

Katarzyna Szczerbińska, Amelia Pietryka

Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie

Rozwój geriatry w krajach europejskich — jakość kształcenia i opieki geriatrycznej (część 2)

The development of geriatric medicine in European countries — quality of education and geriatric care (part 2)

Abstract

The article is a continuation of a previous paper presenting the development of geriatric medicine in Europe. The paper described the history and development of geriatric services, regarding human resources and infrastructure. The aim of this article is to review the activities performed in order to elaborate standards of geriatric care and education in geriatric medicine in Europe. Basing on a literature review, the article talks about the stage of works in implementing new standards concerning infrastructure and geriatric care organisation. It also presents various systems of under- and postgraduate education in geriatric medicine in European countries.

The article concludes that the stage of elaboration and implementation of standards of geriatric care varies in European countries strongly. The best situation is in the Great Britain, Germany, Belgium and Austria. In other countries the works are inconsistent and the recommendations concerning the implementation of standards are not obligatory and so may not be respected.

The paper shows many differences between the systems of education in geriatric medicine (i.e. recruitment, content and duration of training). In countries with long history of geriatrics, relatively big scientific resources and well developed academic base, systems of undergraduate education and specialty courses in geriatric medicine have also been introduced. That results with a greater number of geriatricians and better developed structures of geriatric care. This group of countries includes Great Britain, Sweden, Germany and Belgium. In Poland the specialisation in geriatric medicine meets the EUMS requirements. Nevertheless, a very low number of places in geriatric centres accredited to perform training in geriatrics makes a fast development of staff and infrastructure impossible. As a result of the introduction of the free labor market in EU, new objectives have emerged: to eliminate the differences between geriatric education systems and to control the quality of education.

Gerontol. Pol. 2008; 16, 3: 137–148

key words: *geriatric medicine in Europe, education in geriatric medicine, standards of geriatric care*

Adres do korespondencji:
dr med. Katarzyna Szczerbińska
Instytut Zdrowia Publicznego
Wydział Nauk o Zdrowiu CM UJ
ul. Grzegorzewska 20, 31–531 Kraków
tel.: (012) 424 13 88; faks: (012) 421 74 47
e-mail: mxszczer@cyf-kr.edu.pl

Wstęp

Starzenie się społeczeństw uzasadnia potrzebę rozwoju bazy geriatrycznej, szkolenia i zatrudniania coraz większej liczby lekarzy oraz pielęgniarek wyspecjalizowanych w geriatryi. Ten fakt powinien stanowić rzeczywisty bodziec rozwoju powyższej dziedziny. Tymczasem postęp geriatryi w Europie, mimo

unifikacji wielu dziedzin życia, napotyka na różnego rodzaju trudności, czego wynikiem jest nierównomierna dostępność do świadczeń opieki geriatrycznej, a nawet problemy z jej osiągalnością. Celem niniejszej pracy jest przedstawienie działań podejmowanych w kierunku poprawy jakości opieki nad osobami w podeszłym wieku, w wybranych krajach Europy, z uwzględnieniem:

- rozwoju kształcenia studentów medycyny w zakresie geriatry oraz podyplomowego — lekarzy specjalistów geriatrów;
- wdrożenia standardów opieki geriatrycznej dotyczących infrastruktury.

Materiał i metody

W niniejszej pracy wykorzystano przegląd dostępnych publikacji i informacji zamieszczonych na stronach internetowych towarzystw geriatrycznych poszczególnych państw, a także publikacji ministerstw zdrowia oraz urzędów statystycznych na temat zasobów osobowych i infrastrukturalnych. Podstawowym źródłem danych były opracowania przygotowane przez Towarzystwo Geriatryczne Unii Europejskiej (EUGMS, *European Union Geriatric Medicine Society*) i Sekcja Geriatryczna Europejskiego Związku 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 też bazę MEDLINE pod względem haseł: „*geriatric*”, „*geriatric medicine*”, „*training in geriatric medicine*”, „*acute geriatrics*”, „*early rehabilitation in geriatric*”.

Wyniki

System kształcenia lekarzy specjalistów geriatry w Europie

Pierwsza katedra medycyny geriatrycznej na świecie została założona przy Uniwersytecie w Glasgow w 1965 roku przez Cargilla. Obecnie w Wielkiej Brytanii działa 28 katedr geriatry (tzn. na każdym uniwersytecie), na których istnieje łącznie 250 stanowisk szkoleniowych. Na każdej z nich są prowadzone zajęcia z przedmiotu geriatry dla studentów medycyny. Geriatria jako dziedzina nauki w Wielkiej Brytanii rozwija się dynamiczniej niż w innych krajach UE, jednak są wyrażane opinie, że większość istotnych odkryć w tej dziedzinie dokonuje się w obszarze innych specjalizacji. Dlatego brytyjscy naukowcy podkreślają konieczność tworzenia warunków sprzy-

jających badaniom w geriatry, ich promocji i kreowaniu autorytetów [1]. Trzeba przyznać, że w ostatnich latach problemy badawcze dotyczące starzenia się, chorób związanych z wiekiem oraz organizacji opieki nad osobami w starszym wieku zajmują istotne miejsce w polityce społecznej państwa i coraz chętniej są finansowane przez państwo. Obecnie w Wielkiej Brytanii geriatria ma coraz lepsze podstawy naukowe i wyraźnie określoną ścieżkę kariery dla przyszłych absolwentów uczelni medycznych. W zmodernizowanym po 2005 roku systemie kariery medycznej (*modernising medical careers*) kształcenie specjalistów (również geriatrów) przebiega dwuetapowo: po studiach medycznych lekarz odbywa specjalistyczny staż (trwający 2 lata) jako *foundation house officer*, następnie przez 6 lat praktykuje w szpitalu, by zostać specjalistą klinicznym (*specialty registrar*), po kolejnych 2 latach praktyki szpitalnej zostaje konsultantem [2]. W efekcie proces specjalizacji w geriatry trwa 6–8 lat.

W ostatnich latach najbardziej imponujący rozwój akademickich ośrodków geriatrycznych obserwowano we Francji, gdzie do 1991 roku nie było żadnej kliniki geriatry. W ciągu 10 lat utworzono je na 30 spośród 37 uniwersytetów. W efekcie obecnie geriatria jest wykładana dla studentów medycyny na wszystkich wydziałach lekarskich, jak również prowadzi się kształcenie lekarzy w kierunku specjalizacji geriatrycznej, które, łącznie ze szkoleniem w zakresie chorób wewnętrznych, trwa 7 lat [3].

Podobnie w Irlandii, do specjalizacji geriatrycznej mogą przystępować lekarze, którzy ukończyli szkolenie z chorób wewnętrznych i zdali egzamin końcowy przed Królewskim Collegium Lekarzy w Irlandii. Nauczanie składa się z 2-letniego szkolenia w zakresie chorób wewnętrznych, a następnie trwającego 4 lata specjalistycznego programu (dyplom geriatry) albo 5 lat (specjalizacja II stopnia w geriatry) [4].

W Danii istnieją obecnie 3 uczelnie oferujące geriatrię w swoim programie nauczania. Na wydziałach lekarskich geriatrię wyklada tylko 2 profesorów geriatrów, we współpracy z 9 innymi profesorami wspomagającymi przygotowują studentów do specyfiki leczenia osób w starszym wieku. Specjalizacja geriatryczna jest 1 z 9 nadspecjalności medycyny chorób wewnętrznych. Aby uzyskać specjalizację geriatryczną, należy odbyć 4-letnią praktykę na oddziale chorób wewnętrznych i 2,5-letni staż na oddziale geriatry [4].

Program nauczania geriatry w Szwecji jest zgodny z zaleceniami sekcji medycyny geriatrycznej UEMS. Na 6 katedrach medycyny geriatrycznej, działających

w ramach wszystkich istniejących w Szwecji uniwersytetów medycznych, geriatrya w formie 3-tygodniowego kursu jest wykładana jako przedmiot obowiązkowy dla studentów studiów przeddyplomowych. Po studiach lekarskich trwających 5 lat lekarz odbywa 21-miesięczny staż w szpitalu ogólnym. Wypełnienie wymogów programu nauczania (dotyczących wiedzy i umiejętności) jest oceniane podczas końcowego egzaminu lekarskiego. W ciągu kolejnych 2 lat stażu w szpitalu opiekun specjalizującego się lekarza na podstawie własnej oceny wiedzy i umiejętności stażysty wnioskuje o przyznanie mu dyplomu specjalisty [4]. W efekcie specjalizacja w geriatryi trwa 2 lata po uprzednim ukończeniu 2-letniego szkolenia w zakresie chorób wewnętrznych.

Podobnie w Finlandii, na 5 wydziałach medycznych geriatrya jest obowiązkową częścią programu nauczania studentów medycyny. Tytuł specjalisty geriatryi otrzymuje lekarz po wcześniejszym odbyciu 2-letniego stażu na oddziale chorób wewnętrznych i po odbyciu 3-letniej praktyki na oddziale geriatrycznym.

W Islandii geriatrya jest wykładana na studiach medycznych, lecz obejmuje zajęcia w wymiarze zaledwie 1 z 10 tygodni w przedmiocie „choroby wewnętrzne”. Lekarz może przystąpić do specjalizacji w zakresie geriatryi po odbyciu 4-letniego szkolenia specjalizacyjnego z chorób wewnętrznych lub otrzymaniu dyplomu z medycyny rodzinnej. W celu uzyskania tytułu specjalisty geriatryi konieczne jest odbycie 2-letniego stażu w jedynym w Islandii szpitalu uniwersyteckim. Islandzkie władze akceptują również kwalifikacje zdobyte w wyniku szkolenia odbytego w Stanach Zjednoczonych i w Europie.

We Włoszech zajęcia z geriatryi są prowadzone na wszystkich uczelniach medycznych. Szkolenie w kierunku specjalizacji geriatrycznej nie wymaga jednak wcześniejszej specjalizacji w zakresie chorób wewnętrznych [5]. Z tego powodu nie spełnia ono wymogów określonych przez UEMS.

Geriatrya w Niemczech jest obecnie nadspecialnością, do której można przystąpić po uzyskaniu specjalizacji z chorób wewnętrznych, medycyny rodzinnej, neurologii lub psychiatrii. Od 5 lat akredytowany, poszerzony (2-letni) i zakończony egzaminem program szkoleniowy w dziedzinie geriatryi wprowadzono we wszystkich państwach federalnych w Niemczech [4]. Chociaż rozwój opieki geriatrycznej w tym kraju przebiegał wielokierunkowo, problemem nadal jest brak solidnej bazy naukowej. Tylko 5 z 37 wydziałów lekarskich posiada oddzielną katedrę medycyny geriatrycznej [6]. Od 2001 roku geriatrya jest obowiązkową częścią programu nauczania na

studiach medycznych, ale praktyczne szkolenie zazwyczaj prowadzą doświadczeni geriatrycy w szpitalach poza uniwersytetami.

W Belgii w październiku 2003 roku geriatryę uznano za niezależną specjalność lekarską i obecnie szkolenie specjalizacyjne obejmuje 3 lata z zakresu chorób wewnętrznych oraz 3 lata geriatryi. Co roku na uczelniach medycznych jest oferowanych 30 miejsc szkoleniowych dla potencjalnych geriatrów [7]. Ponadto na 5 spośród 11 uczelni geriatryę wykłada się w ramach szkolenia przeddyplomowego studentów [5]. Dyplomowani geriatrycy w Szwajcarii zasadniczo ($\approx 90\%$) są specjalistami z zakresu chorób wewnętrznych lub medycyny rodzinnej ($\approx 10\%$). Tytuł specjalisty geriatryi jest nadawany przez Szwajcarską Izbę Lekarską po uzyskaniu pozytywnego wyniku egzaminu końcowego i po uprzednim odbyciu 2-letniego stażu w 1 z 7 ośrodków geriatrycznych oraz obowiązkowym rocznym szkoleniu z psychogeriatryi, które odbywa się w szpitalu psychiatrycznym. Lekarze zainteresowani medycyną starzenia, nieposiadający dyplomu z geriatryi, są zapraszani do współpracy ze Szwajcarskim Geriatrycznym Towarzystwem jako niezależni członkowie.

Austriackie Towarzystwo Geriatryczne przedłożyło Ministerstwu Zdrowia propozycję programu nauczania studentów w zakresie geriatryi, ale nie został on wdrożony. Program obejmujący zagadnienia z geriatryi w bardzo ograniczonym zakresie jest wykładany tylko na 4 uczelniach, w ramach innych przedmiotów. Kurs specjalizacyjny z geriatryi dla lekarzy trwa zaledwie 8 tygodni. Dzięki temu od 1984 roku uczestniczyło w nim prawie 1000 osób; około 400 nowych kandydatów znajduje się na liście oczekujących na następne szkolenie [8]. Ministerstwo Zdrowia (po naciskach Austriackiego Towarzystwa Geriatrycznego) zaczęło wprowadzanie geriatryi jako podspecialności z chorób wewnętrznych, neurologii, psychiatrii i rehabilitacji medycznej. Szkolenie specjalizacyjne nie spełnia jednak wymogów UEMS.

W Czechach na 7 wydziałach lekarskich zorganizowano oddzielne katedry medycyny geriatrycznej, na których są prowadzone zajęcia z geriatryi; na innych uczelniach nie ujęto geriatryi w programie nauczania studentów. W 1983 roku geriatrya stała się niezależną specjalnością lekarską, która od 2005 roku jest realizowana zgodnie z rekomendacjami UEMS [9]. Podobnie na Słowacji, od niedawna specjalizacja w geriatryi spełnia wymogi UEMS. Edukacja obejmuje 2-letni program z zakresu interny oraz specjalizację geriatryczną trwającą przez 4 lata, która odbywa się w formie praktyki — w klinice geriatrycznej, na

oddziale geriatrycznym lub w ośrodku opieki długoterminowej, jak również w domu opieki dla osób w starszym wieku, na oddziale rehabilitacji oraz na oddziałach psychiatrycznych, neurologicznych i dermatologicznych. Kształcenie przeddyplomowe obejmuje geriatrię jako przedmiot obowiązkowy wykładany na studiach medycznych w Bratysławie oraz zajęcia z geriatrii i gerontologii prowadzone na wydziale ochrony zdrowia i nauk związanych z opieką społeczną Uniwersytetu w Trnawie i w Wyższej Szkole Pielęgniarskiej (*Slovak Medical University*) w Bratysławie. W Bułgarii na żadnej z 5 medycznych uczelni przez długi czas nie istniały katedry geriatryczne ani nie realizowano edukacji w tym zakresie. Specjalizację z geriatrii po raz pierwszy wprowadzono w 1991 roku, ale niebawem ją zlikwidowano. Ostatnio specjalizacja ta pojawiła się ponownie — jako dziedzina medycyny chorób wewnętrznych. Obecnie lekarze mają możliwość specjalizowania się w zakresie geriatrii, w trakcie trwającego 2 lata stażu po ukończeniu specjalizacji z chorób wewnętrznych, medycyny ogólnej, neurologii lub psychiatrii. Od 2004 roku na Uniwersytecie w Sofii są wykładane przedmioty fakultatywne obejmujące zagadnienia geriatrii i gerontologii. Program szkoleniowy w tym zakresie został przygotowany i przedłożony przez Bułgarskie Towarzystwo Geriatryczne [10].

W Polsce geriatrię jako specjalizację lekarską utworzono w latach 80. XX wieku. Tytuł specjalisty geriatry mogą uzyskać lekarze z II stopniem specjalizacji bądź tytułem specjalisty chorób wewnętrznych, medycyny ogólnej lub rodzinnej (w przygotowanym do zatwierdzenia programie specjalizacji w geriatrii z 2007 roku ujęto również lekarzy z tytułem specjalisty neurologa). Kształcenie obejmuje kursy specjalizacyjne prowadzone przez Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w ośrodkach geriatrii akredytowanych do specjalizowania w zakresie geriatrii. Lekarz w trakcie specjalizacji uczestniczy w stażach kierunkowych, w ramach których zapoznaje się z zasadami rozpoznawania i leczenia chorób u osób w podeszłym wieku oraz uczestniczy we wszystkich wykonywanych procedurach diagnostycznych i terapeutycznych. Specjalizacja w zakresie geriatrii dla lekarzy posiadających specjalizację II stopnia albo tytuł specjalisty chorób wewnętrznych lub medycyny ogólnej trwa 2 lata. W przypadku lekarzy ze specjalizacją z medycyny rodzinnej, uzyskaną lub rozpoczętą przed 29 kwietnia 1999 roku, czas trwania specjalizacji z geriatrii wynosi 4 lata. Dla lekarzy, którzy uzyskali tytuł specjalisty medycyny rodzinnej po tej dacie, specjalizacja w dziedzinie geriatrii trwa

3 lata. Studia specjalizacyjne z geriatrii kończą się państwowym egzaminem specjalizacyjnym złożonym z części teoretycznej i części praktycznej (egzamin testowy, egzamin praktyczny, egzamin ustny) [11]. Mimo wielokrotnych prób i apeli środowiska geriatrów, nie udało się wprowadzić geriatrii do minimalnego zakresu programowego nauczania przyszłych lekarzy. W rezultacie jedynie na kilku uczelniach medycznych w Polsce kształcą się lekarzy w tym kierunku.

Podsumowując, najlepsza sytuacja w zakresie ośrodków akademickich prowadzących szkolenie przed- i podyplomowe jest w Wielkiej Brytanii, w Szwecji, we Włoszech i Danii, gdzie wszystkie wydziały lekarskie posiadają w swoich strukturach katedry geriatrii. W niektórych krajach (np. w Niemczech) w przypadku braku katedr kształcenie przeddyplomowe w zakresie geriatrii odbywa się na innych oddziałach. Geriatria jako przedmiot obowiązkowy na studiach medycznych jest wykładana na wszystkich uczelniach medycznych w: Wielkiej Brytanii, Niemczech, we Francji, w Hiszpanii, Szwecji, Danii, Finlandii, Holandii, Islandii i we Włoszech [5].

Według UEMS, który gromadzi informacje o rozwoju specjalizacji lekarskich w państwach członkowskich UE, medycynę geriatryczną uznano jako odrębną specjalność w: Austrii, Belgii, Danii, Finlandii, we Francji, w Holandii, Hiszpanii, Irlandii, Islandii, Niemczech, Polsce, Czechach, na Słowacji, w Szwecji, Wielkiej Brytanii i we Włoszech; natomiast jak dotąd nie wyodrębniono jej w Grecji, Portugalii i Estonii. Uznanie specjalizacji z geriatrii wymaga powszechnej debaty na temat jej znaczenia oraz współpracy i działań dyplomatycznych środowisk lekarskich. Nie wszędzie lokalne warunki sprzyjają rozwojowi tej specjalności, o czym świadczą powyższe dane z poszczególnych krajów.

W większości państw europejskich szkolenie specjalizacyjne z zakresu geriatrii (łącznie ze szkoleniem warunkującym jej podjęcie) trwa 4–7,5 roku. Austria jest wyjątkiem, gdzie obowiązuje program szkoleniowy trwający tylko 8 tygodni przez 2 lata, prowadzony w większości dla stażystów będących lekarzami pierwszego kontaktu. Niemal we wszystkich krajach, w których jest prowadzone szkolenie specjalizacyjne z geriatrii, stażyści muszą odbyć co najmniej 2-letni staż na oddziale ogólnym lub chorób wewnętrznych, poprzedzający i warunkujący przystąpienie do tej specjalizacji. Wyjątek stanowią Włochy, gdzie specjalizacja z zakresu chorób wewnętrznych nie jest wymagana. Podkreśla się, że różnice w szkoleniu lekarzy z zakresu geriatrii mogą być źródłem licznych problemów z uznawaniem ich wykształce-

Tabela 1. Edukacja w zakresie geriatry w krajach europejskich, w których uznano geriatriczną za specjalność medyczną (dane za 2003 r.) [13]**Table 1.** Geriatric education in European countries, where geriatric medicine has status of a medical specialty (data on 2003) [13]

Kraj	Całkowity czas szkolenia	Czas trwania specjalizacji z chorób wewnętrznych poprzedzającej specjalizację z geriatry	Program	Egzamin	Akredytacja	Liczba lekarzy w trakcie specjalizacji
Austria	8 tygodni	–	Teoretyczny/kliniczny	Tak	Tak	70
Belgia	6 lat	5	Teoretyczny/kliniczny	Nie	Tak	30
Bułgaria	5 lat	3	Teoretyczny/kliniczny	Nie	–	Nieznana
Czechy	5 lat	2	Teoretyczny/kliniczny	Tak	Tak	Nieznana
Dania	6,5 roku	4	Kliniczny	Nie	Nie	36
Finlandia	5 lat	2	Kliniczny	Tak	Nie	25
Francja	7 lat	5	Teoretyczny/kliniczny	Tak	Tak	35
Niemcy	7,5 roku	6	Kliniczny	Nie	Nie	Nieznana
Irlandia	6 lat	2	Teoretyczny/kliniczny	Nie	Tak	30
Włochy	4 lata	–	Teoretyczny/kliniczny	Tak	Nie	880
Hiszpania	4 lata	2	Teoretyczny/kliniczny	Nie	Nie	200
Polska	7 lat	5	Teoretyczny/kliniczny	Tak	Tak	Nieznana
Szwecja	4 lata	2	Teoretyczny/kliniczny	Nie	Nie	90
Szwajcaria	5 lat	2	Teoretyczny/kliniczny	Tak	Tak	Nieznana
Wielka Brytania	6 lat	> 2	Teoretyczny/kliniczny	Nie	Tak	346

nia w związku ze swobodnym przepływem specjalistów w całej UE. Dotyczy to zwłaszcza różnic w sposobie kształcenia lekarzy w Austrii i we Włoszech. Istotny jest również zakres merytoryczny kursów specjalizacyjnych, w których, zależnie od kraju, zwraca się uwagę na odmienne aspekty opieki geriatrycznej, czyli intensywną opiekę, rehabilitację geriatryczną lub opiekę instytucjonalną. W tabeli 1 zawarto szczegółowe informacje na temat możliwości kształcenia podyplomowego w zakresie specjalizacji geriatrycznej w poszczególnych krajach Europy [12].

Z powodu wspomnianych różnic w kształceniu lekarzy w dziedzinie geriatry Sekcja Medycyny Geriatrycznej w UEMS opracowała wytyczne, w myśl których zaleca co najmniej 4-letnie specjalistyczne szkolenie z geriatry. Jego program obejmuje wiedzę medyczną z zakresu opieki nad osobami w podeszłym wieku, udzielania odpowiednich świadczeń, prowadzenia oceny pacjentów, leczenia, usług rehabilitacyjnych oraz kierowania do opieki długoterminowej. Europejski Związek Lekarzy i Specjalistów zaleca łączenie szkolenia teoretycznego z klinicznym. W większości krajów szkolenie odbywa się w ten sposób, z wyjąt-

kiem Danii, Finlandii i Niemiec, gdzie jest prowadzone tylko szkolenie kliniczne (tzn. w formie staży na oddziałach) [5]. Egzamin końcowy jest kwestią dyskusyjną. Obecnie tylko w 5 krajach „starej” Europy (w Austrii, Finlandii, we Francji, w Niemczech i we Włoszech) wprowadzono egzamin pod koniec specjalizacji.

W Polsce proces kształcenia lekarzy geriatrów należy do najdłuższych (7 lat) i spełnia wszystkie wspomniane wymogi UEMS. Niestety, wobec małych zasobów kadrowych prawdopodobnie jest jednym z czynników blokujących szybki rozwój opieki geriatrycznej.

Standardy opieki geriatrycznej

W dyskusji na temat standardów należy rozróżnić normy dotyczące infrastruktury opisujące niezbędne warunki realizacji świadczeń, zalecenia kliniczne skupiające się na opisie procedur postępowania w określonych schorzeniach i problemach zdrowotnych oraz wymagania jakościowe opieki odnoszące się do wskaźników jakości (struktury, procesu i wyniku). Poziom rozwoju wymienionych struktur jest bardzo zróżnicowany i generalnie niski w wielu krajach Eu-

Tabela 2. Wskaźnik liczby personelu w jednostce o profilu geriatrycznym (zdefiniowany w zaleceniach niemieckich i austriackich) [8, 14]**Table 2.** Number of staff members per one bed in acute geriatric care units (according to German and Austrian recommendations)

Grupa zawodowa	Niemcy	Austria
	Liczba etatów w przeliczeniu na łóżko	Liczba etatów w przeliczeniu na łóżko
Lekarz geriatra	1:10–1:12	1:10–1:8
Pielęgniarka	1:1,4–1:1,8	1:1,6–1:1,1
Osoba prowadząca gimnastykę leczniczą	1:8–1:12	
		Terapeuci
Ergoterapeuta	1:10–1:12	1:8,4–1:5,2
Masażysta i asystent do kąpeli	1:20–1:30	
Logopeda	1:30–1:40	
Pracownik socjalny	1:40–1:50	1:50–1:40
Neuropsycholog	1:40	Psycholog/psychoterapeuta 1:100–1:80
Duchowny	1:100	
Dietetyk	1:100	

ropy, dlatego odstąpiono od opisywania jego stanu w poszczególnych państwach, by skupić się na przedstawieniu przykładów dobrej praktyki w Niemczech, Austrii i Wielkiej Brytanii.

Zdefiniowane w niemieckim systemie standardy geriatryczne obejmują swym zakresem wymagania infrastrukturalne, personalne i organizacyjne, przy czym istnieje wyraźny podział w zakresie norm dla oddziałów intensywnej opieki geriatrycznej i rehabilitacji. W standardach wyróżniono zasady kwalifikacji pacjenta do opieki geriatrycznej, rehabilitacji i opieki długoterminowej. Pod względem wymagań, jakie powinna spełniać jednostka o profilu geriatrycznym, wyróżniono niezbędne wyposażenie diagnostyczne i lecznicze, wymogi przestrzenne, w odniesieniu do pomieszczeń, oraz personelowe. Oddział geriatryczny powinien zapewniać świadczenia z zakresu pielęgnacji, fizjoterapii (w tym masaże i kąpiele), ergoterapii, logopedii, neuropsychologii, gwarantować wsparcie duszpasterskie oraz pomoc społeczną. Dokładnie określono zadania zespołu leczniczego, liczbę etatów oraz zasady prowadzenia dokumentacji medycznej. I tak, w Niemczech i Austrii przyjęto podobne normy zatrudnienia: 1 geriatra na 10–12 łóżek na oddziale geriatrycznym (Niemcy) [14] oraz na 8–10 łóżek (Austria) [8] (tab. 2). Dla porównania, w Szwecji przeciętnie przypada 7 łóżek geriatrycznych na 1 lekarza geriatrę, z dużym zróżnicowaniem (2–14 łóżek) w poszczególnych regionach kraju [15]. Zdefiniowany w austriackich standardach opieki wielodyscyplinarny zespół leczniczy na

oddziałach intensywnej opieki geriatrycznej powinien się składać z: lekarza (starszego lekarza prowadzącego, który jest specjalistą medycyny wewnętrznej lub neurologii po kursie z zakresu geriatry), personelu pielęgniarskiego, fizjoterapeuty, terapeuty zajęciowego, logopedy, pracownika socjalnego, psychologa klinicznego i psychoterapeuty. Dodatkowo w spotkaniach zespołu może uczestniczyć psychiatra z przeszkoleniem z zakresu psychogeriatry oraz inni specjaliści (np. urolog, rehabilitant, ortopeda, ginekolog i dietetyk). W tabeli 3 przedstawiono normy etatowe przyjęte dla jednego 24-łóżkowego oddziału w Austrii. Wymogi w zakresie infrastruktury oddziałów geriatrycznych

Tabela 3. Wskaźnik liczby personelu na 24 łóżka na oddziale intensywnej opieki geriatrycznej [8]**Table 3.** Number of staff members per 24 beds in acute geriatric care units

Grupa zawodowa	Personel (liczba etatów)
Lekarz geriatra	2,5–3,1
Pielęgniarka	15,6–22,7
Terapeuci	3–4,8
Pracownik socjalny	0,5–0,6
Psycholog/ /psychoterapeuta	0,25–0,3
Łącznie	21,85–31,5

Tabela 4. Wymogi dotyczące infrastruktury i wyposażenia oddziału intensywnej opieki geriatrycznej w Austrii
Table 4. Requirements concerning infrastructure and equipment in acute geriatric care units in Austria

Infrastrukturalne wymagania jednostki intensywnej opieki geriatrycznej w Austrii — architektura
<p>Układ pokoju powinien być przystosowany do potrzeb osób niepełnosprawnych</p> <p>Przestronne, duże pokoje</p> <p>Przestrzeń dla wózków inwalidzkich, szerokie korytarze, poręcze, windy itd.</p> <p>Niewielkie odległości do przejścia dla pacjentów</p> <p>Łączność w salach, na korytarzach, holach itd.</p>
Infrastrukturalne potrzeby jednostki intensywnej opieki geriatrycznej — funkcje pokoju
<p>Niewielkie sale 1-, 2-, 4-łóżkowe dla pacjentów</p> <p>Wydzielone pomieszczenie na pokój dzienny, stołówkę, świetlicę</p> <p>Pomieszczenia do różnych form rehabilitacji grupowej (fizjoterapia, terapia zajęciowa)</p> <p>Lekarskie i terapeutyczne gabinety zabiegowe</p> <p>Sala, łazienka i kuchnia do terapii zajęciowej w celu prowadzenia ćwiczeń codziennych czynności życiowych</p>
Techniczne wyposażenie jednostek intensywnej opieki geriatrycznej
<p>EKG, monitor elektrokardiograficzny, sprzęt do 24-godzinnej zapisu EKG</p> <p>Defibrylator</p> <p>Pulsoksymetry</p> <p>Całodobowa kontrola ciśnienia tętniczego</p> <p>Sprzęt diagnostyczny (ultrasonografia jamy brzusznej, echokardiografia)</p> <p>Laboratorium analityczno-biochemiczne</p> <p>Dostęp do badań obrazowych (RTG, tomografia komputerowa)</p> <p>Dostęp do badań endoskopowych przewodu pokarmowego, bronchoskopii</p>

w istocie są bardzo podobne w Austrii i w Niemczech (tab. 4).

W Belgii już w latach 80. XX wieku towarzystwo geriatryczne sformułowało pierwsze zalecenia dotyczące infrastruktury i organizacji opieki nad pacjentami w starszym wieku. Według nich oddział geriatryczny nie powinien liczyć więcej niż 24 łóżka, pomieszczenia powinny być duże, przestronne i przystosowane do poruszania się na wózkach inwalidzkich. W jednostce powinno znajdować się wydzielone miejsce przeznaczone do ćwiczeń grupowych w ramach rehabilitacji. Organizacyjne wymogi wskazują na konieczność kierowania zespołem leczniczym przez lekarza internistę ze specjalizacją z geriatry oraz zatrudnienia co najmniej 16 pielęgniarek na oddziale liczącym 24 łóżka. Opiekę powinien sprawować wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny w składzie (oprócz lekarzy i pielęgniarek): fizjoterapeuta, terapeuta zajęciowy, logopeda, pracownik opieki społecznej (1 etat specjalisty z każdej dziedziny na oddział liczący 24 łóżka). Oddział powinien zapewniać możliwość korzystania z konsultacji innych specjalistów.

W Austrii oprócz bardzo podobnych do niemieckich standardów w zakresie kadrowym, infrastrukturalnym i technologicznym zdefiniowano także ogólną procedurę postępowania na oddziale intensywnej opieki geriatrycznej — od przyjęcia do wypisania pacjenta — jak również szczegółowy zakres podstawowej oceny geriatrycznej, zawierający rodzaj badania, sposób pomiaru, czas, w którym należy przeprowadzić badanie, a także pracowników, którzy powinni je przeprowadzić (tab. 5).

Zasady opieki na oddziale geriatrycznym opisano w formie niezbędnych procedur diagnostycznych, terapeutycznych i innych, które powinien realizować zespół leczniczy w chwili przyjęcia pacjenta na oddział, w czasie aż do wypisania ze szpitala, a także po wypisaniu chorego z oddziału intensywnej opieki.

W chwili przyjęcia zaleca się dokonanie wstępnej oceny geriatrycznej pacjentów przeniesionych na oddział intensywnej opieki.

Od momentu przyjęcia do wypisania z oddziału intensywnej opieki zaleca się:

Tabela 5. Standardy oceny geriatrycznej na oddziale intensywnej opieki geriatrycznej w Austrii [8]
Table 5. Standards of geriatric assessment in acute geriatric care departments in Austria

Zakres podlegający ocenie	Forma badania	Moment wykonania	Osoba wykonująca
ADL	Indeks Barthel, IADL	Przyjęcie, wypisanie	Pielęgniarka, terapeuta zajęciowy
Funkcje poznawcze	MMSE, Test zegara	Po przyjęciu	Psycholog, terapeuta zajęciowy
Intensywność opieki	Indeks opieki pielęgniarskiej	Przyjęcie, wypisanie	Pielęgniarka
Chód i równowaga	Test Tinetti	Przyjęcie, wypisanie (nieobowiązkowy)	Fizjoterapeuta
Stopień odżywienia	MNA	Przyjęcie	Lekarz, pielęgniarka
Sytuacja rodzinna i socjalna	Wywiad	Przyjęcie	Lekarz, pielęgniarka, pracownik socjalny
Depresja	GDS (krótka wersja)	Przyjęcie, wypisanie	Psycholog
Nietrzymanie moczu lub stolca	Kwestionariusz	Przyjęcie, wypisanie	Pielęgniarka
„Żywotność”	Siła uchwytu	Przyjęcie, wypisanie (nieobowiązkowy)	Terapeuta zajęciowy
Stosowanie leków	Ocena przyjmowania leków	Przed wypisaniem	Terapeuta zajęciowy

ADL (*Activities of Daily Living*) — skala oceniająca sprawność w zakresie podstawowych czynności życia codziennego; IADL (*Instrumental Activities Daily Living*) — skala oceny czynności złożonych, których wykonywanie jest niezbędne do samodzielnego funkcjonowania w domu; Indeks Barthel — skala z grupy ADL używana do oceny sprawności w zakresie wykonywania czynności życia codziennego, zwłaszcza w warunkach instytucji; MMSE (*Mini Mental State Examination*) — krótka skala oceny stanu psychicznego służąca do oceny funkcji poznawczych; GDS (*Geriatric Depression Scale*) — geriatryczna skala oceny depresji; Test Tinetti — ocena chodu i równowagi oraz ryzyka upadków; MNA (*Mini Nutritional Assessment*) — ocena stanu odżywienia

- z chwilą ustalenia rozpoznania schorzenia lub problemu geriatrycznego — przeprowadzenie kwalifikacji pacjenta do odpowiedniego rodzaju opieki (ostrej lub podostrej);
- dokonanie pełnej oceny geriatrycznej;
- zapewnienie opieki pielęgniarskiej;
- zagwarantowanie rehabilitacji geriatrycznej;
- przeprowadzanie cotygodniowych narad leczniczego zespołu interdyscyplinarnego w celu ustalenia dalszego planu terapii;
- współpracę z pracownikiem pomocy społecznej w celu udzielenia odpowiedniego wsparcia pacjentowi;
- zapewnienie opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej;
- wspieranie krewnych i zapewnienie im udziału w opiece;
- prowadzenie dokumentacji przez wszystkie grupy wielodyscyplinarnego zespołu leczniczego;
- dokonanie ponownej oceny geriatrycznej tuż przed wypisaniem pacjenta z oddziału.

Po wypisaniu z oddziału — zapewnienie pacjentowi dostępu do poradni geriatrycznej i opieki pielęgniarskiej.

Dalsze świadczenia — możliwość późniejszych konsultacji geriatrycznych na oddziale.

W porównaniu z przedstawionymi wcześniej, belgijskie normy w zakresie funkcjonowania oddziału wy-

dają się dość ogólne. Zaleca się, aby w dniu przyjęcia pacjenta na oddział przeprowadzić badanie lekarskie, pielęgniarskie i ocenę funkcjonowania społecznego oraz udokumentować je w formie zapisu. Następnie należy przeprowadzić ocenę możliwości powrotu pacjenta do domu, jego warunków mieszkaniowych, sytuacji rodzinnej i socjalnej. Należy ustalić program leczenia. Raz w tygodniu powinny odbywać się spotkania zespołu leczącego w celu kontroli stanu zdrowia pacjenta i skuteczności podjętej terapii oraz ustalenia dalszego planu leczenia i opieki.

W Wielkiej Brytanii prace nad standardami opieki geriatrycznej ujęto w całościowym porządkowaniu procedur medycznych. W ramach procesu ograniczania różnic występujących w praktyce klinicznej w brytyjskim systemie obrano ambitną drogę przygotowania Narodowych Standardów Świadczenia Usług Medycznych (NSF, *National Service Frameworks*) [16]. Ich zasadniczym celem jest określenie ram dobrej praktyki w zakresie świadczeń realizowanych w ramach Państwowej Służby Zdrowia (NHS, *National Health Service*). Dotychczas opracowano standardy opieki nad: osobami w starszym wieku, pacjentami chorymi psychicznie, chorymi na cukrzycę, osobami ze schorzeniami układu sercowo-naczyniowego, nowotworami oraz dla intensywnej opieki pediatrycznej. Programy te określają szczegółowe

wytyczne postępowania, począwszy od wczesnego wykrywania i monitorowania osób obarczonych największym ryzykiem wystąpienia danego schorzenia, poprzez diagnozę w możliwie najwcześniejszej fazie rozwoju choroby, do konkretnych zaleceń dotyczących procesu terapeutycznego i rehabilitacji. Standardy określone w NSF powstają zarówno na podstawie systematycznego przeglądu wyników badań klinicznych, jak i opinii ekspertów (praktyków). Zalecenia dotyczące opieki nad osobami w starszym wieku opracowano w 2001 roku; odnoszą się one do przeciwdziałania dyskryminacji, opieki pośredniej (*intermediate care*)*, szpitalnej, udarów, upadków i złamań, chorób psychicznych, promocji zdrowia i przedłużania aktywnego życia.

Oprócz wytycznych NSF w Wielkiej Brytanii istnieją również opracowane w 2003 roku standardy Brytyjskiego Towarzystwa Geriatrycznego (BGS, *British Geriatrics Society*). W obu dokumentach określono kluczowe elementy specjalistycznych usług dla osób w starszym wieku, czyli łatwy dostęp do poradni geriatrycznych, rehabilitacyjnych, specjalistycznych oddziałów i interdyscyplinarnych zespołów opieki (złożonych z lekarzy, pielęgniarek, rehabilitantów i pracowników socjalnych). Wskazano również na konieczność ustawicznego kształcenia personelu medycznego, a zwłaszcza lekarzy, oraz edukacji opiekunów nieformalnych, nieposiadających kwalifikacji do opieki nad osobami w starszym wieku. W obu wytycznych opisano zasady czynnego partnerstwa między wszystkimi stronami (osobami starszymi, opiekunami, lekarzami, innymi grupami personelu sprawującego opiekę, a nawet politykami i społecznościami lokalnymi), które uczestniczą w procesie opieki. Zwraca się szczególną uwagę na promocję zdrowia, zapobieganie chorobom i stymulowanie działań na rzecz utrzymywania osób starszych w aktywności. W wytycznych opracowanych przez BGS ściśle określono zasady kierowania pacjentów do opieki długoterminowej, z podkreśleniem znaczenia w tym kontekście dokładnej oceny geriatrycznej i możliwości rehabilitacji. Ponadto opisano tryb wypisania ze szpitala pacjenta w podeszłym wieku (z wcześniejszym powiadomieniem lekarza rodzinnego, rodziny i chorego o formie dalszego leczenia, nawet z zaopatrzeniem w odpowiednie leki wystarczające mu do wizyty u lekarza rodzinnego). Według BGS pacjenci z poważnymi problemami zdrowotnymi, kwalifikujący się do opieki ambulatoryjnej powinni zostać przyjęci przez lekarza w ciągu 1 tygodnia,

osoby wymagające intensywnej opieki — przed upływem 24 godzin. Świadczenia z zakresu rehabilitacji powinny zostać udzielone w czasie nie dłuższym niż 72 godziny. Standardy zawierają szczegółowy opis postępowania z chorymi po udarze mózgu, na osteoporozę, po upadkach, złamaniach kości, z pacjentami cierpiącymi na zaburzenia psychiczne i otępienie. W zakresie opracowywania klinicznych standardów opieki szczególną rolę odgrywa Narodowy Instytut Zdrowia i Doskonałości Klinicznej (NICE, *National Institute for Health and Clinical Excellence*), który poprzez systematyczny przegląd literatury przygotował zalecenia, między innymi w zakresie postępowania w przypadkach: upadków, odleżyn, demencji, choroby Parkinsona, nietrzymania moczu i stolca [17].

W ramach NHS dla każdego typu zakładu opracowano wskaźniki oceny jakości. W założeniu wszystkie placówki powinny pracować w celu osiągnięcia przynajmniej minimum wymogów w zakresie określonych standardów, a poziom świadczonych usług ma być systematycznie monitorowany. Komisja ds. Poprawy Zdrowia (CHI, *Commission of Health Improvement*) sprawdza działanie wdrożonych programów celem ich ewentualnej weryfikacji oraz sporządza raporty dotyczące jakości usług w każdej instytucji działającej w obrębie NHS. Wynik osiągnięty przez zakład klasyfikuje go na liście rankingowej i wpływa na wysokość otrzymanych przez niego środków na realizację świadczeń. Z pewnością powyższy model wyczulił lekarzy na tak zwaną dobrą praktykę kliniczną oraz zauważalnie zwiększył poziom świadomości personelu medycznego w kontekście efektywności poszczególnych procedur terapeutycznych. Chociaż system ten wydaje się być optymalny, niekiedy jest jednak krytykowany przez pacjentów, którzy skarżą się na standardy opieki — często niespełniające ich oczekiwań — oraz przez personel medyczny, który kwestionuje zasadność sformułowanych wytycznych. Podkreśla się, że narodowe standardy ustalone w NSF mają ustanowić jedynie ramy, w obrębie których decyzje lekarza nie będą ograniczane, tak długo jak będą podejmowane na podstawie najlepszej dostępnej wiedzy i dla dobra pacjenta.

W Polsce część oddziałów i poradni geriatrycznych nie spełnia nawet minimalnych wymogów, by uznać je za placówki geriatryczne — nie stosuje kryterium wieku przyjmowanych chorych (> 60. rż.), nie zatrudnia co najmniej 1 specjalisty z geriatry, nie posiada w statucie zapisu na temat oddziału lub poradni geriatrycznej. Dlatego też od kilku lat trwają

**Intermediate care* — celem tego rodzaju opieki jest dostarczenie zintegrowanych usług w celu wspomoczenia rekonwalescencji, poprawy stanu zdrowia, zapobiegania niepotrzebnym hospitalizacjom, skrócenia czasu pobytu na oddziale i zwiększenia stopienia niezależności pacjentów. Zróżnicowana opieka pośrednia obejmuje: różne formy częściowej hospitalizacji (dienne, nocne), zespoły opieki środowiskowej, ośrodki interwencji kryzysowych oraz różne typy opieki dziennej (kluby, środowiskowe domy samopomocy, warsztaty terapii zajęciowej).

prace nad standardami dotyczącymi infrastruktury i organizacji opieki geriatrycznej [18], ostatnio wznowione przez zespół do spraw geriatryi powołany w lipcu 2007 roku przy Ministerstwie Zdrowia [19]. Planuje się wprowadzenie tych standardów poprzez rozporządzenie w formie zbioru zaleceń do stosowania przez organizatorów opieki zdrowotnej, jak również do rozpatrzenia przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) przy kontraktowaniu usług geriatrycznych. Kolejnym zadaniem zespołu będzie opracowanie standardów klinicznych z zakresu geriatryi w konwencji „zarządzania chorobą” (*disease management*), która obecnie jest preferowana przez NFZ.

Dyskusja

Działania na rzecz jakości edukacji w zakresie geriatryi oraz opieki geriatrycznej w Europie

Zagadnieniem wymagającym unormowania wobec swobodnego przepływu kadr w Unii Europejskiej jest kwestia wymiany międzynarodowej specjalistów, jak również unifikacji systemu kształcenia, w celu zapewnienia standardu jakości świadczeń geriatrycznych w całej Wspólnocie [20]. Europejski Związek Lekarzy Specjalistów opracował wytyczne dotyczące kształcenia w geriatryi [21]. Ponadto rozważa się możliwość wprowadzenia mechanizmów gwarantujących jakość edukacji przed- i podyplomowej oraz świadczeń geriatrycznych. W tę dyskusję włączyły się europejski dział Międzynarodowego Stowarzyszenia Gerontologii (ER-IAG, *European Region of International Association of Gerontology*), Sekcja Geriatryczna Europejskiego Związku Lekarzy Specjalistów (GMS-EUMS, *Geriatric Medicine Section of the European Union of Medical Specialists*), Towarzystwo Geriatryczne Unii Europejskiej (EUGMS, *European Union Geriatric Medicine Society*), Europejska Akademia Medycyny Starzenia (EAMA, *European Academy for Medicine of Ageing*), Europejska Akademia Pielęgniarstwa dla Opieki nad Osobami Starszymi (ENACO, *European Nursing Academy for Care of Older Persons*) [22]. Wyrównywaniu różnic ma sprzyjać program szkoleń dydaktyków medycyny (w ramach EAMA) i pielęgniarstwa (w ramach ENACO) w zakresie geriatryi oraz wymiany lekarzy i pielęgniarek między ośrodkami, w celu zapoznania ich z rekomendowanymi praktykami.

Uważa się, że podstawą rozwoju każdej dziedziny jest potencjał badawczy. Niestety, skromna baza geriatrycznych ośrodków akademickich nie pozwala prowadzić badań na poziomie gwarantującym znaczący postęp i wzrost zainteresowania geriatryą. Dlatego też Międzynarodowe Stowarzyszenie Gerontologii

(IAG, *The International Association of Gerontology*) wraz ze Światową Organizacją Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) opracowały plan badań w XXI wieku, które mają dotyczyć:

- rozwoju osób starszych (z uwzględnieniem kwestii pracy i nauki osób w podeszłym wieku, procesów demograficznych, w tym migracji, relacji międzypokoleniowych, skutków biedy i strategii radzenia sobie z trudnymi sytuacjami);
- poprawy ich zdrowia i samopoczucia (w tym jakości życia, sposobu jej pomiaru i wpływu czynników społecznych i organizacyjnych na nią);
- polepszenia warunków życia (zarówno w sensie fizycznych zabezpieczeń, jak również oparcia w rodzinie) [23].

Sekcja Geriatryczna Europejskiego Związku Lekarzy Specjalistów szczególnie wspiera prowadzenie badań w celu lepszego poznania biologii starzenia się i związanych z nim chorób [24]. Podkreśla się konieczność kształcenia młodych naukowców zainteresowanych geriatryą w zakresie metodyki badań.

Naturalną konsekwencją dużych, rzetelnych badań jest możliwość opracowywania klinicznych standardów postępowania na podstawie dowodów medycznych (*evidence based medicine*). Tymczasem wciąż nieliczne dowody naukowe sprawiają, że profesjonalistom, politycznym decydentom i płatnikom świadczeń nadal trudno zrozumieć, iż geriatrya umożliwia racjonalny podział środków, a przez to zwiększenie efektywności opieki nad osobami w starszym wieku.

W trosce o jakość świadczeń udzielanych pacjentom podejmowano próby opracowania standardów infrastruktury ośrodków geriatrycznych (oddziałów, poradni, oddziałów dziennych itp.) oraz zaleceń klinicznych. Jednak w niewielu krajach udało się wdrożyć te standardy jako procedury obowiązujące placówki i pracowników. Poziom przygotowania i wdrażania norm opieki geriatrycznej różni się znacznie w Europie. Przewodzą w tym zakresie: Wielka Brytania, Niemcy, Belgia i Austria. W pozostałych krajach działania są podejmowane w sposób niesystematyczny, zalecenia nie są obligatoryjne, dlatego też nie mają mocy sprawczej. Warto zauważyć, że wdrożenie standardów opieki geriatrycznej jest szczególnie skuteczne tam, gdzie powiązane zostało ono z oceną jakości opieki. Dlatego też, w ramach różnych programów [np. realizowanych przez CHI dla NHS oraz projektów EVA, *International Resident Assessment Instrument (InterRAI)*, *Assessing Care for Vulnerable Elders (ACOVE)*] przygotowano zestaw wskaźników jakości opieki geriatrycznej [25–27]. Należy jednak stanowczo stwierdzić, że w praktyce są one wprowadzane z jeszcze większym trudem.

Wnioski

Zgodnie z unijną dyrektywą wolnego rynku pracy lekarze mają gwarancje uznawania ich kwalifikacji zdobytych w macierzystym kraju. Tymczasem w wyniku szczegółowej analizy systemu kształcenia w zakresie geriatry, w poszczególnych krajach Europy wykazano duże zróżnicowanie w zakresie trybu kształcenia lekarzy geriatrów (tzn. warunków rekrutacji, zakresu i czasu trwania szkolenia oraz wymogu akredytacji programów szkoleniowych). Wobec swobodnego przepływu kadr w Unii Europejskiej nowymi wyzwaniami stały się zatem wyrównywanie różnic w systemie kształcenia w geriatry oraz kontrola jakości kształcenia.

Zdecydowanie w krajach z długą tradycją, stosunkowo dużym potencjałem naukowym i bazą akademicką rozwinięto także system kształcenia przeddyplomowego i kursów specjalizacyjnych w zakresie geriatry. Dzięki temu większa liczba lekarzy specjalistów geriatrów zajmuje również rozbudowane struktury opieki geriatrycznej. Do tej grupy krajów można zaliczyć: Wielką Brytanię, Szwecję, Niemcy i Belgię.

Poziom przygotowania i wdrażania standardów opieki geriatrycznej znacznie się różni w Europie. Przewodzą w tym zakresie: Wielka Brytania, Niemcy, Belgia i Austria. W pozostałych krajach działania często podejmuje się w sposób niesystematyczny, zalecenia nie są stosowane w sposób obligatoryjny, a więc nie mają mocy sprawczej.

Streszczenie

Niniejszy artykuł jest kontynuacją wcześniejszej pracy poświęconej prezentacji rozwoju geriatry w Europie, w której omówiono historię i postęp w dziedzinie usług geriatrycznych, z uwzględnieniem zasobów ludzkich i infrastrukturalnych. Celem zaprezentowanej pracy jest omówienie działań na rzecz opracowania norm opieki geriatrycznej i standardów edukacji w zakresie geriatry w Europie. Na podstawie przeglądu literatury tematu omówiono stan prac dotyczących wdrażania standardów obejmujących infrastrukturę i organizację świadczeń geriatrycznych. Przedstawiono również przegląd systemów kształcenia przed- i podyplomowego w zakresie geriatry w poszczególnych krajach Europy.

W podsumowaniu należy stwierdzić, że poziom przygotowania i wdrażania standardów opieki geriatrycznej znacznie się różni w Europie. Najlepsza sytuacja w tym zakresie jest w Wielkiej Brytanii, Niemczech, Belgii i Austrii. W pozostałych krajach działania często podejmuje się w sposób niesystematyczny, a zalecenia nie są obligatoryjne, dlatego też nie mają mocy sprawczej.

Wykazano duże zróżnicowanie w zakresie sposobu kształcenia lekarzy geriatrów (tzn. warunków rekrutacji, zakresu i czasu trwania szkolenia). Zdecydowanie w krajach z długą tradycją, stosunkowo dużym potencjałem naukowym i bazą akademicką rozwinięto również system kształcenia przeddyplomowego i kursów specjalizacyjnych w zakresie geriatry. Dzięki temu większa liczba lekarzy specjalistów geriatrów zajmuje również rozbudowane struktury opieki geriatrycznej. Do tej grupy krajów można zaliczyć: Wielką Brytanię, Szwecję, Niemcy i Belgię. W Polsce specjalizacja geriatry spełnia wymogi EUMS. Niestety, bardzo niewielka liczba miejsc w akredytowanych ośrodkach szkolących w zakresie geriatry uniemożliwia szybki rozwój kadry, a zatem również i rozwój infrastruktury. Wobec swobodnego przepływu kadr w Unii Europejskiej nowymi wyzwaniami stały się wyrównywanie różnic w systemie kształcenia w geriatry oraz kontrola jakości kształcenia.

Gerontol. Pol. 2008; 16, 3: 137–148

słowa kluczowe: geriatry w Europie, kształcenie w zakresie geriatry, standardy opieki geriatrycznej

PIŚMIENNICTWO

1. Stout R.: *Reference material, academic geriatric medicine*. British Geriatrics Society, London 2002.
2. National Health Service: *Medical Career Grades* (<http://www.nhs Careers.uk>).
3. Stähelin H., Beregi E., Duursma S.A. i wsp.: *Teaching medical gerontology in Europe. Group of professors of Medical Gerontology (GEPMG)*. *Age and Ageing* 1994; 3: 197–198.
4. Cruz-Jentoft A.J., Williams B.O.: *Developing geriatric medicine in the European Union*. EUGMS booklet 2006 (<http://www.eugms.org/documents/eugmsbook2006.pdf>).
5. Duursma S.A., Overstall P.W.: *Geriatric medicine in the European Union: future scenarios*. *Gerontol. Geriat.* 2003; 36: 204–215.
6. Lüttje D., Neubart R., Meisel M., Köppel C.: *Weiterbildung in Klinischer Geriatrie in Deutschland und Europa. Standortbestimmung und Ausblick*. *Eur. J. of Geriatr.* 2005; 7: 225–233.
7. Baeyens J.P.: *Geriatric medicine in Belgium*. UEMS, Ostend 2005.
8. Frühwald T.: *Situation of geriatrics in Austria*. Geriatric Medicine Section of U.E.M.S., Oostende, Belgium 2005.
9. Union Européenne des Médecins Spécialistes: *Geriatrics in European Union — geriatric medicine in Czech Republic*. W: *Training in geriatric medicine in the European Union, 2007* (<http://www.uemsgeriatricmedicine.org>).
10. Dragoeva-Bozhinova M.: *Geriatrics in Eastern Europe — a perspective from Bulgaria*. British Geriatrics Society, Newsletter Online, England 2004 (<http://www.bgsnet.org.uk/pdf/Sept04nl.pdf>).
11. Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego: *Program specjalizacji w geriatrii. Program dla lekarzy posiadających specjalizację II stopnia albo tytuł specjalisty w chorobach wewnętrznych, medycynie ogólnej, medycynie rodzinnej, neurologii*. W: *CMKP: Programy specjalizacji*. Warszawa 2007 (http://www.cmpk.edu.pl/programy_pdf/geriatria_2007.pdf).
12. Hastie I., Duursma S.: *Geriatric medicine in the European Union: unification of diversity*. *Aging Clin. Exper. Res.* 2003; 15: 347–351.
13. Department of Geriatric Medicine: *Geriatric medicine in the European Union: unification of diversity*. London 2003.
14. Meier-Baumgartner H.P., Hain G., Oster P., Steinhagen-Thiesen E., Vogel W.: *Empfehlungen für die klinisch — geriatrische Behandlung*. Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch — Geriatrischen Einrichtungen e.V., Jena 1998.
15. Anker G.: *Geriatric medicine in Sweden: a study of the organization, staffing and care production in 2000–2001*. *Age and Ageing* 2004; 33: 338–341.
16. Department of Health: *National service frameworks for older people — executive summary*. London 2001 (<http://www.dh.gov.uk/en/Healthcare/NationalServiceFrameworks/index.htm>).
17. National Institute for Health and Clinical Excellence — NICE (<http://www.nice.org.uk/>).
18. Dereczyk J., Grodzicki T., Jakrzewska-Sawińska A., Józwiak A., Klich A., Wieczorowska-Tobis K.: *Standardy świadczenia usług medycznych w specjalności geriatrii. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego, Kolegium Lekarzy Specjalistów Geriatrii w Polsce i Konsultanta Krajowego w dziedzinie Geriatrii*. *Gerontologia Polska* 2005; 13: 67–83.
19. *Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 lipca 2007 r. w sprawie powołania zespołu do spraw geriatrii*. *Dz. Urz. MZ*. 07.11.41 z dnia 30 lipca 2007 roku.
20. Duursma S.A.: *Teaching and training for geriatric medicine in the European Union*. *Eur. J. Geriatr.* 2002; 4: 59–67.
21. Geriatric Medicine Section of the European Union of Medical Specialists. *Training in Geriatric Medicine in the European Union* (<http://www.uems.be/geriatry.html>).
22. Duursma S.A., Overstall P.W.: *Quality control and geriatric medicine in the European Union*. *Age and Ageing* 2005; 34: 104–106.
23. IAG events & initiatives: research agenda for the 21st century (<http://www.sfu.ca/iag>).
24. Duursma S., Castleden M., Cherubini A. i wsp.: *Position statement on geriatric medicine and the provision of health care services to older people*. *European Union Geriatric Medicine Society*. *J. Nutr. Health Aging* 2004; 8: 190–195.
25. Szczerbińska K.: *Kompleksowa ocena geriatryczna i działania podejmowane przeciw wykluczeniu osób starszych przebywających w placówkach opiekuńczych na przykładzie Francji*. W: Frąckiewicz H. (red.) *Zapobieganie wykluczeniu społecznemu*. Wyd. Akademii Ekonomicznej, Katowice 2005; 175–190.
26. Szczerbińska K.: *Systemowe działania w celu poprawy jakości opieki nad osobami starszymi — przykład InterRAI*. *Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia, Zdrowie i Zarządzanie* 2006; 4: 83–97.
27. Wenger N.S., Shekelle P.: *Assessing Care for Vulnerable Elders: ACOVE project overview*. *An. Int. Med.* 2001; 135: 642–646.