

Lindner K., Parużyńska A., Sobieszcańska M.

Uniwersytet Medyczny, Wrocław, Polska

ORGANIZACJA OPIEKI GERIATRYCZNEJ I SZKOLENIA SPECJALIZACYJNEGO W DZIEDZINIE GERIATRII W POLSCE

Artykuł przedstawia zasady organizacji opieki geriatrycznej oraz przebieg szkolenia specjalizacyjnego lekarzy w dziedzinie geriatry w Polsce.

Lindner K., Parużyńska A., Sobieszcańska M.

Medical University, Wrocław, Poland

ORGANIZATION OF GERIATRIC CARE AND TRAINING IN GERIATRICS IN POLAND

This article presents the principles of geriatric care as well specialization mode in geriatrics for physicians in Poland.

Wprowadzenie

Populacja polska starzeje się. Starzenie się polskiego społeczeństwa odzwierciedla procesy demograficzne obserwowane w innych krajach. Zjawiska te polegają na zmniejszaniu się odsetka dzieci i zwiększaniu odsetka osób w podeszłym wieku – są one w głównej mierze następstwem wydłużania się życia osobniczego oraz jednoczesnego spadku liczby urodzeń. Populacja polska wynosi obecnie około 38 milionów obywateli. Według Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) odsetek osób mających 64 lub więcej lat wynosił w Polsce 14,7% w 2013 roku (15,7% w miastach oraz 13,3% na terenach wiejskich). GUS prognozuje, że wzrośnie on do 18,9% w 2020 roku, 24,5% – w 2035 roku, a wreszcie do 32,7% – w 2050 roku. Jednocześnie wiadomo, że w obrębie populacji osób w podeszłym wieku, najbardziej powiększa się grupa osób najstarszych. W 2013 roku odsetek najstarszych obywateli (mających 80 i więcej lat), wynosił 26,1% populacji osób w podeszłym wieku, a prognozuje się, że wzrośnie on do 31,9% w 2050 roku [1].

Niepokojąco w świetle tych danych przedstawiają się parametry demograficzne, służące zobrazowaniu relacji międzypokoleniowych oraz możliwości wsparcia osób w podeszłym wieku przez młodsze generacje społeczeństwa, mianowicie: współczynnik potencjalnego wsparcia oraz współczynnik opieki nad rodzicami. Współczynnik potencjalnego wsparcia jest definiowany przez liczbę osób w wieku 15-64 lat, które przypadają na 100 osób powyżej 65 roku życia. Współczynnik ten wynosi obecnie w Polsce 458, a w roku 2050 spadnie do wartości 169. Współczynnik opieki nad rodzicami stanowi natomiast liczbę osób w wieku 85 i więcej lat,

która przypada na 100 osób w wieku 15-64 lat. Wynosi on obecnie 8, a w 2050 roku wzrośnie do 38 [1].

Przytoczone dane obrazują skalę problemowi wskazują na konieczność budowania efektywnego systemu opieki geriatrycznej.

Organizacja opieki geriatrycznej

Zgodnie z danymi z grudnia 2014 roku, w Polsce było 343 specjalistów geriatrów. Stanowiło to 0,9 geriatry na 100 tys. ogółu mieszkańców i 0,16 geriatry na 10 tys. osób powyżej 65 roku życia [2, 3]. Jednocześnie, niestety, tylko połowa specjalistów jest aktywna zawodowo jako geriatrzy. Dane pochodzące z tego samego okresu pokazują, że w całym kraju było około 818 łóżek szpitalnych na oddziałach geriatrycznych, co przekłada się na 2,2 łóżka na 100 tys. ogółu mieszkańców. Współczynniki te należą do najniższych spośród krajów europejskich i wskazują, że system opieki geriatrycznej jest w Polsce wciąż w budowie. Jednocześnie jednak, na co warto zwrócić uwagę, zgodnie z analizami Naczelnej Izby Kontroli (NIK), opieka medyczna nad pacjentem po hospitalizacji na oddziale geriatrycznym okazała się tańsza o około 1300 złotych (to jest około 400 euro) w skali roku w porównaniu do pacjenta, który przebył leczenie na oddziale internistycznym [2, 3].

Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) w Polsce (będący płatnikiem za usługi medyczne finansowane ze środków publicznych, pochodzących ze składek na obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne), określa i kontraktuje usługi medyczne świadczone dla pacjentów geriatrycznych. W ramach bezpłatnego systemu opieki zdrowotnej świadczenia geriatryczne są dostępne w Polsce na oddziałach oraz w specjalistycznych przychodniach geriatrycznych. Ubezpieczeniem zdrowotnym objęte jest około 98% populacji polskiej [4]. Pacjenci mają również możliwość korzystania z prywatnej opieki geriatrycznej.

W sektorze publicznym z oddziałami i przychodniami geriatrycznymi powiązane są zakłady opieki długoterminowej. Wśród nich można wyróżnić:

1) Zakłady Opiekuńczo-Lecznicze (ZOL), w którym przebywają osoby wymagające opieki pielęgniarstwa, rehabilitacji oraz leczenia farmakologicznego, których stan nie wymaga jednak hospitalizacji;

2) Zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze, w którym świadczone są usługi dla pacjentów wymagających mniej intensywnej opieki niż pensjonariusze ZOL;

3) Oddziały opieki paliatywnej.

Istnieją również zakłady opieki długoterminowej prowadzone przez organizacje charytatywne (np. Caritas) a także ośrodki prywatne [3].

Kolejną formą pomocy opiekuńczej są usługi świadczone przez system pomocy społecznej. Obejmują one:

- 1) Domy pomocy społecznej (DPS);
- 2) Dzielne domy pomocy społecznej;
- 3) Usługi opiekuńcze w domach pacjentów [4].

Szkolenia specjalizacyjne w dziedzinie geriatry dla lekarzy

Nad szkoleniami specjalizacyjnymi w Polsce czuwa Centrum Medyczne Kształcenia Specjalizacyjnego (CMKP) w Warszawie. Programy specjalizacji są dokumentami zatwierdzanymi przez ministra zdrowia. Aby zakwalifikować się do programu szkoleniowego, należy przystąpić do konkursu, który obejmuje ocenę kandydatów pod kątem uzyskanych punktów z lekarskiego egzaminu państwowego (LEP) i ewentualnych poprzednich egzaminów specjalizacyjnych. Dodatkowe punkty przyznawane są za zatrudnienie w ośrodku geriatrycznym i aktywność naukową. Konkursy organizowane są dwukrotnie w ciągu roku. W 2014 roku dokonano reformy szkoleń specjalizacyjnych dla lekarzy. Szkolenie specjalizacyjne z geriatry można w tej chwili odbyć na podstawie 3 programów:

- 1) Osoby, które nie posiadają żadnej specjalizacji, przystępując do szkolenia z geriatry obowiązane są do dwuetapowego programu specjalizacji. Moduł podstawowy obejmuje 3 pierwsze lata szkolenia z zakresu chorób wewnętrznych, potem następuje moduł specjalistyczny, który stanowi 2 lata szkolenia z zakresu geriatry;

- 2) Lekarze, którzy posiadają tytuł specjalisty chorób wewnętrznych, medycyny rodzinnej lub neurologa, przystępują do szkolenia specjalistycznego – geriatrycznego trwającego 2 lata;

- 3) Lekarze, którzy rozpoczęli specjalizację do 31.03.2014 roku (tj. przed reformą systemu kształcenia podyplomowego lekarzy), mają możliwość ukończenia swojego szkolenia na poprzednich zasadach.

Plan specjalizacji obejmuje staż z zakresu geriatry, psychiatrii, reumatologii, ortopedii, rehabilitacji, medycyny paliatywnej oraz wybór 2 staży spośród: kardiologii, urologii, onkologii, medycyny ratunkowej lub szkolenia w zakładzie opiekuńczo-leczniczym. Program specjalizacji obejmuje także 14 kursów doskonalących. Egzamin specjalizacyjny składa się z części testowej oraz praktycznej. Można do niego przystąpić dwukrotnie w ciągu roku. Od 05.11.2015 roku lekarze szkolący się w ramach specjalizacji geriatry wspierani są finansowo w ramach projektu «Rozwój kształcenia specjalizacyjnego lekarzy w dziedzinach istotnych z punktu widzenia potrzeb epidemiologiczno-demograficznych kraju» realizowanego ze środków Unii Europejskiej [5].

Literatura:

1. GUS, Prognoza ludności na lata 2014-2050, <http://www.stat.gov.pl> dostęp: 01.07.2017.
2. Wieczorowska-Tobis K., Geriatric medicine in Poland, *Eur Geriatr Med* 2015; 6: 136.
3. NIK, Informacja o wynikach kontroli. Opieka medyczna nad osobami w podeszłym wieku, <https://www.nik.gov.pl/plik/id,8319,vp,10379.pdf> dostęp: 01.07.2017
4. Leszko M, Zając-Lamparska L, Trempala J., Aging in Poland. *Gerontologist* 2015; 55: 707-715.
5. Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, <https://www.cmkp.edu.pl> dostęp: 01.07.2017.

Parużyńska A., Lindner K., Szymala-Pędzik M.

Uniwersytet Medyczny, Wrocław, Polska

MODELOWA OPIEKA GERIATRYCZNA

Artykuł omawia zasady kompleksowej oceny i opieki geriatrycznej, zmierzającej do podniesienia jakości życia chorych w podeszłym wieku poprzez poprawę ich stanu zdrowia i funkcjonowania w środowisku.

Parużyńska A., Lindner K., Szymala-Pędzik M.

Medical University, Wrocław, Poland

MODEL OF GERIATRIC CARE

This article describes the principles of comprehensive geriatric assessment and care aimed at raising the quality of life of the elderly by improving their health and functioning in the environment.

Proces starzenia się populacji ogólnoswiatowej postawił wiele nowych wyzwań przed medycyną, dotyczących przede wszystkim poprawy jakości życia osób w wieku podeszłym, a także ich dalszego zaangażowania w życie społeczne. Odpowiedzią na te wyzwania stała się nowa dyscyplina lekarska – geriatryka. W zakres oceny geriatrycznej wchodzi: ocena funkcjonowania i niezależności pacjenta, uwzględniająca czynniki fizyczne, psychosocjalne, środowiskowe, a także ocena funkcji poznawczych, równowagi i zaburzeń chodu, a także kompleksowa ocena schorzeń i stosowanych leków [1, 2].

Jednym z pojęć wprowadzonych od niedawno praktyki geriatrycznej jest «zespół kruchości» (*frailty syndrome*) odnoszący się przede wszystkim do funkcjonowania pacjenta geriatrycznego i definiowany jako utrata niezależności. «Zespół kruchości» podzielić możemy na łagodny, kiedy chory wymaga pomocy jedynie w złożonych czynnościach życia