

Katarzyna Szczerbińska, Amelia Pietryka  
Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum  
Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie

# Rozwój geriatry w krajach europejskich — historia i zasoby (część 1)

*The development of geriatric medicine in the European countries — history and resources (part 1)*

## Abstract

The paper is devoted to development of geriatric medicine in a selected group of European countries, which differ in types of health care systems, health care organization, economical development, population size and number of elderly people. The goal of the paper is to evaluate the situation — the position of geriatric care in Europe with particular focus on the state of geriatric medicine in Poland.

The history of development of geriatric services, including human resources and infrastructure (in part one), and standards of services and education of geriatric specialists in particular countries (in part two) were described basing on broad review of the literature.

As a summary it should be concluded that development of geriatric medicine varies significantly. Great Britain, Sweden, Germany, Ireland, Belgium and Denmark are among the countries that provide the best care for elderly people. Geriatric care of the lowest quality is provided in Bulgaria and Poland. On the other hand, despite the lack of geriatric education in Malta and Iceland, effective geriatric care has been organized there. There is no infrastructure for geriatric care in Estonia at all. There is no doubt, geriatric medicine in Great Britain is the one with the longest history and the best organization. Unfortunately in many European countries development of geriatrics encounters many obstacles. Sometimes general tendency to reduce the number of beds in acute care departments results in a reduction of the number of acute geriatric care beds or even whole geriatric departments. The summary presents a prognosis of future development of geriatric medicine in Europe.

*Gerontol. Pol. 2008; 16, 2: 61–73*

**key words:** *geriatric care in Europe, geriatric specialists, infrastructure, human resources, history of geriatric medicine*

## Wstęp

Starzenie się społeczeństw uzasadnia potrzebę rozwoju bazy geriatrycznej, szkolenia i zatrudniania coraz większej liczby lekarzy i pielęgniarek, będących specjalistami w geriatry. Powinno ono stanowić rzeczywisty bodziec do rozwoju tej dziedziny. Tymczasem rozwój geriatry w Europie, pomimo unifikacji wielu dziedzin życia, napotyka różnego rodzaju trud-

ności, czego wynikiem jest nierównomierna dostępność świadczeń opieki geriatrycznej, a nawet problemy z ich osiągalnością. Celem niniejszej pracy jest przedstawienie obecnego stanu geriatry w wybranych krajach Europy z uwzględnieniem:

- historycznych podstaw rozwoju tej dziedziny;
- infrastruktury opieki geriatrycznej, w tym jej zasobów (liczby szpitalnych łóżek geriatrycznych, lekarzy specjalistów geriatry, poradni geriatrycznych);
- standardów opieki geriatrycznej dotyczących infrastruktury (w części II);
- trybu kształcenia lekarzy specjalistów geriatrów (w części II).

Adres do korespondencji:  
dr med. Katarzyna Szczerbińska  
Instytut Zdrowia Publicznego  
Wydział Nauk o Zdrowiu CM UJ  
ul. Grzegorzeczka 20, 31–531 Kraków  
tel.: (012) 424 13 61

## Materiał i metody

W pracy wykorzystano przegląd dostępnych publikacji i informacji zamieszczonych na stronach internetowych Towarzystw Geriatrycznych poszczególnych państw, a także publikacji Ministerstw Zdrowia i Urzędów Statystycznych na temat zasobów osobowych i infrastrukturalnych; w przypadku Polski była to strona Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (<http://www.csioz.gov.pl>). Drugim zasadniczym źródłem danych wykorzystanych w artykule były opracowania przygotowane przez Europejski Związek Towarzystw Medycyny Geriatrycznej (EUGMS, *European Union Geriatric Medicine Society*) i Europejski Związek Lekarzy Specjalistów Geriatrów (UEMS, *Geriatric Medicine Section of the Union Européenne des Médecins Spécialistes*). W pracy wykorzystano również dane Europejskiego Urzędu Statystycznego (Eurostat), publikacje pism naukowych *Geriatrics* i *Gerontologia Polska*, *Age and Ageing*, *European Journal of Geriatrics*; przeszukano także bazę MEDLINE pod względem haseł: „geriatric”, „geriatric medicine”, „training in geriatric medicine”, „acute geriatric”, „early rehabilitation in geriatric”.

## Wyniki

### Historia rozwoju geriatry w Europie

Zainteresowanie odmiennością chorowania w wieku podeszłym sięga starożytności. W XVIII wieku brytyjscy klinicyści interesowali się leczeniem osób starszych, skupiając się jednak głównie na wpływie zmiany stylu życia i sposobu żywienia na starzenie się organizmu. Dopiero w 1881 roku przetłumaczenie na język angielski wykładów Charcota opisujących schorzenia wieku podeszłego stanowiło istotny impuls dla rozwoju badań medycznych w tej dziedzinie w Wielkiej Brytanii. Zaledwie kilka lat później, w 1890 roku, pojawiła się pierwsza próba epidemiologicznego opisu populacji osób starszych. Była to publikacja badania porównawczego stanu zdrowia 900 osób w wieku powyżej 80 lat autorstwa Humphry'ego [1]. Koncepcja wydzielenia chorób wieku podeszłego jako osobnego działu medycyny trafiła do Stanów Zjednoczonych za pośrednictwem wiedeńskiego emigranta Ignaza Naschera, który wraz z wydaniem książki pod tytułem *Geriatrics: choroby wieku podeszłego i ich leczenie wraz z fizjologią wieku podeszłego, opieką domową i instytucjonalną oraz raportami sądowo-lekarskimi* w 1914 roku wprowadził termin „geriatria” [2]. Nascher i jego następcy przyczynili się do rozwoju gerontologii społecznej i klinicznej, lecz koncepcja uczynienia z geriatryi no-

wej specjalizacji medycznej nie znalazła aprobaty w Stanach Zjednoczonych. Tę myśl podjęła doktor Marjory Warren w Anglii, w późnych latach 30. XX wieku. Ona też uważana jest za prekursora tej specjalności. Warren opracowała zasady klinicznego postępowania w chorobach wieku podeszłego i organizacji opieki geriatrycznej, które pozostają aktualne do dziś [3, 4]. Marjory Warren dokonała fundamentalnej zmiany w podejściu do osób starszych poprzez:

- sprecyzowanie specyficznych cech chorowania w wieku podeszłym, takich jak:
  - wielochorobowość,
  - skryty i nietypowy przebieg chorób,
  - niestabilność stanu zdrowia skutkująca jego gwałtownym pogorszeniem w przypadku późnego podjęcia leczenia,
  - duże zagrożenie powikłaniami chorób i ich leczenia;
- podkreślenie odrębności opieki nad osobami w wieku podeszłym, która musi uwzględniać:
  - warunki życia osoby starszej,
  - zespołowy charakter opieki,
  - wielodyscyplinarność zespołu terapeutycznego,
  - kompleksowość poszerzonej opieki środowiskowej,
  - ograniczenia ekonomiczne.

Dzięki odkrywczym przedsięwzięciom Marjory Warren, Trevora Howella, Toma Wilsona i Lorda Amulree geriatria szybko nabierała znaczenia w latach 40. [5]. Towarzyszył jej wzrost świadomości tego, że potrzeby osób starszych powinny być lepiej rozpoznawane i rozwiązywane. Ten pogląd dość szybko się rozpow szechniał, niwelując dotychczasową ignorancję problemów związanych ze starzeniem się. Wkrótce opisano typowe problemy geriatryczne, takie jak upadki, zaburzenia czynności zwieraczy, otępienie i zmniejszenie sprawności ruchowej. Oprócz prowadzenia badań dużo uwagi poświęcano organizacji opieki geriatrycznej poprzez tworzenie wielodyscyplinarnych zespołów geriatrycznych i próby powiązania opieki zdrowotnej z pomocą społeczną. Stopniowo zaczęły powstawać oddziały geriatryczne, na które przyjmowano osoby starsze wymagające przeprowadzenia badań diagnostycznych, intensywnej terapii, rehabilitacji, a także opieki przewlekłej i terminalnej.

Geriatria jako specjalizacja lekarska została uznana w Anglii w lipcu 1948 roku w dniu, w którym w nowo powstałej Narodowej Służbie Zdrowia (NHS, *National Health Service*) zatrudniono pierwszego konsultanta z dziedziny geriatry — doktora Toma Wilsona. Od samego początku geriatrię traktowano na równi z innymi specjalizacjami, co umożliwiło jej

szybki rozwój, w tym badań naukowych i dydaktyki. Obecnie geriatrę stawia się na drugim miejscu pod względem ważności wśród specjalności rozwijanych w szpitalach Anglii i Walii na oddziałach dla dorosłych. Podobnie długą historię ma geriatryka w Finlandii. Jej rozwój zapoczątkowała w 1948 roku profesor Eeva Jalavisto, zwana „matką fińskiej geriatry”, która poświęciła się organizowaniu naukowego potencjału w celu prowadzenia badań w tej dziedzinie. Do końca lat 80. geriatryka była podspecjalnością zawartą w ramach specjalizacji internistycznej, neurologicznej lub psychiatrycznej. Na początku 1990 roku zyskała jednak rangę niezależnej specjalności. Obecnie Fińskie Towarzystwo Geriatryczne liczy około 250 członków, a wśród nich są lekarze, pielęgniarki, fizjoterapeuci i inne osoby zainteresowane medycyną geriatryczną [6].

Historia niemieckiej medycyny geriatrycznej rozpoczyna się w 1938 roku, kiedy doktor Bürger, internista i pracownik naukowy specjalizujący się w badaniach nad starzeniem się organizmu ludzkiego, założył Niemieckie Towarzystwo do Badań Starości (DGA, *Deutsche Gesellschaft für Altersforschung*) skupiające lekarzy zainteresowanych medycyną geriatryczną i prowadzeniem badań w tym zakresie. Wydano wtedy kilka podręczników na temat specyfiki chorób wieku podeszłego. Tuż po wojnie działalność DGA została wznowiona w Lipsku, a w Republice Federalnej Niemiec dopiero w 1966 roku powstało bliźniacze Niemieckie Towarzystwo Gerontologiczne (DGG, *Deutsche Gesellschaft für Gerontologie*), które prowadziło badania głównie w zakresie biologii, medycyny, psychologii, socjologii i pielęgniarstwa. W 1991 roku po ponownym zjednoczeniu Niemiec oba te towarzystwa połączyły się pod wspólną nazwą Niemieckie Towarzystwo Gerontologii i Geriatry (DGGG, *Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie*), a w 1995 roku powstało Towarzystwo Medycyny Geriatrycznej założone przez geriatrów należących do DGG. Celem zjednoczenia było uzyskanie lepszego przedstawicielstwa na tle innych specjalności medycznych i instytucji politycznych. Jego misją stało się promowanie i rozwijanie badań geriatrycznych, a także edukacja geriatryczna, utworzenie specjalistycznych instytucji opieki we wszystkich częściach kraju i stworzenie naukowej bazy w medycynie geriatrycznej [6].

W Belgii już w 1945 roku pojawiły się pierwsze regulacje dotyczące centrów diagnostycznych i leczniczych przeznaczonych dla osób starszych. W 1959 roku komisja ekspercka z udziałem dr Cleerens i dr Verbeke uznała, że istnieje pilna potrzeba rozwijania tej

dyscypliny, a w 1963 roku belgijskie Ministerstwo Zdrowia wydało rekomendację zalecającą tworzenie oddziałów geriatrycznych i rehabilitacyjnych [7]. W latach 80. Belgijskie Towarzystwo Gerontologii i Geriatry (BVGG, *Belgische vereniging voor Gerontologie en Geriatrie*) opracowało i wdrożyło zalecenia, w wyniku których powstały domy opieki (1982 r.), utworzono oddziały geriatryczne (1984 r.) oraz wprowadzono specjalizację geriatryczną po specjalizacji w medycynie wewnętrznej (1985 r.).

W pozostałych krajach rozwój geriatry nastąpił nieco później. W Austrii w 1957 roku założono Austriackie Towarzystwo Geriatry i Gerontologii (OGGG, *Österreichische Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie*), które od lat podejmuje starania na rzecz utworzenia oddzielnej specjalności geriatrycznej na uczelniach medycznych. Niestety, słaba reprezentacja geriatrów w kręgach naukowych nie ułatwia tworzenia struktur geriatrycznych [8]. W Szwecji geriatryka została uznana za oddzielną specjalność lekarską w 1969 roku. W Danii początek geriatry datuje się na 1972 rok, zaś w Irlandii przypada na 1979 rok. Zwieńczeniem konsolidacji działań na rzecz rozwoju geriatry w Europie było utworzenie w 1999 roku Europejskiego Związku Towarzystw Medycyny Geriatrycznej (EUGMS, *European Union Geriatric Medical Society*), w którym nie miały rolę odegrali przedstawiciele Niemieckiego Towarzystwa Medycyny Geriatrycznej [6].

Warto na chwilę zatrzymać się i przyjrzeć sytuacji w krajach byłego bloku socjalistycznego. W Czechach początek medycyny geriatrycznej datuje się na 1958 rok i wiąże się to z osobą Bohumila Prusika, profesora chorób wewnętrznych na Uniwersytecie Karola w Pradze, członka i założyciela Międzynarodowego Stowarzyszenia Gerontologii [9]. W 1974 roku pod przewodnictwem profesora Pacovský'ego powstała niezależna podkatedra geriatry i gerontologii przy Instytucie Podyplomowych Studiów Medycznych (*Postgraduate Medical Education*) w Pradze. Jej głównym celem było szkolenie lekarzy w zakresie medycyny geriatrycznej. W 1983 roku udało się doprowadzić do uznania geriatry za niezależną nową specjalność lekarską z 3-letnim profesjonalnym szkoleniem po specjalizacji w chorobach wewnętrznych lub medycynie ogólnej. W 1980 roku wydano w języku czeskim pierwsze podręczniki dla studentów gerontologii i geriatry. Od 1986 roku ponad 200 specjalistów geriatrów ukończyło kształcenie, przy czym obecnie tylko nieco ponad 90 z nich aktywnie pracuje w szpitalach i poradniach. Z kolei Geriatryczny Oddział Słowackiego Towarzy-

stwa Medycyny Wewnętrznej został założony w 1969 roku przez sławnego lekarza Eugena Gressnera. Dziesięć lat później Ministerstwo Zdrowia Słowacji wprowadziło wytyczne rozwoju geriatry i zgodnie z nimi utworzono wówczas przychodnie i oddziały geriatryczne, ośrodki opieki długoterminowej oraz Badawczy Instytut Gerontologii. W 1979 roku geriatryka została formalnie przyjęta w poczet dziedzin naukowych, a 4 lata później czterech pierwszych lekarzy otrzymało dyplom specjalisty geriatry. Od tamtej pory około 132 lekarzy ukończyło tę specjalizację [10]. W Bułgarii historię geriatry zapoczątkował w 1963 roku profesor Mateeff, prowadząc badania, edukację i praktykę w zakresie tej dziedziny medycyny. W 1969 roku wprowadzono regularne coroczne kursy geriatry dla praktykujących lekarzy. Mimo tak wczesnych początków geriatry w Bułgarii wciąż brakuje struktur ściśle przeznaczonych dla medycyny geriatrycznej. W szpitalach nie wyodrębniono oddziałów geriatry (poza niewieloma w całym kraju oddziałami psychogeriatrycznymi). Początki polskiej geriatry przypadły również na lata 60. ubiegłego wieku; jej rozwój przebiegał z pewnym opóźnieniem w stosunku do innych krajów europejskich. W 1972 roku profesor Piotrowski założył Polskie Towarzystwo Gerontologiczne. W tym okresie powstały pierwsze ośrodki opieki geriatrycznej w Opolu, Inowrocławiu, Łodzi i Katowicach. W latach 80. powołano pierwszą jednostkę akademicką — Klinikę Geriatry w Krakowie, gdzie od lat prowadzi się szkolenia studentów medycyny z zakresu geriatry. W późniejszym okresie podobne szkolenie rozpoczęto na innych uczelniach medycznych — w Białymstoku, Gdańsku i Bydgoszczy [11]. Specjalizację z geriatry wprowadzono w latach 80. Należy stwierdzić, że mimo już długiej historii geriatry w Polsce rozwija się z wielkim trudem, co wykazano w kolejnych częściach niniejszej pracy.

### **Zasoby ludzkie w opiece geriatrycznej**

Podstawowym warunkiem dostępności świadczeń jest ich osiągalność, czyli istnienie na rynku. Odzwierciedleniem zasobów opieki geriatrycznej jest liczba lekarzy geriatrów, łóżek na szpitalnych oddziałach geriatry, poradni geriatrycznych, jak również liczba udzielonych porad geriatrycznych oraz hospitalizacji na oddziałach geriatrycznych.

W całej Unii Europejskiej około 10 000 lekarzy geriatrów świadczy opiekę starszym pacjentom [12, 13]. Komisja Europejska (KE) wykazała zainteresowanie specjalistycznymi usługami dla osób w starszym wieku i uznała medycynę geriatryczną za od-

dzielną specjalność medyczną. Jednak wśród państw członkowskich, które mogą kształtować swoje systemy zdrowotne niezależnie od KE, istnieją duże różnice w zakresie struktury i zasobów oraz usług i trybu szkolenia specjalistów.

Największą bezwzględną liczbą specjalistów geriatry charakteryzują się Wielka Brytania i Niemcy; najmniejszą — Bułgaria, Islandia i Malta. Do krajów, w których geriatryka jest uznana za oddzielną dziedzinę medycyny, ale jej rozwój napotyka trudności i brak zrozumienia w środowiskach medycznych i politycznych, należą Polska i Bułgaria. Z kolei Malta i Islandia prezentują postawę otwartości w stosunku do rozwoju geriatry, chociaż ich zasoby geriatrów i placówek geriatrycznych siłą rzeczy są bardzo skromne w skali całej Europy. Estonia natomiast w ogóle nie posiada struktur opieki geriatrycznej. Po przeliczeniu liczby specjalistów w odniesieniu do 10 000 mieszkańców w wieku 65 lat i więcej najwyższy wskaźnik obserwuje się w Islandii, następnie w Austrii, Szwecji i Wielkiej Brytanii. W porównaniu z tymi krajami Niemcy zajmują dopiero dziewiąte miejsce i może to być wynikiem najwyższego w Europie udziału osób starszych (18%) w całej ich populacji. Liczba geriatrów w przeliczeniu na 100 000 ogółu ludności jest najwyższa w Szwecji (7,8) i w Austrii (7,4), przy czym okres kształcenia specjalistycznego w Austrii jest najkrótszy — zaledwie 8 tygodni — i w ogóle nie spełnia wymogów EUGMS [14]. Polska ze wskaźnikiem 0,3 geriatry na 100 000 populacji zajmuje przedostatnie miejsce w tym rankingu przed Estonią, gdzie nie ma lekarzy geriatrów. W tabeli 1 przedstawiono liczbę lekarzy specjalistów geriatrów w poszczególnych krajach europejskich.

Według danych NHS, począwszy od lat 70. XX wieku obserwuje się stały wzrost liczby personelu medycznego. W latach 1996–2006 średni roczny przyrost liczby lekarzy wyniósł w Wielkiej Brytanii 3,8% (osiągając liczbę 126,2 tys. w 2006 r.), a pielęgniarek — 2,3% (374,5 tys. w 2006 r.) [16]. Ta tendencja wzrostowa dotyczy również lekarzy geriatrów, którzy stanowią 3,06% ogółu lekarzy w Wielkiej Brytanii [16]. Dokładne dane i zmiany liczby personelu sprawującego opiekę nad starszą populacją Wielkiej Brytanii przedstawiono w tabeli 2.

Dla porównania w Polsce w tym okresie zmalała ogólna liczba lekarzy (z 90,8 tys. w 1996 r. do 77,5 tys. w 2006 r.), jak również znacznie zmniejszyła się liczba pielęgniarek zatrudnionych w sektorze opieki zdrowotnej (z 215,3 tys. do 179,3 tys.) [18]. Według informacji Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie i Centrum Egza-

**Tabela 1.** Wskaźnik liczby geriatrów w stosunku do całej populacji oraz na 10 000 osób po 65. roku życia w 2005 roku [15]**Table 1.** The ratio of geriatricians per whole population and per 10 000 people aged over 65. in 2005 [15]

Lp.	Kraj	Liczba mieszkańców	Osoby po 65. roku życia (%)	Liczba lekarzy geriatrów	Liczba lekarzy na 10 000 osób po 65. rż.	Liczba lekarzy geriatrów na 100 000 ogółu ludności
1.	Islandia	290 570	11,8	17	5,0	5,9
2.	Austria	8 140 122	16,0	600	4,6	7,4
3.	Szwecja	8 975 670	17,2	696	4,5	7,8
4.	Wielka Brytania	59 699 828	16,1	2950	3,1	4,9
5.	Hiszpania	42 345 342	16,8	1675	2,4	4,0
6.	Dania	5 397 640	15,0	170	2,1	3,1
7.	Słowacja	5 380 053	11,6	132	2,1	2,5
8.	Belgia	10 396 421	17,1	260	1,5	2,5
9.	Niemcy	82 531 671	18,6	1812	1,2	2,2
10.	Irlandia	4 027 732	11,2	54	1,2	1,3
11.	Finlandia	5 219 732	15,9	95	1,1	1,8
12.	Czechy	10 211 455	14,0	150	1	1,5
13.	Malta	399 867	13,3	5	0,9	1,3
14.	Szwajcaria	7 364 148	15,8	98	0,8	1,3
15.	Francja	62 130 243	16,4	680	0,7	1,1
16.	Bułgaria	7 801 273	17,1	40	0,3	0,5
17.	Polska	38 190 608	14,1	120	0,2	0,3
18.	Estonia	1 351 069	16,3	0	0	0

Opracowanie własne na podstawie danych z Europejskiego Urzędu Statystycznego (Eurostat), publikacji *European Union Geriatric Medicine Society (EUGMS)* oraz *Geriatric Medicine Section of the Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS)*

minów Medycznych w Łodzi, w Polsce do grudnia 2006 roku wydano 174 dyplomy specjalizacji z geriatry [19]. Pomijając fakt, że nie wszyscy specjaliści geriatry praktykują jako geriatry, ich liczba stanowi zaledwie 0,2% ogółu lekarzy.

Analizując bezwzględne liczby lekarzy geriatrów, należy stwierdzić, że w Niemczech, podobnie jak w Wielkiej Brytanii, ich liczba stale rośnie (z 1530 w 2003 r. do 1812 w 2006 r.) [20]. W Szwajcarii obecnie zatrudnionych jest 98 specjalistów geriatrów oraz 86 lekarzy innych specjalności będących członkami Szwajcarskiego Towarzystwa Geriatrycznego. W Belgii pracuje 260 internistów ze specjalizacją w geriatry [7]. W Finlandii aktywnie działa 95 geriatrów, zaś Fińskie Towarzystwo Geriatryczne liczy 250 członków. W Szwecji w 2001 roku w 70 różnych placówkach pracowało 604 geriatrów i ich liczba zwiększyła się w 2005 roku do 696. W Danii w tym czasie wraz z lekarzami będącymi w trakcie specjalizacji było 170 geriatrów. Z kolei w Irlandii, gdzie geriatry jest najsilniej rozwiniętą podspecjalnością chorób wewnętrznych, 54 lekarzy geriatrów pracuje w dwóch modelach opieki: w dużych ośrodkach klinicznych świadczących opiekę w zespołach wie-

lodyscyplinarnych oraz w małych szpitalach ogólnych jako członkowie zespołów składających się z 3–4 specjalistów na oddziałach chorób wewnętrznych. W Republice Czeskiej obecnie związanych z geriatryą jest prawie 500 osób, w tym 150 specjalistów geriatrów [9], przy czym jedynie 90 z nich aktywnie pracuje w swojej specjalności w szpitalach i poradniach geriatrycznych. W Słowacji, jak dotąd, dyplom specjalisty geriatry otrzymało 132 lekarzy, którzy pracują w prawie 50 przychodniach i na 60 oddziałach (w tym na 19 oddziałach geriatrycznych liczących 863 łóżka) [10]. W małej Islandii w 2005 roku zatrudniano zaledwie 17 geriatrów wyszkolonych w Stanach Zjednoczonych, Wielkiej Brytanii i Szwecji, po podstawowym trwającym 4 lata szkoleniu z chorób wewnętrznych i 2-letnim szkoleniu specjalizacyjnym z geriatry [21]. Ich liczba w przeliczeniu na populację osób starszych jest jednak najwyższa w całej Europie. Na Malcie obecnie pracuje 5 geriatrów, którzy w szpitalu w Zammit zajmują się głównie geriatryczną oceną pacjentów oraz planowaniem leczenia i rehabilitacji, zaś w całym kraju jest tylko 60 łóżek geriatrycznych [6]. Najgorsza sytuacja jest w Estonii, Polsce i w Bułgarii.



**Tabela 2.** Liczba lekarzy geriatrów w porównaniu z liczbą gerontopsychiatrów i specjalistów medycyny paliatywnej w latach 1975–2006 w Wielkiej Brytanii**Table 2.** Number of geriatricians compared with number of gerontopsychiatrist and palliative care specialists in years 1975–2006 in Great Britain

Lata	Lekarze geriatrzy	Konsultanci geriatryczni	Specjaliści psychiatrii wieku podeszłego	Specjaliści medycyny paliatywnej		
1975	1581	299	–	–		
1980	2046	381	–	–		
1985	2296	452	–	–		
1991	2468	535	203	48		
1995	2506	660	546	142		
1997	2527	677	708	195		
1999	2505	719	825	220		
2000	2572	767	860	258		
2002	2707	861	941	355		
2003	2848	896	1028	392		
2004	2990	919	1251	381		
2005	2929	922	1264	385		
2006	2956	909	1271	389		
Zmiana w okresie 1975–2006; wartość bezwzględna:	↑ o 1375	↑ o 610	Zmiana w okresie 1991–2006	↑ o 1068	Zmiana w okresie 1991–2006	↑ o 341
Zmiana w okresie 1975–2006	↑ o 87%	↑ o 204%	Zmiana w okresie 1991–2006	↑ o 525%	Zmiana w okresie 1991–2006	↑ o 710%

Opracowano na podstawie [16, 17]

W tej ostatniej 40 geriatrów praktykuje głównie na oddziałach psychogeriatrycznych i w zaledwie kilku poradniach geriatrycznych. Powstałe w 1997 roku Estońskie Towarzystwo Geriatrii liczy 154 członków — specjalistów różnych dziedzin, jednak jego starania o uruchomienie specjalizacji geriatrycznej dotychczas nie zostały uwieńczone sukcesem [22].

### Infrastruktura i organizacja świadczeń geriatrycznych

W ostatnich latach liczba łóżek opieki stacjonarnej uległa znacznemu zmniejszeniu. Proces ten dotyczy przede wszystkim łóżek opieki doraźnej, ale nie ominął również oddziałów psychiatrycznych i geriatrycznych. Na przykład, w Wielkiej Brytanii liczba łóżek szpitalnych równomiernie spada we wszystkich sektorach służby zdrowia (z 480 tys. w 1948 r. do 185 tys. w 2002 r.) [16, 23, 24]. Analogicznie w 1970 roku było tam około 57 tys. łóżek geriatrycznych, a w 2002 roku — około 28 tys. (tab. 3). Towarzyszyło temu skrócenie czasu pobytu pacjentów na oddziale i zwiększenie liczby przyjęć, przy jednoczesnym zmniejszeniu liczby osobodni [23]. Dla porównania, w Polsce stopniowe ograniczanie zasobów szpitalnych rozpoczęło się z pewnym opóź-

nieniem — wraz z zapoczątkowaniem procesów demokratyzacji ustroju państwa i reformy opieki zdrowotnej. W latach 1990–2006 skrócił się średni czas pobytu w szpitalu z 12,5 do 6,4 dnia, zmniejszyła się też liczba łóżek w szpitalach ogólnych z 218 tys. do 176 tys. [25]. Liczba hospitalizacji wzrosła z 4597 tys. do 7168 tys. rocznie, czemu towarzyszył stopniowy wzrost osobodni do 45 623 tys. w 2006 roku [25]. Z kolei liczba łóżek w szpitalach geriatrycznych zmalała w tym czasie z 511 do 342, przy wykorzystaniu ich na poziomie 77,7%, czyli nieco ponadprzeciętnym dla ogółu zasobów szpitalnych. W 2006 roku na oddziały geriatryczne przyjęto zaledwie 9110 pacjentów (co stanowiło 97,1 tys. osobodni), którzy przebywali tam przez średnio 10,7 dnia [25]. Dla porównania, w 1998 roku w Wielkiej Brytanii roczna liczba hospitalizacji pacjentów na oddziałach geriatrycznych wyniosła 534 tys. osób [26].

Wśród państw posiadających najlepiej zorganizowane struktury opieki geriatrycznej wymienia się Szwecję, którą cechuje duże zróżnicowanie opieki stacjonarnej. W systemie opieki geriatrycznej utworzono tam szpitale dla osób starszych przyjmujące formę: szpitali geriatrycznych, klinik geriatryczno-rehabilitacyjnych i klinik geriatrycznych z opieką

**Tabela 3.** Spadkowa tendencja dotycząca liczby łóżek (tys.) dostępnych w strukturach *National Health Service* w okresie 1970–2002**Table 3.** Decreasing tendency in number of beds (thousands)

Lata\specjalność	1970	1980	1991	1996	2000	2002
Wszystkie specjalności	423	355	255	206	186	185
Ostre oddziały	162	146	117	108	107	109
Geriatrya	57	55	46	34	28	28
Choroby psychiczne	123	87	55	39	34	34

Opracowano na podstawie [24]

w nagłych wypadkach. Ponadto w ramach szpitali ogólnych działają oddziały ogólnogeriatryczne, geriatryczno-rehabilitacyjne oraz geriatryczno-neurologiczne. Zasoby Szwecji w tym zakresie przedstawiono w tabeli 4 [27].

W krajach, w których odnotowano stopniowy rozwój geriatry, podjęto próby określenia docelowego wskaźnika zasobów opieki geriatrycznej w leczeniu szpitalnym. Już w 1963 roku rekomendacja belgijskiego Ministerstwa Zdrowia dotyczyła konieczności utworzenia oddziałów geriatrycznych i rehabilitacyjnych w liczbie 5 łóżek szpitalnych na 10 000 mieszkańców [7]. Co prawda, jak dotąd,

w Belgii nie zorganizowano tylu łóżek, ale ostatnio powrócono do tego zalecenia. W Niemczech w dokumencie przedstawiającym wytyczne dla geriatry określono niezbędną liczbę łóżek w granicach 5–6 na 10 000 mieszkańców [28]. Tymczasem średnia dla wszystkich landów niemieckich kształtuje się na poziomie 1,98 łóżka na 10 000 mieszkańców [29]. W Szwecji podobny wskaźnik wynosi średnio 3,45 łóżka geriatrycznego na 10 000 mieszkańców (wg własnych obliczeń na podstawie [27]). Z kolei w Wielkiej Brytanii nie ma takich zaleceń, ale w NHS łóżka geriatryczne stanowią około 15,1% zasobów szpitalnych. Obecnie w systemie znajduje się średnio

**Tabela 4.** Liczba jednostek geriatrycznych, łóżek na oddziałach o profilu geriatrycznym i liczba lekarzy geriatrów pracujących w tych placówkach w Szwecji w 2001 roku**Table 4.** Numbers of geriatric units, beds in geriatric departments and geriatricians employed in Sweden in 2001

	Liczba jednostek	Liczba łóżek geriatrycznych	Średnia liczba łóżek w szpitalu/ /na oddziale	Odsetek łóżek geriatrycznych vs. wszystkie łóżka geriatryczne	Liczba lekarzy geriatrów
<b>Szpitale o profilu geriatrycznym (łącznie)</b>	41	2828		91%	487
Szpitale geriatryczne	24	2051	85 (20–237)	66%	379
Kliniki geriatryczno-rehabilitacyjne	13	686	53 (24–122)	22%	82
Geriatryczne kliniki opieki doraźnej	4	91	23 (16–30)	3%	26
<b>Oddziały o profilu geriatrycznym (łącznie)</b>	11	273		9%	47
Ogólnogeriatryczne	5	146	36 (24–51)	5%	24
Geriatryczno-rehabilitacyjne	5	109	22 (12–35)	3%	20
Geriatryczno-neurologiczne	1	18	18	1%	3
<b>Wszystkie łącznie</b>	<b>52</b>	<b>3101</b>		<b>100%</b>	<b>534</b>

Opracowano na podstawie [27]

**Tabela 5.** Liczba łóżek geriatrycznych w Niemczech w podziale na landy i rodzaje łóżek w 2001 roku [29]  
**Table 5.** Number and kind of beds for geriatric use in states of Germany in 2001 [29]

Landy	Liczba oddziałów geriatrycznych	Łóżka geriartyczne, w tym:		Łączna liczba łóżek geriatrycznych	Łóżka geriatryczne na 100 000 mieszkańców
		Łóżka opieki doraźnej	Łóżka opieki rehabilitacyjnej		
Baden-Württemberg	47	478	1786	2264	2,16
Bayern	48	100	2057	2157	1,78
Berlin	17	1273	64	1337	3,95
Brandenburg	11	566	70	636	2,45
Bremen	4	176	0	176	2,66
Hamburg	10	940	0	940	5,51
Hessen	24	1038	74	1112	1,84
Mecklenburg-Vorpommern	5	22	204	226	1,26
Niedersachsen	17	390	331	721	0,91
Nordrhein-Westfalen	71	3255	944	4199	2,33
Rheinland-Pfalz	11	0	432	432	1,07
Saarland	8	141	310	451	4,21
Sachsem	9	222	268	490	1,10
Sachsen-Anhalt	22	519	60	579	2,19
Schleswig-Holstein	5	202	0	202	0,73
Thüringen	5	375	0	375	1,53
Niemcy: łącznie	314	9697	6600	16 297	1,98

Opracowano na podstawie [27]

4,7 łóżka geriatrycznego na 10 000 mieszkańców (wg własnych obliczeń na podstawie [24]). Mimo trudności, z jakimi mierzy się NHS, można zatem przyjąć, że jest ona najbliższa spełnienia wymogu zgodnego z najczęściej zalecanym wskaźnikiem 5 łóżek geriatrycznych na 10 000 ogółu ludności.

W Polsce obecnie liczba łóżek geriatrycznych stanowi 0,09 na 10 000 mieszkańców, niemal zupełnie nie spełniając powyższego wskazania. Liczba łóżek na oddziałach geriatrycznych przypadająca na 10 000 osób w wieku 65 lat i więcej wynosiła 1,3 w 1990 roku i zmalała do 1,0 w 2006 roku. W ramach projektu Porównania Longitudinalnych Europejskich Badań nad Starzeniem się (CLES, *Comparison of Longitudinal European Studies on Aging*) wykazano, że wskaźnik ten w 2000 roku był najniższy w porównaniu z innymi krajami europejskimi, takimi jak: Holandia (4,6), Czechy (4,0), Włochy (3,0) czy Hiszpania (2,1) [30].

Obok osiągalności geriatrycznej opieki stacjonarnej kolejnym zagadnieniem, na które należy zwrócić uwagę, jest dostępność przestrzenna, która

podlega znacznemu zróżnicowaniu. Na przykład, w Niemczech do 2001 roku działało 314 oddziałów geriatrycznych o profilu rehabilitacyjnym oraz oddziałów opieki doraźnej, dysponujących 16 297 łóżkami. Największa bezwzględna liczba łóżek znajdowała się w krajach związkowych o największej liczbie ludności (Baden-Württemberg, Bayern, Nordrhein-Westfalen) (tab. 5). Nawet w tak dobrze zorganizowanym państwie wskaźnik liczby łóżek na oddziałach geriatrycznych przypadających na 10 000 mieszkańców różnił się znacznie, przyjmując wartości od 0,73 w Schleswig-Holstein do 5,51 w Hamburgu, co świadczy o znacznie zróżnicowanej dostępności przestrzennej [29].

Dla porównania, w Polsce od 1990 roku liczba łóżek na oddziałach geriatrycznych zmniejszyła się o ponad 100, co jest wynikiem likwidacji tego typu oddziałów w województwach dolnośląskim, mazowieckim i wielkopolskim oraz redukcji liczby łóżek w małopolskim i podkarpackim [31]. W województwach niewymienionych w tabeli 6 w podanym okresie oddziały geriatryczne formalnie nie



**Tabela 6.** Zmiana liczby łóżek na geriatrycznych oddziałach opieki doraźnej w Polsce w latach 1999–2006  
**Table 6.** Change in number of beds in acute geriatric units in Poland in years 1999–2006

Województwo	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Zmiana liczby łóżek w latach 1999–2006*
Dolnośląskie	28	0	0	0	0	0	0	0	-28
Kujawsko-pomorskie	0	0	0	21	21	21	51	21	+21
Lubelskie	56	33	79	79	79	79	33	53	-3
Małopolskie	113	81	81	81	83	48	48	48	-65
Mazowieckie	0	24	0	0	0	0	0	0	-24
Opolskie	0	0	0	0	25	0	0	0	-25
Podkarpackie	65	65	65	35	35	15	15	15	-50
Śląskie	139	157	157	157	142	171	171	179	+40
Wielkopolskie	26	0	0	0	0	0	0	20	-6
Zachodniopomorskie	38	69	38	38	14	14	6	6	-32
łącznie	465	429	420	411	399	348	324	342	-123

\*Wartości są wynikiem różnicy między ostatnią i pierwszą kolumną; opracowano na podstawie [31, 33–38]

**Tabela 7.** Wybrane wskaźniki działalności oddziałów geriatrycznych i dla osób przewlekle chorych w 2006 roku w Polsce

**Table 7.** Selected activity indexes of geriatric and chronic diseases units in Poland in 2006

Oddział	Liczba łóżek	Liczba łóżek na 10 000 mieszkańców	Leczeni w trybie stacjonarnym/ /liczba bezwzględna	Liczba leczonych na jedno łóżko	Osobodni leczenia (tys.)	Średni czas pobytu w szpitalu	Wykorzystanie łóżka (%)
Geriatryczny	342	0,1	9110	26,6	97,1	10,7	77,7
Dla przewlekle chorych	2724	0,7	36 414	13,4	836,5	23,0	83,7

Opracowano na podstawie [25]

istniały. Jak widać, dostępność oddziałów geriatrycznych jest bardzo zróżnicowana regionalnie. W 2006 roku zarejestrowano tylko 342 łóżka geriatryczne rozlokowane nierównomiernie w kraju w 19 ośrodkach tylko w 7 województwach, w których wskaźnik liczby łóżek na 10 000 ludności wynosił 0,1–0,4 [25].

Jednocześnie w tym czasie powstały oddziały dla przewlekle chorych, których zasoby z roku na rok rosły, by w 2006 roku nieco się zmniejszyć, osiągając liczbę 2724 łóżek. Z powodu braku miejsc na oddziałach geriatrycznych osoby starsze często są kierowane między innymi na oddziały dla przewlekle chorych, gdzie średni czas ich pobytu jest 2-krotnie dłuższy, a liczba leczonych w przeliczeniu na jedno łóżko — 2-krotnie mniejsza (tab. 7). Nierównomierność rozmieszczenia łóżek geriatrycznych stwierdza się również w Szwecji

— w 2001 roku w czterech regionach spośród 21 nie było żadnych placówek geriatrycznych. Podobnie w Republice Czeskiej, gdzie mimo rozwijania różnego rodzaju świadczeń geriatrycznych ich dostępność przestrzenna jest znacznie zróżnicowana, a liczba poradni geriatrycznych i geriatrycznych oddziałów opieki doraźnej — niewystarczająca w stosunku do potrzeb. W Austrii dopiero w 2000 roku na wniosek Austriackiego Instytutu Opieki Medycznej (ÖBIG, *Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen*), zajmującego się analizowaniem i projektowaniem struktur systemu opieki medycznej, federacyjna agencja zajmująca się organizacją systemu opieki zdrowotnej (ÖKAP, *Österreichischen Krankenanstalten und Großgeräteplan*) podjęła decyzję o utworzeniu sieci szpitali geriatrycznych z docelową liczbą 3700 łóżek w 2010 roku.

Odmienne, Wielka Brytania jest godnym naśladowania przykładem, gdzie w efekcie rejonizacji świadczeń służba geriatryczna obejmuje strefy geograficzne odpowiadające podziałowi administracyjnemu. Geriatrzy sprawują opiekę nad ludnością danego obszaru w aspekcie opieki indywidualnej nad pacjentem oraz organizacji zespołów rehabilitacji, opieki długoterminowej, szpitali dziennych i współpracy z instytucjami pomocy społecznej. Podobnie w Szwajcarii 23 oddziały geriatryczne są zlokalizowane we wszystkich kantonach. W Belgii funkcjonuje 120 szpitali ogólnych i tylko kilka z nich nie posiada oddzielnego oddziału geriatrycznego [7]. Innym zagadnieniem jest stopień korzystania ze świadczeń geriatrycznych. Mimo ogólnej tendencji do zmniejszania liczby łóżek szpitalnych w Wielkiej Brytanii stale rośnie liczba porad specjalistycznych, czemu nie towarzyszy jednak wzrost świadczeń geriatrycznych (zarówno w zakresie liczby hospitalizacji — ok. 530 tys. rocznie, jak i porad — ok. 480 tys. rocznie) [26, 39]. Osoby w wieku 65 lat i więcej, stanowiąc około 18% populacji Wielkiej Brytanii, zajmują jednak prawie 2/3 wszystkich łóżek szpitalnych opieki doraźnej, zatem zdecydowana ich większość jest kierowana poza oddziały geriatryczne.

Podobną tendencję do zwiększania się częstości korzystania z porad specjalistycznych obserwuje się również w Polsce [40]. Trudno jednak odnieść to do porad geriatrycznych z powodu braku danych o ich liczbie we wcześniejszych raportach. Obecnie na terenie kraju działa 68 poradni geriatrycznych; nie we wszystkich z nich zatrudnieni są lekarze ze specjalnością geriatry. Wynika to z pewnej liberalizacji podejścia konsultanta krajowego z dziedziny geriatry, który — by nie hamować rozwoju tej specjalności lekarskiej — zarekomendował Narodowemu Funduszowi Zdrowia (NFZ) kontraktowanie usług geriatrycznych w placówkach zatrudniających także lekarzy, którzy są dopiero w trakcie specjalizacji z geriatry.

## Dyskusja

### *Przyszłość geriatry w Europie*

Prognozy demograficzne przepowiadające dalszy wzrost udziału osób starszych w europejskim społeczeństwie powinny stanowić przekonujący argument na rzecz szybkiego rozwoju tej dziedziny. Przedstawione dane świadczą o dużych trudnościach i pilnej potrzebie budowania oraz wdrażania modelu opieki geriatrycznej w całej Europie. Jeśli przyjąć za doce-

lową normę 5 łóżek w szpitalach na oddziałach geriatry na 10 tys. mieszkańców, w Polsce powinniśmy dążyć do zorganizowania około 19 000 takich miejsc. Przyjmując zaś wskaźnik 5 geriatrów na 100 000 ludności (tak jak to jest w Wielkiej Brytanii), należałoby wykształcić około 1900 geriatrów.

Podkreśla się znaczenie współpracy w wymiarze wielodyscyplinarnym. Geriatra działający samodzielnie, bez oparcia w innych specjalistach i pracownikach innych działów opieki (pielęgniarek, terapeutów, pracowników pomocy społecznej itp.), nie jest w stanie dowieść znaczenia opieki, jaką sprawuje. Dlatego Brytyjskie Towarzystwo Geriatryczne (BGS, *British Geriatric Society*) stanowczo obstaje za tworzeniem poradni geriatrycznych z zapleczem w postaci łóżek geriatrycznych na oddziale opieki doraźnej [41]. Aspekt pracy zespołowej ma także szczególne znaczenie w odniesieniu do pacjenta w podeszłym wieku, który w większym stopniu niż młoda osoba jest zależny od sprawnej kooperacji wielu członków zespołu terapeutycznego.

Przedstawiony obraz różnorodności pojmowania geriatry, jak również roli geriatry w europejskich systemach opieki zdrowotnej świadczy o braku jasnej definicji tej dyscypliny medycznej oraz precyzyjnego określenia zakresu czynności specjalisty. To oczywiście skutkuje brakiem czytelnego komunikatu: czym geriatra różni się od innych specjalizacji lekarskich, co może zaoferować pacjentom i w jaki sposób wspierać innych specjalistów w procesie diagnozowania i leczenia. Określenie misji geriatry we współczesnej medycynie ma natomiast niebagatelne znaczenie w jej marketingu na rynku świadczeń zdrowotnych. Różnorodność form i brak rekomendacji dla jednego modelu organizowania opieki geriatrycznej mogą bowiem skutkować podejmowaniem decyzji politycznych w sposób arbitralny, bez uwzględniania opinii środowisk profesjonalnie związanych z geriatricą i potrzeb osób w podeszłym wieku. Zadaniem geriatrów jest zatem edukacja społeczeństwa i organów administracji samorządowej i państwowej na temat zadań i roli geriatry w podnoszeniu jakości opieki.

Zdaniem geriatrów rozwój ich specjalizacji powinien przebiegać wielokierunkowo, dając szansę doksztalcenia się lekarzom rodzinnym i specjalistom z innych dziedzin w ramach kursów uzupełniających [41]. Takie możliwości formalnego uzupełnienia wiedzy z zakresu geriatry powinny istnieć równolegle z pełnowymiarowym kształceniem specjalistów geriatrów do pracy w szpitalach, w opiece domowej, placówkach opieki

długoterminowej lub psychogeriatrycznych. Ponadto postuluje się rozgraniczenie geriatry na środowiskową i wysokospecjalistyczną realizowaną w szpitalu. Preferowany model zakłada możliwość:

- **dokształcania specjalistów** chorób wewnętrznych, neurologii, kardiologii, psychiatrii i ortopedii w zakresie głównych założeń geriatry, w nadziei, że pozwoli to na lepszą współpracę z geriatrią;
- dodatkowego, trwającego 6–12 miesięcy **szkolenia lekarzy rodzinnych**:
  - prowadzonego metodą analizy wybranych przypadków z zastosowaniem techniki „*problem oriented approach*”,
  - w zakresie powszechnych problemów geriatrycznych, oceny funkcjonalnej, zasad opieki w instytucjach dla osób starszych, zintensyfikowanej opieki domowej i form wsparcia dla opiekunów rodzinnych,
  - uzupełnionego stażem na geriatrycznym oddziale opieki doraźnej i w domu opieki, co ma zapewnić ciągłość opieki;
- przygotowania geriatry do roli **koordynatora opieki** po 5–6 latach szkolenia specjalizacyjnego w zakresie geriatry, chorób wewnętrznych, neurologii, rehabilitacji i psychiatrii oraz opcjonalnie ginekologii, urologii lub opieki w placówkach opiekuńczych;
- skróconego kształcenia do pełnienia funkcji **geriatry środowiskowego** po 3-letnim szkoleniu w zakresie medycyny rodzinnej, rehabilitacji, psychiatrii, geriatry na szpitalnym oddziale opieki doraźnej oraz w placówkach opiekuńczych;
- szkolenia w zakresie **geriatry szpitalnej** obejmującego 3–4-letni program chorób wewnętrznych oraz 6-miesięczne staże na oddziałach geriatry, neurologii, psychiatrii i rehabilitacji [41].

Projekcja tych możliwości rozwoju geriatryi lokuje specjalistę geriatryi w różnych rolach i na różnych pozycjach w systemie opieki zdrowotnej [41]. Analiza korzyści wskazuje, że bardziej ekonomicznie uzasadnione jest szkolenie lekarzy rodzinnych i geriatrów środowiskowych, których specjalizacja w proponowanym modelu trwa stosunkowo krótko. Geriatry środowiskowi mają wspomagać lekarzy rodzinnych, konsultując ich pacjentów i pomagając w opiece nad osobami umieszczonymi w placówkach opiekuńczych. Co prawda, w miarę zwiększania się liczby osób w podeszłym wieku może dochodzić do przeciążenia lekarzy rodzinnych [42], którzy po przeszkoleniu zajmą się podstawową oceną geriatryczną. W takich przypadkach postuluje się

przeniesienie części ich obowiązków na pielęgniarki rodzinne po ich specjalistycznym przeszkoleniu w zakresie pielęgniarstwa geriatrycznego. Z kolei geriatry szpitalni powinni prowadzić opiekę na oddziałach geriatrycznych i współpracować ze specjalistami szpitalnymi na zasadzie dwustronnych konsultacji. W tym kontekście dokształcenie specjalistów w zakresie głównych założeń geriatryi miałyby umożliwić lepszą współpracę z geriatrią, przyspieszyć ich wzajemne uczenie się, zapewnić dostęp do wysokospecjalistycznych procedur i szybkiej diagnozy oraz leczenia. W przypadkach chorób psychicznych i zwyrodnieniowych mózgu (np. demencji, depresji, delirium) zaleca się ścisłą współpracę geriatry i psychiatri, najlepiej na wspólnym oddziale [41]. Nie rozstrzygnięto, kto powinien sprawować opiekę nad osobami starszymi w placówkach opiekuńczych [43]. W niektórych krajach preferowanym rozwiązaniem jest kierowanie tam lekarzy rodzinnych po przeszkoleniu w zakresie geriatryi. Ma to szczególne uzasadnienie zwłaszcza w Holandii, gdzie lekarz rodzinny, opiekując się pacjentem w domu, kontynuuje to również wtedy, gdy ten zamieszka w placówce opieki dla osób starszych.

### Wnioski

W przedstawionej pracy oceniono stan geriatryi w poszczególnych krajach Europy. Wykazano duże zróżnicowanie w zakresie infrastruktury. Kraje Europy różnią się między sobą zarówno zasobami ludzkimi, jak i organizacją opieki geriatrycznej.

Zdecydowanie największy rozwój geriatryi ma miejsce w Wielkiej Brytanii, Szwecji, Niemczech, Belgii, Danii i Irlandii. Wynika on między innymi z długiej historii tej dziedziny medycyny i dobrych podstaw organizacji opieki zdrowotnej oraz systemu kształcenia w tych państwach. Kraje te, dysponując pokaźną liczbą lekarzy specjalistów geriatrów, posiadają również rozbudowane struktury opieki geriatrycznej, uwzględniające opiekę ambulatoryjną, szpitalną i rehabilitacyjną.

W pozostałych krajach Europy, przede wszystkim w Polsce, Bułgarii i Estonii, geriatra jest dyscypliną niedocenianą i zaniedbywaną. Aby zmniejszyć poważne opóźnienie w tej kwestii, konieczne są decyzje polityczne ułatwiające intensywne szkolenia kadr i to zarówno na poziomie po-, jak i przeddyplomowym. Jedynie takie działania mogą się przyczynić do istotnego zwiększenia zasobów kadrowych i umożliwić rozwój świadczeń geriatrycznych.

### Streszczenie

Niniejszy artykuł poświęcono przedstawieniu rozwoju geriatry w wybranych krajach europejskich, różniących się od siebie przede wszystkim systemami zdrowotnymi, formą organizacji ochrony zdrowia, rozwojem gospodarczym, wielkością populacji i udziałem w niej osób w wieku podeszłym. Celem pracy jest rzetelna ocena sytuacji miejsca opieki geriatrycznej w Europie, ze szczególnym uwzględnieniem stanu geriatry w Polsce. Na podstawie szerokiego przeglądu piśmiennictwa dotyczącego tego tematu w części pierwszej omówiono historię i rozwój usług geriatrycznych, uwzględniając zasoby ludzkie i infrastrukturalne, a w części drugiej — prace nad standardami udzielanych świadczeń, a także tryb szkolenia specjalistów geriatry w poszczególnych krajach.

Podsumowując, można stwierdzić, że rozwój geriatry jest bardzo zróżnicowany. Kraje świadczące najlepszą (pod względem edukacji i organizacji) opiekę dla starszej części społeczeństwa to: Wielka Brytania, Szwecja, Niemcy, Irlandia, Belgia i Dania. Najniższy poziom pod tym względem prezentują Bułgaria i Polska. Z kolei na Malcie i w Islandii, chociaż nie prowadzi się tam edukacji w zakresie specjalizacji geriatrycznej, udało się zorganizować sprawną opiekę geriatryczną. Estonia natomiast nie posiada w ogóle struktur opieki geriatrycznej. Niewątpliwie najdłuższą historię ma geriatra w Wielkiej Brytanii i tam też jest najlepiej zorganizowana. Niestety, w wielu krajach Europy rozwój geriatry napotyka poważne trudności. Zdarza się, że w ogólnym nurcie zmniejszania zasobów opieki doraźnej likwiduje się łóżka i całe geriatryczne oddziały szpitalne. W podsumowaniu nakreślono perspektywę rozwoju geriatry w Europie.

Gerontol. Pol. 2008; 16, 2: 61–73

**słowa kluczowe:** opieka geriatryczna w Europie, lekarze geriatry, infrastruktura, zasoby ludzkie, historia geriatry

### PIŚMIENNICTWO

- Humphry G.M.: *Old age*. Macmillan & Bowes. Cambridge 1889.
- Nascher I.L.: *Geriatrics: the diseases of old age and their treatment, including physiological old age, home and institutional care and medicolegal relations*. P. Blakinston's Son and Company, Philadelphia 1914.
- Warren M.W.: *Care of chronic sick. A case for treating chronic sick in blocks in general hospital*. Br. Med. J. 1943; 11: 822–823.
- Warren M.W.: *Care of chronic aged sick*. Lancet 1946; 1: 841–843.
- MacMahon D.: *The development of geriatric services in Great Britain*. W: Phillips J. (red.): *British gerontology and geriatrics: experience and innovation*. British Geriatrics Society, British Society of Research on Ageing, British Society of Gerontology 1997; 13–18.
- Cruz-Jentoft A. J., Williams B.O.: *Developing Geriatric Medicine in the European Union*. EUGMS booklet, 2006 (<http://www.eugms.org> — dok. elektr., dostęp: 07.04.2007 r.).
- Baeyens J.P.: *Geriatric medicine in Belgium*. UEMS, Ostend 2005.
- Frühwald T.: *Situation of geriatrics in Austria*. Geriatric Medicine Section of U.E.M.S., Oostende 2005.
- Prehnal J.: *Duvodová zpráva, k návrhu koncepcie geriatricie*. Česká gerontologická a geriatrická společnost 2000.
- Krajcik S.: *Slovakia*. Geriatric Medicine Section of the U.E.M.S., 2006 (<http://www.uemsgeriaticmedicine.org> — dok. elektr., dostęp: 10.05.2007 r.).
- Kocemba J., Pędich W.: *Rozwój polskiej gerontologii*. Gerontol. Pol. 1995; 3: 4–5.
- Hastie I., Duursma S.: *Geriatric medicine in the European Union: unification of diversity*. Aging Clin. Exp. Res. 2003; 15: 347–351.
- BGS: *Geriatric Medicine in the UK*. BGS Newsletter online ([http://www.bgsnet.org.uk/Feb04%20NL/10\\_geriatric\\_eu.htm](http://www.bgsnet.org.uk/Feb04%20NL/10_geriatric_eu.htm) — dok. elektr., dostęp: 20.03.2008 r.).
- Department of Geriatric Medicine: *Geriatric medicine in the European Union: unification of diversity*. London, United Kingdom 2003.
- Strona internetowa Europejskiego Urzędu Statystycznego (<http://www.epp.eurostat.ec.europa.eu> — dok. elektr., dostęp: 17.05.2007 r.).
- Department of Health Publications: *NHS Staff leaflet*. The Information Centre, England 2007 (<http://www.ic.nhs.uk/webfiles/publications/nhsstaff2006> — dok. elektr., dostęp: 16.04.2006 r.).
- Department of Health Publications: *NHS medical and dental workforce. Medical and dental workforce statistics: historical data from 1975 to 2002*, England 2003 (<http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Statistics/StatisticalWorkAreas/Statisticalworkforce> — dok. elektr., dostęp: 16.04.2006 r.).
- CSIOZ: *Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia, 2006 r. tabela 2.2*. Warszawa 2007 ([http://www.csioz.gov.pl/pliki/biuletyn\\_2007/BIULETYN\\_2007.pdf](http://www.csioz.gov.pl/pliki/biuletyn_2007/BIULETYN_2007.pdf) — dok. elektr., dostęp: 10.03.2008 r.).
- Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego: *Program specjalizacji w geriatry. Program specjalizacji dla lekarzy posiadających specjalizację II stopnia albo tytuł specjalisty w chorobach wewnętrznych, medycynie ogólnej, medycynie rodzinnej*. W: CMKP: *Programy specjalizacji*, Warszawa 2002 (<http://www.pulsmedycyny.com.pl/index/archiwum/7956,oszczedza,leczeniu,ludzi.html> — dok. elektr., dostęp: 20.03.2008 r.).
- Kopetsch T.: *Ärztemangel trotz Zuwachsraten*. Bundesärztekammer — Statistik, Deutsches Ärzteblatt 103. Politik 2006; 488, 509, 588.
- Jónsson P.: *Geriatrics and elderly care in Iceland*. University of Iceland, School of Medicine Geriatrics and Elderly Care in Iceland, Reykjavik 2001.
- Kolk H.: *Geriatric Medicine in Estonia*. University of Tartu Estonian Association of Gerontology and Geriatrics, Tartu 2006.
- Department of Health Publications: *Shaping the future National Health Service: long term planning for hospitals and related services: consultation document on the findings of the National Beds Inquiry*, England 2000 ([http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH\\_4006701](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4006701) — dok. elektr., dostęp: 16.04.2006 r.).
- A publication of the Government Statistical Service, Hospital Inpatient Activity: table B16 — Average daily number of available beds by sector; NHS trusts England ([http://www.performance.doh.gov.uk/HPSS/TBL\\_B16.HTM](http://www.performance.doh.gov.uk/HPSS/TBL_B16.HTM) — dok. elektr., dostęp: 20.03.2008 r.).
- CSIOZ: *Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia, 2006 r. tabela 4.4.1.A*. Warszawa 2007 ([http://www.csioz.gov.pl/pliki/biuletyn\\_2007/BIULETYN\\_2007.pdf](http://www.csioz.gov.pl/pliki/biuletyn_2007/BIULETYN_2007.pdf) — dok. elektr., dostęp: 10.03.2008 r.).
- A publication of the Government Statistical Service, Hospital Inpatient Activity: table B11 — finished consultant episodes, by sector; NHS trusts England ([http://www.performance.doh.gov.uk/HPSS/TBL\\_B11.HTM](http://www.performance.doh.gov.uk/HPSS/TBL_B11.HTM) — dok. elektr., odczyt: 20.03.2008 r.).

27. Anker G.: *Geriatric medicine in Sweden: a study of the organization, staffing and care production in 2000–2001*. Age Ageing 2004; 33: 338–341.
28. Meier-Baumgartner H.P., Hain G., Oster P., Steinhagen-Thiesen E., Vogel W.: *Empfehlungen für die klinisch-geriatrische Behandlung*. Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatri-schen Einrichtungen e.V., Jena 1998.
29. Stier-Jarmer M., Pientka L., Stucki G.: *Frührehabilitation in der Geriatrie*. Phys. Med. Rehab. Kuror. 2002; 12: 190–202.
30. Szczerbińska K. (red.): *Dostępność opieki zdrowotnej i pomocy społecznej dla osób starszych w Polsce. Raport z badań*. Wyd. Uniwersytet Jagielloński, Kraków 2006.
31. Gryglewska B., Kocemba J.: *Rozwój lecznictwa geriatrycznego w Polsce*. W: Szczerbińska K. (red.): *Dostępność opieki zdrowotnej i pomocy społecznej dla osób starszych w Polsce. Raport z badań*. Wyd. Uniwersytet Jagielloński, Kraków 2006; 183–192.
32. CSIOZ: *Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia, 2000 r.* Warszawa 2001 (<http://www.csioz.gov.pl/publikacje/biuletyn.html> — dok. elektr., odczyt: 20.05.2007 r.).
33. CSIOZ: *Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia, 2001 r.* Warszawa 2002 (<http://www.csioz.gov.pl/publikacje/biuletyn.html> — dok. elektr., odczyt: 20.05.2007 r.).
34. CSIOZ: *Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia, 2002 r.* Warszawa 2003 (<http://www.csioz.gov.pl/publikacje/biuletyn.html> — dok. elektr., odczyt: 20.05.2007 r.).
35. CSIOZ: *Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia, 2003 r.* Warszawa 2004 (<http://www.csioz.gov.pl/publikacje/biuletyn.html> — dok. elektr., odczyt: 20.05.2007 r.).
36. CSIOZ: *Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia, 2004 r.* Warszawa 2005 (<http://www.csioz.gov.pl/publikacje/biuletyn.html> — dok. elektr., odczyt: 20.05.2007 r.).
37. CSIOZ: *Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia, 2005 r.* Warszawa 2006 (<http://www.csioz.gov.pl/publikacje/biuletyn.html> — dok. elektr., odczyt: 20.05.2007 r.).
38. CSIOZ: *Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia, 2006 r.* Warszawa 2007 ([http://www.csioz.gov.pl/pliki/biuletyn\\_2007/BULETYN\\_2007.pdf](http://www.csioz.gov.pl/pliki/biuletyn_2007/BULETYN_2007.pdf) — dok. elektr., odczyt: 10.03.2008 r.).
39. A publication of the Government Statistical Service, Hospital outpatient activity: table B18 — Outpatient attendances, by sector; NHS trust England ([http://www.performance.doh.gov.uk/HPSS/TBL\\_B18.HTM](http://www.performance.doh.gov.uk/HPSS/TBL_B18.HTM)).
40. Kautsch M., Kaczor A.: *Wpływ zmian w zakresie specjalistycznego lecznictwa ambulatoryjnego na jego dostępność dla osób starszych*. W: Szczerbińska K. (red.): *Dostępność opieki zdrowotnej i pomocy społecznej dla osób starszych w Polsce. Raport z badań*. Wyd. Uniwersytet Jagielloński, Kraków 2006; 149–166.