



Podjęcie geriatryczne i dostępność do opieki geriatrycznej w dobie pandemii Covid19

Prof. Barbara Bień

Klinika Geriatrii UMB

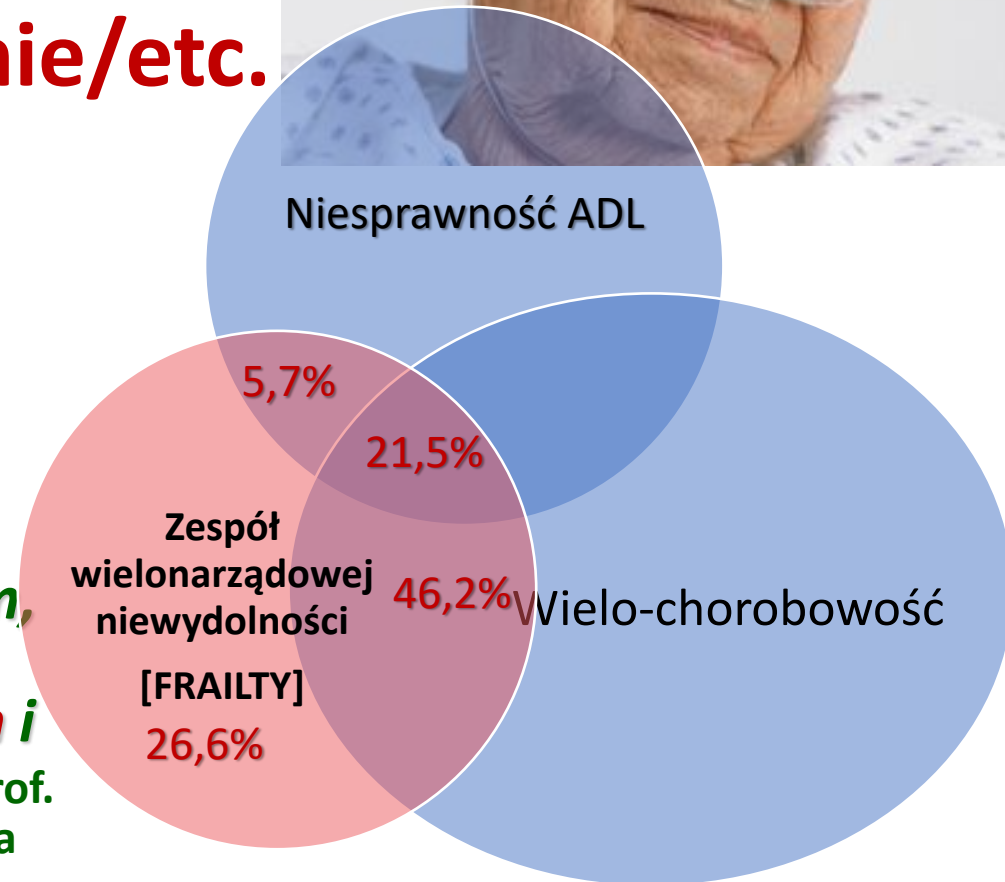
Konsultant Wojewódzki ds. Geriatrii w woj. podlaskim

17 marca 2022, Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa, Konferencja on-line

**Pacjent „geriatryczny” =
minimalne rezerwy
narządowe
[serce/ mózg/ mięśnie/etc.]**

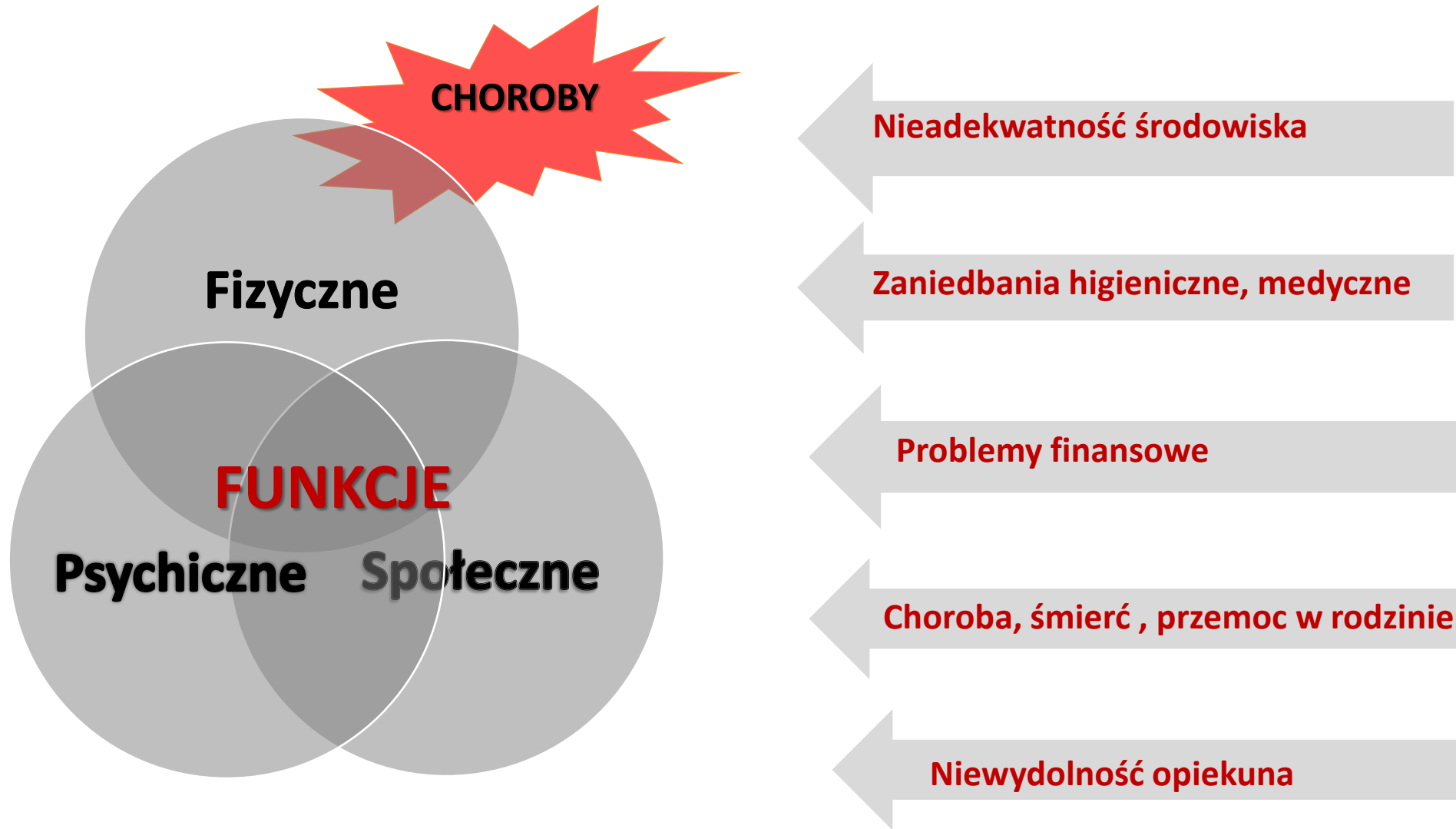


**„Pomyśl o Twoim najstarszym,
najbardziej schorowanym,
najbardziej skomplikowanym i
zniedołączniałym pacjencie” [Prof.
Wiliam Hazzard; Redaktor Podręcznika
Geriatryi, 1999]**



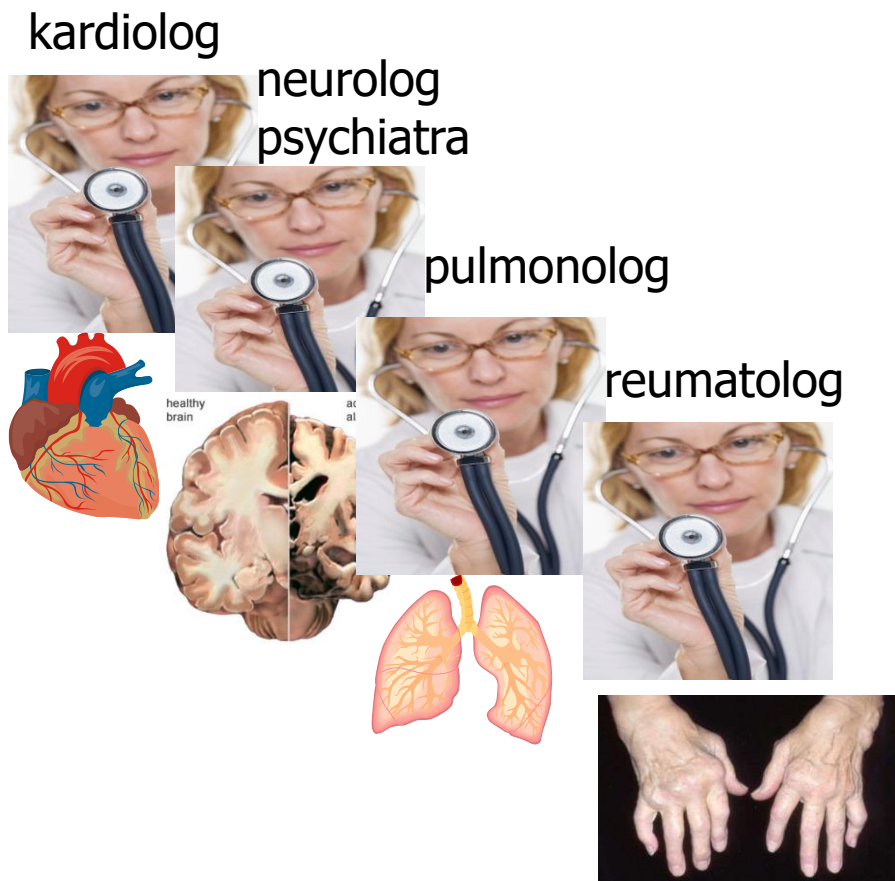
Fried LP, et al. Frailty in older adults. J Gerontol Med. Sci 2001, 56A: M146

Dysfunkcja/ zniepełnienie jako punkt końcowy choroby



Całościowe podejście geriatryczne wobec osób starszych:

Konwencjonalne *versus* Geriatryczne



Koncentracja na **pojedynczej** chorobie



Zespołowe podejście + Całościowa Ocena Geriatryczna

Koncentracja na **problemie** w przebiegu wielu chorób

Standardy postępowania w opiece geriatrycznej

*Stanowisko Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego
opracowane przez ekspertów
Zespołu ds. Gerontologii przy Ministrze Zdrowia*

Całościowa Ocena Geriatryczna

*(Comprehensive Geriatric
Assessment, Rubenstein 1995)*

Wielowymiarowy i
interdyscyplinarny proces
diagnostyczny **do określania
problemów zdrowotnych i
funkcyjnych.**

Planowanie wielowymiarowego i
interdyscyplinarnego procesu opieki **do
naprawiania ujawnionych problemów.**

1.

- Wdrażać terapię, rehabilitację i opiekę długoterminową i oceniać ich efektywność;

2.

- Koordynować cele wyznaczone przez świadczeniodawców (eliminacja konfliktów);

3.

- Optymalnie wykorzystywać dostępne zasoby (pacjenta i systemu);

4.

- Edukować starszych pacjentów i ich opiekunów rodzinnych;

5.

- Poprawiać jakość opieki na starszym pacjentem, redukować koszty opieki.

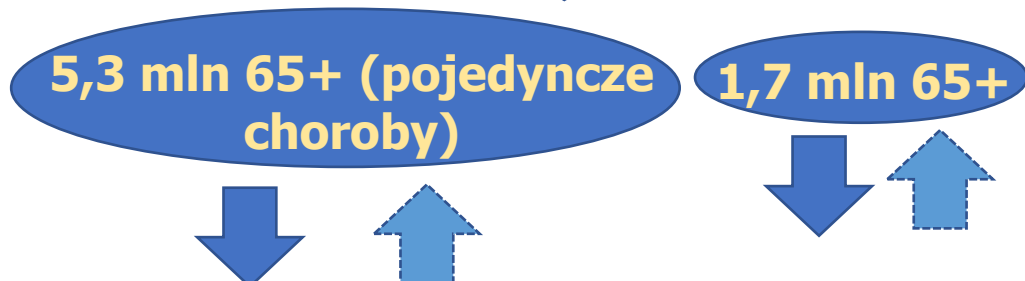
Geriatryczna populacja ryzyka: SELEKCJA w POZ: jak wykorzystać geriatrów???

Skala VES-13

Wiek	Punkty
60-74	0
75-84	1
85+	3

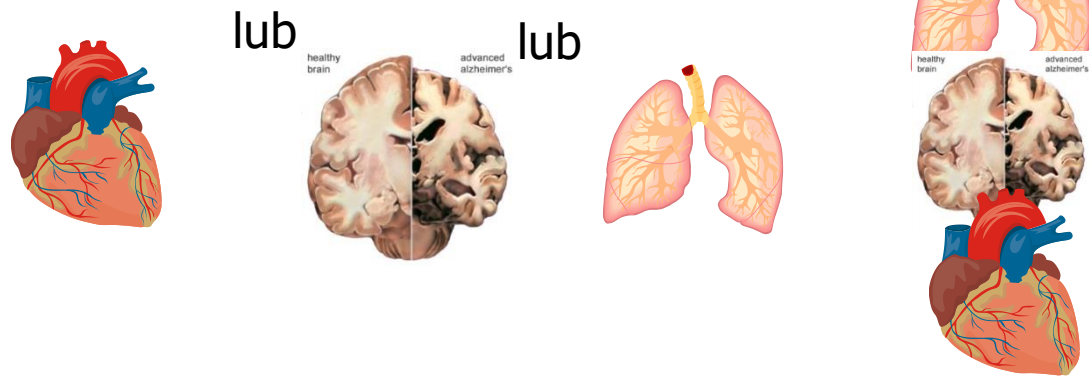
Samocena zdrowia	Punkty
Wspaniałe lub dobre	0
Przeciętne lub złe	1

Znaczne trudności lub niezdolność w samodzielnym wykonywaniu czynności z powodu stanu zdrowia:	Punkty
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



Specjaliści: kardiolog lub neurolog lub diabetolog lub pulmonolog

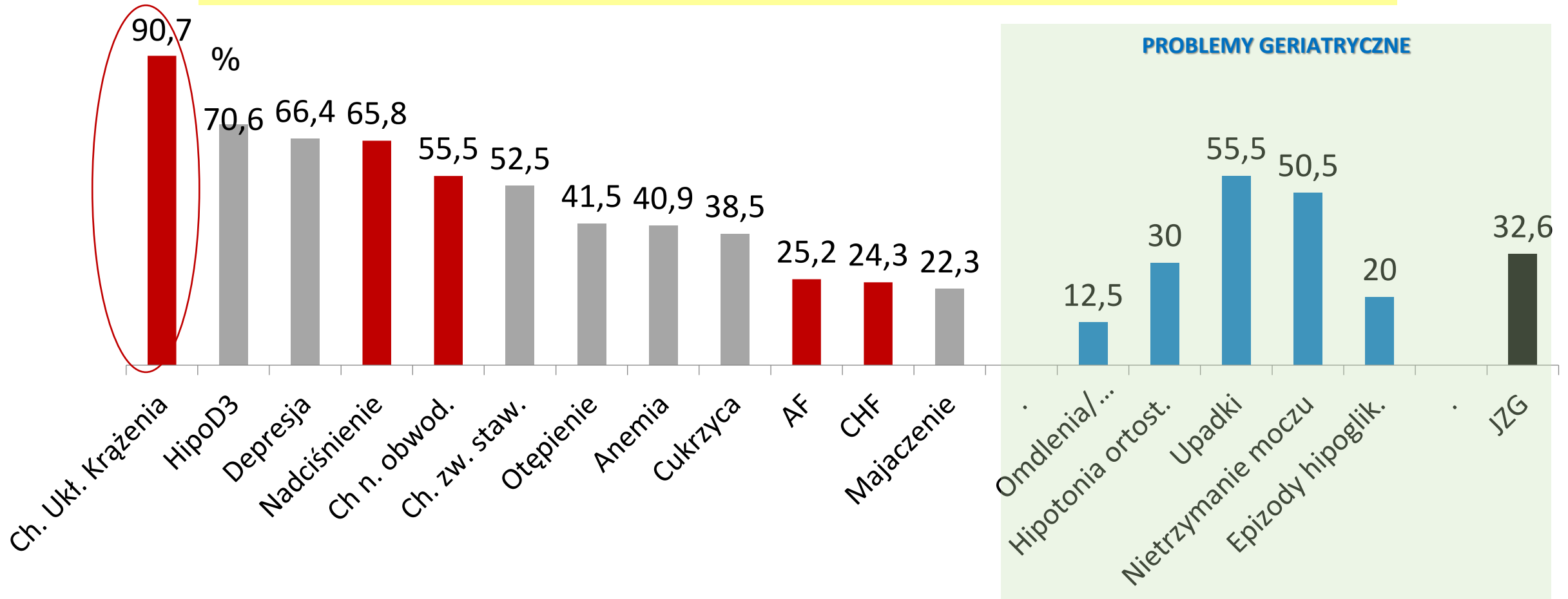
GERIATRA



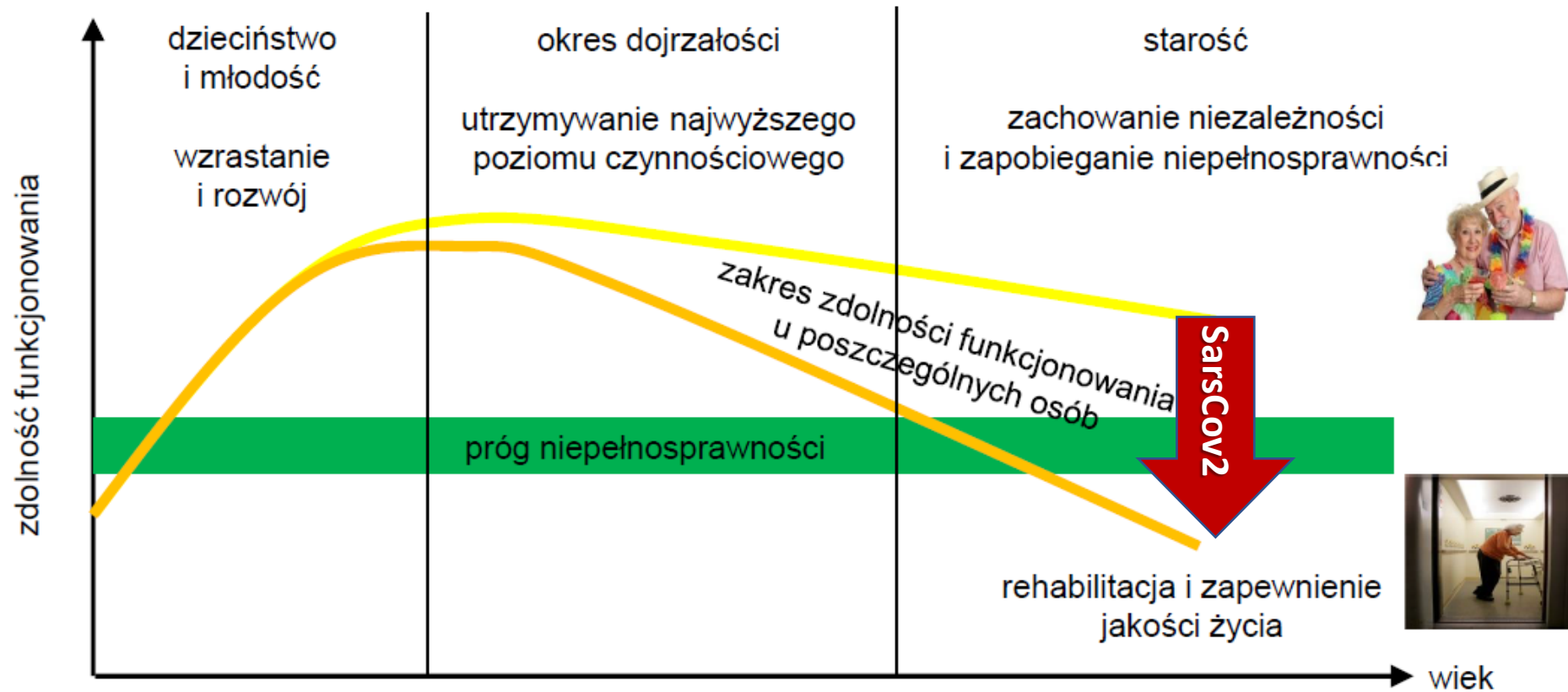
„Pacjent geriatryczny” +/- = „Pacjent kardiologiczny”

dane Kl. Geriatrii UMB (n=301; **wiek 82,4; +7 lat**; I-VI-2017)

Średnia liczba problemów zdrowotnych do interwencji = 5 (od 1 do 9) / pacjenta;
Średnia liczba leków PRZED hospitalizacją = **7,3**; PO hospitalizacji = **6,2**



Zmiana sprawności czynnościowej wraz z wiekiem



Active Ageing: A Policy Framework. WHO 2002

podstawowe dyscypliny medyczne

pediatria

mediatria (ch. wew. wieku dojrzałego)

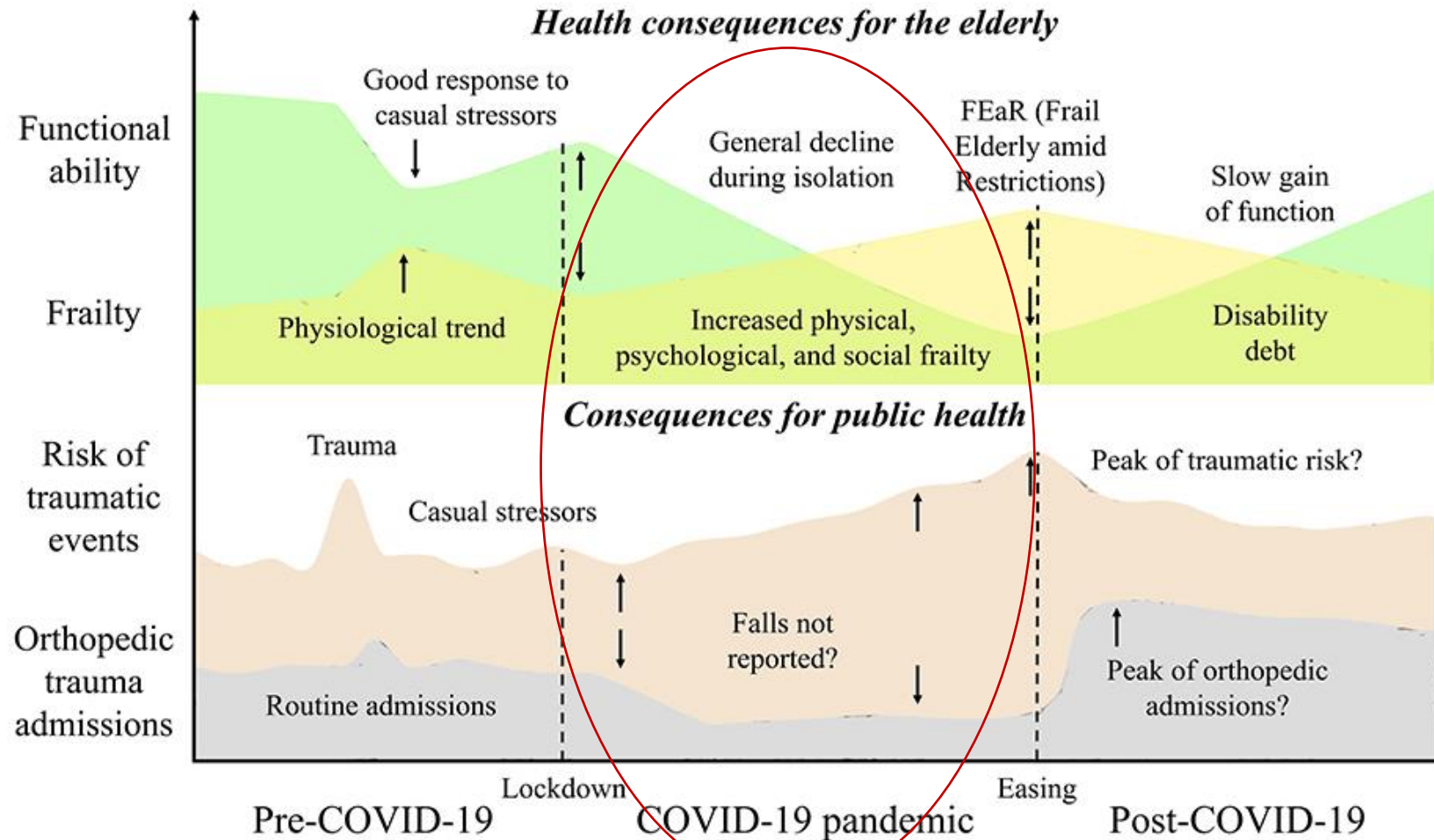
geriatria



Consequences for the Elderly After COVID-19 Isolation: FEaR (Frail Elderly amid Restrictions)

Matteo Briguglio¹, Riccardo Giorgino^{2*}, Bernardo Dell'Osso^{3,4}, Matteo Cesari⁵, Mauro Porta⁶, Fabrizia Lattanzio⁷, Giuseppe Banfi^{1,8} and Giuseppe M. Peretti^{9,10}

Consequences for the Elderly after COVID-19 Isolation



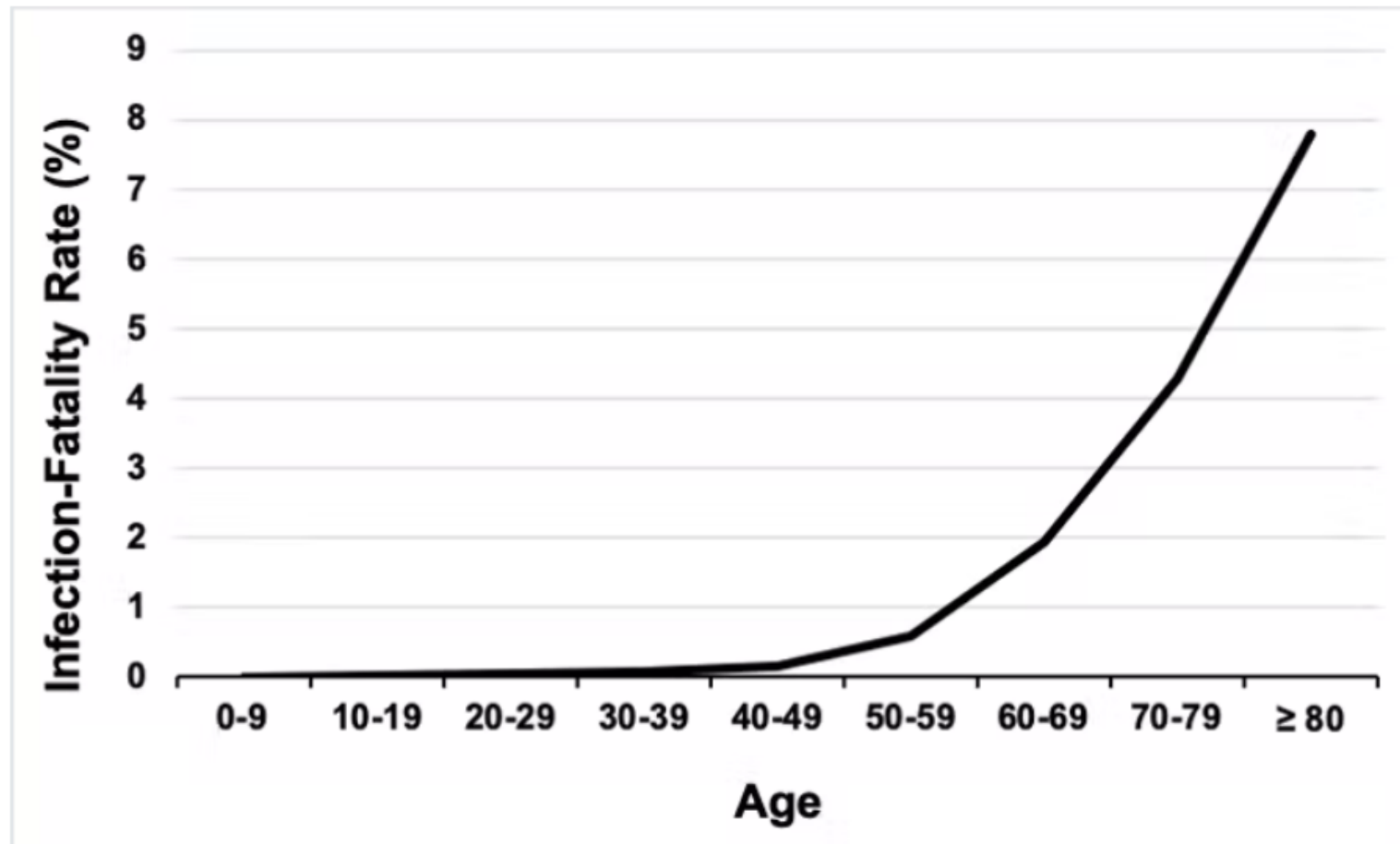
Seniorzy & Covid19

<https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/demographic-change-and-healthy-ageing/covid-19>

- **Zmiana codziennej rutyny** osób starszych, sposobu otrzymywania opieki i wsparcia z **redukcją bezpośrednich kontaktów społecznych**.
- Osoby starsze spędzają **więcej czasu w domu**, bez kontaktu fizycznego z rodziną, przyjaciółmi i współpracownikami,
- Odczuwają **lęk przed chorobą i śmiercią** – własną i innych.



Wiek a wskaźnik ciężkiego przebiegu infekcji Covid19 (zgony)



Graph of infection-fatality rates derived from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1473309920302437>. Jeremy Rossman from Verity et al. data.



POGORSZENIE FUNKCJONOWANIA po COVID-19

Table 2. Multivariable Logistic Regression Models Examining the Association Between COVID-19 and Worsening Mobility Since the Start of the Pandemic

Model	OR (95% CI) ^a		
	Ability to move around in home (n = 20 386) ^b	Ability to engage in housework activity (n = 20 361) ^c	Ability to engage in physical activity (n = 20 426) ^d
Unadjusted			
COVID-19 Status			
No COVID-19	1 [Reference]	1 [Reference]	1 [Reference]
Probable or confirmed COVID-19	1.90 (1.18-3.06)	2.10 (1.32-3.35)	2.16 (1.55-3.02)
Suspected COVID-19	2.63 (2.33-2.96)	2.56 (2.26-2.89)	1.97 (1.80-2.16)
Adjusted^e			
COVID-19 status			
No COVID-19	1 [Reference]	1 [Reference]	1 [Reference]
Probable or confirmed COVID-19	1.60 (0.92-2.79)	1.89 (1.11-3.22)	1.91 (1.32-2.76)
Suspected COVID-19	2.30 (2.01-2.63)	2.09 (1.82-2.41)	1.78 (1.61-1.97)
Age ≥65 y (vs age <65 y)	1.47 (1.29-1.67)	1.19 (1.04-1.35)	1.05 (0.97-1.13)
Female sex (vs male sex)	1.02 (0.92-1.13)	1.50 (1.34-1.67)	1.20 (1.12-1.28)
Annual household income, CAD\$ ^f			
<\$50 000	1.19 (1.03-1.38)	1.50 (1.29-1.74)	0.90 (0.82-0.99)
\$50 000 to <\$100 000	1.14 (1.00-1.30)	1.22 (1.06-1.40)	0.99 (0.92-1.07)
≥\$100 000	1 [Reference]	1 [Reference]	1 [Reference]
Dwelling type			
House	1 [Reference]	1 [Reference]	1 [Reference]
Apartment or condominium	1.20 (1.05-1.36)	1.27 (1.12-1.44)	1.24 (1.13-1.35)
Other	1.05 (0.76-1.45)	1.06 (0.77-1.47)	1.06 (0.84-1.34)
Urban residence (vs rural)	1.10 (0.95-1.28)	1.16 (0.99-1.36)	1.33 (1.20-1.47)
≥3 chronic conditions (vs <3 chronic conditions)	2.27 (2.03-2.55)	2.16 (1.92-2.43)	1.55 (1.45-1.67)
Smoking status			
Current	1.27 (1.02-1.58)	1.48 (1.20-1.83)	0.99 (0.86-1.15)
Former	1.12 (1.00-1.26)	1.16 (1.03-1.31)	1.05 (0.98-1.12)
Never	1 [Reference]	1 [Reference]	1 [Reference]
Low physical activity (vs adequate activity)	1.27 (1.13-1.44)	1.30 (1.15-1.48)	0.91 (0.85-0.98)
High nutritional risk (vs not at risk)	1.88 (1.66-2.14)	2.20 (1.94-2.50)	1.58 (1.44-1.73)

Beauchamp MK, Joshi D, McMillan J, et al. Assessment of Functional Mobility After COVID-19 in Adults Aged 50 Years or Older in the Canadian Longitudinal Study on Aging. JAMA Netw Open. 2022;5(1):e2146168. doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.46168

Abbreviations: CLSA, Canadian Longitudinal Study on Aging; OR, odds ratio.

Rozpoznanie COVID-19 istotnie pogorszyło mobilność i funkcjonowanie fizyczne, nawet przy braku hospitalizacji, zwłaszcza u osób starszych, z wielochorobowością i niedożywionych.

^d COVID-19 status and worsening of the ability to engage in physical activity (adjusted model) included 4283 participants without COVID-19, 724 participants with suspected COVID-19, and 48 participants with confirmed or probable COVID-19.

^e The associations were adjusted for age, sex, annual household income, dwelling type, living area, number of chronic conditions, smoking status, physical activity, and nutritional risk.

^f Income groups in US dollars are less than \$39 097.32, \$39 097.32 to less than \$78 194.64, and \$78 194.64 or more.

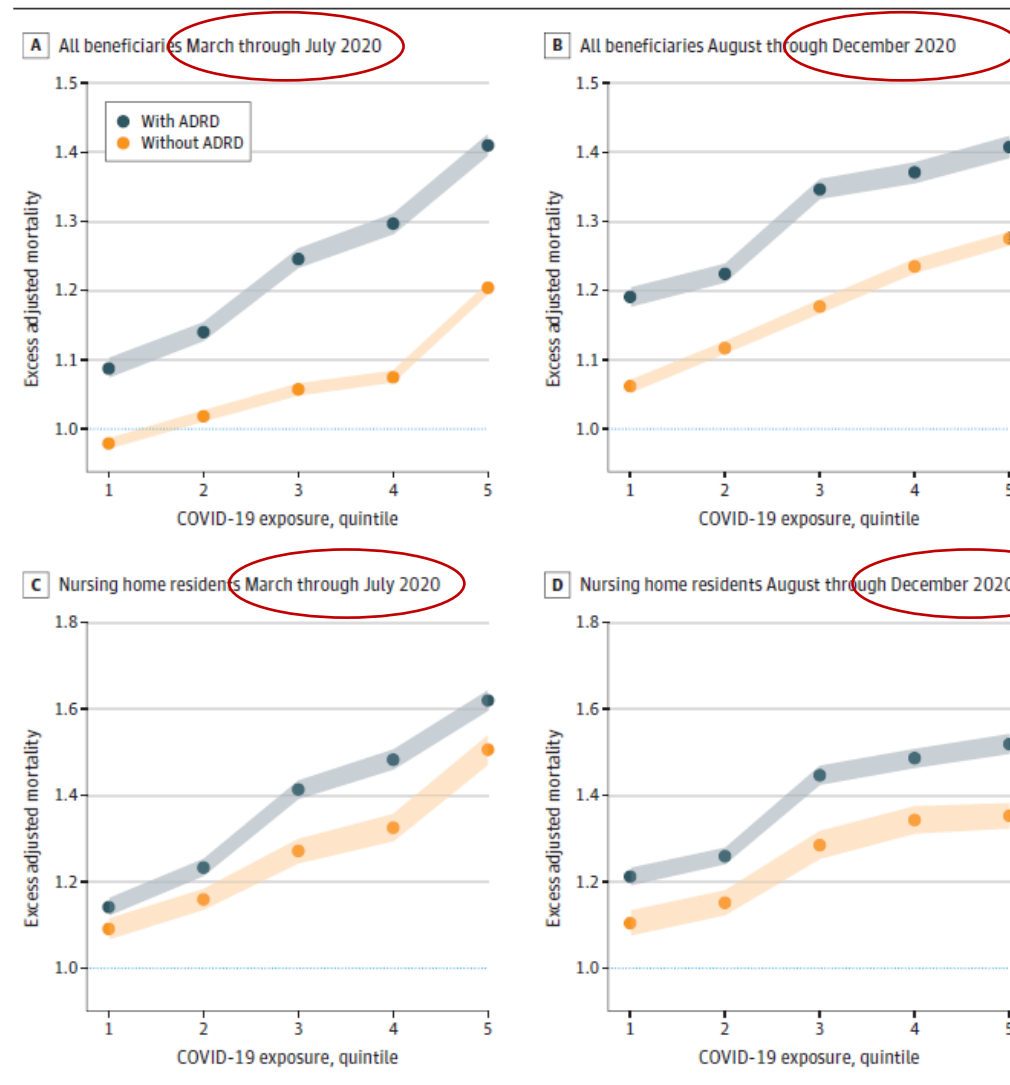
TRENDY w UMIERALNOŚCI osób 65+ podczas COVID19 w zależności od obecności OTĘPIENIA

Wnioski: W badaniu z udziałem osób wieku 65 lat i starszych, COVID-19 wiąże się z nadmierną umieralnością osób z otępieniem oraz wśród mieszkańców domów opieki. Podwyższone ryzyko śmiertelności stwierdzono na wczesnym etapie pandemii, nawet na obszarach bardzo niskim wskaźniku zakażeń COVID-19, co sugeruje, że osoby starsze z otępieniem mogą być szczególnie podatne na pogorszenie opieki zdrowotnej podczas „lockdown’ów” i innych ograniczeń pandemii.

I FALA

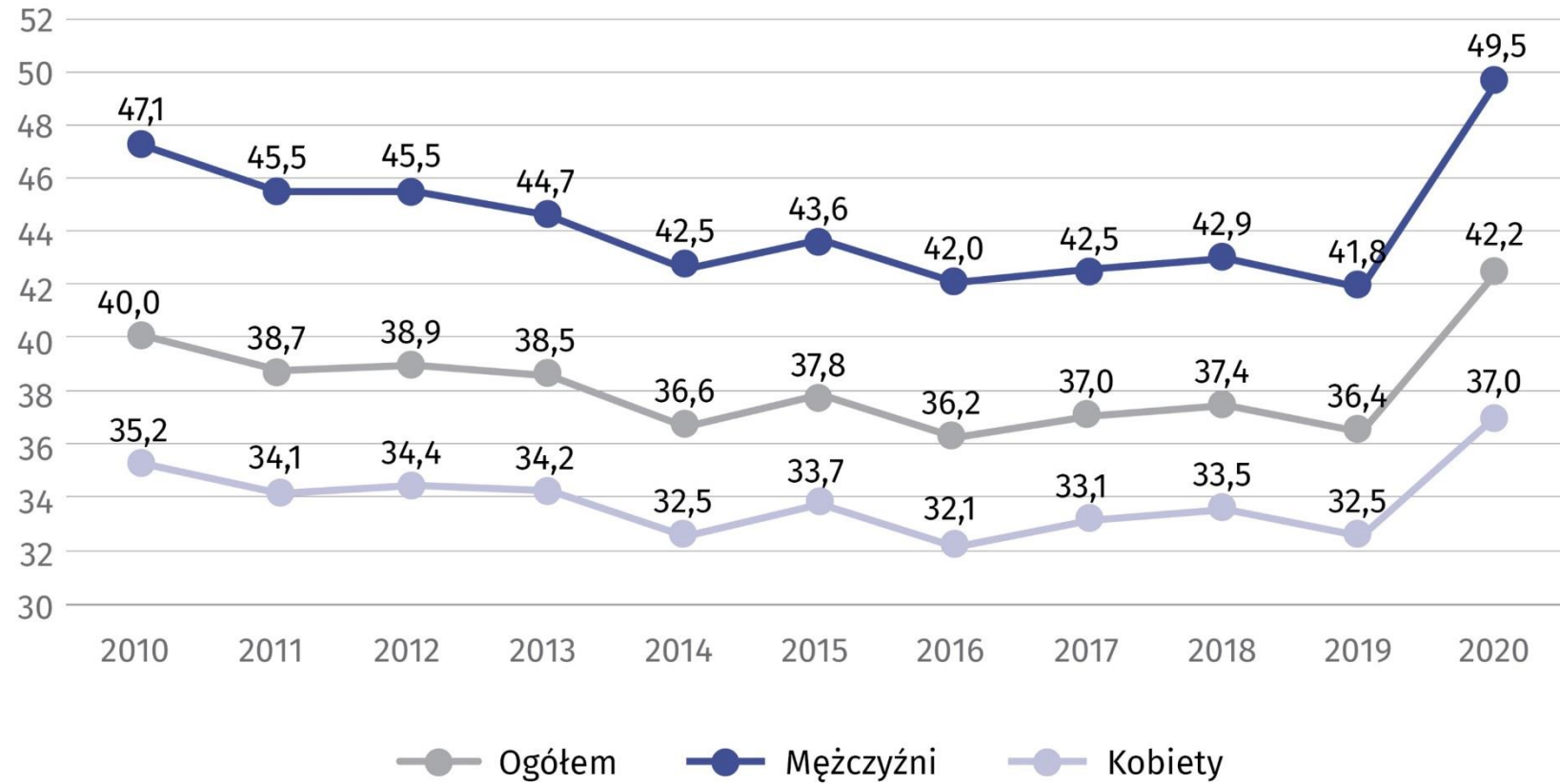
II FALA

Figure 1. Excess Deaths for Medicare Enrollees With or Without Alzheimer Disease and Related Dementias (ADRD) Between March and July and Between August and December 2020, by Quintile of Community COVID-19 Exposure

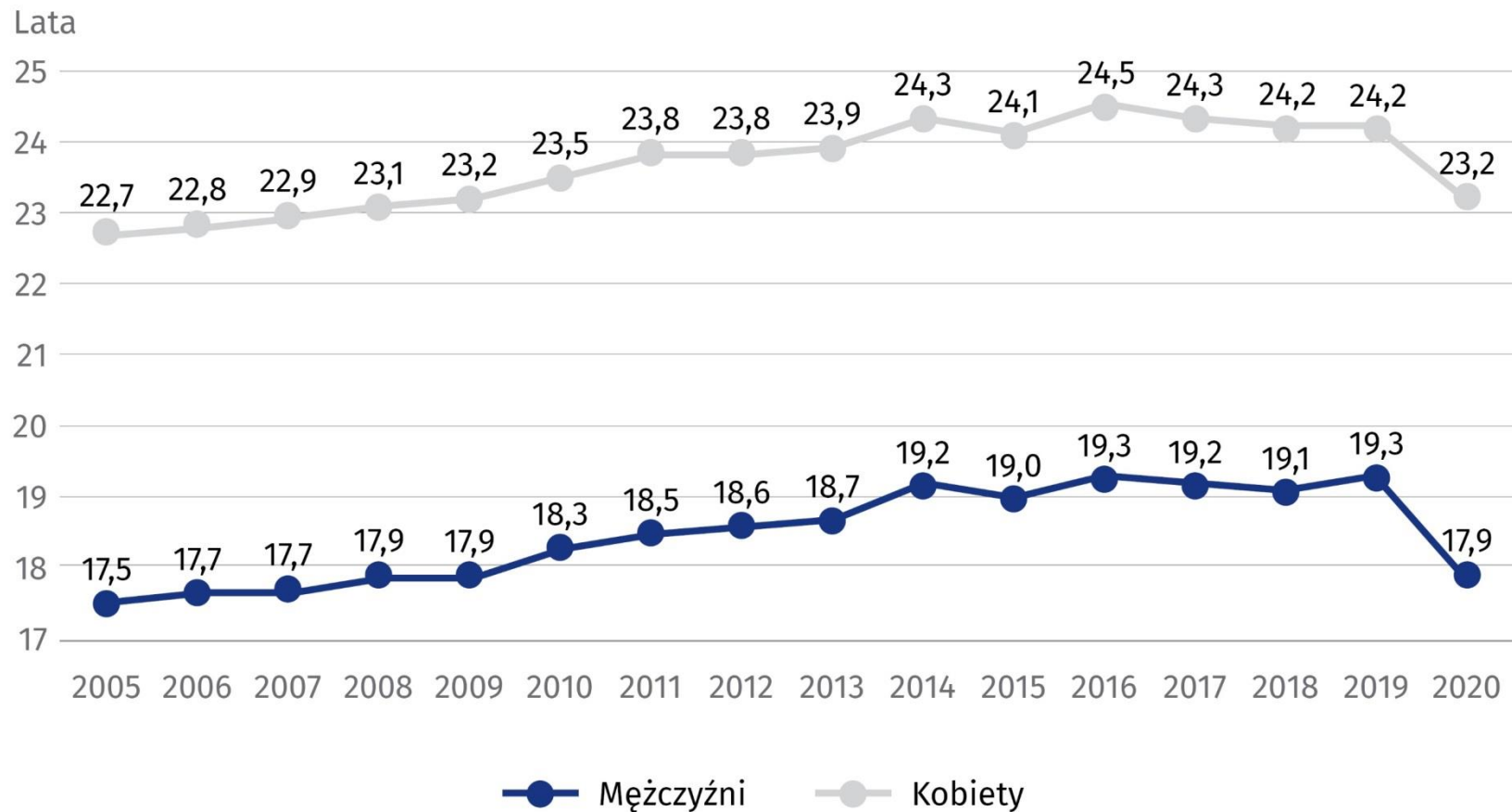


A and B, Excess adjusted mortality for all enrollees. C and D, Excess adjusted mortality for nursing home residents. Excess mortality rates higher than 1.0 (horizontal line) indicate mortality higher in 2020 relative to 2019. Quintile 1 includes hospital referral regions with the lowest rates of COVID-19 infection; quintile 5, the highest rates of COVID-19 infection. All excess death rates are adjusted for age and sex. Quintiles of regional COVID-19 exposure are based on county-level data aggregated to hospital referral regions obtained from *The New York Times*.¹⁷ The shaded areas indicate 95% CIs.

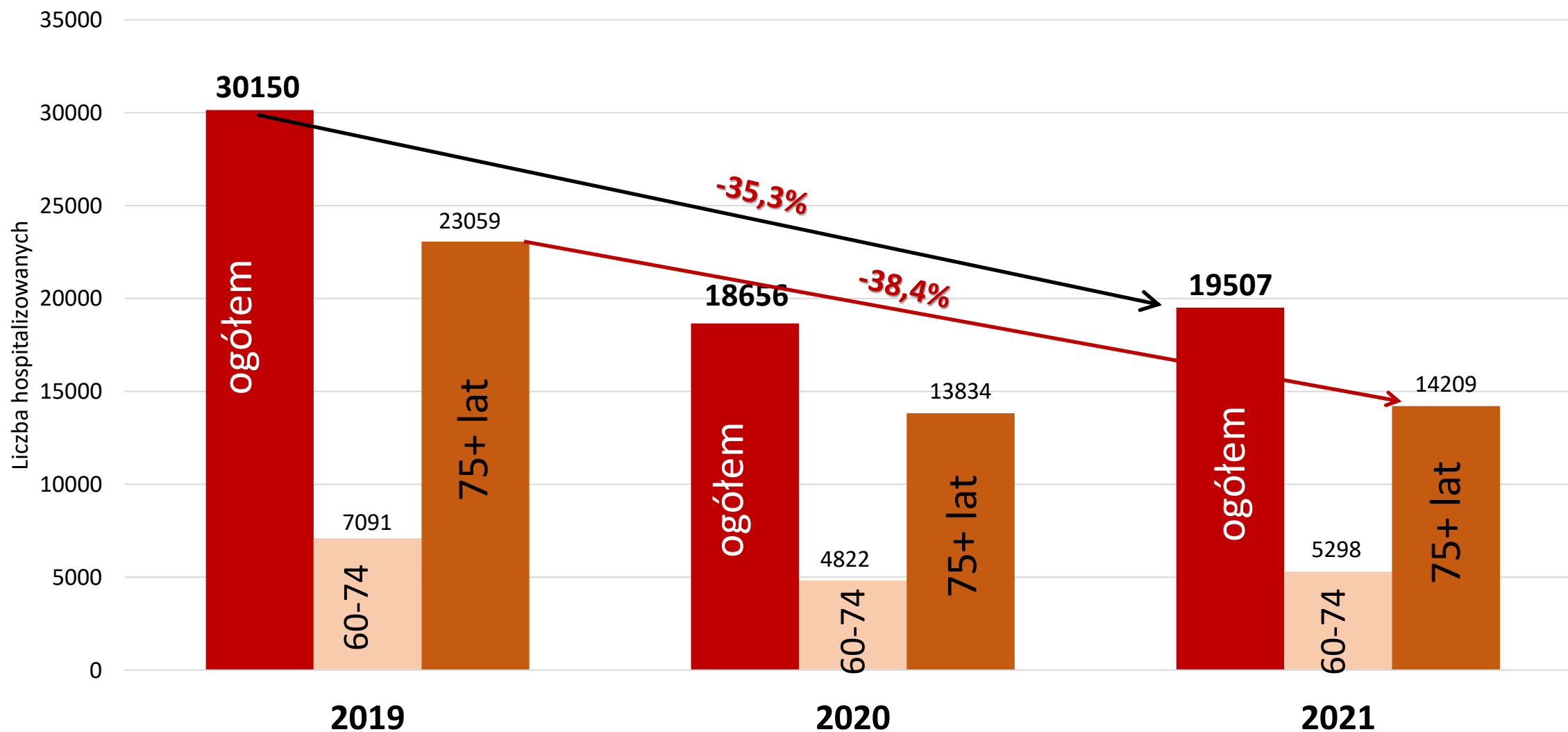
Umieralność osób w wieku 60 + wg płci



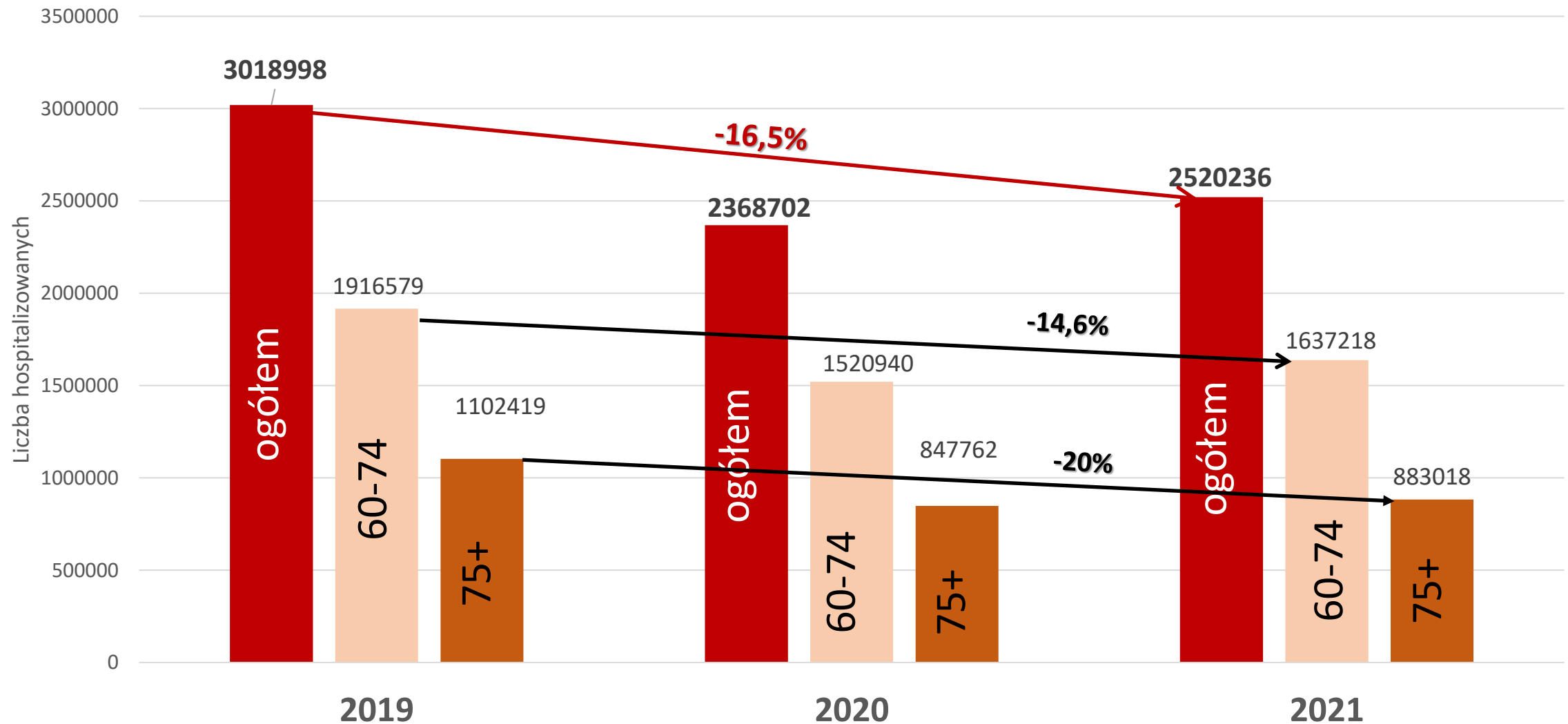
Przeciętne dalsze trwanie życia osób w wieku 60 lat wg płci (stan wg 31 grudnia 2020)



Liczba osób 60+hospitalizowanych między 2019 – 2021 w oddziałach geriatrycznych w Polsce (dane NFZ)

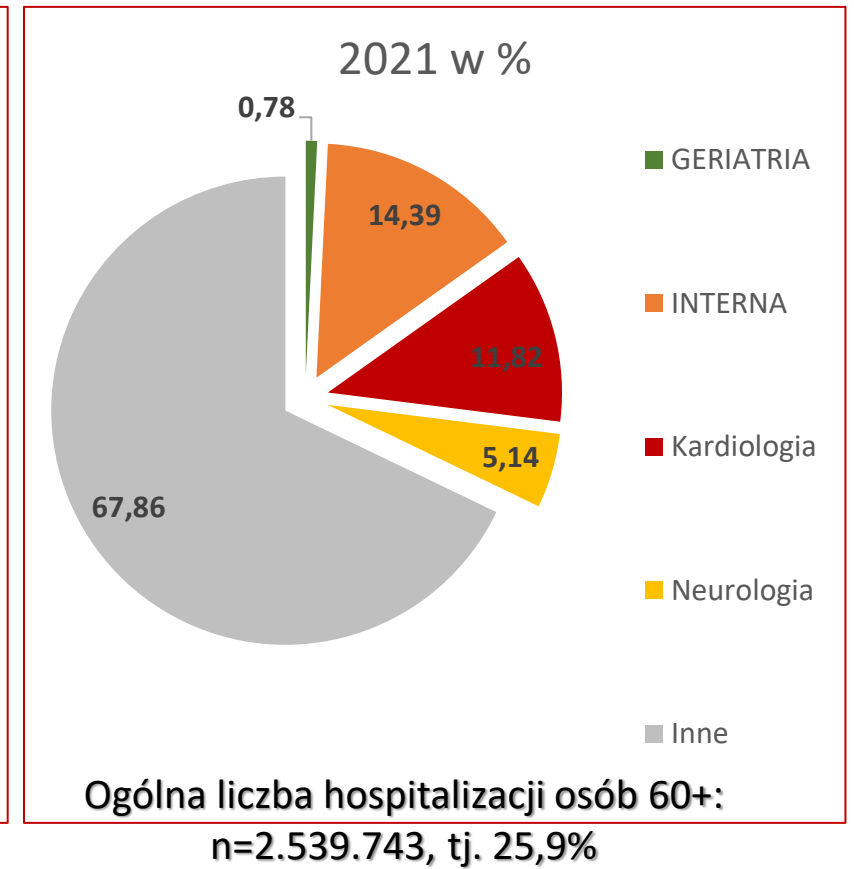
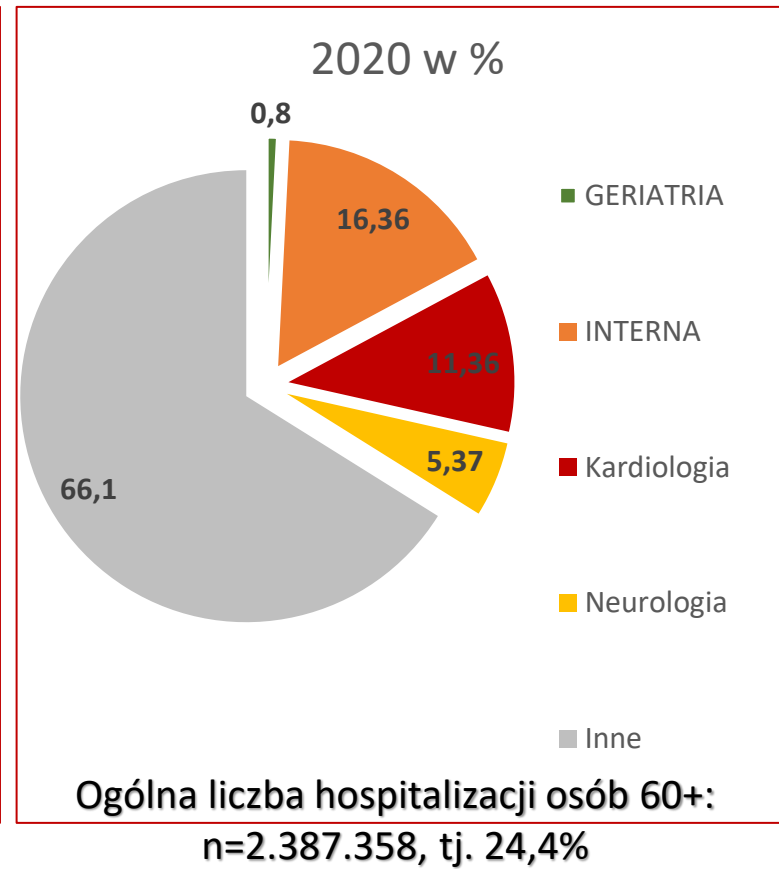
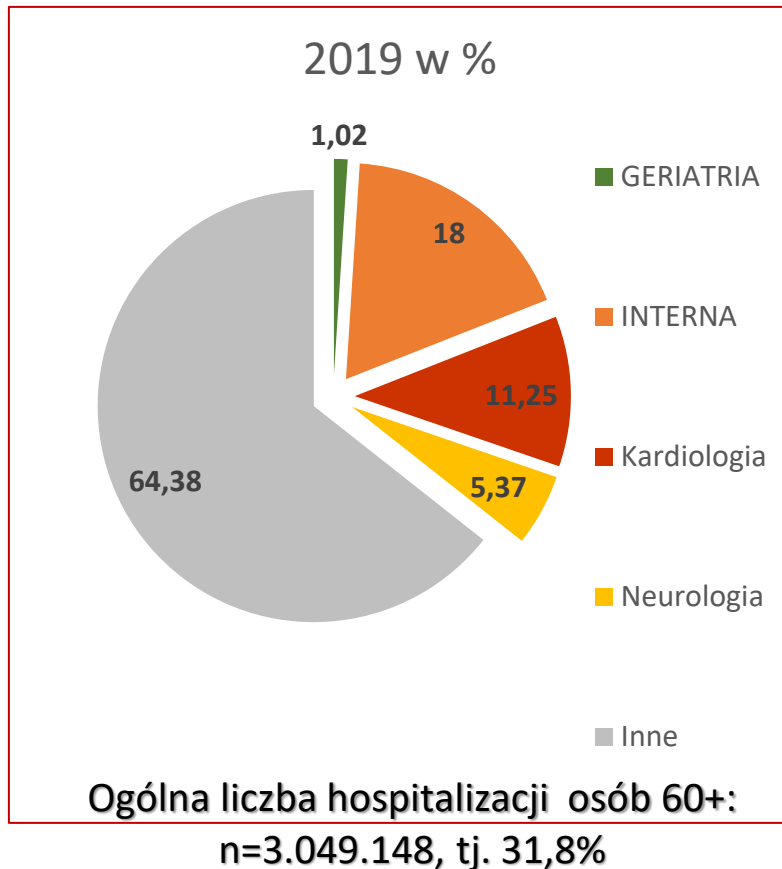


Liczba osób 60+ hospitalizowanych w Polsce między 2019 – 2021 w oddziałach **innych niż geriatryczne** (dane NFZ z dnia 5.03.2022)



Struktura hospitalizacji osób 60+ wg specjalności w latach: 2019, 2020, 2021(dane NFZ)

Kto hospitalizuje seniorów?



WNIOSEK

Dostępność seniorów do opieki zdrowotnej w okresie pandemii Covid-19, zwłaszcza specjalistycznej opieki GERIATRYCZNEJ, diametralnie spadła i będzie wymagała pilnej odbudowy i rozbudowy!

COVID-19 and Aging Populations

What Do We Know? What Can Be Expected Based on Evaluation Findings?

Rekomedacja 1. Osoby starsze są **szczególnie bezbronne**; systemy opieki zdrowotnej muszą się dostosować i przygotować na większe zapotrzebowanie na opiekę, które uwzględnia strukturę wiekową populacji i profil chorób przewlekłych.

Rekomendacja 2. Samotność i wyzwania związane ze **zdrowiem psychicznym** są powszechne wśród seniorów. Systemy opieki zdrowotnej i wsparcia społecznego muszą przewidywać potrzeby i reagować.

Rekomedacja 3. COVID-19 ujawnił **słabości opieki długoterminowej** — w tym problemy z jakością usług, rolą rządu i zarządzania oraz znęcanie się nad osobami starszymi — i wzywa do udoskonalenia metod.

Rekomendacja 4. **Ekonomiczny wpływ** pandemii COVID-19 będzie oddziaływał przez długi czas. Nie należy lekceważyć negatywnego wpływu na systemy emerytalne.

Rekomendacja 5. Pandemia COVID-19 potęguje **nierówności, w tym te związane z płcią**. Starsze kobiety mogą doświadczać niższych wskaźników śmiertelności bezpośrednio z powodu COVID-19, ale są bardziej narażone w innych wymiarach — świadczenia opieki, niższego niż mężczyźni uposażenia. Konsekwencje te przenoszą się na całe życie kobiet, aż do ich starszych lat.

Rekomendacja 6. Pandemia COVID-19 podkreśla **znaczenie wiarygodnych danych** dla lepszego przygotowania. Luki w danych komplikują reakcje i planowanie poszczególnych krajów.