



# UNIwersytet Medyczny IM. PIASTÓW ŚLĄSKICH WE WROCLAWIU

Katedra i Klinika Geriatrii

## Ocena rozprawy doktorskiej lek. Beaty Niewiadomskiej pt. "Charakterystyka pacjentów o profilu paliatywnym i o profilu geriatrycznym hospitalizowanych na Oddziale Geriatrii z Pododdziałem Paliatywnym w Ewangelickim Szpitalu Lutherstift we Frankfurcie nad Odrą w Niemczech"

Podstawę opracowania niniejszej recenzji stanowi pismo Kanclerza Kolegium Nauk Medycznych Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu oraz manuskrypt rozprawy doktorskiej lek. Beaty Niewiadomskiej na stopień doktora nauk medycznych i nauk o zdrowiu, w dyscyplinie nauki medyczne.

Oceniana rozprawa, przygotowana w formie monografii, została zaopatrzona w umieszczony na początku spis skrótów użytych w tekście, wykazy rycin i tabel oraz streszczenia w języku polskim i angielskim. Rękopis liczy łącznie 117 stron, a tekst odwołuje się do 160 pozycji piśmiennictwa, w większości opublikowanych w ostatniej dekadzie, które są cytowane w kolejności pojawiania się w tekście. *Drobna uwaga co do tytułu rozprawy. Mógłby być nieco krótszy, np.: „Charakterystyka pacjentów paliatywnych i geriatrycznych Oddziału Geriatrii z Pododdziałem Paliatywnym Ewangelickiego Szpitala Lutherstift we Frankfurcie nad Odrą” (wiadomo, gdzie leży to miasto).*

**We Wstępie** Doktorantka omawia problemy demograficznego starzenia się wysoko rozwiniętych społeczeństw. Zwraca uwagę na różnice w definicji wieku podeszłego, zaczynającego się według WHO i Eurostatu, odpowiednio, od 60. i 65. roku życia. Warto zauważyć, że coraz głośniejsze rozbrzmiewają głosy różnych gremiów, sugerujące, że ze względu na wydłużający się czas życia, racjonalne byłoby przesunięcie ww. granicy do 70. roku życia.

Z danych opublikowanych na dzień 1 stycznia 2022 roku wynika, że na ogólną liczbę ok. 447 mln ludności krajów Unii Europejskiej osoby w wieku produkcyjnym stanowiły 64%, natomiast osoby starsze (> 65. r.ż.) – 21%. Praktycznie wszystkie kraje UE zanotowały z roku na rok przyrost populacji osób starszych. Polska należy do najszybciej starzejących się społeczeństw. W ostatniej dekadzie liczebność populacji w wieku poprodukcyjnych wzrosła z 17% do 22%, a do 2050 roku odsetek osób starszych osiągnie nawet 40%. Również oczekiwana długość życia obywateli naszego kraju nie wygląda dobrze. Przed pandemią COVID-19 w przypadku kobiet było to 81,7 lat, a dla mężczyzn – 73,7 lat; pandemia spowodowała w 2020 roku skrócenie średniego dalszego trwania życia o 1,4 roku. Lepiej w omawianych aspektach prezentuje się społeczeństwo niemieckie. W Niemczech, kraju, gdzie powstawała omawiana praca doktorska, w 2019 roku oczekiwana długość życia wynosiła dla kobiet 83,3 lat, a mężczyzn – 78,6 lat, a pandemia skróciła czas życia tylko o 0,2 roku. Poza całkowitą długością życia, niezwykle ważna jest długość życia w zdrowiu ((Healthy Life Years, *HLY*). W Niemczech *HLY* wynosi średnio o 3,4 roku dłużej, niż w Polsce (65,8 lat vs. 62,4 lat). Niestety, oznacza to, że duża część seniorów ostatnich 20 lat życia spędzi z niską jakością życia, spowodowaną obciążeniami przewlekłą wielochorobowością, obniżoną funkcjonalnością oraz zaburzeniami poznawczymi i psychicznymi.

Bardzo ciekawą częścią Wstępu jest opis modelu organizacji opieki paliatywno – hospicyjnej i geriatrycznej w Niemczech. Autorka zwraca uwagę na fakt, że niemiecki system powyższej opieki różni

*MSB*

się na obszarach zachodnich i dawnych wschodnich Niemiec. Generalnie w Niemczech 90% kosztów leczenia dorosłych pacjentów pokrywają odpowiednie kasy chorych, a resztę indywidualne fundusze pielęgnacyjne lub ośrodki pomocy społecznej. Opieka paliatywna definiowana jest jako działanie poprawiające jakość życia chorych zmagających się z postępującą, zagrażającą życiu, nieuleczaną chorobą, poprzez zapobieganie i znoszenie cierpienia, wczesną identyfikację i leczenie bólu, a także innych problemów somatycznych, psychologicznych, socjalnych i duchowych. Podczas gdy według definicji stosowanej przez WHO oraz w Polsce, opieka paliatywna jest utożsamiana z hospicyjną, w Niemczech opieka hospicyjna jest specyficznym dedykowana pacjentom u schyłku życia. Skupia się na opiece pielęgniarstwa i psychospołecznej z udziałem rodziny i wolontariuszy, a odbywa się w warunkach domowych, przychodniach i oddziałach paliatywnych.

Jak podkreśla Autorka pracy, w Niemczech od dawna zwraca się uwagę na fakt, że zapotrzebowanie na opiekę paliatywno – hospicyjną dotyczy nie tylko pacjentów z chorobą nowotworową, gdyż choroby nienowotworowe (głównie niewydolność serca, niewydolność oddechowa i schorzenia nerwowo-mięśniowe) są przyczyną do 75% wszystkich zgonów. Oczywiście wskazaniem do leczenia paliatywnego są stany przebiegające z przewlekłym, zaostrzającym się bólem. Trwa nadal dyskusja nad objęciem tą opieką pacjentów z zaawansowanym otępieniem. Według raportu WHO rocznie ponad 56 mln osób wymaga opieki paliatywnej, ale tylko 14% z nich ją uzyskuje. Zarówno w Polsce, jak i w Niemczech na 100 tys. mieszkańców przypadają ok. jednego zespołu paliatywnego, zamiast rekomendowanych dwóch. Aktualnie w Polsce mamy ponad 600 specjalistów medycyny paliatywnej, natomiast w Niemczech ponad 14 tysięcy. Opieka paliatywno-hospicyjna w modelu niemieckim obejmuje placówki stacjonarne i niestacjonarne. Placówkami stacjonarnymi są oddziały paliatywne, dzienne oddziały paliatywne oraz zespoły paliatywne, działające na oddziałach ogólnych, onkologicznych i w domach seniora. Na oddziałach paliatywnych pacjentem w stanie zaostrzenia nieuleczalnej choroby opiekuje się zespół interdyscyplinarny pod nadzorem lekarza z podspecjalizacją z medycyny paliatywnej. W zespole pracują także pielęgniarka paliatywna, fizjoterapeuta, terapeuta zajęciowy, muzykoterapeuta, psycholog, logopeda, kapelan oraz pracownik socjalny. *Nasunęło mi się tu pytanie, czy Doktorantka wie coś o próbach stosowaniu w niemieckich placówkach opieki paliatywno-hospicyjnej metod dogoterapii lub felinoterapii?*

Jeśli chodzi o opiekę niestacjonarną, to w Niemczech jest ona podzielona na podstawową i specjalistyczną. Zasadniczą formą jest podstawowa ambulatoryjna opieka paliatywna, udzielana w warunkach domowych, w domach seniora lub w hospicjach przez lekarzy rodzinnych i innych specjalistów (p.w. onkologów). Uzupełnienie stanowi specjalistyczna ambulatoryjna opieka paliatywna, która zapewnia kompleksowe działania wobec ciężko chorych przebywających w domach lub placówkach opiekuńczych, wymagających skomplikowanych zabiegów medycznych i pielęgnacyjnych.

W odniesieniu do opieki geriatrycznej, którą cechuje holistyczne i zindywidualizowane podejście do problemów zdrowotnych osoby starszej, z uwzględnieniem aspektów psychologicznych i socjoekonomicznych, to w Niemczech pierwsza Katedra Chorób Wewnętrznych i Geriatrii powstała w Lipsku w 1969 roku, podczas gdy w Polsce pierwsza Klinika Geriatrii powstała w 1980 roku, w Krakowie, ale pierwsza poradnia geriatryczna w Opolu, dzięki prof. Wojciechowi Pędichowi, już w 1956 roku. W Niemczech studenci kierunku lekarskiego odbywają kurs z geriatrii już od 2003 roku. Dla porównania, np. na macierzystym dla recenzentki Uniwersytecie Medycznym we Wrocławiu – dopiero od 2016 roku. W Niemczech jest proporcjonalnie dwukrotnie więcej geriatrów, niż u nas. Ciekawostką jest także zróżnicowanie w zależności od landów uprawnień lekarzy z podspecjalizacją i nadspecjalizacją z geriatrii (tylko ci mogą być ordynatorami oddziałów geriatrycznych).

Niemieckie przepisy, odmiennie niż w Polsce, za pacjenta geriatrycznego uznają się osobę w wieku od 70. r.ż. z wielochorobowością. Młodszy chory, w wieku 60–70 lat, może podlegać opiece geriatrycznej, jeśli zmagają się z co najmniej trzema wielkimi zespołami geriatrycznymi (WZG) – *dalej, na s. 20, jest mowa o min. 2 WZG (?)* – oraz spadkiem sprawności funkcjonalnej i potrzebą opieki.

MSab

Specjalistycznymi placówkami stacjonarnymi są szpitale geriatryczne ostre i rehabilitacyjne. Natomiast w ramach opieki niestacjonarnej funkcjonują dzienne geriatryczne oddziały szpitalne z diagnostyką i zajęciami rehabilitacyjnymi, a także mobilne zespoły geriatryczne i lekarze rodzinni z kompetencjami geriatrycznymi oraz ambulatoryjne instytuty geriatryczne, w których przeprowadza się COG i przygotowuje wytyczne dla lekarza rodzinnego. Jak łatwo zauważyć, niemiecki model opieki geriatrycznej ma charakter systemowy. W podobnym kierunku zmierza projekt Prezydenta RP „Centra 75+”, czekający cierpliwie na wdrożenie w Polsce przez nowy rząd.

Wstęp jest treściwy i skoncentrowany na ważnych informacjach, niezbędnych do dobrego zrozumienia zakresu badań przeprowadzonych w ramach pracy doktorskiej. Zawarte we Wstępie dane są bardzo ciekawe dla polskich lekarzy geriatrów i umożliwiają dokonywania porównań w zakresie organizacji opieki zdrowotnej nad seniorami w Polsce i Niemczech.

**Doktorantka za główny cel pracy** przyjęła charakterystykę chorych hospitalizowanych w Ewangelickim Szpitalu Lutherstift we Frankfurcie nad Menem z uwzględnieniem cech klinicznych i zapotrzebowania na opiekę. Poszczególne części rozprawy doktorskiej odpowiadają wyróżnionym szczegółowym celom podjętych badań. Były to: (1) Charakterystyka pacjentów o profilu paliatywnym. (2) Porównanie chorych o profilu paliatywnym z chorobą nowotworową z chorymi o profilu paliatywnym z chorobą nienowotworową. (3) Charakterystyka pacjentów geriatrycznych o profilu geriatrycznym. (4) Porównanie pacjentów o profilu paliatywnym z pacjentami o profilu geriatrycznym.

*Drobna uwaga: Od pewnego czasu w polskiej literaturze medycznej wyraźnie preferowane jest określenie „pacjent”, zamiast „chory”. W tym rozdziale zabrakło przyjętych zwyczajowo założeń do badań, które z reguły są krótkim uzasadnieniem podjęcia przez badacza poszukiwań w określonym obszarze nauki.*

**W Rozdziale III** pracy Doktorantka szczegółowo opisuje materiał i metodykę badań. Na podstawie retrospektywnej analizy dokumentacji 6558 pacjentów hospitalizowanych w Ewangelickim Szpitalu Lutherstift we Frankfurcie nad Menem w okresie od 2013 do 2018 roku, badanych podzielono na dwie grupy, zgodnie z przyjętymi definicjami w systemie niemieckim: 6255 pacjentów o profilu geriatrycznym (PG) i 303 o profilu paliatywnym (PP). Uwzględniono płeć pacjentów oraz dwie grupy wiekowe: 60–74 r.ż. oraz od 75. r.ż. wzwyż. Doktorantka analizowała dane dotyczące jednostki kierującej pacjenta do Szpitala, czas trwania hospitalizacji, rozpoznanie główne oraz okoliczności zakończenia hospitalizacji: wypis lub zgon. Brano pod uwagę występowanie WZG, takich jak: zaburzenia mobilności i upadki, depresja, otępienie, nietrzymanie moczu/ stolca, niedożywienie, odleżyny, ból i wielolekowość ( $\geq 5$  leków).

W panelu narzędzi badawczych zastosowanych u pacjentów w trakcie hospitalizacji znalazły się: skala Barthel do oceny samodzielności ( $\leq 40/100$  pkt: kwalifikacja do opieki długoterminowej); 5-stopniowa Esslinger Transferskala do oceny potrzeby pomocy podczas transferu z łóżka na krzesło; skala Tinetti do oceny ryzyka upadków w pierwszej i ostatniej dobie hospitalizacji ( $< 19$  pkt –5-krotny wzrost ryzyka); rozszerzony Barthel-Index – skala uzupełniona o ocenę złożonych funkcji życiowych i poznawczych (maks. 90 pkt); MMSE (Krótka Skala Oceny Stanu Psychicznego;  $\leq 23/30$  pkt.: podejrzenie otępienia); Geriatryczna Skala Oceny Depresji ( $\geq 6/15$  pkt; – podejrzenie depresji); ocena socjalno-środowiskowa (posiadanie testamentu życia i/ lub pełnomocnictwa opiekuńczego) oraz ocena zapotrzebowania na kompleksową opiekę pielęgniacyjną (niem. PKMS). U pacjentów o profilu paliatywnym analizowano wyniki 5-stopniowej skali ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group), oceniającej stan funkcjonalny i sprawność ruchową, oraz występowanie objawów somatycznych za pomocą skali MIDOS (nudności, wymioty, zaparcia, osłabienie, brak apetytu, zmęczenie, duszność, zaburzenia snu, obecność ran lub obrzęku limfatycznego, zapotrzebowanie na opiekę).

Do analizy statystycznej wyników badań wykorzystano testy dostępne w komercyjnym programie *Statistica 13*. Zastosowane narzędzia statystyczne należy uznać za właściwie dobrane i pozwalające na wiarygodną ocenę zebranych danych.



## Wyniki

Doktorantka na początku przedstawia dane uzyskane dla grupy 303 pacjentów o profilu paliatywnym (grupa PP), ze średnią wieku  $79 \pm 8,4$  lat. Dominowali (72%) starsi pacjenci ( $\geq 75$ . r.ż.), z lekką przewagą kobiet (54,5%). Większość pacjentów (85,5%) zostało przeniesionych na macierzysty Oddział Autorki z innego szpitala lub innego oddziału Szpitala Lutherstift. Średni czas hospitalizacji na Oddziale wyniósł  $18,8 \pm 7,8$  dni. Co nie zaskakuje, aż 62,4% pacjentów paliatywnych cierpiało na chorobę nowotworową, a 11,6% na choroby układu krążenia. Wśród WZG przeważały upadki i zaburzenia równowagi (94,4%), otępienie (67,7%) i wielolekowość (52,2%); rzadko występowała depresja (16,5%) – te dane przytoczono dla grupy 303 pacjentów o profilu paliatywnym.

*Pytania: (1) Jak wiadomo, na podstawie wyłącznie skali GDS, ocenianej tu pierwszego dnia pobytu (s. 24), nie powinno się rozpoznawać depresji. Brakuje informacji ilu pacjentów było leczonych na wcześniej rozpoznanej depresji, a u ilu dopiero skala GDS zwróciła uwagę na występowanie objawów depresyjnych. Na s. 36 widnieje informacja, że skalę GDS zastosowano tylko u 187 pacjentów (61,7% grupy PP), a wynik sugerujący objawy depresyjne stwierdzono u 50,8%. Podobnie, jeśli chodzi o otępienie: skalę MMSE zastosowano u 64,7% ogółu PP; wyniki sugerujące otępienie uzyskano u 49% badanych versus 67,7% w grupie 303 PP. Skąd zatem pochodzą dane dotyczące WZG dla 303 PP (s. 29 i Ryc. 5, s. 30)? Proszę o wyjaśnienie powyższych rozbieżności. (2) Zwraca uwagę brak oceny incydentów majaczenia – czy takowe nie występowały, czy też na Oddziale Autorki rutynowa COG nie obejmuje tej oceny?*

Ciekawa obserwacja dotyczyła poziomu sprawności funkcjonalnej pacjentów z grupy PP, gdzie przy przyjęciu w skali Barthel prawie 57% nie uzyskało sumy 40 punktów, natomiast przy wypisie 50%, co przełożyło się na statystycznie istotną poprawę wyników skali Barthel po hospitalizacji. Również zapotrzebowanie na opiekę, badane Esslinger Transferskalą, okazało się istotnie mniejsze po pobycie na Oddziale. Na początku test Tinetti wykazał znaczący wynik, tj.,  $< 19$  pkt., aż u 88,5% badanych PP, natomiast przy wypisie u 72,4%, co oznaczało zmniejszenie uśrednionego dla grupy ryzyka upadków.

W dokonanej na początku hospitalizacji oceny funkcji poznawczych skalą MMSE uzyskano średni dla grupy PP wynik  $21,8 \pm 6,3$  pkt., przy czym prawie połowa badanych miała poniżej 23 pkt., czyli spełniała kryterium podejrzenia otępienia. Istotna u pacjentów paliatywnych jest ocena stanu ogólnego i jakości życia z zastosowaniem skali ECOG – prawie wszyscy pacjenci (łącznie 90%) spędzali cały czas lub jego połowę w łóżku i wymagali całkowitej lub częściowej opieki (4 i 3 pkt. ECOG). Z kolei subiektywna ocena dolegliwości skalą MIDOS wykazała, że najczęściej pacjenci PP zgłaszali osłabienie, zmęczenie i brak apetytu oraz zapotrzebowanie na pomoc innych osób. Test PKMS wykazał zapotrzebowanie na wysoce specjalistyczne interwencje pielęgniarские u ok. 31% osób PP.

W dalszej kolejności Autorka przeprowadziła wśród pacjentów o profilu paliatywnym liczne porównania, odnoszące się do opisanych już wyżej parametrów, pomiędzy pacjentami bez choroby nowotworowej (PPNN) – 114 osób – i pacjentami z chorobą nowotworową (PPN) – 189 osób. W grupie PPNN dominowały choroby układu krążenia, zaś w grupie PPN nowotwory układu pokarmowego,

Zastosowanie analiz jednoparametrowych pozwoliło na zdefiniowanie różnic statystycznie istotnych. Grupa PPN (z nowotworem) okazała się młodsza, dłużej hospitalizowana, ale rzadziej pobyt był zakończony zgonem. W porównaniu z grupą PPNN, średni poziom funkcjonowania wg skali Barthel był wyższy przy przyjęciu i wypisie, a zapotrzebowanie na opiekę, badane Esslinger Transferskalą, niższe. Ponadto u PPN test Tinetti wykazywał wyraźnie mniejsze ryzyko upadków, zarówno przy przyjęciu do szpitala, jak i przy wypisie. Istotnie więcej pacjentów PPNN, aniżeli PPN, osiągnęło wynik ECOG 4 (stałe leżenie, konieczna pomoc) – 77,4% vs. 32,4%, oraz wymagało kompleksowej opieki pielęgniarskiej (PKMS) – 17,8% vs. 12,9%. Można podsumować, że pacjenci podlegający opiece paliatywnej z powodu rozpoznanego nowotworu byli w ogólnie lepszym stanie w porównaniu z pacjentami paliatywnymi zdominowanymi przez choroby układu krążenia. *Pytanie: Czy Doktorantka*

ma wiedzę, jaki odsetek PPNN cierpiało na przewlekłą niewydolność serca. Czy jest to w Niemczech, tak jak w Polsce, wiodąca przyczyna zgonu?

Częstość występowania objawów depresyjnych (wg skali GDS) w obu grupach była porównywalna (po ok. 50%). W przypadku skali MMSE, średnie wyniki dla obu grup (PPN i PPNN) także były porównywalne. *Proszę o wyjaśnienie różnic liczbowych dotyczących zakresów punktowych MMSE 19–23 i < 19 w tekście oraz Tab. 2. (s. 49-50 oraz s. 55).*

Zastosowanie dodatkowej analizy regresji logistycznej wieloczynnikowej dostarczyło informacji, że najistotniejszymi parametrami różnicującymi grupy PPN i PPNN były uzyskane przy przyjęciu na Oddział wynik skali ECOG (wśród PPN 3-krotnie rzadziej wystąpił wynik 4) oraz wynik skali Barthel (PPN ponad 3-krotnie częściej uzyskiwali wynik > 45 pkt.). Potwierdzono, że pacjenci o profilu paliatywnym z chorobą nowotworową byli w lepszym stanie ogólnym i funkcjonalnym, aniżeli pacjenci bez nowotworu.

Zgodnie z celami szczegółowymi pracy, Doktorantka skupiła się w następnym kroku na charakterystyce 6255 pacjentów o profilu geriatrycznym (grupa PG). Średnia wieku wyniosła tu 81,1±7,3 lat; przeważały osoby > 75. r.ż. (83,6%), kobiety stanowiły 65,2% grupy.

Co ciekawe, aż 78% pacjentów trafiło na Oddział Geriatrii z innych oddziałów szpitalnych, podczas gdy w Polsce pacjenci są bardzo często kierowani na oddziały geriatryczne przez lekarzy rodzinnych. I kolejne zaskoczenie: 2/3 pacjentów geriatrycznych przebywało na Oddziale co najmniej 21 dni. Dla porównania, audyty zewnętrzne prowadzone w polskich szpitalach przyjmują za optymalny dla oddziałów geriatrycznych czas hospitalizacji do 9 dni.

Autorka podaje, że dla grupy pacjentów geriatrycznych najczęstszymi przyczynami przyjęcia były choroby układu krążenia i urazy (po 22%). Z analizowanych WZG najczęstsze były wielolekowość (aż 87%) i skłonność do upadków (64%), co dowodzi, jak poważne są to problemy wieku podeszłego. Pozytywną obserwacją jest fakt, że tylko 0,7% hospitalizacji zakończyło się zgonem, a większość pacjentów geriatrycznych (75,3%) zostało wypisanych do własnych domów. Dobrą informacją jest także fakt, że hospitalizacja spowodowała u 79% istotną poprawę stanu funkcjonalnego, a u 40,6% zmniejszenie zapotrzebowania na opiekę przy transferze łóżko – krzesło. Przy przyjęciu na Oddział prawie 100% osób miało wynik testu Tinetti < 26. pkt., natomiast przy wypisie odsetek pacjentów z ryzykiem upadków uległ redukcji do 69%. Pacjenci geriatryczni przy przyjęciu uzyskali średni wynik skali MMSE 22,7±6 pkt., a u 44% badanych stwierdzono wynik < 23 pkt., sugerujący otępienie. Objawy depresyjne na podstawie wyników skali GDS wykazywało 45% pacjentów z grupy PG.

Zgodnie z założonym planem Doktorantka dokonała porównania grupy badanych pacjentów o profilu geriatrycznym (PG) z pacjentami o profilu paliatywnym (PP). Zwraca uwagę duża różnica w liczebności obu grup (6255 vs. 303). W grupie PP przeważali mężczyźni (45,5%), których wśród PG było 34,8%. Pacjenci PP byli istotnie młodszą grupą niż pacjenci PG; prawdopodobnie z tego powodu urazy były tu znacznie rzadsze niż w grupie PG (5,9% vs. 21,7%). Zaskakujący jest fakt, że w młodszej przeciw grupie PP zaburzenia otępienne stwierdzano znacznie częściej (67,7% vs. 33%; Ryc. 28, s. 71 oraz ), a średni wynik MMSE był istotnie niższy ( $p < 0,05$ ), aniżeli w grupie pacjentów PG. *Pytanie: czym tę różnicę w wynikach MMSE tłumaczy Doktorantka? Czy możliwe, że wpływ na wyniki pacjentów PP mogły mieć, np., przyjmowane przez nich leki łagodzące ból (analgetyki i ko-analgetyki)?*

Jak wynika z bardzo przydatnej pod względem przejrzystości Tab. 6, praktycznie pod względem wszystkich analizowanych parametrów wystąpiły istotne statystycznie różnice pomiędzy grupami pacjentów PP i PG. Co daje do myślenia – nie było różnicy w odniesieniu do posiadania przez pacjentów tzw. testamentu życia, w obu grupach odsetek takich osób był stosunkowo niski (19% i 22,7%).

Wobec tak licznych różnic między badanymi grupami, jak najbardziej uzasadnione było zastosowanie analizy regresji logistycznej wieloczynnikowej. Zastosowano tu 2 modele zawierające analogiczne parametry, jak w porównaniach między dwiema grupami pacjentów o profilu paliatywnym. *Nie uwzględniono jednak zastanawiającej różnicy w odsetkach pacjentów PP i PG z zaburzeniami*

MSob

*poznawczymi (?)*. Bardzo ważnym parametrem różnicującym okazało się niepomysłne zakończenie hospitalizacji, czyli zgon – znacznie częściej występujący w grupie pacjentów PP, iloraz szans wystąpienia zgonu był 50 razy większy, niż w grupie PG. Także poziom funkcjonalności (skala Barthel i test Tinetti) okazał się istotnie gorszy wśród pacjentów o profilu paliatywnym, zarówno przy przyjęciu, jak i przy wypisie, w porównaniu z pacjentami geriatrycznymi. Powyższe porównania wypadły podobnie, jak przy zestawieniu analogicznych cech pomiędzy pacjentami paliatywnymi z chorobą nowotworową i bez niej, na korzyść tych pierwszych. Jest to konkluzja bardzo ciekawa, wskazująca prawdopodobnie na bardzo duże obciążenie fizyczne pacjentów z zaawansowanymi stadiami chorób sercowo-naczyniowych. To spostrzeżenie mogłoby stanowić jeden z Wniosków z pracy doktorskiej.

Zasadniczo pięć Wniosków ma raczej postać podsumowania wyników, niż dalej idących, generalnych konkluzji z przeprowadzonych badań i analiz wyników. Niemniej jednak Wnioski pozostają w korespondencji do założonych szczegółowych celów pracy.

Istotną wartością pracy, świadczącą o dojrzałości naukowej Doktorantki, stanowi przedstawienie elementów stanowiących ograniczenia zastosowanego w pracy modelu badawczego.

W Dyskusji Doktorantka omówiła rzeczowo najważniejsze wyniki swoich badań, zestawiając je trafnie z dostępnymi danymi literaturowymi, wykazując się przy tym swobodą lingwistyczną, ale też samokontrolą nad zbędnym werbalizmem.

Doktorantka w swojej pracy uwzględniła wiele różnorodnych aspektów i parametrów charakteryzujących trzy odmienne populacje pacjentów w starszym wieku. Samo założenie dokonania odrębnej oceny wymienionych grup pacjentów i następczego porównania poszczególnych cech stanowi bardzo ciekawe i oryginalne wyzwanie. Należy docenić, że Autorka wykonała prawdziwie benedyktyńską pracę, kolekcjonując, a następnie analizując tak wiele danych klinicznych, co wymagało z pewnością dużo czasu i ścisłej dyscypliny. Wyniki uzyskane przez Doktorantkę ukazały istotne zróżnicowanie stanu fizycznego i psychicznego pacjentów podlegających opiece paliatywnej oraz geriatrycznej. Uwypuklono znaczenie Całościowej Oceny Geriatrycznej w identyfikacji deficytów zdrowotnych u osób starszych oraz duże możliwości w zakresie usprawniania funkcjonalnego i zmniejszania zapotrzebowania na opiekę poprzez działania terapeutyczne podejmowane podczas hospitalizacji na wysokospecjalistycznym oddziale szpitalnym.

Praca stanowi cenne źródło praktycznych informacji dla środowiska zajmującego się medycyną wieku podeszłego. Są one interesujące z pewnością dla polskich geriatrów także ze względu na nieco inną i, przede wszystkim, bogatszą ofertę leczniczo-opiekuńczą dla seniorów niemieckiego systemu ochrony zdrowia, jakiej może i my doczekamy się w Polsce w nieodległej przyszłości.

**Wniosek końcowy:** Przedstawiona mi do recenzji rozprawa doktorska spełnia warunki określone w art. 13 ust. 1 ustawy z dnia 14 marca 2003 r. o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz stopniach i tytule w zakresie sztuki (Dz. U. z 2017 r., poz. 1789), stanowi bowiem bezsprzecznie oryginalne rozwiązanie problemu naukowego, a także wykazuje ogólną wiedzę teoretyczną Kandydatki w dyscyplinie nauki medyczne oraz umiejętność samodzielnego prowadzenia pracy naukowej.

W związku z powyższym zwracam się do Kolegium Nauk Medycznych Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu o przyjęcie pracy pt. "Charakterystyka pacjentów o profilu paliatywnym i o profilu geriatrycznym hospitalizowanych na Oddziale Geriatrii z Pododdziałem Paliatywnym w Ewangelickim Szpitalu Lutherstift we Frankfurcie nad Odrą w Niemczech" jako rozprawy doktorskiej oraz dopuszczenie jej Autorki, lek. Beaty Niewiadomskiej, do dalszych etapów przewodu na stopień doktora nauk medycznych i nauk o zdrowiu, w dyscyplinie nauki medyczne.

Wrocław, 4 stycznia 2024 roku

M. Sobieszczańska  
Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu  
KATEDRA I KLINIKA GERIATRII  
kierownik

prof. dr hab. Małgorzata Sobieszczańska