

GERIATRIA W POLSCE A.D. 2018

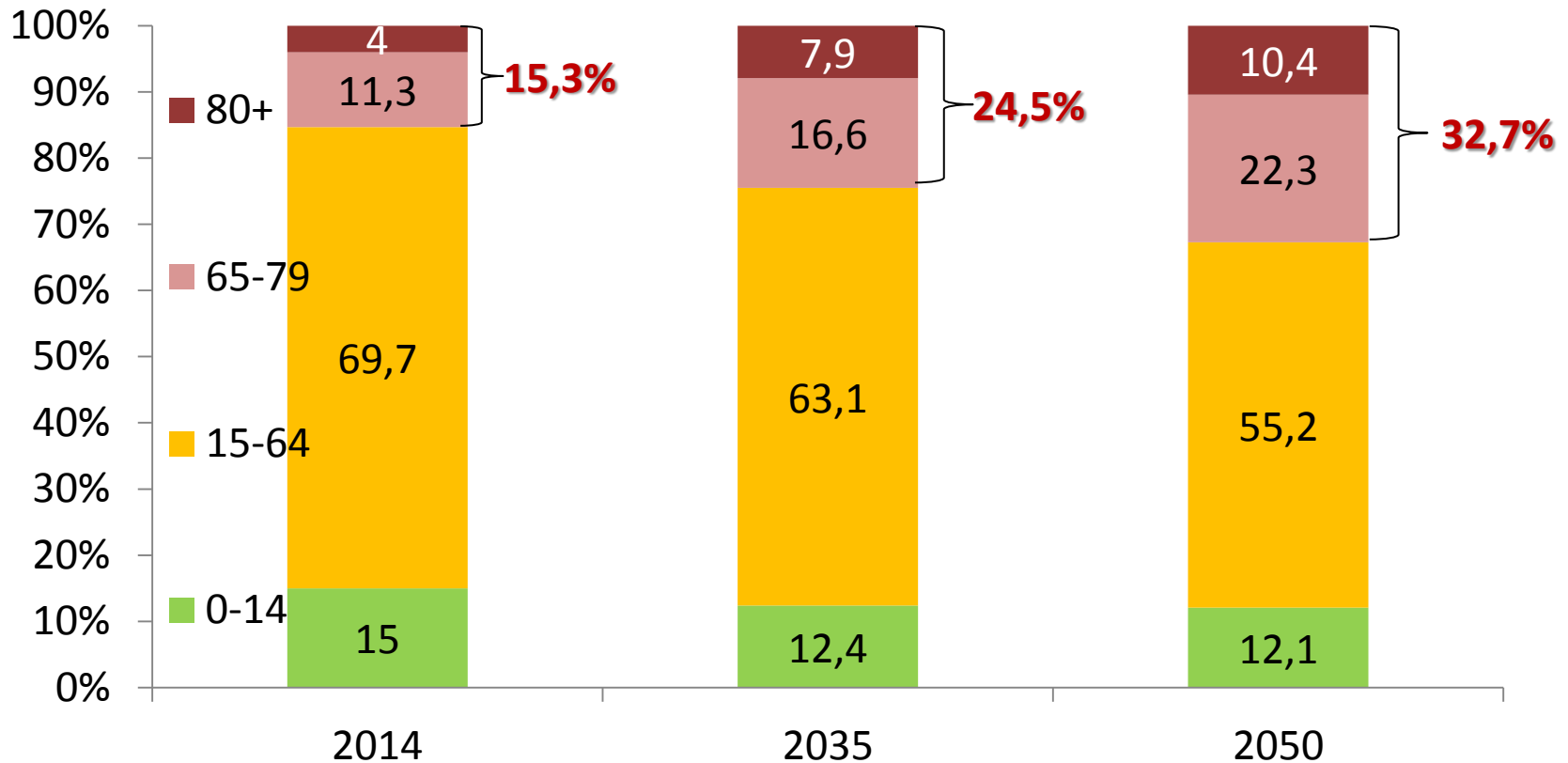
Prof. dr hab. med. Barbara Bień

Konsultant Wojewódzki ds. Geriatrii

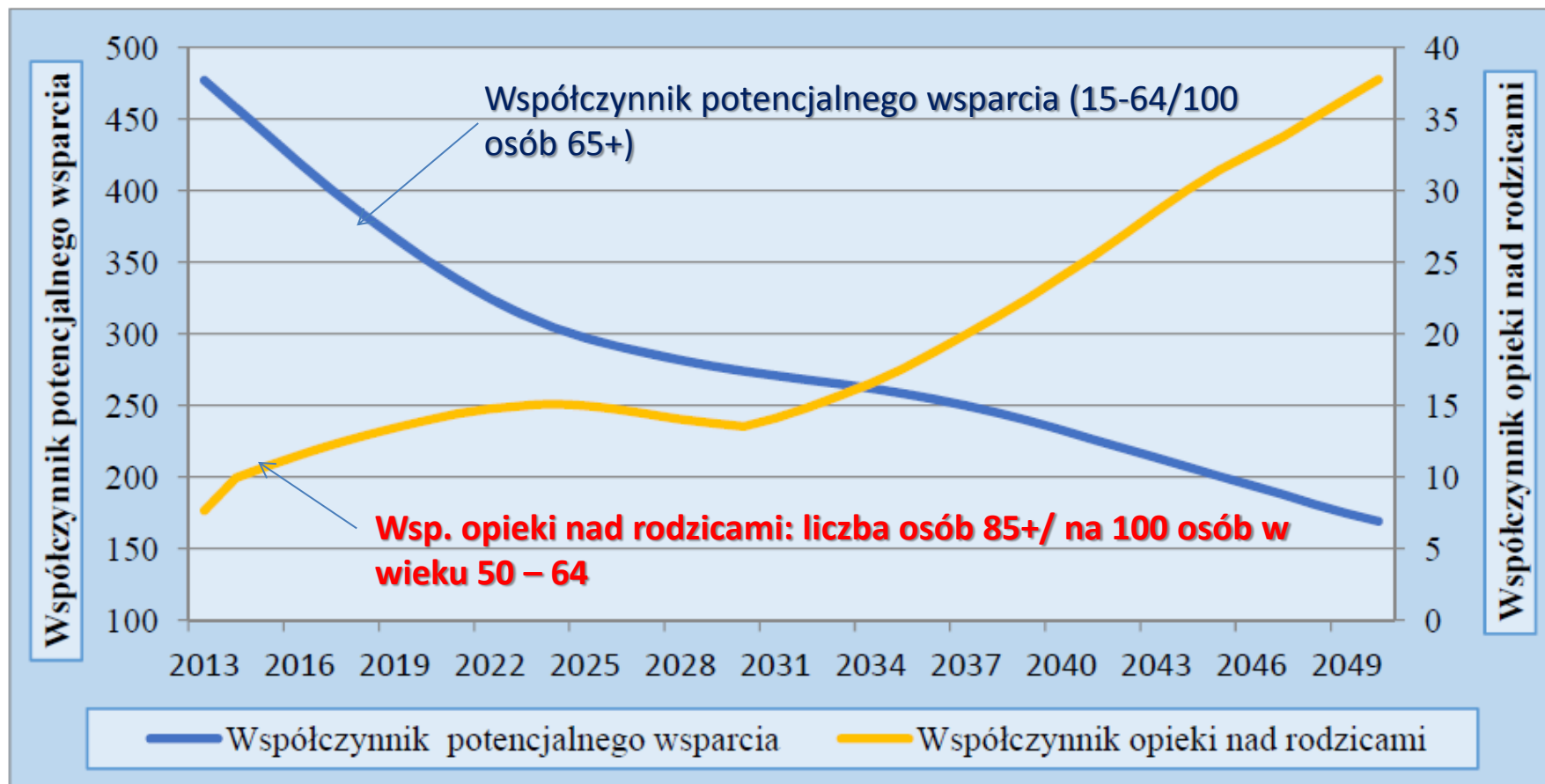
Klinika Geriatrii UMB i Oddział Geriatrii SP ZOZ MSWiA

„Konsekwencje zmian wprowadzonych przepisami o sieci szpitali dla opieki medycznej osób starszych” Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa **7 czerwca 2018 r.**

Prognoza demograficzna do 2050 r. dla Polski



Zasoby wsparcia ludzi starszych w Polsce

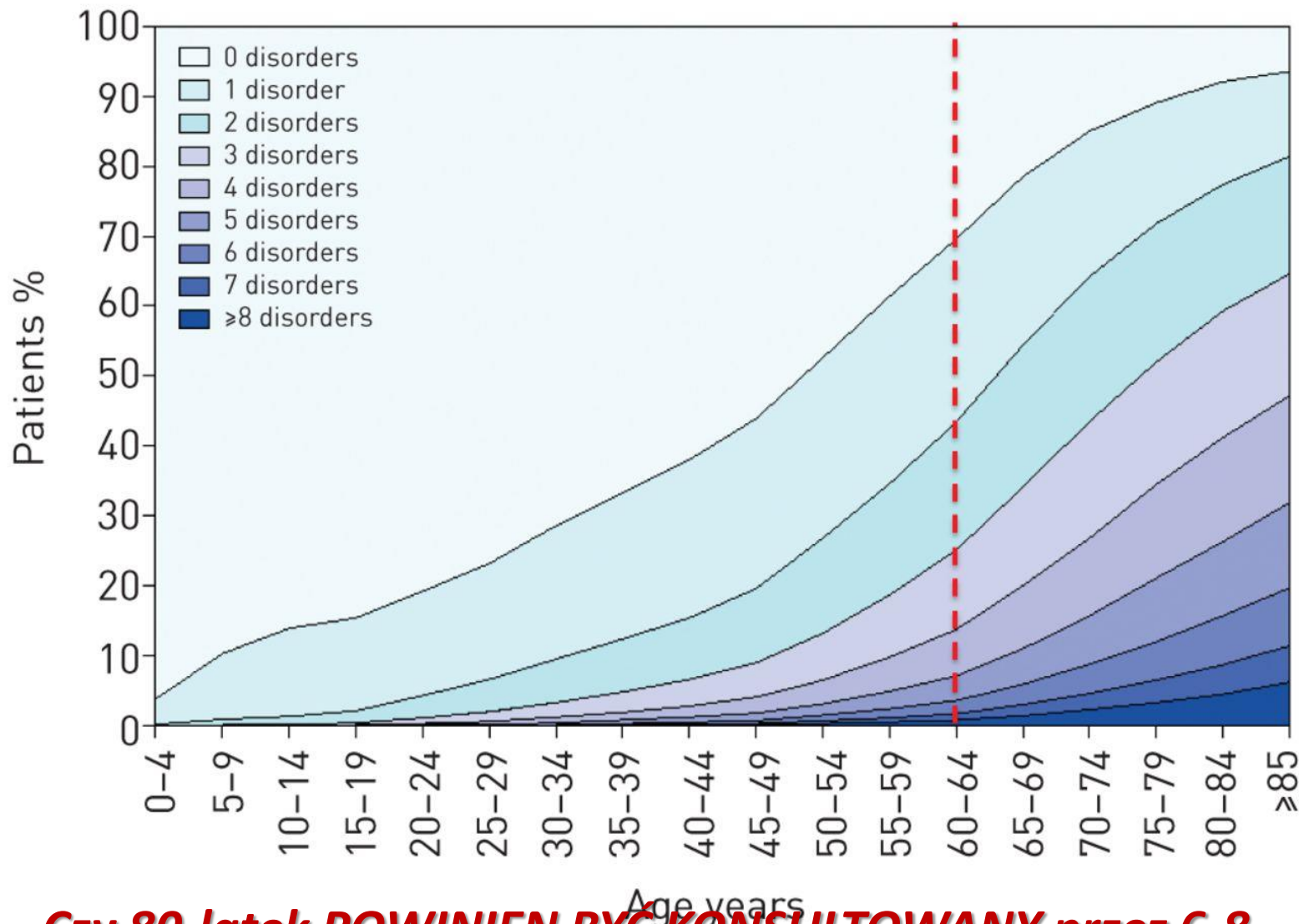


WNIOSEK: REZERWY OPIEKI RODZINNEJ nad SENIORAMI ulegają WYCZERPYWANIU!

https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5469/1/5/1/prognoza_ludnosci_na_lata____2014_-_2050.pdf

Liczba chorób przewlekłych a wiek

Miguel J. Divo et al. Eur Respir J 2014;44:1055-1068

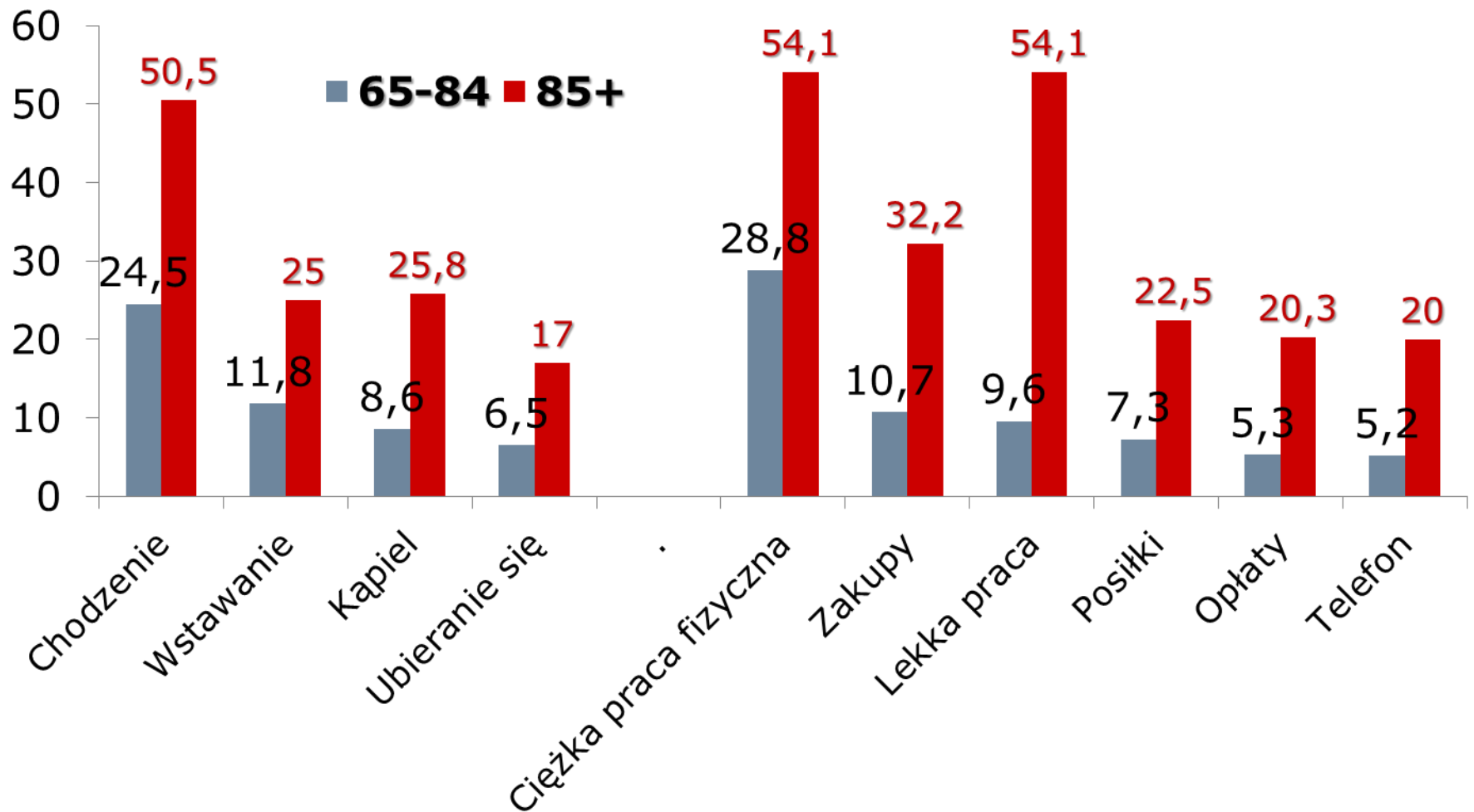


**Czy 80-latek POWINIEN BYĆ KONSULTOWANY przez 6-8
SPECJALISTÓW?**

Zespoły geriatryczne „I” jako skutek wielu chorób

I mmobility	Problemy w poruszaniu się
I nstability/ falls	Zaburzenia równowagi/ upadki
I ncontinence	Nietrzymanie moczu/ stolca
I ntellectual impairment/ dementia	Zaburzenia poznawcze/ otępienie
I nfection	Infekcja
I mpairment of vision/ hearing	Niedowidzenie/ niedosłyszenie
I rritable colon	Zaburzenie wydalania stolca
I solation/ depression	Izolacja (depresja)
I nanition (malnutrition)	Wyniszczenie/ Zaburzenia odżywienia
I atrogenesis	Zespoły jatrogenne
I nsomnia	Bezsenność
I mmune deficiency	Zaburzenia odporności

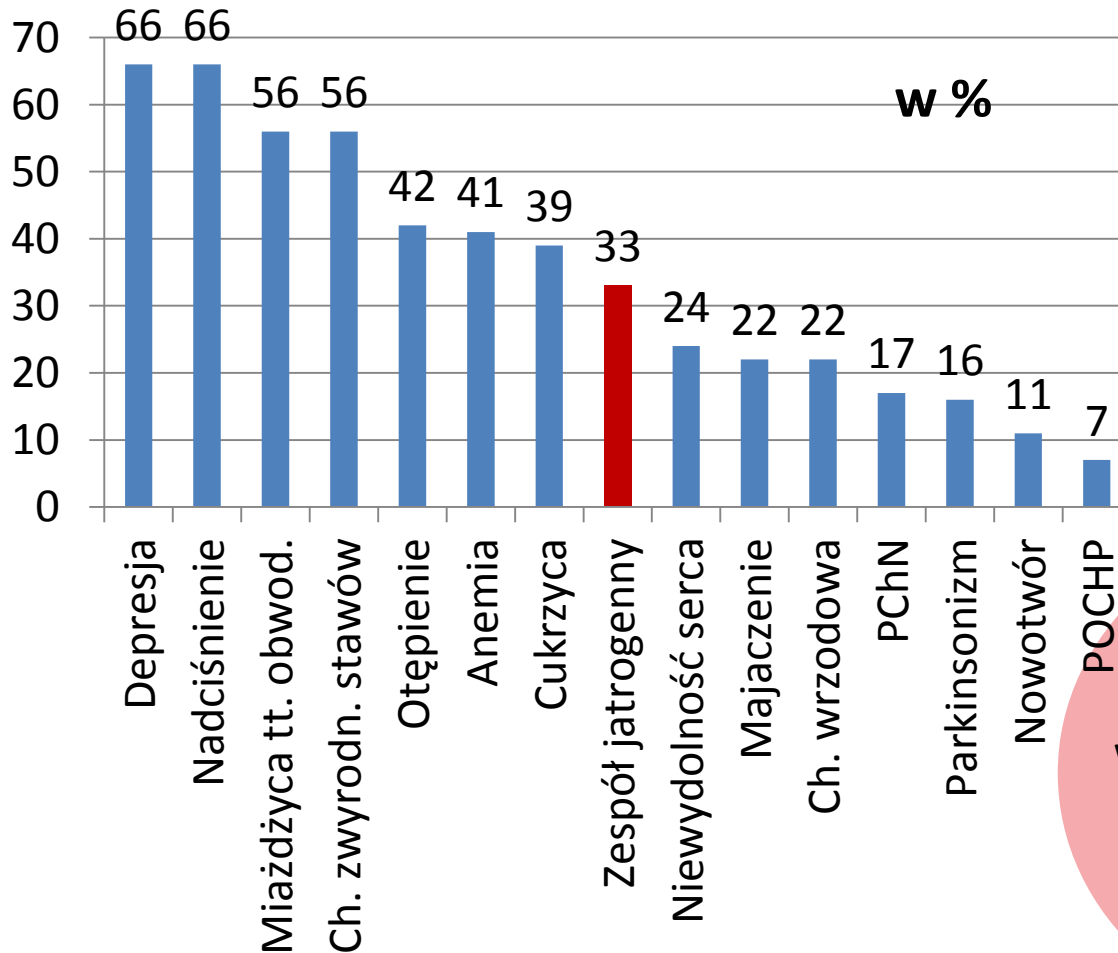
Trudności z czynnościami życia codziennego a wiek



KIM JEST PACJENT „GERIATRYCZNY”?

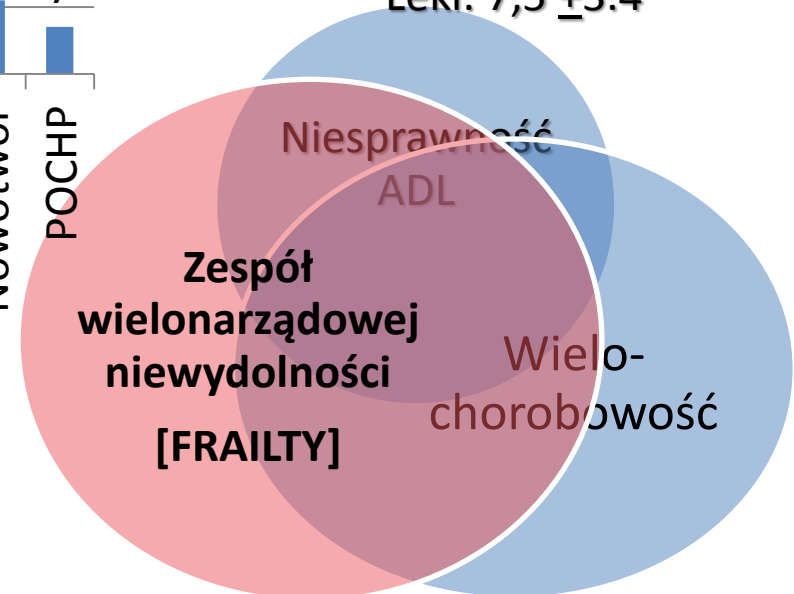
„Pomyśl o Twoim najstarszym, najbardziej schorowanym, najbardziej skomplikowanym i zniedołężniałym pacjencie”

[Prof. Wiliam Hazzard; Redaktor Podręcznika Geriatrii, 1999]



Wiek: 82,4 lat ± 6.7

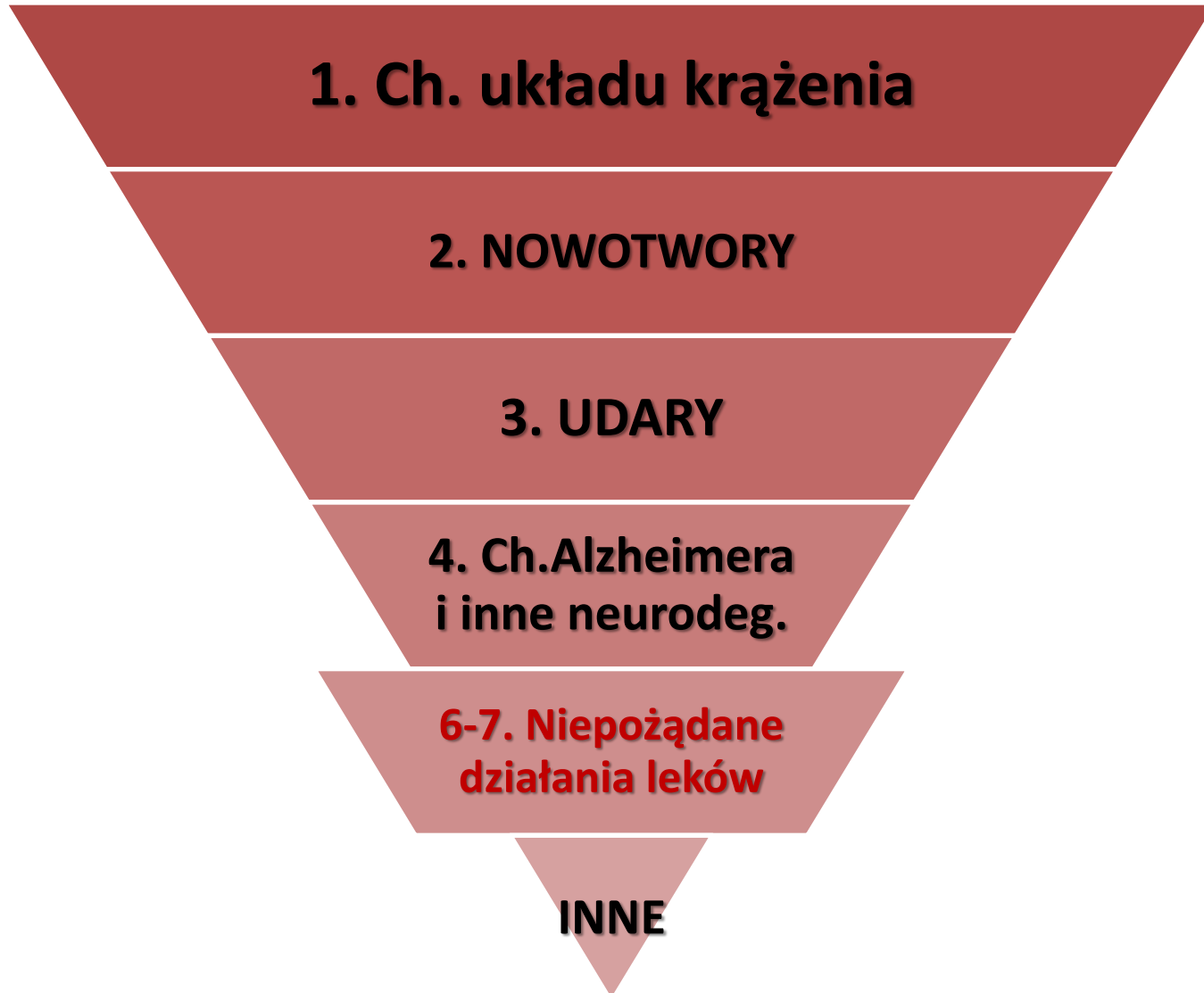
Leki: 7,5 ± 3.4



Dane własne z Oddziału Geriatrii (2017)

Ranking przyczyn zgonów w starości

[szacunki dla USA wg *Jones DS. et al.: The burden of diseases and changing task of medicine. JAGS 2012,366,2333; **Lazarou J et al.: Incidence of adverse drug reations in hospitalized persons. Meta-analysis of prospective studies. JAMA 1998, 279,1200)



ANALYSIS

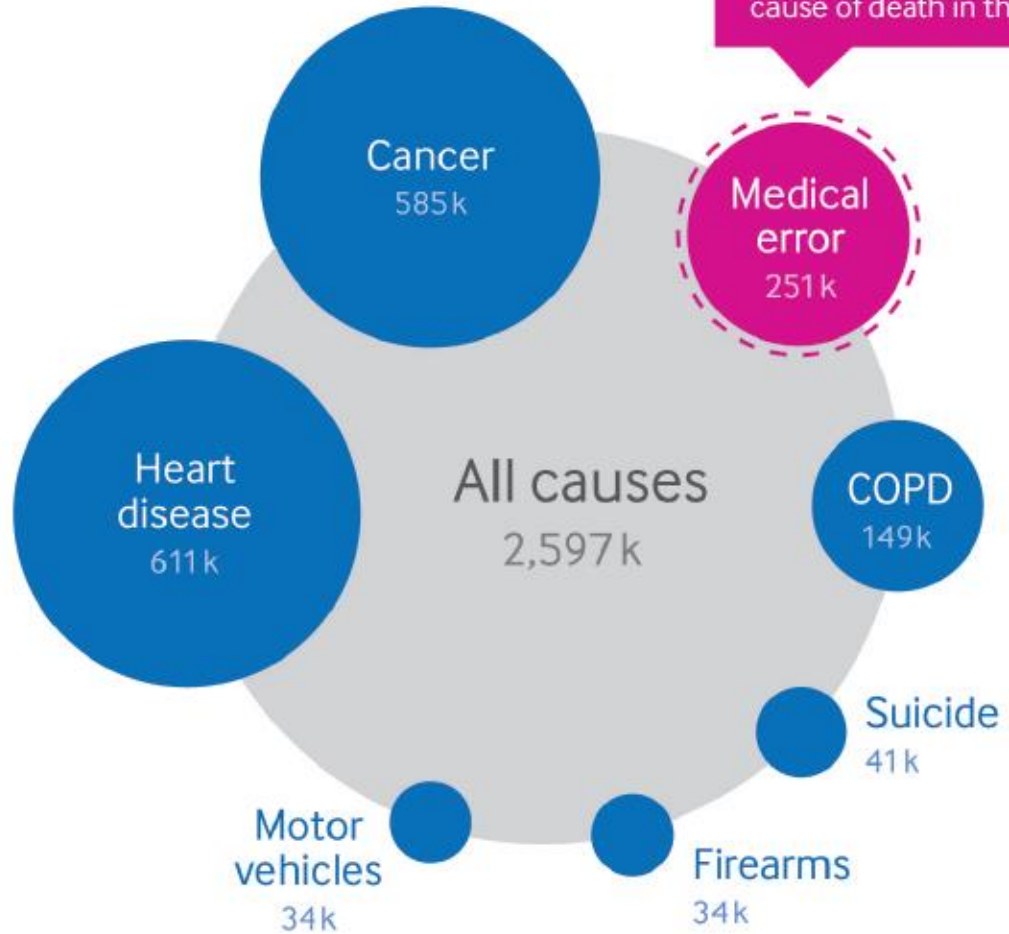


Medical error—the third leading cause of death in the US

Medical error is not included on death certificates or in rankings of cause of death. **Martin Makary** and **Michael Daniel** assess its contribution to mortality and call for better reporting

Martin A Makary professor, Michael Daniel research fellow

Causes of death, US, 2013



Based on our estimate, medical error is the 3rd most common cause of death in the US

However, we're not even counting this - medical error is not recorded on US death certificates
Barbara Bień, 9-12-2017

© 2016 BMJ Publishing group Ltd.

Data source:
http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr64/nvsr64_02.pdf

PODEJŚCIE do STARSZYCH PACJENTÓW

Konwencjonalne *versus* Geriatryczne



Koncentracja na **pojedynczej** chorobie



Koncentracja na **problemie** w przebiegu wielu chorób

Korzyści z podejścia geriatrycznego

Wg Stuck AE, Siu AL., Wieland GD et al.: *Comprehensive geriatric assessment - a meta-analysis of controlled trials. Lancet 1993; 342: 1032-1036*

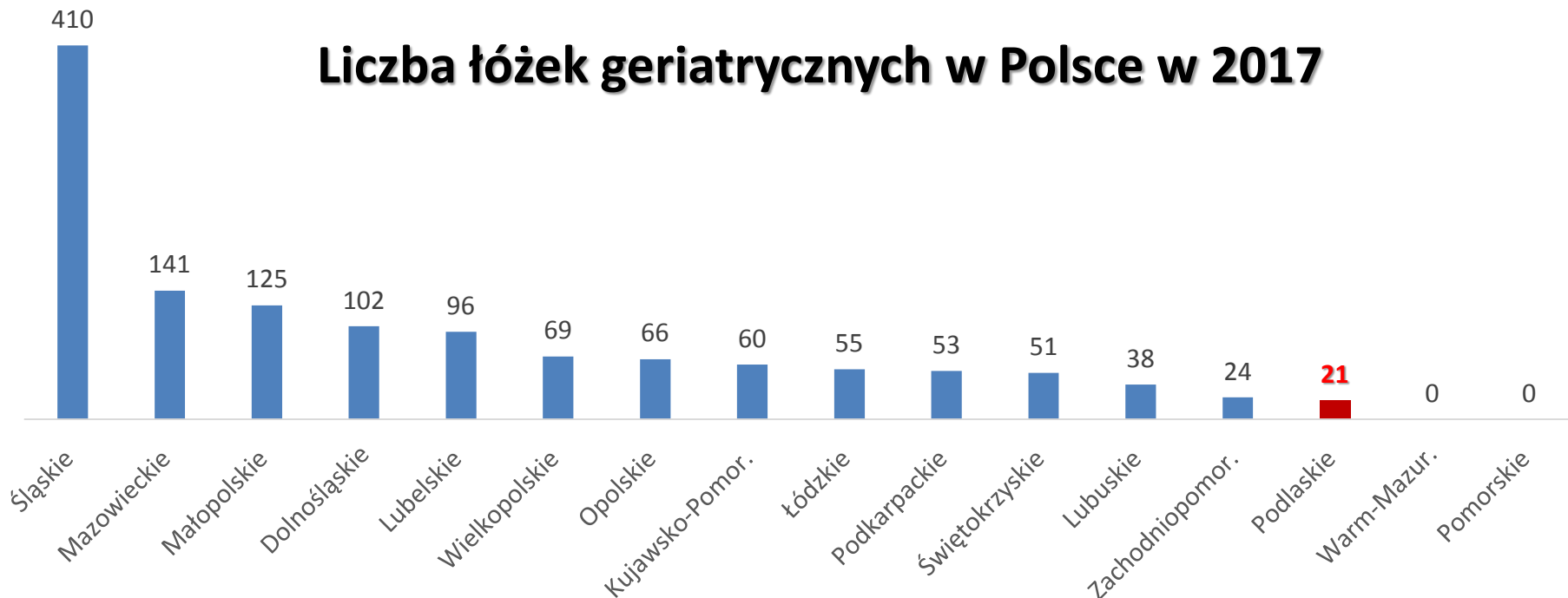
- ❑ ↓ ryzyka śmierci (o 22%)
- ❑ ↑ prawdopodobieństwa mieszkania w domu (o 47%)
- ❑ ↓ ryzyka re-hospitalizacji (o 12%)
- ❑ ↑ szans na poprawę stanu funkcjonalnego (o 72%)

KONTROLA – „GERIATRIA” - NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA

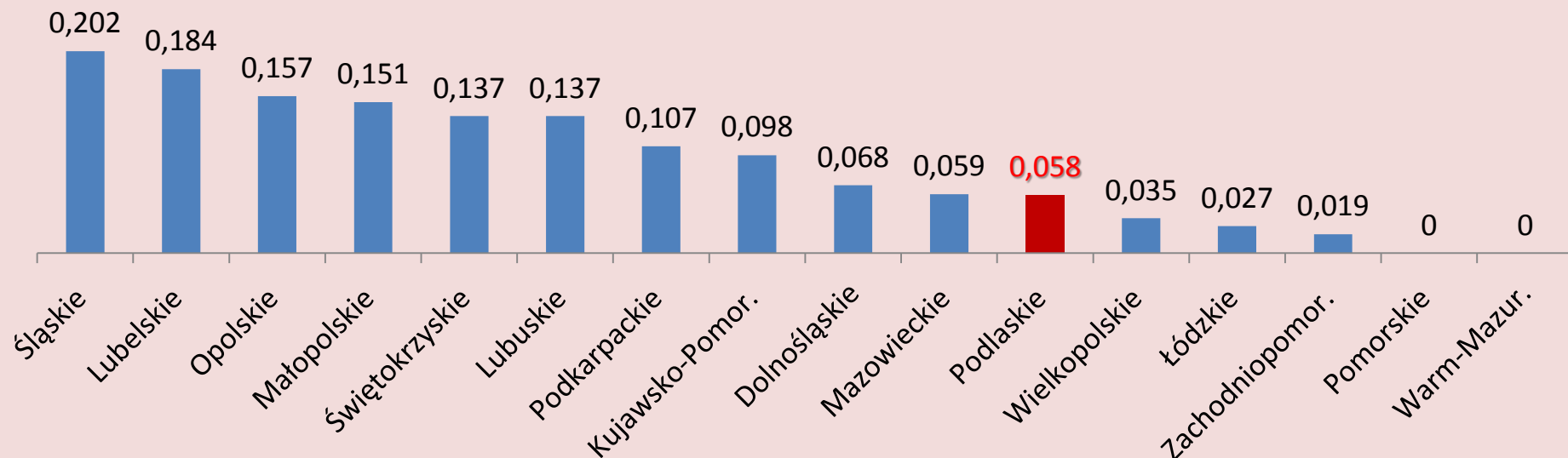
Prospektywna ocena wydatków na geriatricę dla grupy 2 tys. pacjentów – badanie.



Liczba łóżek geriatrycznych w Polsce w 2017



Hospitalizacje geriatryczne na 100tys. ludności



Geriatrya w polityce zdrowotnej

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 maja 2009 r. w sprawie uznania dziedzin medycyny za priorytetowe

Na podstawie art. 16 ust. 5 ustawy z dnia 5 XII 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2008 r. Nr 136, poz. 857 oraz z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 22, poz. 120 i Nr 40, poz. 323) zarządza się, co następuje:

§ 1.

Uznaje się następujące dziedziny medycyny za priorytetowe:

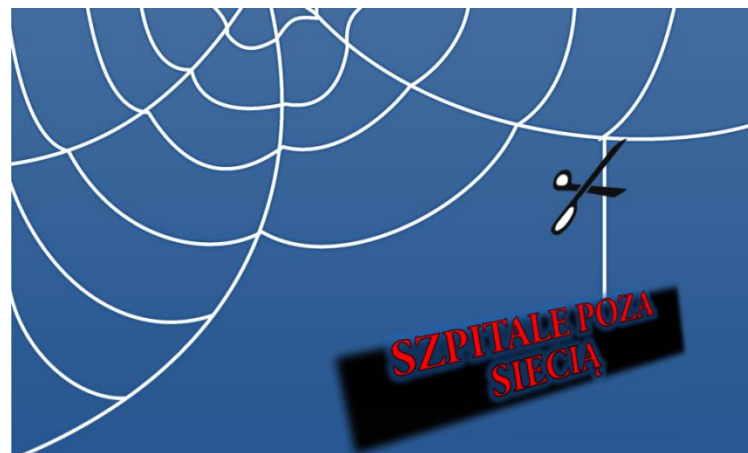
... geriatrya ...

FORMALNIE – PRIORYTET?

PRIORYTETY DLA REGIONALNEJ POLITYKI ZDROWOTNEJ WOJEWÓDZTWA PODLASKIEGO

na okres
od dnia 30 czerwca 2016 r. do dnia 31 grudnia 2018 r.

**BRAK GERIATRII w Mapie Potrzeb
Zdrowotnych!!!**



PRIORYTETY DLA REGIONALNEJ POLITYKI ZDROWOTNEJ WOJEWÓDZTWA PODLASKIEGO

na okres

od dnia 30 czerwca 2016 r. do dnia 31 grudnia 2018 r.

ODDZIAŁ GERIATRYCZNY

?

Wyniki prognozy oddziałów geriatrycznych dotyczą liczby łóżek dedykowanych pacjentom z grupy wiekowej powyżej 85 roku życia również w zakresie chorób wewnętrznych, neurologii, kardiologii, gastroenterologii.

Prognozowana liczba hospitalizacji w województwie podlaskim w tym scenariuszu wynosi odpowiednio 8,37 tys. w 2016 r., 8,93 tys. w 2018 r., 10,08 tys. w 2024 r., 10,19 tys. w 2029 r. (wzrost o ok. 21,7%*).

Prognozowana liczba osobodni hospitalizacji w województwie podlaskim wynosi odpowiednio: 67,06 tys. w 2016 r., 71,5 tys. w 2018 r., 80,63 tys. w 2024 r., 81,58 w 2029 r. (wzrost o ok. 21,7%*).

W województwie podlaskim w scenariuszu bazowym prognozuje się następującą liczbę łóżek: 0,22 tys. w 2016 r., 0,23 tys. w 2018 r., 0,25 tys. w 2024 r., 0,25 tys. w 2029 r. (wzrost o ok. 13,6%*).

Geriatrya na Podlasiu

BAZA (od 2004r.) **21 łóżek** →
17 łóżek w 2018;

1 poradnia;

**Kadra: 5 geriatrów w
geriatrii + 12 poza geriatrią
+ kilkunastu w trakcie
specjalizacji**

Odpowiedź MZ na *pismo* Konsultanta Wojewódzkiego (z dnia 8-03-2017)

„Spośród trzydziestu grup chorób wydzielonych na podstawie ICD-10 **NIE ZOSTAŁA WYODRĘBNIONA** grupa zatytułowana „choroby wieku podeszłego”, **a tym bardziej geriatrya...**”
(Konsultant Wojewódzki)



„...to wojewoda w porozumieniu z Woj. Radą na podstawie Mapy Regionalnej ustala priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej w celu zaspokojenia **lokalnych** potrzeb...”

„...potrzeby w zakresie łóżek dla populacji 85+ powinny zostać zaspokojone przez zwiększenie liczby łóżek **nie tylko w ramach oddziałów geriatrycznych, ale przede wszystkim chorób wewnętrznych, a także neurologii i kardiologii...**” (Ministerstwo Zdrowia)

9 lipca 2017 [<https://oko.press/radziwill-oddzialy-geriatryczne-dla-seniorow-60-niepotrzebne-ida-lekarzy-rodzinnych/>]



RAFAL BAKALARCZYK 9 LIPCA 2017

Radziwiłł: oddziały geriatryczne dla seniorów 60+ niepotrzebne. Niech idą do lekarzy rodzinnych

Dep. Zdrowia Publicznego MZ (31-01-2018)

From: Poznański Dariusz [mailto:d.poznanski@mz.gov.pl]

Sent: Wednesday, January 31, 2018 4:54 PM

To: bien@umb.edu.pl; 'Jarek Derejczyk' (jarek@derejczyk.com); 'jimiela@gmail.com'; Prof.Tomasz Grodzicki; Prof. Tomasz Kostka; Samoliński_Bolesław; 'Agnieszka Jankowska'; 'Katarzyna Wieczorowska-Tobis'; 'makozka@cm-uj.krakow.pl'; 'bostrzycka@wp.pl'

Cc: Król Zbigniew; Mieszalska Justyna

Subject: polityka społeczna wobec osób starszych

Szanowni Państwo,

Uprzejmie informuję, iż Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej rozpoczęło konsultacje projektu uchwały Rady Ministrów w sprawie przyjęcia dokumentu Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. BEZPIECZEŃSTWO – UCZESTNICTWO – SOLIDARNOŚĆ. Poniżej przesyłam Państwu adres strony z dokumentami – możemy jako Zespół ds. zdrowotnej polityki senioralnej zająć stanowisko. Termin wyznaczono na 12 lutego.

<https://www.mpips.gov.pl/bip/projekty-aktow-prawnych/projekty-programow-i-inne/projekt-uchwaly-rady-ministrow-w-sprawie-przyjecia-dokumentu-polityka-spoeczna-wobec-osob-starszych-2030-bezpieczenstwo--uczestnictwo--solidarnosc/>

z poważaniem,

Dariusz Poznański
zastępca dyrektora
Departament Zdrowia Publicznego

Gerontologia kliniczna, mimo ogromnych wysiłków środowiska geriatrów i coraz większego naporu pacjentów na pękające w szwach – zatłoczone oddziały i poradnie geriatryczne – ulega stagnacji, a często inwolucji. Świeżo wyszkoleni geriatrzy uciekają od tej trudnej specjalizacji, bo alternatywne specjalizacje są węższe, bardziej atrakcyjne finansowo. Już zaczyna brakować lekarzy chętnych do otwarcia specjalizacji z geriatрії. Paradoksalnie, w kraju za chwilę najstarszym w Europie, brakuje oferty pracy dla geriatrów w geriatрії – co innego się mówi a nic się nie robi:

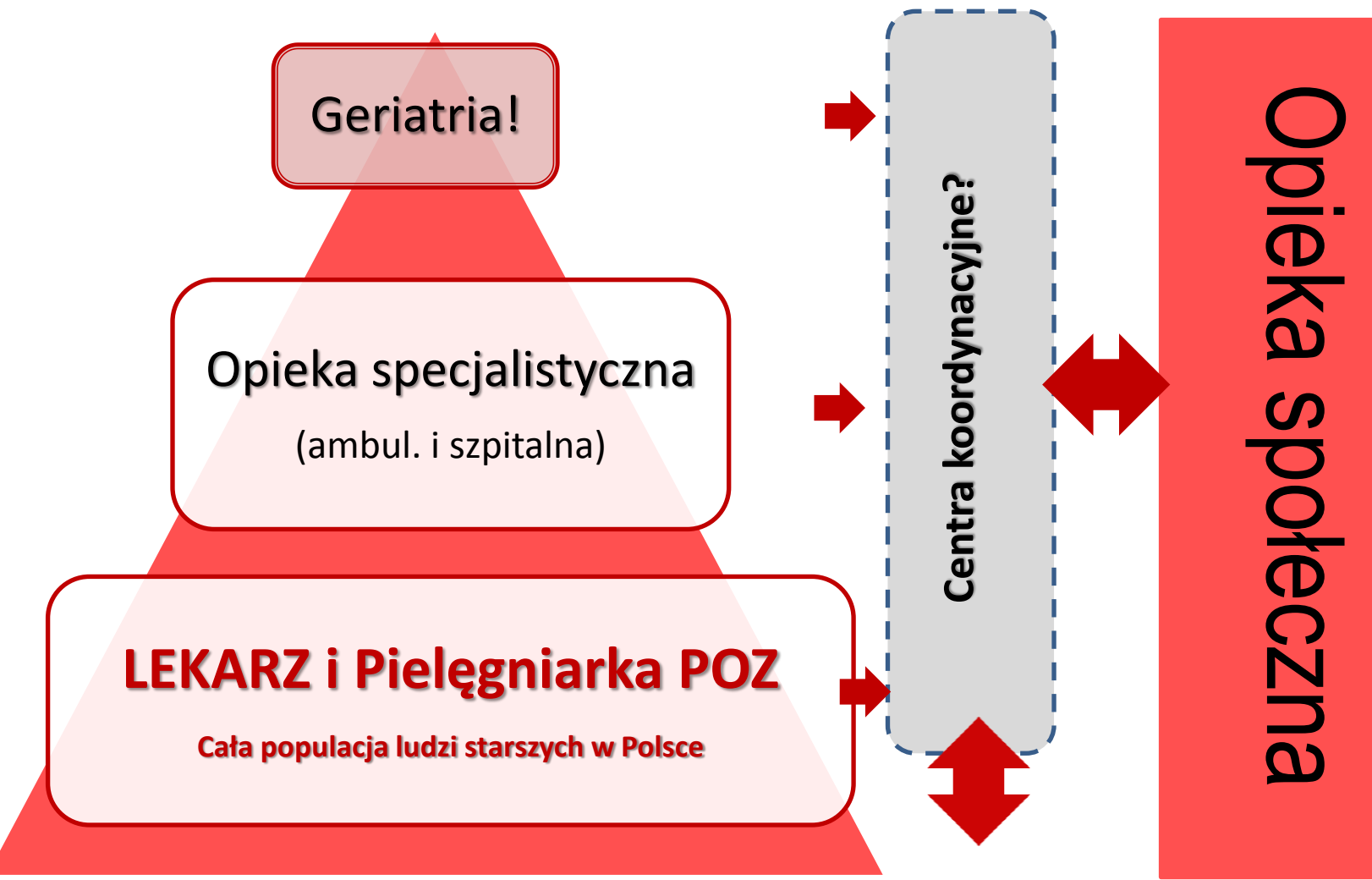
- **Jak MZ promuje Uczelnie rozwijające Kliniki Geriatрії z bazą edukacyjną? Gdzie mamy kształcić lekarzy innych specjalności z geriatрії i samych geriatrów?**
- **Dlaczego dotąd obligatoryjne 1-miesięczne staże cząstkowe z geriatрії dla specjalizantów z medycyny rodzinnej obecnie stały się fakultatywne?!**
- **Dlaczego w Lekarskim Egzaminie Końcowym nie ma pytań z geriatрії?!**
- **Gdzie się podziewają Geriatryczne Zespoły Konsultacyjne w szpitalach?**
- **Dlaczego NFZ nie uruchamia jednodniowej geriatrycznej hospitalizacji dziennej (przynajmniej tam, gdzie są potencjalnie dostępni geriatrzy) - nie ma pieniędzy na procedury, czy geriatrów, czy obu tych czynników?**

Pominięcie geriatрії w Mapach Potrzeb Zdrowotnych i Ustawie o sieci szpitali nie zachęca do geriatрії – zobaczymy czy da się to naprawić po planowanej nowelizacji prawa...

Z wyrazami szacunku

Prof. Barbara Bień, ex-przewodnicząca Zespołu Ekspertów przy MZ (1-02-2018)

Model opieki geriatrycznej



OPIEKA RODZINY, ale co 3-ci opiekun jest o. starszą

WNIOSKI i postulaty - 2016

[Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich: Seminarium „Kondycja Geriatrii w Polsce”
Warszawa, 13 wrzesień 2016]

- **DOFINANSOWAĆ** procedury geriatryczne, by stymulować rozwój geriatrii;
- Poszerzyć EDUKACJĘ w zakresie geriatrii na każdym poziomie, a zwłaszcza **LEKARZY RODZINNYCH**;
- Zwiększyć stawkę kapitacyjną dla lekarzy i pielęgniarek **POZ** za opiekę nad pacjentem geriatrycznym (VES13);
- Zintegrować sektor pomocy społecznej z medycznym i rozwijać sieć **skoordynowanych** usług rehabilitacyjnych, usługowych, opiekuńczych, socjalnych!

WNIOSKI i postulaty - 2018

[Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich: Seminarium „Kondycja Geriatrii w Polsce”
Warszawa, 7 czerwiec 2018]

- **W Polsce nadal nie ma GERIATRII w systemie opieki zdrowotnej mimo jej formalnego priorytetu!** Geriatrii nie ma ani w Mapie Potrzeb Zdrowotnych ani w Sieci Szpitali na I i II poziomie!
- **Należy poszerzyć EDUKACJĘ** w zakresie geriatrii na każdym poziomie, **a zwłaszcza LEKARZY RODZINNYCH;**
- **Zwiększyć finansowanie geriatrii realizowanej zgodnie ze standardem PTG;**
- **Zintegrować sektor pomocy społecznej z medycznym i rozwijać sieć **skoordynowanych** usług rehabilitacyjnych, usługowych, opiekuńczych, socjalnych!**