

# **GERIATRIA**

## **Prof. dr hab. Tomasz Grodzicki**

### **Strategia rozwoju systemu opieki geriatrycznej i rozwiązań poprawiających jakość opieki nad osobami starszymi w systemie ochrony Zdrowia**

#### **PROJEKT**

przygotowany przez Zespół ds. Geriatrii, powołany Zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 5 lipca 2007r.

Skład Zespołu ds. Geriatrii:

1. Przewodniczący Zespołu - dr Michał Sobolewski, radca Ministra, przedstawiciel Departamentu Zdrowia Publicznego w Ministerstwie Zdrowia;
2. Zastępca Przewodniczącego - Prof. dr hab. Barbara Bień, przedstawiciel Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, konsultant województwa podlaskiego ds. geriatrii, vice przewodnicząca Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego;
3. Sekretarz Zespołu - dr Elżbieta Biłobran-Uberman, radca ministra, przedstawiciel Departamentu Zdrowia Publicznego w Ministerstwie Zdrowia (obecnie emerytowana);

Pozostali członkowie Zespołu:

4. Prof. dr hab. Piotr Błędowski, prezes Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego;
5. Dr n. med. Katarzyna Broczek, przedstawiciel Kliniki Geriatrii w Warszawie;
6. Dr n. med. Jarosław Derejczyk, przedstawiciel Szpitala Geriatrycznego im. Jana Pawła II w Katowicach, konsultant województwa śląskiego ds. geriatrii;
7. Prof. dr hab. Tomasz Grodzicki, konsultant krajowy ds. geriatrii;
8. Prof. dr hab. med. Kornelia Kędziora-Komatowska, kierownik Katedry i Kliniki Geriatrii Collegium Medicum w Toruniu, konsultant województwa kujawsko-pomorskiego ds. geriatrii;
9. Dr n. med. Alicja Klich-Rączka, przedstawiciel Kliniki Chorób Wewnętrznych i Geriatrii Collegium Medicum UJ w Krakowie;
10. Dr n. med. Janina Kokoszka-Paszkot, zastępca ordynatora Oddziału Geriatrii Szpitala Specjalistycznego im. H. Klimontowicza w Gorlicach;
11. Prof. dr hab. Tomasz Kostka, kierownik Kliniki Geriatrii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi;
12. Dr n. med. Zbigniew Machaj, kierownik Zakładu Gerontologii Akademii Medycznej we Wrocławiu, konsultant województwa dolnośląskiego ds. geriatrii;
13. Dr n. med. Katarzyna Szczerbińska, przedstawiciel Instytutu Zdrowia Publicznego Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie;
14. Prof. dr hab. Katarzyna Wieczorowska-Tobis, Prezes Kolegium Lekarzy Specjalistów Geriatrii w Polsce.

## **Wprowadzenie**

Polska geriatria i gerontologia, mimo stosunkowo długiej historii, nadal są niewidoczne w polskim systemie ochrony zdrowia - są niedoceniane przez polityków i organizatorów opieki zdrowotnej. Pomimo racjonalnych przesłanek przemawiających za rozwojem geriatrii, jak również uznania jej za priorytetową dziedzinę medycyny (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2003 roku), specjalność ta nie doczekała się dotąd zdefiniowanego miejsca w systemie opieki zdrowotnej. W konsekwencji, w widoczny sposób odstawiamy od wskaźników ilustrujących stan opieki geriatrycznej w Unii Europejskiej.

### **1. Geriatria i korzyści podejścia geriatrycznego**

Geriatria, zwana medycyną wieku starszego, jest specjalizacją medyczną wywodzącą się z interny i poszerzoną o elementy innych specjalności w odniesieniu do chorób i problemów typowych dla wieku starszego. Zajmuje się głównie stanami wielochorobowymi i ich skutkami funkcjonalnymi, do których usposabia starzenie. Największą korzyść z tej specjalizacji odnoszą osoby poważnie zniedołężniałe, które wymagają długiego i kompleksowego leczenia.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Rubenstein L.Z., Wieland D., Bernabei R.: Research on comprehensive geriatric assessment. *Aging Clin Exp Res* (special issue), 1995,7,157-260.

Opieka zdrowotna nad ludźmi starszymi wymaga podejścia holistycznego, tj. obejmującego aspekty zdrowia fizycznego, psychicznego, funkcjonalnego i społeczno-ekonomicznego. Takie całościowe podejście jest standardem w geriatricii - wyróżniają spośród innych specjalności medycznych. Opisano je w Standardach Postępowania w Dziedzinie Geriatricii [zwane dalej Standardami Geriatricznymi]. Dokument ten, stanowiący zbiór definicji, zasad i procedur stosowanych w opiece geriatricznej geriatricii, został opracowany przez Zespół ds. Geriatricii przy Ministrze Zdrowia w wersji projektu Rozporządzenia Ministra Zdrowia. Projekt ten, wraz z uzasadnieniem, był przedmiotem posiedzenia Kierownictwa Ministerstwa Zdrowia w marcu br., uzyskał wstępną akceptację, a następnie został poddany uzgodnieniom wewnętrznym.

Kompleksowa Ocena Geriatriczna [KOG] jest fundamentalną zasadą postępowania w geriatricii. Jest to interdyscyplinarny proces wielowymiarowej i standaryzowanej oceny poziomu funkcji życiowych, niezbędny do planowania etapów leczenia i opieki. **KOG** pozwala porządkować proces diagnozowania i kwalifikowania do określonych procedur medycznych i świadczeń, tym samym umożliwia właściwe dostosowanie leczenia i opieki do stanu pacjenta w wieku podeszłym , .

Wykazano, że stosowanie tego typu oceny zwiększa precyzję diagnozy, poprawia sprawność fizyczną i umysłową pacjentów, zmniejsza ich umieralność, liczbę przyjmowanych leków, redukuje zbyteczne świadczenia, liczbę hospitalizacji i przyjęć do stacjonarnych placówek opiekuńczych, a poprzez to redukuje koszty opieki zdrowotnej<sup>4 5 6 7</sup>. Co więcej, poprawia jakość życia osób starszych bez ponoszenia większych kosztów opieki.<sup>8</sup> Wykazano również, że ocena geriatriczna stosowana przy przyjęciu do szpitala ma znaczenie prognostyczne - pozwala przewidzieć czas pobytu w szpitalu, konieczność umieszczenia w instytucjach opiekuńczych oraz zgon pacjenta<sup>9, 10</sup>. Jest z powodzeniem stosowana w celu określenia rokowania u pacjentów hospitalizowanych z różnych powodów (np. chemoterapii, krwawienia do przewodu pokarmowego, zabiegu na klatce piersiowej, rehabilitacji po zabiegu zespolenia złamania szyjki kości udowej)<sup>11, 12 13</sup>.

<sup>2</sup> Deyo R., Applegate W.B., Kramer A. The future of geriatric assessment. *Journal of the American Geriatric Society*, 1991,39 (suppl), 1S-59S.

<sup>3</sup> Rubenstein L.Z., Campbell L.J., Kane R.L. *Geriatric Assessment*. Philadelphia, W.B. Saunders 1987.

<sup>4</sup> Galio JJ, Reichel W, Andersen L.: *Handbook of Geriatric Assessment*. Rockville MD: Aspen 1988.

<sup>5</sup> Stuck A.E., Aronow H.U., Steiner A., et al.: A trial of annual in-home comprehensive geriatric assessments for elderly people living in the community. *The New England Journal of Medicine*, 1995, **333**, 1184-9.

<sup>6</sup> Stuck A.E., Siu A.L., Wieland G.D., Adams J., Rubenstein L.Z. Comprehensive geriatric assessment: meta-analysis of controlled trials. 1993, *Lancet*, **342**, 1032-1036.

<sup>7</sup> Fenton JJ, Levine MD, Mahoney LD, Heagerty PJ, Wagner EH: Bringing Geriatricians to the Front Lines: Evaluation of a Quality Improvement Intervention in Primary Care. *J Am Board Fam Med* 2006;19:331-9.

<sup>8</sup> Pitkala KH, Laurila JV, Strandberg TE, et al.: Multicomponent geriatric intervention for elderly inpatients with delirium: effects on costs and health-related quality of life. *J Gerontol A Biol Med Sci* 2008;63(1):56-61.

<sup>9</sup> Jonsson PV, Finne-Soveri H, Jensdottir AB, et al.: Co-morbidity and functional limitation in older patients underreported in medical records in Nordic Acute care hospitals when compared with MDS-AC instrument. *Age and Ageing* 2006; 35:434-445. <sup>10</sup> Jonsson PV, Noro A, Finne-Soveri UH, et al.: Admission status to acute medical care is predictive for one-year

outcomes in older patients A prospective study in five Nordic countries (accepted for publication *Aging Clin Res* 2008). <sup>11</sup> Pilotto A, Ferrucci L, Scialicelli C, et al: Usefulness of the comprehensive geriatric assessment in older patients

with upper gastrointestinal bleeding: a two-year follow-up study. *Dig Dis* 2007; 25(2): 124-8.

<sup>12</sup> Fukuse T, Satoda N, Hijiya K, Fujinaga T.: Importance of a Comprehensive Geriatric Assessment in Prediction of Complications Following Thoracic Surgery in Elderly Patients. *Chest* 2005;127:886-991.

<sup>13</sup> Stenvall M, Olofsson B, Lundström M, et al.: A multidisciplinary, multifactorial intervention program reduces postoperative falls and injuries after femoral neck fracture. *Osteoporos Int* 2007;18:167-175.

## **2. Argument demograficzny za wprowadzeniem GERIATRII do systemu ochrony zdrowia w Polsce**

Zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne dla ludzi starszych można szacować w oparciu o parametry demograficzne. Polska należy do krajów demograficznie starych już od lat sześćdziesiątych ubiegłego stulecia. Obecnie należy ją zaliczyć do krajów o zaawansowanej starości. W związku z wchodzeniem w starość roczników powojennego wyżu demograficznego prognozuje się dalsze przyspieszenie tempa starzenia. W 2006 roku odsetek osób w wieku 60 lat+ wynosił 17,5% (6,7mln osób), a 65+ - 13,3% (5,1mln osób). Wg prognoz GUS, w 2030r. osoby w wieku 65 lat i starsze stanowią będą 23,8% (8,5mln osób). O ogromnym przyspieszeniu prognozowanego starzenia się polskiej populacji świadczy porównanie przyrostu odsetka osób starszych (65+) w ostatnich i przyszłych 25 latach, a mianowicie 3,3% versus 10,5%.

Dodatkowym zjawiskiem będzie wzrost udziału „starych starych” (75+lat) kosztem „młodych starych” (65-74 lat). W liczbach bezwzględnych, ta najstarsza kategoria ulegnie podwojeniu do 2030 roku, z 1,9mln do 4mln osób.

Prognozy starzenia demograficznego są wręcz dramatyczne, zwłaszcza w kontekście zadań stojących przed organizatorami opieki zdrowotnej wobec ludzi starych. Można zaryzykować twierdzenie, że Polsce grozi demograficzna „bomba starości”, która niestety ma szansę ostatecznie załamać już obecnie niezbyt wydolny system ochrony zdrowia. Szersze omówienie aktualnych i perspektywicznych danych demograficznych przedstawia Raport pt. *„Opieka zdrowotna nad ludźmi w starszym wieku. Stan a potrzeby w perspektywie starzenia się ludności Polski”* opracowany przez prof. Barbarę Bień na zlecenie Rządowej Rady Ludnościowej (Biuletyn RRL, Warszawa 2008 - w druku) i przedstawiony w Warszawie na Konferencji na temat Bezpieczeństwa Zdrowotnego Polski, w dniu 12 maja 2008 r.

## **3. Diagnoza aktualnego stanu zdrowia i opieki zdrowotnej nad osobami starszymi w Polsce**

Wspomniany wyżej „Raport” charakteryzuje stan zdrowia oraz opieki zdrowotnej nad ludźmi starszymi w Polsce w oparciu o ostatnie, reprezentatywne dla Polski, badania Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego przeprowadzonego w latach 1999-2001 pod kierunkiem Synaka<sup>14</sup>. Wsparciem dla tych danych jest analiza porównawcza dostępności opieki zdrowotnej i pomocy społecznej dla osób starszych przeprowadzona w Polsce do roku 2005 w ramach międzynarodowego projektu CLESA.<sup>15</sup> Kolejnym źródłem są polskie dane<sup>16</sup> z projektu EUROFAMCARE, prowadzonego w latach 2003-2005 w sześciu krajach europejskich (Niemcy, Wielka Brytania, Włochy, Szwecja, Polska, Grecja) na temat usług wspierających opiekunów niesprawnych ludzi starszych.

Stan zdrowia i sprawność ludzi starszych w Polsce są niezadowolające. Świadczą o tym subiektywne i zobiektywizowane wskaźniki ilustrujące stanu zdrowia ludzi starszych oraz porównania z innymi krajami europejskimi.

<sup>14</sup>Synak B. (red.): Polska starość. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2002r.

<sup>15</sup>Szczerbińska K. (red.): Dostępność opieki zdrowotnej i pomocy społecznej dla osób starszych w Polsce. Raport z badań. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2006

<sup>16</sup>Bień B. (ed.). Family caregiving for the elderly in Poland. Wydawnictwo Uniwersyteckie Trans Humana Białystok 2006.

Funkcjonujący bez udziału geriatry system opieki zdrowotnej i społecznej nad osobami starszymi w Polsce jest niedostosowany do potrzeb tej populacji - oferuje zdeintegrowane, rozproszone i niespójne świadczenia. **System nie spełnia standardów podejścia geriatrycznego - powszechności, jakości, dostępności i kompleksowości zaspokajania złożonych potrzeb.** System opieki zdrowotnej nie adaptuje się do zmieniających się potrzeb starzejącego społeczeństwa, ignoruje uznane w świecie standardy opieki nad ludźmi starszymi. Długotrwała opieka nad niedołącznymi i poważnie chorymi osobami starszymi w Polsce spoczywa głównie na rodzinie - niedostatecznie wspomaganej usługami medycznymi i pozamedycznymi systemu opiekuńczego państwa. Sektor opieki instytucjonalnej (domy pomocy społecznej, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze, zakłady opiekuńczo-lecznicze oraz hospicja) obecnie jest w stanie zapewnić miejsca dla 1,2% osób starszych (60+), oferując 78.455 miejsc dla 2,4mln niesprawnych osób starszych. Aktualna polityka zdrowotna wobec ludzi starszych w Polsce sprzyja:

o polipragmazii, która w podwójny sposób generuje olbrzymie koszty: poprzez finansowanie niepotrzebnych leków oraz przez konieczność leczenia niepożądanych działań ubocznych tych leków. Dane z piśmiennictwa wskazują, że objawy jatrogenne u osób starszych są przyczyną około 20% wszystkich hospitalizacji. o braku koordynacji leczenia osób starszych z powodu nieprzygotowania lekarza rodzinnego do opieki geriatrycznej. Również brak koordynacji opieki wysoko specjalistycznej jest ważną przyczyną nieskuteczności leczenia lub działań niepożądanych u dużej części chorych w starszym wieku. o dyskryminacji w zakresie procedur diagnostycznych i leczniczych z uwagi na wiek, a z drugiej strony kwalifikowaniu chorych do procedur wysoko specjalistycznych bez pełnej geriatrycznej analizy przeciwwskazań (brak oceny proporcji spodziewanych korzyści i ryzyka).

#### **4. Diagnoza opieki geriatrycznej w Polsce**

Definiując opiekę geriatryczną jako świadczenia udzielane przez lekarzy geriatrów można skonstatować, że w praktyce taka nie istnieje. Brakuje zarówno kadry, jak i bazy geriatrycznej. Ponadto, NFZ kontraktuje jedynie świadczenia szpitalne i ambulatoryjne, pomija zaś tzw. hospitalizację dzienną oraz wizyty domowe geriatry, najbardziej potrzebne w tej grupie wiekowej.

##### **Kadra lekarzy geriatrów**

Opieka geriatryczna w Polsce jest świadczona przez około 80 lekarzy geriatrów. Daje to wskaźnik **0,3 lekarzy geriatrów na 100 tys. ogółu mieszkańców**. Analogiczne dane dla Szwecji to 7,8, Austrii - 7,4, Islandii - 5,9, W. Brytanii 4,9, Belgii i Słowacji - po 2,5, Czech - 1,5. Należy przy tym zaznaczyć, że dysponujemy większą liczbą tych specjalistów (około 120), jednak dla części z nich brakuje bazy geriatrycznej i z tej racji pracują niezgodnie ze swą specjalizacją.

**Lecznictwo geriatryczne zamknięte.** W okresie ostatnich 16 lat liczba łóżek w oddziałach geriatrycznych w Polsce zmalała z 511 do 342 w 2006r. W tymże roku hospitalizowano zaledwie 9110 chorych<sup>18</sup>. Biorąc pod uwagę zachodzący w tym czasie przyrost ludności w wieku 65+ (z 3,8 do 5,1 mln w 2006), wskaźnik łóżek geriatrycznych na 100 tys. mieszkańców w wieku 65+ zmniejszył się z 1,3 do 0,7 i należy do najniższych w Europie (w Holandii - 4,6, Czechach 4,0, Włoszech 3,0). Większość takich świadczeń geriatrycznych dostępnych jest w województwie śląskim (218 łóżek) i małopolskim (52 łóżka). W wielu województwach w ogóle nie ma łóżek geriatrycznych.<sup>19</sup>

Wskaźnik łóżek geriatrycznych na 10 tys. mieszkańców ogółem wynosi w Polsce **0,09**, podczas gdy analogiczny dla Wielkiej Brytanii - 4,7<sup>20</sup>, dla Szwecji - 3,45<sup>21</sup>, a Niemiec -1,98<sup>18</sup>. W Niemczech, Austrii i Belgii, zgodnie z zaleceniem uzgodnionym na poziomie instytucji państwowych, wskaźnik ten docelowo ma osiągnąć 5 łóżek na 10 tys. ogółu mieszkańców. Mogłoby to być wartością rekomendowaną również dla Polski, ale należałoby wówczas zwiększyć liczbę łóżek geriatrycznych do 19 tysięcy (!). Byłoby dobrze, gdybyśmy osiągnęli średnią europejską wartość tego wskaźnika, tj. 2 łóżka na 10 tys. mieszkańców ogółem. Wówczas **powinniśmy utworzyć 7,6 tysięcy łóżek geriatrycznych** w ramach częściowej restrukturyzacji łóżek internistycznych, reumatologicznych, czy neurologicznych.

<sup>18</sup> Szczerbińska K., Pietryka A.: Rozwój geriatry w krajach europejskich - historia i zasoby (część 1). Gerontologia Polska, 2008, Nr2.

<sup>19</sup> CSIOZ, *Biuletyn Statystyczny MZ* 2006x. Warszawa 2007

<sup>20</sup> A publication of the Government Statistical Service, *Hospital Inpatient Activity: Table BI6- Average daily number of available beds by sector*; NHS trusts England [dok. elektr. odczyt dn. 20.03.2008]  
[http://www.performance.doh.gov.uk/HPSSS/TBL\\_BI6.HTM](http://www.performance.doh.gov.uk/HPSSS/TBL_BI6.HTM)

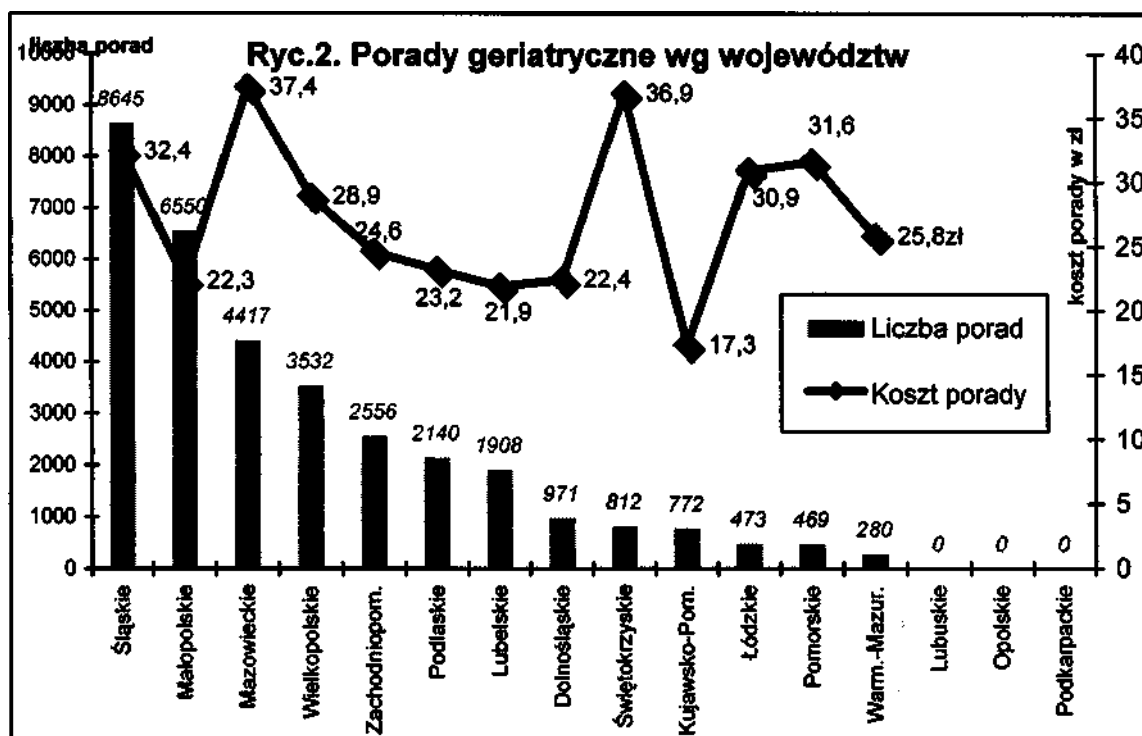
<sup>21</sup> Anker G.: *Geriatric medicine in Sweden: a study of the organisation, staffing and care production in 2000 - 2001*. Age and Ageing. 2004; 33: 338-341.

Przeliczając orientacyjnie kwotę refundacji NFZ za geriatryczne świadczenia szpitalne dla 9110 pacjentów w 2006r., można wyliczyć, że przeciętna hospitalizacja kosztowała 1863zł. Dane z NFZ pokazują, że najwięcej szpitalnych świadczeń geriatrycznych realizowanych jest w województwie śląskim (218 łóżek geriatrycznych) i o połowę mniej w lubelskim (69 łóżek geriatrycznych), jeszcze mniej w małopolskim (52 łóżka geriatryczne) i wielkopolskim (43 łóżka). W pozostałych województwach posiadających po około 20 łóżek (podlaskie, dolnośląskie, kujawsko-pomorskie, lubuskie), wartość poszczególnych kontraktów nie przekraczała 1 mln zł.

W roku 2007 udzielono w Polsce 33,5 tysiąca porad geriatrycznych<sup>22</sup>, co stanowi **około 0,04% wszystkich porad specjalistycznych**<sup>23</sup>. Dla porównania, analogiczna liczba dla W. Brytanii wynosi 480 tysięcy porad ( ).

Skrajnie niska liczba porad geriatrycznych w Polsce potwierdza fakt, że w zasadzie wszyscy seniorzy w Polsce są skazani na leczenie, często równoległe, u wielu specjalistów, co generuje niepotrzebne koszty, zwiększa ryzyko polipragmazji, zmniejsza dostępność do specjalistów, itp..

Rycina 2 przedstawia ranking liczby geriatrycznych porad ambulatoryjnych i koszt jednej porady [w zł] w poszczególnych województwach w 2007 roku, który wskazuje na przodowanie województwa śląskiego i małopolskiego i na nierówny dostęp do porad geriatry w skali kraju.



Należy zaznaczyć, że liczba porad nie zależy od wartości refundacji za poradę geriatryczną. Ta wynosiła od 37,4 zł w województwie mazowieckim do 17,3 zł w kujawsko-pomorskim. Biorąc pod uwagę złożoność, czaso- i pracochłonność porady, to nawet te najwyższe stawki nie pokrywają rzeczywistej wartości tego typu świadczeń i są zniechęcające dla potencjalnych świadczeniodawców.

<sup>22</sup> Dane uzyskane z NFZ za 2007r. (do świadczeń geriatrycznych nie wliczono świadczeń psychogeriatrycznych, które są podspecjalizacją psychiatrii)

<sup>23</sup> Wg Rocznika GUS 2007, liczba udzielonych porad specjalistycznych ogółem wynosiła 94.420 tys.<sup>24</sup>

Polder J. i wsp.: Age-specific increases in health care costs. European Journal of Public Health. 2002; 12;57-62

Podsumowując, należy stwierdzić, że wydatkowana przez NFZ w 2007 roku kwota - 19.929.412 PLN ogółem, na ambulatoryjne i szpitalne świadczenia geriatryczne stanowi jedynie pół promila rocznego budżetu NFZ. Biorąc pod uwagę uzasadnioną ekonomicznie i wielce prawdopodobną „ucieczkę” geriatrów od rozliczania świadczeń w ramach procedur geriatrycznych, wniosek nasuwa się sam przez się - należy urealnić koszty i docenić finansowo tę dyscyplinę medycyny!

## **5. Świadczenia geriatryczne jako droga do ekonomizacji wydatków na ochronę zdrowia ludzi starych w Polsce - koszty *versus* spodziewane korzyści**

Wyniki badań na temat kosztochłonności opieki zdrowotnej nad ludźmi starszymi są trudne do interpretacji z uwagi na różne definicje kosztów, nieporównywalność grup pacjentów, metody liczenia kosztów, jak też różnie definiowane zakresy świadczeń. Dowody wskazują, że koszty opieki zdrowotnej rosną w związku z rozwojem technologii medycznej oraz starzeniem się populacji.

Udowodniono, że średni roczny wzrost wydatków na leczenie osób starszych wynosi 2,7 %<sup>24</sup>, a zatem należy je uwzględniać w planowaniu finansowania procedur geriatrycznych. Koszty przeliczane na ostatni rok życia starszego pacjenta należą do najwyższych w opiece zdrowotnej<sup>25, 26</sup>.

Udowodniono jednak, że standardy geriatryczne nie tylko redukują koszty opieki, ale również wydłużają przeżycie, zwiększają sprawność funkcjonalną, odraczają fazę niepełnosprawności i poprawiają jakość życia<sup>27, 28, 29</sup>. Z metaanalizy Wielanda<sup>27</sup> wynika, iż wprowadzanie geriatrii do medycyny daje **długotrwały efekt inwestycyjny w zdrowie populacji osób starszych**, szczególnie dzięki zespołowemu podejściu geriatrycznemu, prewencyjnemu efektowi wizyt domowych i konsultacyjnemu serwisowaniu opieki długoterminowej. Programy prewencyjne mają ważne znaczenie dla redukcji kosztów opieki zdrowotnej nad osobami starszymi<sup>30</sup>.

<sup>24</sup> Polder J. i WSP.: Age-specific increases In Health care costs. European Journal of Public Health. 2002; 12;57-62

<sup>25</sup> Lubitz JD, Riley GF: Trends in Medicare payments in the last year of life. North England Journal of Medicine. 1993, 328, 1092-6.

<sup>26</sup> Serup-Hansen N., Wickstrom J., Kristiansen IS.: Future health care cost - do health care costs during the last year of life matter? Health Policy 2002,62,161-172.

Wieland D.: The effectiveness and costs of comprehensive geriatric evaluation and management. Critical Reviews in Oncology/Hematology, 2003,48,227-237

<sup>28</sup> Rubenstein LZ, Wieland GD, Josephson KR, et al.: Improved survival for frail elderly inpatients on a geriatric evaluation unit (GEU): Who benefits? J Clin Epidemiol 1988,41,5,441-449.

<sup>29</sup> Nichol KL, Margolis KL, Wuorenma J, Von Sternberg T: The efficacy and cost effectiveness of vaccination against influenza among elderly persons living in the community. NEJM 1994,331,12,778

<sup>30</sup> Leigh JP, Hubert HB, Romano PS: Lifestyle risk factors predict healthcare costs in an aging cohort. Am J Prev Med 2005,29, 5,379-387.

O korzystnych ekonomicznie skutkach stosowania standardów geriatrycznych w porównaniu z internistycznymi świadczą wyniki uzyskane przez Derejczyka i wsp.<sup>31</sup>. Analizie porównawczej poddano wydatki NFZ (w systemie RUM Śląskiego Oddziału NFZ, w oparciu o PESEL) za świadczenia zdrowotne, generowane w okresie roku przez dwie kohorty pacjentów, każda po około 2000 osób. Jedną z nich stanowiły osoby 65+, wypisane z oddziałów geriatrycznych, a drugą analogiczną pod względem wieku - z oddziałów internistycznych. Średni koszt NFZ generowany przez jedną osobę za wszystkie otrzymane przez nią świadczenia w okresie roku (nie wliczając refundacji leków, ani środków pomocniczych), wynosił 6.035zł. Należy jednak zaznaczyć, że ex-pacjent oddziału geriatrycznego kosztował system o **1.747 zł mniej**, aniżeli ex-pacjent oddziału internistycznego. Dowodzi to nie tylko wyższej efektywności klinicznej standardu całościowej oceny geriatrycznej, ale i o jego korzyściach ekonomicznych. Można wyszacować, że NFZ mógłby zaoszczędzić rocznie 1.048,2 mln zł, gdyby jedynie co druga osoba spośród wszystkich hospitalizowanych w 2006r. osób starszych, miała szansę być leczoną w oddziałach geriatrycznych. Nie jest to jednak możliwe zarówno z powodu braku kadry i bazy geriatrycznej. Jedynie szybkie wprowadzenie strategii rozwoju geriatry i inwestowanie w oba typy tych zasobów ma szansę ekonomizować wydatki na opiekę zdrowotną nad ludźmi starszymi w Polsce.

Bez urealnienia refundacji kosztów świadczeń geriatrycznych, płatnik będzie musiał się liczyć z ponoszeniem coraz wyższych kosztów opieki zdrowotnej w przyszłości w związku ze starzejącym się społeczeństwem.

## 6. Ewidencja stanu kształcenia w zakresie geriatry w uczelniach medycznych

(opracowana na podstawie ankiet wypełnionych przez Rektorów ds. Dydaktyki/ ds.

Klinicznych)

### Kierunek lekarski:

Obowiązujące aktualnie standardy kształcenia dla kierunku lekarskiego **nie** uwzględniają treści odnoszących się do starzenia i starości oraz chorób i problemów opiekuńczych związanych z tym procesem w żadnym z przedmiotów z grupy treści podstawowych. W grupie treści kierunkowych, znajdują się jedynie wzmianki. Są one wyrywkowe, skrótowe, niespójne oraz nie uwzględniają istoty i standardu kompleksowej oceny geriatrycznej. Pominięcie w standardach nauczania aspektu starości i starzenia, jak również przedmiotu *Geriatrya*, wyjaśnia opieszałość, a nawet opór uczelni medycznych przed powoływaniem jednostek klinicznych specjalizujących się w geriatry. Przedmiot ten realizowany jest fakultatywnie, w stopniu zróżnicowanym, zarówno pod względem treści, formy zajęć i wymiaru godzinowego.

Tabela 1 podsumowuje informacje uzyskane z uczelni medycznych na temat realizowanego kształcenia w zakresie geriatry na kierunku lekarskim oraz kadry, bazy i aktywności..

Geriatrya, jako odrębny i indeksowany przedmiot na kierunku lekarskim, wykładana jest na **czterech spośród 11 uczelni medycznych**. Należą do nich: **Białystok, Bydgoszcz, Gdańsk i Kraków** (**Lublin** wykazuje ten przedmiot, ale nie posiada kadry, ani bazy geriatrycznej). Przedmiot jest realizowany na VI roku, co jest zgodne z założeniami, by podsumowywać wiedzę nt. starości i starzenia zdobytą w trakcie całego okresu studiów i dostarczać umiejętności posługiwania się standardami oceny geriatrycznej przez przyszłych lekarzy. W tych czterech uczelniach, wymiar godzinowy oscyluje między 30 a 20 godzin na studenta, z czego dwie trzecie godzin przeznaczonych jest na ćwiczenia przy łóżku chorego.

<sup>31</sup> Derejczyk J., Bień B., Kokoszka-Paszkot J., Szczygieł J.: Gerontologia i geriatrya w Polsce na tle Europy - czy należy inwestować w ich rozwój w naszym kraju? praca złożona do druku w Gerontologii Polskiej w 2008r.



Każda z wymienionych Uczelni dysponuje wystarczającą kadrą pracowników naukowo-dydaktycznych o profilu gerontologicznym oraz bazą łózkową (od 78 w Krakowie do 15 w Gdańsku).

Jednostki kliniczne dysponują akredytowaną bazą kliniczną do specjalizowania lekarzy w zakresie geriatrii, prowadzą staże kierunkowe z geriatrii dla lekarzy specjalizujących się w medycynie rodzinnej oraz kursy specjalizacyjne w ramach szkolenia podyplomowego CMKP.

Tabela 1. Kształcenie z zakresu geriatrii na kierunku lekarskim, baza i kadra geriatryczna na uczelniach medycznych

	1. UM Białystok	2. UMK, CM Bydgoszcz	3. AM Gdańsk	4. AM i VI	5. CM UJ Kraków	6. UM Lublin	-0	8. UM Poznań	9. PAM Szczecin	10. WUM Warszawa	11. AM Wrocław	Ogółem
„Geriatryka” jako przedmiot indeksowany	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	5
Wymiar godzinowy przedmiotu	30	30	30		20	25	5	0	0	0	0	x
Rok studiów	VI	VI	VI		VI	■/i	VI					
Liczba geriatrów jako nauczycieli akadem.	4	3	3	3	6	0	1	3	0	3	2	28
Obecność Kliniki Geriatrii/ Zakł. Geront.	1	1	1	1	1	0	1	1		1	1	9
Liczba łóżek geriatrycznych	18	21	15	18	78	0	0	0	0	0	20	170
Dostępność geriatry jako samodzielnego pracownika naukowego	tak	tak	tak	nie	tak	nie	tak	tak	nie	tak	nie	x
Liczba akredytowanych miejsc specjalizacyjnych z geriatrii	12	3	4	4	16		0	0	0	0	6	45
Staż geriatryczny dla lekarzy specjalizujących się w medycynie rodzinnej	tak	tak	tak	nie	tak	0	0	0	0	0	0	x
Kursy dla lekarzy specjalizujących się w geriatrii	tak	tak	nie	tak	tak	0	tak	tak	0	tak	nie	x

Do drugiego segmentu uczelni medycznych można zaliczyć te, które dysponują co prawda kadrą o profilu gerontologicznym, w większości również samodzielnym pracownikiem nauki w dziedzinie geriatrii, a nawet mają w swej strukturze Kliniki Geriatrii, jednak nie realizują

przedmiotu „*Geriatry*”, ponieważ nie ma go w obowiązujących minimach programowych. Należą do nich uczelnie w Katowicach, Łodzi, Poznaniu, Warszawie i Wrocławiu. Wśród nich, jedynie Śląski Uniwersytet Medyczny dysponuje geriatryczną bazą łóżkową (18 łóżek) i w zasadzie mógłby natychmiast podjąć się kształcenia z zakresu geriatry na kierunku lekarskim. We Wrocławiu aktualnie jest tworzona baza łóżkowa dla geriatry poprzez wyodrębnienie 20 łóżek w Klinice Chorób Wewnętrznych i Alergologii i przemianowanie tej jednostki na Klinikę Chorób Wewnętrznych, Geriatry i Alergologii. W pozostałych, z racji na brak geriatrycznej bazy łóżkowej, podjęcie dydaktyki geriatrycznej, w tym szkolenie lekarzy rodzinnych i prowadzenie specjalizacji jest w praktyce utrudnione lub niemożliwe. Wydzielenie kilkunastu łóżek z przeznaczeniem ich na geriatryczne w ramach restrukturyzacji innych oddziałów klinicznych lub posadowienie kliniki na tzw. bazie obcej, w sposób radykalny poprawiłoby standard kształcenia studentów na kierunku lekarskim w tych starych demograficznie metropoliach.

Najtrudniejszą sytuację w zakresie edukacji gerontologiczno-geriatrycznej mają uczelnie medyczne w **Lublinie** i **Szczecinie**. Nie dysponują one ani bazą, ani kadrą geriatryczną, nie są zatem przygotowane do szybkiego wprowadzenia kształcenia w tym zakresie. **Najpilniejszą potrzebą jest włączenie przedmiotu *Geriatry* do standardu nauczania wszystkich studentów na kierunku lekarskim. Przedmiot musi być realizowany przez lekarzy geriatrów (lub w okresie przejściowym przez specjalistów chorób wewnętrznych w trakcie specjalizacji z geriatry) w oparciu o łóżkową bazę Klinik Geriatry, zgodnie ze standardami geriatrycznymi.**

Postuluje się ujednolicenie zakresu wykładanych treści programowych i wymiaru godzin (minimum 30 ogółem, w rozbiciu na 10 seminaryjnych i 20 ćwiczeniowych przy łóżku starszego pacjenta). Przedmiot winien być wykładany na VI roku, w XI lub XII semestrze, i indeksowany zaliczeniem na stopień.

Tworzenie Klinik Geriatry na bazie łóżkowej wymaga zaangażowania do tego celu najwyższych autorytetów- Rektorów Uczelni Medycznych. Oni sami lub wyznaczeni przez nich przedstawiciele wyrazili zgodę na takie działania przyjmując końcowe Stanowisko na Konferencji w Ministerstwie Zdrowia w Warszawie pt. „*Jłozwój geriatry w Polsce - Dlaczego? Jaki? Kiedy?*”, w dniu 23 kwietnia 2008r.

Zespół ds. Geriatry przy Ministrze Zdrowia przy współpracy z Departamentem Nauki i Szkolnictwa Wyższego MZ zaproponował powołanie w każdej Uczelni Medycznej koordynatora ds. rozwoju geriatry w randze Pełnomocników Rektorów. Proponowana lista samodzielnych pracowników naukowych - koordynatorów ds. rozwoju geriatry - powstała w oparciu o wskazania Rektorów lub zaangażowanie bądź zainteresowanie danej osoby geriatricą.

#### **Założenia, przewidywane działania i koszty związane z wdrożeniem przedmiotu „*geriatry*” do standardów kształcenia na kierunku lekarskim.**

- o Procedury geriatryczne, jak wiele innych procedur klinicznych, są finansowane przez NFZ. Ich prawidłowa wycena w stosunku do włożonych nakładów na diagnostykę, prewencję powikłań chorób, terapię i rehabilitację pacjentów w wieku starszym nie powinna generować długów, a przynosić długofalowe oszczędności dla systemu ochrony zdrowia.
- o Tworzenie oddziałów geriatrycznych warunkuje redukcję deficytu wysoko specjalistycznych usług geriatrycznych. Stanowi również bazę łóżkową dla Klinik Geriatry na poczet szkolenia studentów kierunku lekarskiego i kadry geriatrycznej;
- o Załóżkiem, a jednocześnie fundamentem budowy kadry i bazy geriatrycznej są

gerontologiczne zespoły naukowo-badawcze i/lub specjaliści z zakresu geriatric. W sześciu istnieje baza kadrowa i usługowa (łóżka geriatriczne) - w tych dydaktyka może być nadal kontynuowana (Białystok, Bydgoszcz, Gdańsk, Kraków) lub natychmiast wdrożona (Katowice, Wrocław). W Łodzi, Poznaniu i Warszawie istnieją teoretyczne jednostki geriatriczne, których uzupełnienie o bazę łóżkową sprowadza się głównie do wysiłku organizacyjnego. W pozostałych dwóch uczelniach (Lublin, Szczecin) możliwe jest zaproponowanie samodzielnym pracownikom nauki - zainteresowanym geriatricą- misji tworzenia jednostek geriatricznych, po podjęciu się przez nich specjalizacji z zakresu geriatric metadą „krótkiej ścieżki”.

- o Wzorując się na doświadczeniach uczelni już realizujących dydaktykę z zakresu geriatric można twierdzić, że koszty dydaktyki nie musiałyby wzrosnąć z racji wydzielania godzin dydaktycznych z pensum przedmiotu „choroby wewnętrzne” i/lub „medycyna rodzinna”.
- o Wdrożenie nauczania studentów na kierunku lekarskim jest w zasadzie dobrą wolą i zrozumieniem wagi problemu przez władze poszczególnych uczelni medycznych.
- o Pełnoprofilowe Kliniki Geriatric w uczelniach medycznych, jako jednostki międzywydziałowe - przypisane Wydziałowi Lekarskiemu lub Wydziałowi Nauk o Zdrowiu -winny stanowić profesjonalną bazę do kształcenia studentów wielu innych kierunków nauczania w zakresie aspektów gerontologicznych, w tym pielęgniarstwa, zdrowia publicznego, fizjoterapii, czy dietetyki.

Kształcenie z zakresu zagadnień geriatricznych na innych kierunkach studiów medycznych  
Spośród innych kierunków studiów medycznych, jedynie na kierunku Pielęgniarstwo istnieje w standardach nauczania przedmiot „*Geriatric i pielęgniarstwo geriatriczne*”.

Mimo, że w przedmiocie są wydzielone godziny dydaktyczne na geriatric, która powinna być nauczana przez lekarzy-geriatrów oraz na pielęgniarstwo geriatriczne - nauczane przez nauczycieli akademickich - pielęgniarki, to z powodu braku kadry lekarzy - geriatrów niektóre uczelnie nie mogą wywiązać się z tego standardu.

## 7. WIZJA STRUKTURY ORGANIZACYJNEJ OPIEKI GERIATRYCZNEJ w Polsce

Analiza zasobów geriatric oraz wielkość finansowania przez NFZ wskazują, że w skali kraju system specjalistycznej opieki nad pacjentem w wieku podeszłym nie istnieje. Co więcej, nawet lekarze rodzinni nie mają przygotowania do właściwego postępowania profilaktycznego i diagnostyczno-terapeutycznego wobec ludzi starych, a także wsparcia ze strony leczenia geriatricznego. Ponadto, brak jest programów rozwoju opieki nad osobami starszymi wspieranych przez Ministerstwo Zdrowia i NFZ, co w sposób zasadniczy uniemożliwia wdrażanie standardów opieki geriatricznej. 7.1 Proponowana struktura opieki geriatricznej

Uwzględniając potrzeby społeczeństwa w zakresie opieki zdrowotnej nad ludźmi starymi niezbędne jest:

- o stworzenie kompleksowego systemu opieki, w skład którego wejdą następujące formy opieki:
  1. całodobowa opieka geriatriczna w geriatricznym oddziale szpitalnym [kod 4060]
  2. dzienna opieka geriatriczna w dziennym ośrodku opieki geriatricznej [kod 2200]
  3. specjalistyczna ambulatoryjna opieka geriatriczna realizowana w poradni geriatricznej oraz opieka domowa prowadzona przez geriatriczny zespół opieki

domowej przy poradni geriatrycznej [kod 1060 i 2202]

4. geriatryczny zespół konsultacyjny dla leczenia zamkniętego i opieki długoterminowej przy oddziale geriatrycznym lub przy poradni geriatrycznej.
  - o wdrożenie standardów i procedur medycznych dla osób starszych, o zwiększenie liczby zakładów opieki długoterminowej w celu skrócenia czasu oczekiwania na przyjęcie.

#### Lecznictwo zamknięte - oddziały szpitalne

System szpitalnej opieki całodobowej powinien zostać zorganizowany na wzór innych specjalności tzn. w oparciu o trzy poziomy referencyjne:

Pierwszy poziom referencyjności - sieć oddziałów geriatrycznych lub geriatryczno-internistycznych na poziomie powiatu - świadczące usługi medyczne w zakresie podstawowym

Drugi poziom referencyjny - oddziały geriatryczne w wojewódzkich lub miejskich szpitalach specjalistycznych lub wojewódzkie centra geriatryczne, które będą stanowiły wsparcie diagnostyczne i terapeutyczne dla ośrodków powiatowych oraz miejsce szkolenia podyplomowego dla lekarzy geriatrów oraz lekarzy innych specjalności w zakresie geriatrii. Trzeci poziom referencyjny - akademickie kliniki geriatryczne, które dysponując aparaturą diagnostyczną i kadrą naukową na najwyższym poziomie, będą ośrodkami konsultacyjnymi dla pozostałych jednostek, a równocześnie obok szkolenia podyplomowego będą również świadczyły szkolenie przeddyplomowe i prowadziły działalność o charakterze naukowym. Równoległe do oddziałów geriatrycznych, w szpitalach wieloprofilowych powinny być tworzone geriatryczne zespoły konsultacyjne, których zadaniem będzie opieka nad pacjentami w wieku podeszłym hospitalizowanymi w innych oddziałach np. neurologii, chirurgii, kardiologii etc. W skład zespołu powinni wchodzić - lekarz geriatra, pielęgniarz, rehabilitant i pracownik socjalny.

#### Lecznictwo otwarte - poradnie geriatryczne

W geriatrycznej opiece ambulatoryjnej pacjenci powinni być przyjmowani z obszaru dzielnicy miasta, powiatu lub gminy, natomiast opieka domowa winna dotyczyć pacjentów, na którego terenie działa poradnia. Geriatryczny zespół opieki domowej

Geriatryczny zespół opieki domowej stanowi formę świadczeń geriatrycznych udzielanych w domu pacjenta przez zespół poradni geriatrycznej. Zespół oferuje konsultacyjną opiekę specjalistyczną z zakresu geriatrii (na użytek lekarza rodzinnego) w formie wizyt domowych tym pacjentom w wieku starszym, którzy nie mają wskazań do hospitalizacji, a wymagają zorganizowania i otrzymywania świadczeń geriatrycznych w miejscu zamieszkania. Dzienny ośrodek opieki geriatrycznej

Dzienny geriatryczny oddział szpitalny przeznaczony jest do krótkotrwałej diagnostyki i leczenia pacjentów w starszym wieku, bez konieczności całodobowej hospitalizacji. Stanowi integralną część całościowej opieki geriatrycznej i jest elementem pośrednim i uzupełniającym między stacjonarnym oddziałem geriatrycznym, a poradnią geriatryczną. Oddział dzienny może być częścią kompleksu szpitalnego, poradni geriatrycznej lub samodzielną placówką medyczną posiadającą pełne zabezpieczenie do prowadzenia diagnostyki (m.in. laboratoryjnej, obrazowej, endoskopowej, kardiologicznej). Przewidywana liczba miejsc w dziennym oddziale szpitalnym docelowo nie powinna być mniejsza niż 1,5 miejsca na 10 000 mieszkańców. Docelowo, wskazany 1 ośrodek w mieście lub dzielnicy (ewentualnie w powiecie).

## **7.2. Kadry na potrzeby systemu opieki geriatrycznej** (na potrzeby akademickie i usługowe)

Krytyczny niedobór specjalistów geriatry to problem wielu krajów, w tym Stanów Zjednoczonych, gdzie przewiduje się czterokrotnie wyższe niż obecnie zapotrzebowanie na tę specjalizację do 2030r.<sup>32</sup>. Do czynników zniechęcających podejmowanie tej specjalizacji zalicza się niskie wynagrodzenia, niedobór zaplecza badawczego i bazy akademickiej, niedobór kadry mentorów oraz placówek geriatrycznych, . Aby temu zaradzić, postuluje się wprowadzenie reform w systemie sponsorowania tej specjalizacji i gwarancjach wyższego wynagradzania lekarzy podejmujących się pracy w tej dziedzinie.

Przy założeniu, że wzorem Wielkiej Brytanii 1 geriatra powinien przypadać na ok. 4000 osób po 75 roku życia i na 8 tysięcy osób w przedziale 65-74. **potrzeby w zakresie liczby geriatrów należy ocenić na minimum 800 specjalistów.**

By w stosunkowo szybkim czasie sprostać temu wyzwaniu, przy uwzględnieniu możliwości kształcenia, należy wprowadzić system tzw. krótkiej ścieżki specjalizacji z geriatry. Byłby on adresowany do specjalistów w zakresie chorób wewnętrznych, którzy mają za sobą co najmniej 3 lata stażu pracy w oddziałach chorób wewnętrznych. Niewątpliwym warunkiem takiego kształcenia jest uznanie poprzez Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia - miejsca dla geriatrów w systemie specjalistycznej opieki zdrowotnej.

Z uwagi na deficyt specjalistów w dziedzinie geriatry oraz koncentrację specjalistycznej opieki w dużych ośrodkach, celowym jest pilne przeszkolenie lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej z zakresu podstaw geriatry. Zgodnie z wymogiem sponsora, tym programem zostaną objęci lekarze poz z województw lubelskiego, podkarpackiego, świętokrzyskiego oraz małopolskiego. Projekt programu zakłada finansowanie kosztów samego szkolenia jak również kosztów dojazdu, noclegu i wyżywienia dla uczestników. Zaplanowano, że w latach 2009-2016 przeszkolonych zostanie ok. **8000 lekarzy poz.**

Dla potrzeb geriatrycznego leczenia ambulatoryjnego należałoby utrzymać możliwość specjalizacji z geriatry lekarzom legitymizującym się specjalizacją z medycyny rodzinnej. Niezależnie od tego, istnieje pilna potrzeba wprowadzenia problematyki geriatry do programów specjalizacji z medycyny rodzinnej.

## **7.3. Etapy wprowadzania strategii** - kalendarium

W ramach tzw. krótkiej ścieżki w latach 2010-2015 proponujemy kształcenie około 100 specjalistów geriatry rocznie, taki model pozwoli na uzyskanie specjalizacji 500 osobom do roku 2015. W ramach tradycyjnego procesu specjalizacji w ciągu roku stopień specjalisty zdobywa jedynie 15-17 osób. Wdrożenie „krótkiej ścieżki” pozwoli na zwiększenie liczby ośrodków akredytowanych i powinno spowodować wywiązanie się z zaplanowanego planu szkolenia.

## **8. PILNE REKOMENDACJE**

### **1. Wdrażać edukację gerontologiczną i poprawiać jakość kształcenia:**

- (a) wprowadzić obligatoryjne kształcenie studentów na kierunku lekarskim,
- (b) poprawić jakość kształcenia na innych kierunkach medycznych,
- (c) włączyć staże z geriatry do programu specjalizacji z medycyny rodzinnej;
- (d) przeszkolić lekarzy rodzinnych z zakresu „minimum geriatry”;
- (e) wdrożyć „krótką ścieżkę” specjalizacji z geriatry dla specjalistów chorób wewnętrznych zatrudnionych w placówkach geriatrycznych,

### **2. Tworzyć sieć klinik, oddziałów, poradni geriatrycznych oraz stanowisk konsultantów ds. geriatry w jednostkach szpitalnych i opieki długoterminowej**

### **3. Nadać szczególną rangę geriatry w przejściowym okresie 10 lat, poprzez aktywną**

politykę resortu zdrowia na rzecz rozwoju geriatry oraz preferencyjne kontrakty NFZ z placówkami geriatrycznymi, akredytowanymi w oparciu o Standardy Geriatryczne;

Przetawiona strategia rozwoju systemu opieki geriatrycznej nie stanowi rewolucji w dotąd funkcjonującym systemie ochrony zdrowia, a raczej ewolucję polegającą na przyspieszeniu nabywania wiedzy o światowych standardach oceny i opieki geriatrycznej przez obecnych i przyszłych praktyków ochrony zdrowia i wprowadzaniu tych standardów wobec prognozowanego wzrostu udziału osób starszych w polskiej populacji. Obok argumentów pragmatycznych, oczekiwane efekty wprowadzenia geriatry do systemu ochrony zdrowia mają wpłynąć na poprawę jakości życia i dobrostanu osób starszych. Istotą proponowanych działań jest bowiem upodmiotowienie starszego pacjenta - traktowanie go jako całość psychofizyczną, a nie konglomerat wielu chorób. Wprowadzenie geriatry do powszechnego kształcenia studentów medycyny z pewnością zaprocentuje w przyszłości lepszym przygotowaniem do starości pacjentów wszystkich grup wiekowych, by ci mogli świadomie i pozytywnie kształtować własny przebieg starzenia.

<sup>33</sup> Butler R., Estrine J., Honig M. et al.: Preparing for an Aging Nation: The need for academic geriatricians. NY International Longevity Center-USA, Ltd. 2002.

<sup>34</sup> Elon RD: Reforming the care of our elders: reflections on the role of reimbursement. J Am Med Dir Assc. 2003; 4(2): 117-120