

83 miejsca rezydenckie w dziedzinie geriatry

O międzynarodowej konferencji naukowo-szkoleniowej *Wyzwania współczesnej geriatry i gerontologii* głośno było w mediach. A to za sprawą wyjątkowo aktualnej i gorącej tematyki. Opinia publiczna po raz kolejny dowiedziała się wówczas nie tylko o niedostatku liczby łóżek geriatrycznych (700) i specjalistów (270).

Debata była wielowątkowa. Dowiodła, że profesjonalistom i wolontariuszom nie brakuje wiedzy, pomysłów, energii, chęci. I gotowości do udziału w krótko- oraz długoterminowych programach budowania systemu opieki nad ludźmi starszymi. Chodzi o sensowną strategię senioralną, o warunki sprzyjające jak najdłuższemu utrzymaniu sprawności fizycznej i psychicznej. – *Działania profilaktyczne* – mówiła prof. Ewa Kozdroń – *należy rozpoczynać w wieku młodym i średnim, aby w kalendarzową starość wejść w jak najlepszym stanie zdrowia, z utrwalonymi nawykami prozdrowotnymi. Nie da się całkowicie zahamować naturalnych procesów starzenia, da się natomiast częściowo je złagodzić albo możliwie najbar dziej opóźnić.*

Konferencja, zorganizowana w Poznaniu przez Wielkopolskie Stowarzyszenie Wolontariuszy Opieki Paliatywnej w Po-

znaniu Hospicjum Domowe, potwierdziła, że istnieją też wielkiej złożoności wątpliwości natury prawnej i etycznej, że są sprawy, które lekarz, pacjent i jego bliscy rozstrzygają we własnym sumieniu. – *Problemy etyczne w podejmowaniu optymalnych decyzji w schyłkowym okresie życia* – mówił prof. Jacek Łuczak – *są częste. Odnoszą się do zakresu intensywności i stosowności planowanej terapii. Decyzje dotyczące własnego życia i akceptowanych lub odrzucanych postępowań terapeutycznych mające źródło w poszanowaniu autonomii chorego, a przy niemożności uzyskania jego opinii, podejmowane na podstawie decyzji osób mu bliskich, są podstawą nowoczesnej praktyki etycznej opartej na ustalaniu optymalnego dobra chorego.*

– *Istotą sporu etycznego* – mówił ks. dr Witold Kania – *jest treść testamentu życia. Czy pacjent może żądać zastosowania procedur godzących w wartości uznawane przez instytucję, do której trafi pod koniec życia? Czy można testamentem zmuszać pracowników służby zdrowia do postępowania niezgodnego z ich sumieniami? Tworzenie szczegółowych scenariuszy przyszłych wydarzeń jest zajęciem naznaczonym dużym stopniem prawdopodobieństwa. Człowiek w trakcie życia, a zwłaszcza gdy już znajdzie się na progu śmierci, zawsze może zmienić zdanie i domagać się czegoś, co uprzednio odrzucał.*

Czego brakuje, gdy idzie o współczesną geriatrję? Często energii, determinacji po stronie różnych gremiów decyzyj-



nych, świadomości, że przecież każdy będzie seniorem. Jak mówił prof. Z. Woźniak, w różnych sytuacjach starość i umieranie skrzętnie chowamy pod dywan, niekiedy nawet nie chcemy o niej rozmawiać. Bo to jeszcze nie nasza sprawa, bo budzi lęk. Jego zdaniem decydenci – zwłaszcza szczebla centralnego – nie mogą abstrahować od oczekiwań, potrzeb i roszczeń starzejących się obywateli i ich rodzin, zwłaszcza tych, których położenie jest rezultatem sposobu zorganizowania życia zbiorowego. Z kolei żądanie od seniorów zbyt wielu wyrzeczeń oraz poszerzanie się luki między roszczeniami społecznymi a możliwościami polityki rujnuje ideologie polityczne oraz niszczy kapitał, jakim jest zaufanie społeczne do władzy.

Czas nagli. W Wielkopolsce liczba osób powyżej 60. roku życia przekracza 650 tys., a w Poznaniu – 100 tys. I z każdym rokiem będzie ich przybywać. Demografowie sygnalizują, że w nie tak odległej przyszłości 60% Polaków stanowić będą emeryci. Równocześnie pnie się w górę średnia długość życia. W najbliższych 35 latach liczba osób po osiemdziesiątce wzrośnie w Europie o 180%.

I oto po kilku miesiącach od tej konferencji, gdy idzie o rezydentury w dziedzinie geriatry, pojawiły się krzepiące informacje. Minister zdrowia zatwierdził nowe programy specjalizacji. Lekarze i lekarze dentyści już od najbliższego postępowania będą odbywać kształcenie w nowym systemie modułowym. Równocześnie podział miejsc rezydenckich został dokonany nie tylko na podstawie zgłaszanego zapotrzebowania w poszczególnych dziedzinach medycyny, lecz jest także zsynchronizowany ze zmianami w systemie kształcenia lekarzy. Szkolenia w trybie rezydentury od tej pory będą dotyczyć nie tylko podstawowych dziedzin specjalizacji, ale i tych zaliczanych do szczegółowych.

„Po raz pierwszy – czytamy na stronie www.mz.gov.pl – możliwe stało się również szkolenie w trybie rezydenckim w dziedzinie geriatry, gdzie przyznanych zostało 83 miejsc rezydenckich. Jest to jeden z elementów budowania kompleksowego systemu opieki medycznej nad osobami starszymi, obok między innymi już realizowanego programu szkoleń dla lekarzy innych specjalności oraz pielęgniarek w dziedzinie geriatry, systematycznego wprowadzania coraz większej liczby leków na listę refundacyjną oraz w perspektywie utworzenia Narodowego Instytutu Geriatry”.

3 października 2014 r. w poznańskim „Bazarze” druga, także międzynarodowa, odsłona wspomnianej na wstępie konferencji. Jej tematem są *Wyzwania współczesnej geriatry i gerontologii 2014. Choroby neurodegeneracyjne problemem XXI wieku*. Jej organizator (WSWOP Hospicjum Domowe) od siedemnastu lat sprawuje kompleksową opiekę domową nad osobami nieuleczalnie i przewlekle chorymi w Wielkopolsce. Zapewnia pacjentom specjalistyczną opiekę lekarsko-pielęgniarską, opiekę rehabilitanta, psychologa, pomoc wolontariuszy. Prowadzi również unikatowe w kraju domowe hospicjum geriatryczne. Ale nie tylko. Aktywnie działa na rzecz poprawy jakości życia osób starszych, zapewniając seniorom opiekę medyczną, pomoc prawną, psychologiczną, rehabilitację ruchową, rehabilitację pamięci i orientacji. Prowadzi też wolontariat 50+ i programy na rzecz aktywizacji seniorów.