nie jest brak specjalistów, ale brak jednostek geriatrycznych. Jak wspomniano wcześniej, w Polsce wielu geriatrów nie znajduje zatrudnienia zgodnie ze specjalizacją, ze względu na małą liczbę jednostek geriatrycznych i znaczne niedobory w finansowaniu geriatrii. W związku z tym należy zwrócić uwagę, że szybkie zwiększenie liczby specjalistów, możliwe dzięki dyskutowanej tzw. krótkiej ścieżce dla internistów, bez zmian finansowania geriatrii, w tym zmiany podejścia NFZ do kontraktowania geriatrii, nie spowoduje poprawy opieki geriatrycznej.

Jeśli chodzi o liczbę łóżek geriatrycznych w Polsce, to w grudniu 2014 roku było ich 818 (wyliczono z danych pochodzących z rocznych raportów konsultantów wojewódzkich), czyli 2,1 na 100 tys. mieszkańców. Wartości te (według danych z 2008 r.) wynosiły odpowiednio dla Danii 10,5 na 100 tys. mieszkańców, a dla Szwecji – 24,4. Jednak wskaźniki te były już w 2008 r. znacznie wyższe niż są obecnie w Polsce, np. w Czechach (5,9 na 100 tys.) i Słowacji (14,3 na 100 tys.).

Opieka geriatryczna w Belgii

Liczba łóżek geriatrycznych w Belgii w liczbach względnych jest największa w Europie (72,2 na 100 tys. mieszkańców). Belgia ma 10 milionów obywateli. Charakteryzuje ją, co jest ważne z punktu widzenia dostępności opieki geriatrycznej, wysoki stopień urbanizacji oznaczający, że ze wszystkich zakątków kraju odległość do dużych miast jest stosunkowo niewielka, a zatem dostęp do centrów opieki zlokalizowanych w dużych miastach jest porównywalny na terenie całego kraju. W wielu krajach Europy zwraca się uwagę na znaczne dysproporcje w dostępie do świadczeń (np. Dania czy Czechy[7]).

W Belgii odsetek osób w wieku podeszłym to prawie 18%. Prognozy do roku 2030 mówią o 22-23% dla całego kraju[8]. Są to więc wartości zbliżone do prognozowanych dla Polski na 2030 r., choć dzisiaj Polska jest krajem znacznie młodszym (14,9% osób starszych). Prognozy długoterminowe zwracają uwagę na znacznie szybszy przyrost odsetka osób starszych w Polsce w stosunku do innych krajów Europy. Tym bardziej więc Polska potrzebuje zmian w systemie ochrony zdrowia, po to, aby nadążyć za wyzwaniami demograficznymi.

W Belgii już w 2008 r. było 7500 łóżek przeznaczonych dla osób starszych (tzw. ostre łóżka geriatryczne). Jak pokazano wcześniej, w Polsce jest ich nadal prawie dziesięciokrotnie mniej, pomimo prawie 4-krotnie większej liczby mieszkańców. W związku z prognozami demograficznymi do 2030 r. w Belgii liczba łóżek ma się zwiększyć o 1/5 (z 5 do 6 na 1000 osób w wieku podeszłym). Wszystkie belgijskie uniwersytety mają kliniki geriatrii

[7] G. Kolb, K. Andersen-Ranberg, A. Cruz-Jenfotf i inni: *Geriatric care…*, op. cit.
[8] <http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php>

zgodnie z przekonaniem, że właśnie sprawny i kompetentny system kształcenia jest niezbędny dla rozwoju geriatrii.

Warto zaznaczyć, że wzrost zainteresowania geriatrią w Belgii i szybki rozwój tej dziedziny dotyczy ostatniego okresu. Rozpoczął się po 2005 r. i związany jest ze zmianą finansowania geriatrii. Stworzono program opieki geriatrycznej, który został wprowadzony w 2007 r. Cele tego programu to danie szansy każdemu hospitalizowanemu pacjentowi o geriatrycznym profilu na zachowanie autonomii i powrót do miejsca zamieszkania najszybciej jak jest to możliwe, a także zapobieganie niepotrzebnym rehospitalizacjom i przedwczesnej instytucjonalizacji. Aby to osiągnąć, każdy trafiający do izby przyjęć pacjent w wieku 75 i więcej lat przechodzi badanie przesiewowe[9]. Jego celem jest znalezienie chorych o profilu geriatrycznym. Chorzy ci są następnie obowiązkowo konsultowani przez geriatrę, po to, aby tych ze znacznym ryzykiem pogorszenia sprawności hospitalizować na oddziałach geriatrycznych. Już w 2008 r. ze 110 szpitali ogólnych w Belgii tylko 7 nie miało oddziałów geriatrycznych. Jednym ze stosowanych we wspomnianych badaniach przesiewowych narzędzi jest skala obejmująca:

- obecność zaburzeń poznawczych (depresja, demencja lub delirium) – 2 pkt;
- samotne zamieszkiwanie lub niedostępność opiekuna – 1 pkt;
- problemy z chodzeniem lub zmianą pozycji ze wstaniem z łóżka albo upadek w wywiadzie w niedawanej przeszłości – 1 pkt;
- hospitalizacja w okresie trzech poprzedzających miesięcy – 1 pkt;
- wielolekowość (pobieranie co najmniej 5 leków) – 1 pkt.

Jeśli pacjent otrzyma w prezentowanej skali poniżej 2 pkt., w przypadku wymaganej hospitalizacji trafia na oddział ogólny. W przypadku większej liczby punktów jest to oddział geriatryczny lub, w przypadku oddziału ogólnego, musi być skonsultowany w ramach *Internal Geriatric Liaison* (mobilny zespół geriatryczny działający w obrębie szpitala w kooperacji z pielęgniarkami na wszystkich oddziałach wykonującymi badania przesiewowe w ramach całościowej oceny geriatrycznej). Mogą być stosowane również inne narzędzia przesiewowe[10].

W ramach belgijskiego programu opieki geriatrycznej stworzono 5 elementów systemu tworzących nierozłączną całość. Są to:

- oddział geriatryczny, który składa się nie tylko z łóżek, na których hospitalizowani chorzy starsi są diagnozowani i leczeni, ale również część rehabilitacyjną;
- poradnia geriatryczna, która dzięki łączności z oddziałem zapewnia ciągłość opieki;

[9] *Dekret królewski z 29 stycznia 2007 ustalający normy akceptacji dla programów opieki nad pacjentem geriatrycznym oraz dodatkowe normy dla akredytacji szpitali i usług szpitalnych*, Moniteur Belge / Belgisch Staatsblad, 07.03.2007, Ed. 2, 11197-11205.

[10] M. F. J. Vandewoude, C. A. M. Geerts, K. M. J. Paridaens, A. H. M. D'Hooghe: *A screening tool for activating liaison geriatrics in general hospital: the "Variable Indicative of Placement Risk"*, „Eur J Geriat", nr 10/2008, s. 120-126.

- oddział dzienny[11];
- *Internal Geriatric Liaison* (w dokładnym tłumaczeniu jest to wewnętrzny zespół łącznikowy), który scharakteryzowano powyżej;
- *External Geriatric Liason* (zewnętrzny zespół łącznikowy), który zapewnia łączność zarówno z opieką domową, jak i instytucjami zajmującymi się opieką nad osobami starszymi.

Warto podkreślić, że wszystkie te elementy zostały zawarte w standardach postępowania w opiece geriatrycznej opracowanych przez Zespół ds. Gerontologii przy Ministrze Zdrowia[12]. Zaproponowane rozwiązania nie zostały jednak wdrożone.

Rozwój geriatrii w Belgii rozpoczął się w 1985 r., kiedy utworzono specjalizację z geriatrii (informacje pochodzą od profesora J. P. Baeyensa, jednego z pionierów geriatrii belgijskiej). Organizacją szkolenia i opieki geriatrycznej zajmowali się geriatrzy belgijscy przeszkoleni w Wielkiej Brytanii. Jednak przez pierwsze 2 lata organizowano dla zainteresowanych lekarzy z doświadczeniem w pracy z chorymi starszymi tylko weekendowe kursy zakończone egzaminem. W ciągu dwóch lat w ten sposób wyszkolono 95 geriatrów (oznacza to osiągnięcie wskaźnika ok. 1 specjalisty na 100 tys. mieszkańców, czyli zbliżonego do tego, jaki obecnie wyliczono dla Polski). Wtedy wprowadzono obowiązkowe szkolenie specjalizacyjne, które obejmowało 5 lat specjalizacji na oddziale chorób wewnętrznych i 1 rok na geriatrii. Kiedy w 2005 r. było już 280 geriatrów (prawie 3 geriatrów na 100 tys. mieszkańców) zmieniono system kształcenia na 3 lata praktyki na oddziale chorób wewnętrznych i 3 lata na geriatrii. Specjalizacja trwa zatem 6 lat.

Brytyjski model opieki geriatrycznej

Geriatria w Wielkiej Brytanii ma długoletnią tradycję. Na początku 2014 r. *British Geriatric Society* (BGS) opublikowało raport pokazujący rozwiązania zaimplantowane w systemie na rzecz poprawy opieki nad chorymi starszymi[13]. Zawiera on bazę dobrych praktyk z różnych regionów Wielkiej Brytanii rekomendowanych jako przykłady do powszechnego wdrażania. Warto im się przyjrzeć.

Nie ma wątpliwości, że dla osoby starszej hospitalizacja powinna być ostatecznością. Jednym z rozwiązań pozwalających unikać niepotrzebnego leczenia chorych w wieku podeszłym w szpitalu jest zatrudnienie w izbie przyjęć geriatry określanego jako *interface geriatrician* (w tłumaczeniu: geriatra łącznikowy)[14]. Rozwiązanie to zastosowano w Leeds i Leicester wykazując dużą jego efektywność. Zapewniono tam konsultację geriatry wraz z zespołem

[11] Polski system takich oddziałów nie przewiduje (choć przewiduje dzienne oddziały psychogeriatryczne prowadzone przez lekarzy ze specjalizacja z psychiatrii; chorzy, dla których te oddziały są przeznaczone, muszą więc mieć rozpoznanie psychiatryczne).

[12] B. Bień, P. Błędowski, K. Broczek i inni: *Standardy postępowania…*, op. cit.

[13] D. Oliver, C. Foot, R. Humphries: *Making our health and care system fit for an aging population*, The King's Fund 2014.

[14] G. Fox, A. Cracknell, S. Ismail, E. Burns: *Introducing interface geriatricians in Leeds*, „British Geriatric Society Newsletter", <www.bgsnet.org.uk/index.php>.

interdyscyplinarnym działających w ramach tzw. *Early Discharge Assessment Team* (EDAT – w tłumaczeniu: zespół oceny możliwości wczesnego wypisu). Zespół ten ocenia wszystkich starszych pacjentów, którzy mogą być beneficjentami podejścia geriatrycznego. Są to przede wszystkim chorzy rehospitalizowani w krótkim czasie (w przypadku których warto zadać pytanie – co jest przyczyną ponownej hospitalizacji?) oraz chorzy ze złożonymi problemami klinicznymi, które niosą ze sobą ryzyko znacznego pogorszenia sprawności funkcjonalnej. Do takich problemów należą np. zespół kruchości (po polsku również określany jako zespół słabości – ang. *frailty syndrome*), czy ryzyko niewydolności wielonarządowej. EDAT udziela też m.in. konsultacji lekarzowi rodzinnemu i pielęgniarce środowiskowej, którzy w razie pytań dotyczących postępowania z chorym starszym mogą się z EDAT bezpośrednio kontaktować. W razie potrzeby można wysłać chorego do konsultacji do zespołu w izbie przyjęć. Podkreślić należy, że konsultacja zespołu oznacza, że biorą w niej udział wszyscy członkowie, w tym również pracownik socjalny. Ma to ogromne znacznie, gdyż w systemie brytyjskim, podobnie jak w polskim, opieka zdrowotna i opieka społeczna są rozdzielone, a EDAT niejako łączy rozdzielone składowe systemu opieki. Poza oceną chorych w izbie przyjęć, członkowie EDAT mają za zadanie, jeśli zachodzi taka konieczność, również składanie wizyt domowych. Konsultacje współpracującego zespołu profesjonalistów przyniosły wymierny skutek. Już w pierwszym roku działania EDAT zmniejszono liczbę koniecznych hospitalizacji o 1/4 i jednocześnie zwiększyła się o połowę liczba chorych wypisywanych w pierwszej dobie, czyli po konsultacji w izbie przyjęć. Ma to szczególne znaczenie wobec udowodnionego faktu, że hospitalizacja osób starszych prowadzić może do nieodwracalnego pogorszenia sprawności. Funkcjonowanie EDAT doprowadziło również do skrócenia czasu hospitalizacji chorych starszych o 4 dni (z 13 do 9 dni).

Innym rozwiązaniem rekomendowanym przez *British Geriatric Society* jest upowszechnienie oceny chorych starszych na podstawie COG. Jak pokazano, wdrożenie właściwej oceny w momencie hospitalizacji (w izbie przyjęć) daje korzyści nawet w długiej perspektywie czasowej, zmniejszając ryzyko kolejnych hospitalizacji i pozwalając chorym na pozostanie w środowisku zamieszkania z mniejszym ubytkiem funkcji poznawczych[15]. Wobec powyższego, BGS w 2012 r. wydało rekomendacje dotyczące zasad postępowania w przypadku zaistnienia sytuacji zagrożenia dla osób starszych (*Silver Book guidelines on emergency care for older people*[16]). Według tego starsza osoba powinna zostać oceniona w ciągu dwóch godzin od czasu

[15] G. Ellis, M. Whitehead, D. Robinson, D. O'Neill, P. Langhorne: *Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital: meta-analysis of randomized controlled trials*, „British Medical Journal" nr 343, d6563.

[16] British Geriatric Society. *Quality care for older people with urgent & emergency care needs*, „Silver Book", <www.bgs.org.uk/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=207&Itemid=888>.

dotarcia do izby przyjęć przez interdyscyplinarny zespół geriatryczny (w nocy w ciągu 14 godzin).

Niezależnie wydano też rekomendacje, aby wszystkie szpitale hospitalizujące osoby starsze rozważyły stworzenie jednostek lub przynajmniej przestrzeni dla szybkiej oceny chorych starszych na podstawie COG, przede wszystkim tych, których charakteryzuje znaczne ryzyko pogorszenia sprawności (zespół kruchości). Ma to umożliwić ich szybki wypis ze szpitala. Przykładem wdrożenia takiego rozwiązania jest szpital w Poole. Utworzono tu w 2010 r. oddział hospitalizacji 48-godzinnych (*Rapid Access and Consultant Evaluation unit* – RACE unit), w którym działa zespół geriatryczny. Oddział daje możliwość reewaluacji chorego po wprowadzeniu leczenia, jeśli to konieczne. Prezentowane rozwiązanie pozwoliło zwiększyć odsetek krótkoterminowych hospitalizacji (nie dłuższych niż 48 godzin) prawie dwukrotnie – z 20% do 36%[17]. Co ciekawe, w ramach tego oddziału hospitalizowani są głównie pacjenci w wieku 80 lat i więcej oraz chorzy ze złożonymi problemami, typowymi dla geriatrii, czyli profil oddziału jest rzeczywiście geriatryczny. W przypadku takich chorych ważne jest to, aby wypis był planowany zaraz po przyjęciu na oddział. Konieczna jest tu ocena sytuacji środowiskowej dla zdefiniowania możliwości wsparcia w środowisku po wypisie lub też określenia istniejących alternatyw dla zamieszkania w środowisku domowym. Po raz kolejny podkreślona jest więc konieczność włączania do zespołu geriatrycznego pracownika socjalnego współpracującego na każdym etapie z jego pozostałymi członkami.

Rekomendacje BGS zwracają uwagę, że nawet przy wydzieleniu oddziałów geriatrycznych w szpitalach starsi pacjenci, w tym ci ze znacznym ryzykiem załamania sprawności, są zawsze również hospitalizowani w innych oddziałach. Istnieje zatem potrzeba uniwersalnego wdrożenia procedury COG. Jednym z rekomendowanych rozwiązań są mobilne zespoły geriatryczne. Potrzeba wdrażania w naszym kraju podobnego rozwiązania została zawarta w standardach opieki geriatrycznej opracowanych przez Zespół ds. Gerontologii przy Ministrze Zdrowia[18]. Przykładem takiego rozwiązania przyjętego w warunkach brytyjskich jest zespół OPAL (*Older Persons Assessment and Liaison teams)*. Zespół wykonuje w obrębie całego szpitala ocenę chorych, konsultuje, koordynuje podejmowane działania terapeutyczne, ale i monitoruje terapię oraz stan chorych[19]. W skład zespołu wchodzi pielęgniarka geriatryczna, fizjoterapeuta specjalizujący się w geriatrii oraz lekarz geriatra (1/2 etatu). Pielęgniarka i fizjoterapeuta wykonują badanie przesiewowe wszystkich hospitalizowanych pacjentów

[17] J. Richards, K. Shamel, S. Stirling: *The RACE unit: rapid access and consultant evaluation*, <www.bgs.org..uk/pdf_cms/admin_archive/2013_autumn_abstracts.pdf>.

[18] Patrz przyp. 12, s. 92.

[19] D. Harari, E. Martin, A. Buttery, S. O'Neill, A. Hopper: *The older persons' assessment and liaison team 'OPAL': evaluation of comprehensive geriatric assessment in acute medical inpatients*, „Age Ageing", nr 36/2007, s. 670-675.

w grupie wiekowej 70 lat i więcej w ciągu 24 godzin od przyjęcia, wykorzystując elementy COG. Pokazano, że wczesne wdrożenie profesjonalnej oceny chorych starszych, bez względu na oddział, w którym są hospitalizowani, prowadzi do znacznego skrócenia czasu hospitalizacji.

Innym ciekawym rozwiązaniem jest tworzenie zespołów geriatrycznych działających w oddziałach, gdzie często hospitalizowani są chorzy starsi, np. na oddziałach chirurgicznych. D. Harari i współautorzy[20] zaprezentowali model, w którym zespół geriatryczny ocenia pacjenta przed operacją pod kątem możliwych zagrożeń dla jego sprawności po zabiegu (nazwa zespołu to *Proactive geriatric liaison with Older People undergoing Surgery* – POPS). W skład zespołu wchodzi lekarz geriatra, pielęgniarka ze specjalizacją z pielęgniarstwa geriatrycznego, fizjoterapeuta, terapeuta zajęciowy i pracownik socjalny. Rozwiązanie zostało zaproponowane już w 2007 r. i ze względu na jego efektywność jest obecnie upowszechniane. Ocenie przez POPS poddawani są chorzy, którzy spełniają co najmniej jeden z poniższych warunków:

- co najmniej dwa upadki odnotowane w wywiadzie w krótkim okresie czasu;
- występowanie zaburzeń funkcji poznawczych;
- potrzeba pomocy w zakresie podstawowych czynności życiowych, takich jak: wstanie z łóżka, chodzenie, dotarcie do toalety, ubieranie;
- duże prawdopodobieństwo otrzymania przez chorego złożonych zaleceń przy wypisie ze szpitala.

Wprowadzenie POPS pozwoliło na istotne zmniejszenie nie tylko liczby powikłań somatycznych zabiegów operacyjnych, ale i częstości występowania *delirium* (zaburzenia funkcji ośrodkowego układu nerwowego w przebiegu chorób somatycznych). Wpłynęło także na poprawę kontroli bólu. Wszystko to znalazło swoje odbicie w skróceniu czasu hospitalizacji (średnio z 15,8 dni do 11,5 dnia, a więc o 1/4).

W Wielkiej Brytanii podjęto też działania na rzecz wyodrębnienia w ramach geriatrii podspecjalizacji, na przykład ortopedii geriatrycznej. Od wielu lat istnieją niezależne rekomendacje dotyczące np. postępowania w stosunku do chorych ze złamaniem nasady bliższej kości udowej. Złamania te w zdecydowanej większości dotyczą osób starszych (najczęściej w wieku 80 lat i więcej), zwłaszcza tych chorujących na osteoporozę. Złamania takie nie tylko uruchamiają ciąg niekorzystnych zdarzeń kończących się niesprawnością, ale i są przyczyną znacznego zwiększenia śmiertelności. Już w 2007 r. *British Orthopaedic Association* (BOA) wspólnie z BGS opracowały standardy postępowania u chorych z tym złamaniem, a rok później stworzyły *National Hip Fracture Database* (baza chorych po złamaniach nasady bliższej kości udowej). Na podstawie tych działań, w 2009 r. powstała baza dobrych praktyk (*best practice*

[20] D. Harari, A. Hopper, J. Dhesi, G. Babic-Illman, L. Lockwood, F. Martin: *Proactive care of older people undergoing surgery ('POPS'): designing, embedding, evaluating and funding a comprehensive geriatric assessment service for older elective surgical patients*, „Age Ageing", nr 36/2007, s. 190-196.

tariff), obejmująca miedzy innymi: przedoperacyjną ocenę chorych przez zespół geriatryczny w celu skrócenia czasu oczekiwania na zabieg i optymalizacji analgezji oraz ocenę pooperacyjną dla szybkiego uruchamiania po zabiegu i optymalizacji sprawności. W wyniku podjętych działań do 2013 r. trzydziestodniowa śmiertelność zmniejszyła się z 10% do 6%, skrócił się czas hospitalizacji, a chorzy częściej opuszczają szpitale z zaleceniami prewencyjnymi upadków i złamań.

Podsumowanie

Na podstawie przedstawionych wybranych przykładów rozwiązań europejskich zastosowanych w geriatrii nie budzi wątpliwości, że konieczne jest stworzenie warunków dla rozwoju geriatrii w polskich szpitalach i skoordynowanie działań podejmowanych w szpitalach z opieką w środowisku. Pozwoli to na dłuższy pobyt osób starszych w ich własnych domach, co jest jednym z podstawowych priorytetów wszelkich działań polityki senioralnej na całym świecie, a według deklaracji decydentów również w Polsce.

prof. dr hab. **KATARZYNA WIECZOROWSKA-TOBIS**
Pracownia Geriatrii
Katedry i Kliniki Medycyny
Paliatywnej UM w Poznaniu,
Przewodnicząca Zarządu Głównego
Polskiego Towarzystwa
Gerontologicznego,
były krajowy konsultant
w dziedzinie geriatrii
(czerwiec 2014-sierpień 2015)

Dyskusja

Dr hab. Joanna Jędrzejczak, prof. nadzw. w Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, dyrektor CMKP

Przede wszystkim chciałam serdecznie pogratulować wszystkim Państwu wystąpień. Poza merytoryczną wartością – niosą one ze sobą duży ładunek emocjonalny, świadczący o znakomitej wiedzy, kompetencjach, dzięki czemu również słucha się z ich z dużą przyjemnością. Kilkukrotnie pojawiała się sprawa kształcenia i liczby geriatrów, w związku z tym czuję się w obowiązku – jako dyrektor Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego (CMKP), zabrać głos w tym właśnie aspekcie. Powiedziałabym tak, że rzeczywiście mamy kilka elementów dobrych, między innymi – to co już tutaj Państwo pokazywali, mianowicie że mamy stopniowy, nieduży, ale jednak wzrost liczby kształcących się geriatrów. Mamy też znakomitą sprawę, która została niedawno uruchomiona, a mianowicie wprowadzenie krótszej „ścieżki geriatrycznej", która pozwala jeszcze szybciej uzyskać tytuł specjalisty geriatrii. Mamy, co jest szczególnie istotne, zwiększenie liczby miejsc, które mają akredytację do kształcenia w geriatrii i które są fundamentem sprawy. Mamy wreszcie – już od jakiegoś czasu, geriatrię wpisaną na listę specjalizacji deficytowych. Pozwala to nie tylko bardziej na geriatrii skupiać działania organizacyjne, ale przede wszystkim w wymiarze praktycznym – pozwala kierownikowi specjalizacji sprawować opiekę nad większą liczbą lekarzy specjalizujących się w geriatrii, niż ma to miejsce w innych dziedzinach. Możliwość sprawowania opieki nad więcej niż trzema lekarzami pozwala na to, aby systematyczny dopływ specjalistów do systemu – mówiąc językiem codziennym, był jeszcze trochę większy. Chciałabym również podkreślić – jako optymistyczny element łączący się z tym wszystkim, o czym mówiłam – kwestię uruchomienia kolejnego projektu unijnego, który Centrum już organizuje i który wprowadza do realizacji. Projekt dotyczy kształcenia

w 10 deficytowych dziedzinach specjalizacji, w których między innymi jest właśnie geriatria. Projekt będzie polegał między innymi na koordynowaniu przez Centrum procesu kształcenia wszystkich lekarzy, którzy wchodzą do systemu kształcenia modułowego w wybranych specjalizacjach. Oznacza to między innymi, że ci lekarze będą mieli organizowane w pewnej części jednolite kursy specjalizacyjne (wspólne dla kilku dziedzin), ale przede wszystkim, dzięki projektowi unijnemu, lekarze, którzy wezmą udział w tych kursach skorzystają z dofinansowania do nich. Mówimy często o tym, że finanse są pewną barierą dla lekarzy w trakcie specjalizacji. Centrum Medyczne zakończyło w tym roku wieloletni projekt kształcenia w ramach innej listy deficytowych specjalizacji, między innymi: kardiologii, onkologii i medycyny pracy. Dzięki temu projektowi i dzięki dofinansowaniu udziału w kursach – zrealizowane zostały w całości wszystkie zakładane cele. Zauważyliśmy, że na początku tych projektów, w latach 2008/2009 dofinansowanie, które było dosyć wysokie w przeliczeniu na każdego uczestnika, w zasadzie było wykorzystywane w 30%-40%, natomiast pod koniec projektu – w 2015 r., praktycznie pieniędzy zabrakło. Dopiero po kilku latach lekarze uświadomili sobie, że rzeczywiście warto wykorzystać mechanizmy tego projektu. Dlaczego o tym mówię? Dlatego, że w nowym projekcie – dotyczącym również geriatrii, mamy bardzo podobny model działania, czyli mamy również dofinansowanie dla lekarzy biorących udział w całym cyklu specjalistycznym, we wszystkich kursach, które są wymagane do zrealizowania programu specjalizacji. Wszyscy specjalizujący się mają zorganizowane te kursy bezpłatnie i dodatkowo dostają średnio około 500 zł dofinansowania. Właśnie to miałam na myśli wspominając o tym optymistycznym aspekcie. Myślę, że rzeczywiście – między innymi dzięki temu projektowi – być może będziemy mogli mieć jeszcze większą liczbę geriatrów w systemie opieki zdrowotnej. Natomiast drugi projekt, o którym tu wspomniano, w którym uczestniczyły, między innymi, obecne tu osoby – w tym Pani profesor Barbara Bień biorąca udział w opracowywaniu programu – to Program wsparcia geriatrycznego dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, fizjoterapeutów, pracowników socjalnych, pielęgniarek. Beneficjentem systemowym tego projektu był Departament Pielęgniarek i Położnych Ministerstwa Zdrowia, natomiast CMKP uczestniczyło w nim jako jeden z realizatorów. W tym projekcie okazało się, że pomimo wsparcia dofinansowania i pomimo zorganizowanego znakomitego programu, który był komplementarny dla tych wszystkich grup, które miały w nim uczestniczyć – największą grupą beneficjentów byli fizjoterapeuci i oczywiście pielęgniarki (fizjoterapeutów powyżej 1200 czy 1300, pielęgniarek około 4000), a najmniej chętnie brali w nim udział lekarze POZ. Dlaczego, naszym zdaniem, tak się stało? Zanim przystąpiliśmy do tego projektu – bardzo długo dyskutowaliśmy nad możliwie najlepszą dla niego strategią realizacji. Staraliśmy się, żeby projekt wskazywał lekarzom POZ coś, co popularnie nazwalibyśmy „marchewką", czyli poza faktem bezpłatnego uczestniczenia w kursie, za który nie ponoszą kosztów, powinni

jeszcze coś zyskać. W związku z tym, że nie było mowy o możliwości zwiększenia stawki kapitacyjnej dla lekarzy sprawujących opiekę i leczących pacjentów w starszym wieku, grupa chętnych lekarzy POZ, która była przeszkolona w tym systemie w zasadzie była bardzo mała. To pokazuje, że w rzeczywistości istnieje potrzeba dodatkowych zachęt dla lekarzy, którzy mają pełnić swoistą niezbędną – ale jednocześnie „społeczną" rolę w systemie ochrony zdrowia. Nawiązując do tego, co powiedziała Pani Profesor, bardzo ważne jest pokazanie tej specjalizacji jako pewnego rodzaju misji – i ja się z tym absolutnie zgadzam. Wtedy daje to lekarzom dodatkową satysfakcję, a satysfakcja jest największym chyba motorem, większym niż pieniądze. Geriatria musi być zatem w pewien sposób uwypuklona, należy pokazać, że lekarz geriatra trochę inaczej wchodzi do systemu i trochę inaczej jest w nim traktowany. Natomiast wracając do sprawy wzrostu liczby specjalistów geriatrów – mamy nadzieję, że ten nowy program unijny przyniesie – tak jak miało miejsce w przypadku kardiologii czy onkologii, zdecydowane zwiększenie liczby geriatrów. Będą oni mogli spełniać swoją ważną misję, chociażby w takich znakomitych systemach, o jakich mówiła Pani Profesor, zbliżonych do systemów kanadyjskich – naprawdę prostych do realizacji. Zdecydowanie warto byłoby takie projekty realizować również w Polsce.

Prof. dr hab. Bolesław Samoliński, Fundacja na Rzecz Zdrowego Starzenia się

Jestem pod wrażeniem spotkania, podobnie byłem pod wrażeniem, kiedy prezes Najwyższej Izby Kontroli referował Państwa badania podczas sejmowej Komisji Zdrowia na jednym ze spotkań w polskim parlamencie. Temat jest niesamowicie złożony, trudny i jest to naturalna konsekwencja tego, że przez bardzo wiele lat miały miejsce zaniedbania w polityce społecznej dotyczącej osób w wieku podeszłym. Konsekwencją tego jest zły stan zdrowia starszej części populacji polskiej. Mówimy o całej strategii państwa wobec osób w wieku podeszłym, która się przekłada później na stan zdrowia tej populacji. To jest bardzo szerokie zagadnienie, wykraczające poza dzisiejsze spotkanie, choć było sygnalizowane w poszczególnych prezentacjach. Na tej sali mamy najlepszych ekspertów w dziedzinie geriatrii – zaczynając od Pana profesora Tomasza Kostki, krajowego konsultanta w dziedzinie geriatrii, Pani profesor Barbary Bień, Pani profesor Katarzyny Wieczorowskiej-Tobis i Pana profesora Tomasza Grodzickiego, a także Pana doktora Jarosława Derejczyka – którzy od wielu lat uczestniczą w debacie na ten temat. Obserwując, co się dzieje w dziedzinie opieki nad osobami starszymi: widzimy wyraźną niespójność w zakresie polityki społecznej i zdrowotnej. W opiece społecznej dużo łatwiej i szybciej można cokolwiek zdziałać, wiele rzeczy zostało zrobionych w ciągu ostatnich 2, 3 lat. W polityce zdrowotnej, nawet gdybyśmy dzisiaj zwiększyli kadry, zapewnili zabezpieczenie zdrowotne w rozumieniu oddziałów opieki w rejonie itd., to nie da się poprawić sytuacji z dnia na dzień, o czym mówił Pan minister Konstanty Radziwiłł. Rozporządzenie ministra zdrowia, które zwalnia z odpłatności za leki

osoby w wieku 75 lat i więcej, na podstawie PESEL, to jest ruch bardzo dobry, to można szybko wdrożyć. Natomiast zbudowanie całej strategii, wykształcenie kadr, zbudowanie zabezpieczenia kompleksowej opieki, o której bardzo dobrze Panie Prelegentki mówiły, to są lata pracy. Nie mamy na to czasu, jesteśmy już spóźnieni. W izbach przyjęć dzieją się dramaty, których Państwo jako Najwyższa Izba Kontroli na pewno nie jesteście w stanie zauważyć, bo to nie był przedmiot Państwa badań. Tak naprawdę w izbie przyjęć pacjent w wieku senioralnym jest najczęściej przyjmowanym pacjentem, który tłoczy się w fatalnych warunkach, czeka godzinami na świadczenie zdrowotne, i jest to zwykle tylko chwilowe świadczenie, a nie stała zorganizowana opieka. Zmiana organizacji tego systemu jest teraz misją i zadaniem numer jeden, o czym wielokrotnie rozmawialiśmy z Panem profesorem Jackiem Imielą, krajowym konsultantem w dziedzinie chorób wewnętrznych. Do tej pory w tej debacie nie partycypowali przedstawiciele środowiska podstawowej opieki zdrowotnej, czego nie rozumiem. Trzeba budować partnerstwo geriatrów z tymi dwoma środowiskami, dlatego, że w miejscu zamieszkania pacjenta (o czym Państwo piszecie w raporcie), jest potrzebna pomoc. A tego nie da się zrobić jedynie przy pomocy geriatrów. W to przedsięwzięcie trzeba zaangażować podstawową opiekę zdrowotną, przy wsparciu oddziałów internistycznych. Do tego dochodzą domy pomocy społecznej itd. itd. Panie prezesie, mam jedną generalną refleksję. Według raportu NIK opieka geriatryczna jest tańsza w sumie o 1380 zł. Jest to prawda do momentu, dopóki nie zrealizujemy postulatu, o którym Panie Prelegentki dzisiaj mówiły, czyli nie podniesiemy finansowania na potrzeby geriatrii, bo jest ona wyraźnie niedofinansowana. Wówczas sytuacja się odwróci i koszt opieki zdrowotnej nad seniorem wzrośnie. Czy będzie on wyższy niż opieki internistycznej – trudno powiedzieć. Warto zamiast typowej hospitalizacji wprowadzić hospitalizacje domowe, zupełnie zaniedbane w naszym kraju. Są tańsze. Taka opieka przesunęłaby wielu pacjentów z oddziałów internistycznych, gdzie jest ten koszt bardzo wysoki. Poprzez odpowiednie regulacje systemowe osoba w wieku podeszłym z wielochorobowością i dysfunkcyjnością wielonarządową powinna być tak umiejscowiona w systemie opieki społecznej i zdrowotnej, aby było to dla niej korzystne, a jednocześnie niskie kosztowo. To jest wyzwanie i to wymaga partnerstwa na pewno przynajmniej ze strony tych dwóch resortów, czyli Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej i Ministerstwa Zdrowia. Bez współdziałania na pewno nie rozwiążemy tego problemu. Zwracam jednocześnie uwagę na potrzebę uszanowania godności ludzkiej, szczególnie w odniesieniu do wieku podeszłego. Pracujemy na nią całe życie. W tej sprawie nie możemy patrzeć tylko na pieniądze. Szanowanie człowieka starego to jest też szacunek dla nas samych.

Prof. dr hab. med. Jacek Imiela, konsultant krajowy w dziedzinie chorób wewnętrznych

Dziękuję za zaproszenie i gratuluję pomysłu tego spotkania, bo jest ono niezwykle potrzebne. Powiem szczerze, że

w pierwszym momencie nie miałem ochoty zabierać głosu, ponieważ bardzo wiele problemów było tu rozsądnie, mądrze i dobrze przedstawionych. My w środowisku internistycznym dyskutowaliśmy o raporcie NIK dotyczącym geriatrii, ponieważ szereg spraw, które dotyczyły interny i geriatrii zarówno w naszym przekonaniu, jak i w ocenie Towarzystwa Internistów Polskich było przedstawionych inaczej niż my to sobie wyobrażamy. Błędne naszym zdaniem oceny NIK dotyczące porównania interny i geriatrii przedstawiliśmy w osobnych pismach.

Ideą tego wszystkiego, co robię jako konsultant krajowy, a za chwilę również jako prezes Zarządu Głównego Towarzystwa Internistów Polskich, jest współpraca między środowiskami medycznymi, w tym także między geriatrami a internistami. W Polsce doszło do sporów w różnych grupach medycznych. Dotyczą one między innymi: podziału środków finansowych, lepszych warunków pracy, możliwości rozwoju. W moim przekonaniu, aby właściwie rozwinąć opiekę nad ludźmi w wieku podeszłym, muszą dobrze współpracować zarówno urzędnicy, jak i organizacje, nie tylko medyczne. W ciągu ostatnich dziesięciu lat geriatria znacząco się rozwinęła. Została doceniona przez władzę, organizacje pozarządowe oraz społeczeństwo. Środowisko geriatryczne i popierające je organizacje zdecydowanie walczą o to, aby geriatria dalej się rozwijała. Jest szereg rzeczy praktycznych, które weszły w życie. Zwiększyła się ilość geriatrów, powstały nowe oddziały geriatryczne. Musimy dalej walczyć o postęp w geriatrii, ale powinno się to odbywać w połączeniu z rozwojem innych dziedzin medycyny. W czasie spotkania przedstawiono jak ten proces przebiega na świecie. Profesor Bolesław Samoliński stwierdził, że nie ma możliwości pełnego rozwoju geriatrii, jeśli nie jest to połączone i skoordynowane z innymi działaniami w kraju – od opieki społecznej poprzez warunki życia i leczenia ludzi w wieku podeszłym. Gorąco popieram takie spojrzenie. Pamiętajmy bowiem, że ludzie starzy często żyją w dramatycznym ubóstwie. Chorzy wielokrotnie po zakończonej kuracji nie chcą opuszczać oddziału, bo nie mają w domu co jeść, nie mają ogrzewania i opieki. Musimy sobie w tym gronie postawić pytanie, co zrobić, by poprawić warunki życia i leczenia chorych w wieku podeszłym. Kropla drąży skałę – im więcej uczynimy i powiemy dziś i jutro, tym większa jest szansa na to, że elementy naszych pomysłów będą zrealizowane.

Całościowa zmiana systemu opieki zdrowotnej musi obejmować ludzi w wieku podeszłym. Nawet jeśli pewne działania będą nieskuteczne, zróbmy to, co jest możliwe. Musimy też pamiętać o postępie, jaki w geriatrii obserwujemy na świecie. W moim przekonaniu takimi rozwiązaniami są na przykład zmiany edukacyjne prowadzące do zwiększenia ilości geriatrów. Jest to „szybka ścieżka" specjalizacji z geriatrii dla lekarzy internistów. Warto tworzyć oddziały geriatryczne i zwiększać ilość łóżek geriatrycznych, szczególnie w szpitalach wielospecjalistycznych. Można tworzyć pododdziały geriatryczne przy oddziałach wewnętrznych. Jeśli będzie wystarczająca ilość geriatrów, w moim przekonaniu można ich zatrudniać jako konsultantów geriatrycznych, szczególnie w oddziałach

wewnętrznych lub w SOR. To stanowisko popiera także Naczelna Izba Lekarska. Pamiętajmy, że dziś chory w wieku podeszłym trafia najczęściej na internę. W Polsce w oddziałach wewnętrznych leczy się rocznie 1 milion 200 tysięcy chorych, z tego połowa (ok. 600 tys.) to chorzy w wieku podeszłym. W oddziałach geriatrycznych rocznie leczy się ponad 20 tysięcy chorych. Pokazuje to, jak wielki udział w leczeniu starszych pacjentów mają interniści. Dlatego bezwzględnie należy połączyć działania geriatrii i interny, aby zapewnić lepsze leczenie chorych w wieku podeszłym. Jeśli pogorszy się sytuacja interny, co w moim przekonaniu może się zdarzyć (takie oceny przesyłałem Państwu w osobnych pismach), w szybkim tempie załamie się leczenie ludzi starszych. Dotyczy to także działania POZ. Bardzo trudną sprawą jest kwestia finansów. Interna i geriatria mają te same problemy finansowe. Obie dziedziny powinny zostać dofinansowane, a procedury medyczne właściwie wycenione. Niskie płace powodują, że lekarze odchodzą z pracy w oddziałach wewnętrznych. Nowy system kształcenia, czyli system modułowy, zmniejsza ilość chętnych do specjalizowania się zarówno w internie, jak i w geriatrii. Jedziemy niestety, przykro to powiedzieć, na tym samym trochę połamanym wózku. Cały wysiłek powinien więc pójść w tym kierunku, aby nie dopuścić do załamania podstawowych dziedzin medycyny, tzn. interny, geriatrii, pediatrii, chirurgii i medycyny rodzinnej. To jest apel do władz i także do Najwyższej Izby Kontroli. Chciałbym bardzo, aby współpraca internistów z geriatrami układała się jak najlepiej. Myślę, że tak będzie, ponieważ wspólnie walczymy o dobro człowieka, którego dotknęła choroba.

Prof. Barbara Gryglewska, konsultant wojewódzki w dziedzinie geriatrii dla województwa małopolskiego, dyrektor Medycznego Centrum Kształcenia Podyplomowego Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Chciałabym jednoznacznie podkreślić, że dla szkolenia lekarzy geriatrów musimy mieć więcej miejsc akredytowanych na szkolenia, bo szkolenie obejmuje nie tylko wyłącznie kursy, które realizujemy w różnych centrach szkoleniowych, ale także szkolenie praktyczne, które musi się odbywać na ostrych oddziałach geriatrycznych. Decyzję o tworzeniu takich oddziałów mogą podjąć jedynie dyrektorzy szpitali. Istotne jest, aby jednostki rządowe, samorządowe i inne, odpowiedzialne za tworzenie systemu opieki medycznej, motywowały dyrektorów szpitali do tworzenia oddziałów geriatrycznych. Nowe oddziały, po uzyskaniu akredytacji do szkolenia, mogą prowadzić szkolenie specjalizacyjne w regionie. Tym samym ułatwiony będzie dostęp do szkolenia specjalizacyjnego. Stanie się też możliwe tworzenie zespołów geriatrycznych do sprawowania opieki nad chorym starszym. Poprawi się także dostęp do geriatry bliżej miejsca zamieszkania starszych pacjentów. Jest to o tyle istotne, że starszy pacjent często nie ma możliwości dotarcia do większego ośrodka, w którym najczęściej dostęp do geriatrycznego leczenia specjalistycznego jest łatwiejszy, jak na przykład w Krakowie. W związku z tym,

uważam za słuszny postulat, aby zaapelować do dyrektorów szpitali o tworzenie oddziałów geriatrycznych.

Prof. dr hab. Tomasz Kostka, konsultant krajowy w dziedzinie geriatrii, kierownik Kliniki Geriatrii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Moi wspaniali przedmówcy chyba o wszystkim powiedzieli, natomiast wywołany trochę przez Pana profesora Bolesława Samolińskiego i Pana profesora Jacka Imielę chciałbym tylko podkreślić jak niezwykle ważny jest problem współpracy geriatrów z lekarzami rodzinnymi i z lekarzami chorób wewnętrznych. Musimy wykorzystać siłę polskiej interny, która ma ogromny potencjał, po to, żeby stworzyć, tak jak Pan Profesor mówi, sieć oddziałów, czy pododdziałów geriatrycznych, czy ewentualnie rozszerzyć działalność interny, bo w mojej opinii to jest nieuniknione. Za 20 lat musimy jak najbardziej holistycznie, całościowo, mówiły o tym Panie Profesor, objąć nawet 90% wszystkich spraw opieką w obrębie oddziału, korzystając oczywiście z konsultacji innych specjalistów wtedy, kiedy tylko to jest możliwe. Chciałbym jeszcze powiedzieć o dwóch sprawach. Wspomniano o systemie opieki nad osobami ze złamaniami i osobami w wieku starszym ze złamaniami, głównie szyjki kości udowej. To się nazywa ortogeriatria, system ortogeriatrii funkcjonuje w wielu krajach. Pokazano jak działa w Wielkiej Brytanii, ale jest też australijski system ortogeriatrii, w Danii tego typu oddziały się rozwijają. W ramach tego systemu osoba starsza, u której dochodzi do złamania szyjki kości udowej w ogóle nie trafia na ortopedię, tylko kierowana jest na geriatrię, tam przychodzi ortopeda, konsultuje, jeżeli trzeba, kwalifikuje do zabiegu operacyjnego. Po operacji ta starsza osoba przez OJOM wraca z powrotem na geriatrię, oczywiście cały czas jest tam pod okiem również lekarza ortopedy. Udowodniono, mamy na ten temat naprawdę całkiem niezłe publikacje Evidence Based Medicine, że ten system jest, po pierwsze, lepszy dla pacjenta pod kątem szansy wyjścia do domu i dalszego samodzielnego funkcjonowania w środowisku domowym, po drugie, jest to tańsze. I ostatnia rzecz, o której chciałbym powiedzieć. Pani profesor Katarzyna Wieczorowska-Tobis wspomniała o niezwykle ważnym aspekcie rehabilitacji geriatrycznej. W krajach Europy Zachodniej wygląda to tak, że 2/3 łóżek geriatrycznych to jest właśnie rehabilitacja geriatryczna, gdzie są kierowani pacjenci po pobycie na tak zwanej ostrej geriatrii. W Polsce dysponujemy niecałym tysiącem łóżek, więc żeby dojść do tych standardów zachodnioeuropejskich, belgijskich, konkretnie powinniśmy mieć 30 tysięcy łóżek geriatrycznych. 2/3 z tych łóżek stanowi rehabilitacja geriatryczna, czyli pacjent po pobycie w oddziale geriatrii lub innym oddziale, neurologii, ortopedii, trafia do oddziału rehabilitacji geriatrycznej. Tam jest poddawany zabiegom rehabilitacyjnym przez około miesiąc po to, żeby jak najlepiej być przygotowanym do powrotu do swojego środowiska domowego – bo taki jest nasz główny cel. W Polsce takich oddziałów właściwie nie ma, tę funkcję pełnią albo domy pomocy społecznej, albo zakłady opiekuńczo lecznicze, ale ich konotacja nie jest najlepsza. I to jest, wydaje mi się, też jeden z najważniejszych celów. My, jako Zespół do spraw Gerontologii

przy Ministrze Zdrowia, w imieniu zespołu, z Panem doktorem Derejczykiem, już parę lat temu napisaliśmy projekt, jak to powinno wyglądać. Projekt jest, a oddziałów rehabilitacji geriatrycznej nie ma.

Dr n. med. Jarosław Derejczyk, dyrektor Szpitala Geriatrycznego im. Jana Pawła II w Katowicach

Sądzę, że jest to spotkanie, z którego pewnie nie wypłyną zbyt daleko idące ugruntowane wnioski, ale pomysły i sugestie na pewno i decyzją Państwa jest jak naszą dyskusję przekuć w trwalsze fakty. Dobrym przykładem jest widoczna obecność i skuteczne działanie, w ciągu minionych 2 lat, Departamentu Polityki Senioralnej w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej. Pozostawił on bardzo wyraźne organizacyjnie ślady, i zakcelerował różne działania, które są teraz scalane. Po raz kolejny wspomnę Pana profesora Bolesława Samolińskiego, który współpracował z tym departamentem. Zdziwieniem w środowisku gerontologów odbiła się decyzja rozwiązania w sierpniu 2015 r. Zespołu do spraw Gerontologii. Wydarzyło się to w momencie kiedy jest dość dużo do zrobienia i nie do końca wiem, jakie były przesłanki takiego działania. Mam wrażenie, że jeśli nie w tej formie, to w jakiejś innej brakuje nam forum do wspólnego dyskutowania i do wymiany poglądów oraz doświadczeń. Przykładem niech będzie niechęć lekarzy rodzinnych do korzystania z oferty edukacyjnej Departamentu Pielęgniarstwa i CMKP w zakresie szkoleń z geriatrii. W odpowiedzi na zgłaszany przez Panią dyrektor Joannę Jędrzejczak problem, wydaje mi się, że podobnie jak w dostarczaniu świadczeń geriatrycznych jest nas za mało, podobnie jest nas za mało na tę ilość potrzeb edukacyjnych. Przez najbliższe 10 lat, nawet gdyby bardzo szybko zwiększała się liczba specjalistów, powinniśmy obok konsultacji telegeriatrycznych i obok telemedycznego tutoringu zaprojektować teleedukację, z ośrodków, które praktycznie pracują z dużą ilością pacjentów w starszym wieku. Sam mam przyjemność w takim ośrodku pracować i wydaje mi się, że korzystanie z programu teleedukacyjnego CMKP byłaby dla nas korzystne. W naszym szpitalu przyjmujemy 150 starszych chorych miesięcznie, a zatrudniamy 9 geriatrów, jest to więc dość trudne. Gdybyśmy jednak mogli pomóc w ten sposób, że przygotujemy film edukacyjny z ciekawych przypadków, by pokazać uczącym się lekarzom, jak przebiega ich ocena i plan leczenia, to damy to coś, co w danej branży dla młodych lekarzy jest atrakcyjne. Dla lekarzy jest to oferta dotychczas nieoferowana. Można w programie szkoleń zaplanować zdobywanie kolejnych poziomów z punktami za pokonywanie zadań praktycznych i testowych. Może to być prostsze niż układanie przyjezdnych 8-godzinnych kursów po 45 minut z wykładami pozbawionymi akcentów praktyki. Wydaje mi się, że wykorzystanie nowych form edukacji jest pilnym tematem do rozważenia w poprawie opieki nad starszymi chorymi.

Prof. dr hab. Bolesław Samoliński

Do teleedukacji, misji, którą podejmuje Centrum Kształcenia Podyplomowego, a za którą odpowiadam w Warszawskim Uniwersytecie Medycznym, ważne jest, żebyśmy dołączyli również system telekonsultacji. Temat ten został podjęty

podczas spotkania ministrów zdrowia krajów unijnych w Luksemburgu w ramach prezydencji luksemburskiej w Radzie Unii Europejskiej. Lekarz POZ nie jest pozostawiony sam sobie w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych swoich chorych. Może w każdej chwili umówić pacjenta na konkretny dzień w swoim gabinecie, połączyć się ze specjalistą, np. geriatrą i przedyskutować przypadek. To jest niesamowicie ważne, żebyśmy w ten sposób zapewniali, wykorzystując nowe narzędzia, dobrą opiekę osobie w wieku podeszłym. Innowacyjność ma tu absolutnie kluczowe znaczenie. Bez innowacyjności nie rozwiążemy narastających problemów populacji osób w wieku podeszłym, w tym wielochorobowości, niewydolności wielonarządowej. To jest wyzwanie i misja dotycząca strategii rozwoju geriatrii i gerontologii.

Dr hab. Joanna Jędrzejczak

Chciałabym się jeszcze odnieść do kwestii podniesionej przez Pana profesora Bolesława Samolińskiego i kontynuując myśl innowacyjnego kształcenia podkreślić, że CMKP uważa tę formę kształcenia za niezwykle cenną, oraz że CMKP takie nowoczesne metody już stosuje. Jesteśmy również zainteresowani ich rozwijaniem i współpracą w tym zakresie, między innymi dlatego, że Centrum Medyczne uruchomiło platformę edukacyjną do kształcenia medycznego. W związku z tym, szczególnie cenna jest koncepcja kształcenia lekarzy POZ poprzez system tego rodzaju platform e-learningowych, z położeniem szczególnego nacisku nie tylko na teorię, ale właśnie na przypadki kliniczne. Chciałabym również powiedzieć, że w tym projekcie, w którym współpracowaliśmy, nacisk edukacyjny położony był właśnie na analizę przypadków oraz na zdobywanie wiedzy i umiejętności właśnie na podstawie tych przypadków. Odeszliśmy od czystej teorii, na rzecz pokazania pracy w gabinecie fizjoterapeuty, lekarza POZ, pielęgniarki. Chcielibyśmy unaocznić, jak należy współpracować w prowadzeniu takiego pacjenta, jak kształtować prawidłowe podejście diagnostyczne, terapeutyczne i rehabilitacyjne. Jestem przekonana, że jak najbardziej należy rozwijać takie właśnie wykorzystanie innowacyjnych technik dydaktycznych, takich jak platforma edukacyjna. Jako Centrum Medyczne jesteśmy jak najbardziej za i z przyjemnością będziemy się włączać w przyszłości w dyskusje nad tego typu projektami, jak również w ich realizację.

Dr n. med. Elżbieta Kozak-Szkopek, konsultant województwa mazowieckiego w dziedzinie geriatrii

Poruszona była kwestia szkolenia lekarzy rodzinnych w zakresie geriatrii. Istotne byłoby, aby efektem tego szkolenia była lepsza opieka nad osobami starszymi. Tutaj należy przypomnieć rekomendacje projektu PolSenior w tym zakresie. Opierały się one na prowadzeniu badań okresowych, dotyczących bilansu zdrowia osób starszych, badań, które byłyby w stanie wcześniej wykryć wielkie problemy geriatryczne, czyli zaburzenia pamięci, zaburzenia sprawności, upadki, niedosłuch, niedowidzenie, niedożywienie. Problemy te są oceniane za pomocą skal Całościowej Oceny Geriatrycznej, której elementy mogliby wykonywać lekarze podstawowej opieki zdrowotnej, kwalifikując pacjentów do takich badań, chociażby na

podstawie skali VES-13, pozwalającej na ocenę trudności w samodzielnym wykonywaniu czynności z powodu stanu zdrowia. Uzyskalibyśmy efekt, który jest istotny w opiece nad osobami starszymi, czyli utrzymanie osoby starszej jak najdłużej w swoim własnym środowisku. I to jest cel, który w prawidłowo prowadzonej opiece nad osobami starszymi, powinien być priorytetem. Przedstawiając sprawę pod kątem finansowym – jest to dla systemu po prostu najtańsza forma opieki. Kolejnym z tym związanym istotnym problemem jest dobra współpraca między opieką zdrowotną, a opieką społeczną. W tym obszarze też brakuje spójności prowadzenia opieki bezpośrednio w środowisku pacjenta. Brakuje takich wizyt patronażowych u pacjentów 70-letnich, 80-letnich, czy 90-letnich, po to, aby mieć wgląd w środowisko tego pacjenta i wcześniej wyprzedzać te problemy, z których wyniknie pogorszenie stanu zdrowia i potrzeba instytucjonalizacji, w tym hospitalizacji, której chcemy przecież uniknąć.

Prof. zw. dr hab. Mirosław Stec, członek Kolegium NIK, Uniwersytet Jagielloński

Jestem prawnikiem i muszę powiedzieć, że otrzymawszy zaproszenie pomyślałem – przyjdę i będę słuchał lekarzy, a z tego co mówią i tak niektórych rzeczy nie zrozumiem. Okazuje się, że wszystko zrozumiałem, co więcej, nie tylko zrozumiałem, ale nasunęły mi się pewne kwestie, o których chciałbym słów parę powiedzieć. Wywołane one zostały doświadczeniami jako osoby, należącej do środowiska, w którym opieka nad najbliższymi, starszymi i często schorowanymi członkami rodziny jest powinnością. Starsze osoby często mieszkają z nami i powstaje problem braku umiejętności i „kompetencji" w służeniu im pomocą. Rodzi się zatem pytanie w prezentowanym systemie: czy jest, a jeśli tak (co wydaje się oczywiste), to jaka ma być nasza rola, czyli najbliższych opiekujących się taką osobą? Bo nie chodzi o przyjście pielęgniarki, ponieważ określone czynności i działania medyczne musi wykonać profesjonalista. Niektóre zdarzenia mają charakter nagły, ale niewymagający chociażby przyjazdu karetki pogotowia. Może wystarczyłaby pewna konsultacja, nawet telefoniczna, ale gdzie się zwrócić? Kończąc chciałem bardzo serdecznie podziękować za wszystkie prezentacje, które nam, laikom medycznym, ale równocześnie osobom wchodzącym w orbitę Państwa aktywności, dały znaczną porcję informacji, jak również materiału do przemyśleń.

Prof. zw. dr hab. Elżbieta Kryńska, członek Kolegium NIK, Uniwersytet Łódzki

Zgodzić się trzeba, iż zdrowe starzenie zaczyna się od dzieciństwa. Kiedyś, już dawno temu, napisałam artykuł naukowy o aktywności zawodowej osób starszych, a dokładniej – o potrzebie wydłużenia życia zawodowego. Artykuł został opublikowany, zatem można sprawdzić, iż kończy się konkluzją dotyczącą działań to wydłużanie umożliwiających. Otóż działania te – moim zdaniem – powinny rozpoczynać się znacznie wcześniej niż w okresie dochodzenia do późnych faz życia zawodowego. Najlepiej – na samym jego początku. Ważną, jeżeli nie najważniejszą ich częścią powinna być profilaktyka zdrowotna

i właściwa opieka medyczna. To one bowiem powinny doprowadzać nas w dobrej kondycji do wieku zaawansowanego i – dzięki temu – umożliwiać długi czas świadczenia pracy w zgodzie z własnym organizmem.

Pragnę również mocniej zaakcentować wątek, który przewijał się w tle Państwa rozważań o charakterze medycznym. Chodzi o inne niż najczęściej spotykane traktowanie nakładów na leczenie i opiekę nad osobami starszymi, nie w kategorii kosztów, a w kategorii inwestycji. Pewnym uzasadnieniem dla podejścia „kosztowego" jest niezaprzeczalny fakt, iż (jak mówił jeden z klasyków) starość na pewno może być okresem pięknym, twórczym i satysfakcjonującym, tylko że marnie się kończy. I to, niestety, zawsze. Nie dopuszczając jednak do tak smutnych konstatacji, trzeba – w świetle istniejących i udowodnionych korzyści gospodarczych płynących z wydłużonej aktywności zawodowej zasobów pracy – nakłady na leczenie i opiekę nad osobami starszymi uważać za swego rodzaju inwestycję, co wymaga ich wmontowania w prosty rachunek ekonomiczny. Nakłady te – po pierwsze – umożliwiają przede wszystkim świadczenie pracy zawodowej pozbawionym wsparcia instytucjonalnego osobom, opiekującym się – z jednej strony – swoimi starymi rodzicami, a z drugiej – własnymi dziećmi (chodzi o tzw. „*sandwich generation*"). Te osoby są obciążone psychicznie i fizycznie, co często prowadzi do decyzji o przedwczesnej dezaktywizacji zawodowej. Nie wymaga szczególnego procesu dowodowego, iż wiele poświęcają zarówno w aspekcie materialnym, jak i niematerialnym, ale czynią to na rzecz zapewnienia właściwej opieki wszystkim zależnym od nich członkom rodziny. A – po drugie – brak takich nakładów (ponoszonych już wcześniej – z wyprzedzeniem!) ogranicza możliwość świadczenia pracy przez seniorów. Ten brak aktywności zawodowej części społeczeństwa ma bardzo konkretny wyraz ekonomiczny, a zatem – przeprowadzenie rzetelnego rachunku ekonomicznego jest ze wszech miar uprawnione.

Dwa lub trzy lata temu tłumaczyłam się w Brukseli przed wysokimi przedstawicielami ważnego komitetu z niskiego (najniższego w Unii Europejskiej) poziomu aktywności zawodowej osób starszych w Polsce. Na tym samym spotkaniu przedstawicielka kraju o najwyższej aktywności zawodowej seniorów (Szwecji) przedstawiała sposoby jej osiągnięcia. Co więcej, mówiła też o potrzebie i konkretnych działaniach na rzecz aktywizacji zawodowej – nie sześćdziesięciolatków – a siedemdziesięciolatków! I to wszystko w kraju znacznie bogatszym od naszego.

Wracając do zasadniczego tematu naszego seminarium – aktywność zawodowa ludzi starszych jest ważnym, a właściwie podstawowym elementem ich rehabilitacji poprzez pracę. Obecnie znajduje to wyraz między innymi w koncepcji „srebrnej gospodarki", wskazującej i podkreślającej wysoki poziom użyteczności różnorakich potencjałów zbiorowości osób starszych. Jest bowiem (jednak) wiele atutów starzenia się istotnych dla procesów ekonomicznych, jak np. walory zawodowe seniorów (doświadczenie, przewidywalność, lojalność) i ich zasoby materialne (są oni coraz częściej dobrze wykształceni i dysponują – wbrew pozorom niekiedy znacznymi – środkami finansowymi).

A zatem – dziękując Państwu za podjęcie tematu i sposób jego przedstawienia proszę jednocześnie o posłużenie się również argumentami ekonomicznymi dla uzasadnienia, iż pomoc i opieka medyczna nad osobami starszymi to nie są koszty. To są inwestycje o pewnej i dobrej stopie zwrotu.

Prof. dr hab. Barbara Bień, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Chciałabym się odnieść do wypowiedzi Pana profesora Mirosława Steca, który pytał o to, kto powinien edukować i wspierać opiekuna rodzinnego osoby starszej, w sytuacji krytycznego pogorszenia stanu podopiecznego. Muszę, niestety, Pana zmartwić. W naszym systemie opieki zdrowotnej i społecznej w praktyce nie ma nikogo poza członkiem rodziny, kto mógłby przejąć opiekę nad doświadczonym chorobą seniorem. Kodeks rodzinny, jak podkreśla polityk społeczny profesor Błędowski, zobowiązuje dzieci do świadczenia pomocy w razie zaistnienia takiej potrzeby. Jednak, jeżeli choroba nagle doświadcza rodzinę, to oczywistym oparciem, jak na to nazwa wskazuje, jest lekarz pierwszego kontaktu, czyli lekarz rodzinny. Wystarczy telefonicznie zwrócić się do lekarza rodzinnego lub pielęgniarki środowiskowej z prośbą o pomoc, radę i wsparcie.

Mam wiele wątpliwości, co do uporządkowania i wydolności naszego systemu, zwłaszcza w zakresie opieki nad seniorami. Mówiąc obrazowo, widzę nasz system opieki zdrowotnej jako patchwork pozszywany z różnych łatek. Są wśród nich: placówki publicznej służby zdrowia; placówki niepubliczne, czyli teoretycznie prywatne, ale posiadające kontrakt z NFZ, więc bezpłatne dla pacjenta lub bez kontraktu i wówczas odpłatne dla pacjenta; indywidualne praktyki prywatne (opcja dla oczekujących miesiącami w kolejce do specjalisty). Również w systemie opieki stacjonarnej funkcjonują w tych samych jednostkach „kontraktowcy", czyli lekarze zatrudnieni na podstawie umów cywilno-prawnych i „etatowcy", jeżeli dochód z kontraktu nie pokrywa kosztów usług. Budzi to obawy o wzajemne relacje między podmiotami, o odpowiedzialność za decyzje i nie służy zapewnieniu przejrzystości systemu i ciągłości opieki.

Taki chaotyczny i nieuporządkowany system nie sprzyja realizacji misji POZ. Pielęgniarki zamiast oferować edukację, pomoc i wsparcie w sytuacji przedstawionej przez Pana Profesora, obarczone są czynnościami administracyjnymi lub instrumentalnymi na zlecenie lekarza (pomiary RR, glikemii, pobieranie krwi do badania, wykonywanie iniekcji). A to przecież one zaliczyły 80-godzinny program z pielęgniarstwa geriatrycznego (lekarz nie był uczony geriatrii wcale lub kilka godzin).

Jeżeli Pan przewodniczący pozwoli, to od razu odniosę się do kwestii „srebrnej gospodarki" poruszonej przez Panią prof. Elżbietę Kryńską. Będąc na stypendium w Szwecji, jeszcze w latach 80. ubiegłego wieku, widziałam realizację programu przygotowanego dla kobiet 50+, które z różnych powodów nie miały szansy na zatrudnienie. Otóż miały one okazję do zatrudnienia się w sektorze pomocy społecznej jako opiekunki osób starszych niesprawnych, oczywiście po zaliczeniu specjalnie dla nich przeznaczonego szkolenia. Uzyskanie kompetencji opiekuna medycznego przez kobiety bezrobotne

byłoby szansą dla nich samych, dla ich przyszłych podopiecznych, ale i dla całego kraju (spadek bezrobocia).

Prof. dr hab. Katarzyna Wieczorowska-Tobis, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

W polskim systemie, jak wynika z badań wykonanych w ramach projektu PolSenior na reprezentatywnej dla Polski grupie osób starszych, bez względu na grupę wiekową w ponad 90% przypadków opiekę sprawuje rodzina. Jest rzeczywiście tak, że bardzo często ta rodzina chciałaby więcej wiedzieć, żeby lepiej opiekę sprawować i nie wie, skąd zdobyć potrzebne informacje. Opieka rodzinna jest jedną z ważniejszych cech naszego systemu opieki, której nie umiemy docenić. Opiekun rodzinny, aby sobie poradzić z trudną codziennością wymaga wsparcia, którego nasz system, niestety, nie zapewnia. Konieczne jest zatem wprowadzenie możliwości dokształcenia opiekunów rodzinnych, po to, aby pokazać im co można zrobić w kryzysowych momentach i jak postąpić w konkretnych sytuacjach, czyli np. pomóc im odpowiedzieć na pytanie, kiedy rzeczywiście trzeba wezwać pomoc. Musimy też zdać sobie sprawę, że bardzo często opiekunem rodzinnym jest współmałżonek, czyli mamy 80-latka, którego opiekunem jest drugi 80-latek. Taka opieka często sprawowana jest wzorowo. Jednak dla takiego opiekuna musi być wsparcie/pomoc, ponieważ jego niesprawność i wypadnięcie z roli tworzy sytuację, w której może być konieczne zapewnienie opieki nad dwiema niesprawnymi osobami.

Kiedy więc mówimy o opiece nad osobami starszymi i chcemy rozważać potrzeby w kontekście możliwie długiego samodzielnego ich funkcjonowania we własnych domach, to w polskim systemie musimy podkreślać rolę opiekuna rodzinnego i zastanowić się w jaki sposób na co dzień można im pomóc. O obciążeniu związanym ze sprawowaną opieką może świadczyć fakt, że co druga osoba opiekująca się chorym na chorobę Alzheimera umiera wcześniej niż sam chory. Opieka taka bowiem jest ogromnym obciążeniem i prowadzi często do wyczerpania.

Wsparcie dla opiekunów rodzinnych organizują samorządy i organizacje pozarządowe. Obejmuje ono również edukację. Są to na przykład warsztaty dla opiekunów rodzinnych, na których przede wszystkim przekazuje się umiejętności praktyczne. W Wielkopolsce, z której pochodzę, jest realizowanych wiele takich projektów. Mam więc wrażenie, że koło zamachowe już ruszyło i rzeczywiście tym opiekunom rodzinnym, którzy chcą zajmować się osobami starszymi będzie coraz łatwiej znaleźć odpowiedzi na nurtujące ich pytania oraz znaleźć pomoc w codziennym trudnym funkcjonowaniu. Niezależnie od tego konieczne jest jednak wprowadzenie rozwiązań systemowych.

Prof. Barbara Gryglewska

Chciałabym dodać, że z punktu widzenia sprawowania opieki nad starszym chorym, niezwykle ważnym problemem jest także brak informacji. Wiele samorządów, jak np. w Małopolsce, podejmuje działania, aby przygotowywać odpowiednie informatory dla rodzin czy opiekunów. Jednak nie jest to powszechne. Rodziny często są zdezorientowane, gdzie się udać po wypożyczenie sprzętu, do kogo się

zwrócić o informację, zwłaszcza że często lekarz POZ też nie ma takich danych. W związku z powyższym należy wspierać działania jednostek samorządowych, ukierunkowane na tworzenie dla starszych chorych różnorodnych systemów informacji o formach opieki i pomocy dostępnych w regionie.

Wiceprezes NIK Jacek Uczkiewicz:

Proszę Państwa, przyszło mi zakończyć nasze dzisiejsze spotkanie, ale jest jeszcze parę spraw. Najpierw chcę bardzo podziękować autorom prezentacji za niezwykle cenne dla nas jako audytorów, ale również dla nas jako zwykłych ludzi informacje, których spektrum jest przeogromne. Bardzo dziękuję także za dyskusję, która była świetnym uzupełnieniem tych prezentacji. Najwyższa Izba Kontroli opublikowała raport z badań. Trzeba wiedzieć, że nie jest rolą zewnętrznego audytora – najwyższego organu kontrolnego w państwie – formułowanie, tworzenie jakiejkolwiek polityki. Naszym zadaniem jest kontrola już opracowanych i wdrażanych dziedzin polityki, bądź wskazywanie braku takowych. Naszym zadaniem jest pomoc władzom publicznym w konstruowaniu polityki czy też systemów, czyli logicznych, skoordynowanych działań, które mają określone cele. Wydaje się, że tę rolę wspólnie właśnie wypełniamy, ponieważ tego typu posiedzenia Kolegium NIK organizujemy niezmiernie rzadko, głównie w sprawach, które uznajemy za bardzo ważne, które są wyzwaniem wielopłaszczyznowym, a więc nie tylko medycznym, ale także ekonomicznym i społecznym. To było pięknie przedstawione przez Panią profesor Barbarę Bień w prezentacji. Nasze zadanie wypełnimy jednak ostatecznie dopiero wtedy, kiedy wnioski z dzisiejszej debaty uporządkujemy i prześlemy stosownym organom, władzom. Niezależnie bowiem od tego, że cały materiał będzie prezentowany w naszym czasopiśmie „Kontrola Państwowa", to résumé tego spotkania, jako następstwo naszego raportu, prześlemy do głównych animatorów odpowiedzialnych za ten obszar problemowy.

Pan profesor Jacek Imiela użył sformułowania „środowisko geriatryczne", twierdząc że problem, o którym dyskutujemy, wykracza poza tak zwane środowisko geriatryczne. Jak rozumiem, są to osoby, które zawodowo, instytucjonalnie są zaangażowane w ten problem. Idąc śladem myśli Pana profesora Imieli – chodzi o to, żebyśmy środowisko geriatryczne rozszerzali, żeby ono się powiększało nie tylko o ludzi związanych z medycyną, ze służbą zdrowia, ale też o ludzi, którzy są odpowiedzialni za jakość życia naszych seniorów. Również o to, aby i samorządy terytorialne były w coraz większym stopniu w to włączane. Dlatego też, jak wspomniałem, résumé i wnioski, które z dyskusji wypływają uszeregujemy i prześlemy do zainteresowanych ministerstw, przede wszystkim do ministra finansów, ministra polityki społecznej, ministra zdrowia, jak również do właściwych komisji sejmowych i senackich. Po to także, aby mieć swój udział w inspirowaniu władzy do systemowego patrzenia na bardzo ważne problemy społeczne.

WYDAJE NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Projekt graficzny: Studio Graficzne FILE
Skład i łamanie: Sławomir Jakoniuk
Druk i oprawa: Wydział Wydawniczy NIK
Nakład 700 egz.