

Krzysztof Bońkowski, Alicja Klich-Rączka

Katedra Chorób Wewnętrznych i Gerontologii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie

Ciężka niesprawność czynnościowa osób starszych wyzwaniem dla opieki długoterminowej

Severe functional impairment in the elderly as a challenge at long-term care

Abstract

Background. The aim of the study was to characterize the elderly patients at the nursing home residency and to evaluate the main reasons for deteriorating of their functional status.

Material and methods. We observed 92 patients over 65 years old living in nursing home residency during one year. We evaluated their status in basic activities of daily living on admission and every six months of stay (or more often if any changes in clinical or functional status appeared) using modified Barthel Index (100 items). We assessed also the reasons for admissions to long-term care setting, the main reason for functional impairment, cognitive status and nursing difficulties, and evaluated the patient's status during the observation (recovery, discharge, death).

Results. The most often reasons for functional impairment and the reason for admission to nursing home were: stroke with severe neurological impairment, advanced dementia, falls, injuries, fractures, advanced arthritis and congestive heart failure. Patients were characterized by severe physical functional impairment. More than half of them were disabled in basic activity of daily living — BADL (0 points according to Barthel Index) and over 40% of them were dependent in BADL in great part (5–40 points according to Barthel Index). In every 5-th patient we observed improvement in physical functional status (min. 20 points according to Barthel Index).

Conclusions. The main reason of severe functional impairment and necessity of dependent living between elderly people are consequences of stroke and dementia. Rehabilitation, optimal treatment and holistic care at long-term care settings make possible recovery or improvement of functional status of patients presented with basic activities of daily living disability on admission.

key words: elderly, functional impairment, long-term care

Wstęp

Narastająca wraz z wiekiem wielochorobowość oraz postępująca niesprawność psychofizyczna stwarzają częstą w starości konieczność korzystania z pomocy instytucji opiekuńczych i leczniczych. Celem niniejszej pracy była charakterystyka pacjentów w starszym wieku korzystających z opieki instytucjonalnej Zakła-

du Opiekuńczo-Leczniczego (ZOL) w Rzeszowie w 2006 roku oraz wskazanie głównych przyczyn występującego u nich ciężkiego niedożywienia.

Zakład Opiekuńczo-Leczniczy jest instytucją zajmującą się stacjonarną, długoterminową opieką zdrowotną dla obłożnie i przewlekle chorych, z istotnym ograniczeniem w zakresie samoobsługi, uprzednio przebywających w szpitalu bądź niehospitalizowanych.

W ZOL kontynuuje się leczenie oraz rehabilitację (ze szczególnym uwzględnieniem treningu samoobsługi). Chorym zapewnia się całodobową, profesjonalną i intensywną pielęgnację.

Adres do korespondencji:
lek. med. Krzysztof Bońkowski
Zakład Opiekuńczo-Leczniczy
ul. Lubelska 6, 35–241 Rzeszów
tel./faks (0 17) 86 11 038
e-mail: bonkowski@neostrada.pl

Do ZOL nie przyjmuje się pacjentów w terminalnej fazie choroby nowotworowej (pozostają oni na oddziałach opieki paliatywnej) oraz osób w ostrej fazie choroby psychicznej (kwalifikują się oni do hospitalizacji na oddziałach psychiatrycznych) [1].

Materiał i metody

Obserwacji poddano 92 pacjentów po 65. roku życia, przebywających w ZOL w Rzeszowie w 2006 roku. Określono podstawowe dane demograficzne chorych — płeć, wiek i czas pobytu w ZOL.

Zdefiniowano miejsce, z którego pacjenci byli przyjmowani do ZOL, dzieląc je na:

- szpital (oddział „ostry”);
- dom;
- inne (np. oddział dla przewlekłe chorych, oddział opieki paliatywnej, zakład opiekuńczo-leczniczy lub pielęgnacyjno-opiekuńczy).

Określono rozpoznanie kliniczne u poszczególnych pacjentów (chorobę lub kilka schorzeń), które było główną przyczyną niesprawności czynnościowej, a tym samym powodem przyjęcia do ZOL. Rozpoznanie kliniczne dokonywano na podstawie dokumentacji medycznej chorego (głównie karta informacyjna z leczenia szpitalnego) oraz badania lekarskiego.

Oceniano stan czynnościowy pacjentów przy przyjęciu oraz w okresach 6-miesięcznych lub krótszych (przy istotnej zmianie stanu klinicznego i czynnościowego). Sprawność w zakresie podstawowych czynności życia codziennego badano za pomocą zmodyfikowanej skali Barthel [2].

W 100-punktowej skali określano zdolność pacjenta do samoobsługi w zakresie:

- spożywania posiłków;
- przesiadania/siadania, przemieszczania się z łóżka na fotel itp.;
- przemieszczania się, w tym na wózku, chodzenia (samodzielne, ze środkami pomocniczymi, z asystą);
- chodzenia po schodach;
- korzystania z toalety;
- ubierania się;
- podstawowych czynności higienicznych;
- kąpieli;
- trzymania moczu;
- trzymania stolca.

Według tej skali maksymalnie sprawni pacjenci uzyskują 100 punktów, a całkowicie uzależnieni od pomocy innych — 0 punktów. Do ZOL przyjmowano osoby z ciężką niesprawnością czynnościową, czyli uzyskujących do 40 punktów w skali Barthel [3].

Wyodrębniono chorych, u których w 2006 roku uzyskano znaczną poprawę stanu czynnościowego (wzrost o ≥ 20 pkt w skali Barthel).

Zdefiniowano również dodatkowe problemy pielęgnacyjne, takie jak: cewnikowanie pęcherza moczowego, odleżyny, owrzodzenia podudzi lub niezagojone rany pooperacyjne, odżywianie przez zgłębnik żołądkowy lub gastrostomię (PEG, *percutaneous endoscopic gastrostomy*), obecność innych stomii, (traheotomia, ileostomia).

Wyniki

Dane demograficzne

W 2006 roku w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicy w Rzeszowie przebywało 104 chorych, wśród których 88,5% (92 osoby) stanowili pacjenci po 65. roku życia. Około 29% starszych osób w ciągu roku obserwacji wypisano do domu lub domów pomocy społecznej (DPS), a 32% zmarło w ZOL.

Wśród pacjentów geriatrycznych ponad połowę stanowili chorzy po 80. roku życia (61%), a 17,4% badanych liczyło co najmniej 90 lat. Dwie najstarsze pacjentki były w wieku 98 lat, a najstarszy mężczyzna — 95 lat.

Nabór chorych do ZOL

Ponad 66% pacjentów ZOL przyjęto bezpośrednio ze szpitala — z oddziałów „ostrych” (po zakończeniu specjalistycznych procedur diagnostycznych i terapeutycznych), a prawie 11% — z oddziałów opieki paliatywnej lub oddziałów dla przewlekłe chorych. Tylko niespełna 23% chorych przyjęto z domu (zazwyczaj również po niedawnej hospitalizacji — zwykle kolejnej).

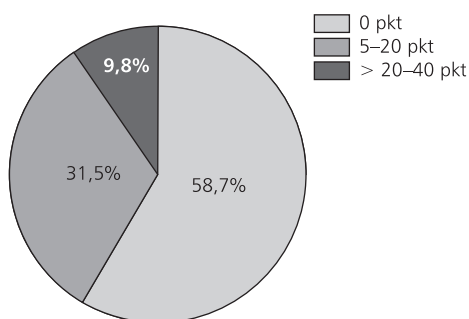
Główne przyczyny niesprawności czynnościowej

Do najczęstszych rozpoznań klinicznych wśród chorych przyjętych do ZOL należały (tab. 1):

- stany po udarach mózgu — zwykle z rozległym deficytem neurologicznym (niedowład i porażenia połowicze i 4-kończynowe, afazja, zespoły opuszkowe i pseudoopuszkowe);
- otępienia — w zaawansowanym stadium choroby (zwykle chorzy leżący, bez kontaktu, często karmieni przez zgłębnik);
- upadki, urazy, złamania oraz choroba zwyrodnieniowa stawów — „ortopedyczne” przyczyny upośledzonej sprawności lokomocyjnej;
- zastoinowa niewydolność serca — często nasilona, terminalna, upośledzająca podstawową ak-

Tabela 1. Główne przyczyny niesprawności chorych przebywających w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicy
Table 1. Main reasons for functional impairment in nursing home patients

Główne rozpoznanie kliniczne	Liczba chorych	Przyjęci z oddziału „ostrego”	Kobiety	Osoby po 80. rż.	Pobyt > 6 miesięcy
Stan po udarze mózgu	31	27	20	15	12
Otępienie	35	20	26	25	22
Choroba Parkinsona	4	1	3	2	0
Zastoinowa niewydolność serca	14	12	13	12	4
Choroba zwyrodnieniowa stawów	4	2	3	3	2
Stan po złamaniu biodra (i leczeniu operacyjnym)	4	4	4	2	1
Urazy czaszkowo-mózgowe	1	1	0	0	1
Urazy, złamania — inne	4	2	3	2	2
Cukrzyca — powikłania	2	1	1	0	1
Inne	5	3	3	3	2



Rycina 1. Stan pacjentów przy przyjęciu do Zakładu Opiekuńczo-Lecznicy według skali Barthel (0–40 pkt)

Figure 1. Patients' status on admission to nursing home according to Barthel Index (0–40 points)

tywność fizyczną, z dusznością spoczynkową lub jako współistniejące schorzenie.

Stopień niepełnosprawności chorych w ZOL według zmodyfikowanej skali Barthel

Niesprawność czynnościowa w zakresie podstawowej samoobsługi jest głównym powodem instytucjonalizacji opieki nad osobami starszymi [4, 5]. Chorzy przyjmowani do ZOL charakteryzowali się ciężką niesprawnością czynnościową (ryc. 1). Ponad połowę przyjętych stanowili pacjenci całkowicie zależni, trwale unieruchomieni (0 pkt w skali Barthel). Co najmniej 5 punktów (tj. 5–40 pkt) przy przyjęciu do ZOL uzyskało 38 osób (tj. 41,3% chorych geriatrycznych).

U 17 (18%) chorych w wieku starszym (z wyjściową oceną czynnościową ≥ 5 pkt w skali Barthel) uzyskano w 2006 roku znaczną poprawę stanu czynnościowego ($o \geq 20$ pkt w skali Barthel).

Dodatkowe problemy pielęgnacyjne u chorych geriatrycznych w ZOL

U ponad 70% pacjentów (tab. 2) stosowano, przynajmniej czasowo, cewnikowanie pęcherza moczowego (osoby nietrzymające moczu oraz z odleżynami lub wysokim ryzykiem ich rozwoju). Chorzy z ciężkimi zaburzeniami neurologicznymi i zaburzeniami połykania wymagali długotrwałego karmienia przez zgłębnik nosowo-żołądkowy lub gastrostomię (22% pacjentów). Odleżyny występowały u ponad 30% chorych (w większości przypadków obecne już przy przyjęciu).

Czas pobytu chorych w ZOL

Niemal połowa chorych (41 osób, 44,6%) przebywała w ZOL nie dłużej niż 3 miesiące (tab. 3). Krótki czas pobytu odnotowano wśród pacjentów w stanie terminalnym (zgon do 3 miesięcy) oraz wśród osób ze znaczną poprawą stanu czynnościowego (wypis do 3 miesięcy). Czas pobytu wynosił od 1 dnia do 35 miesięcy (ZOL funkcjonuje od stycznia 2004 r.). Doniesienia potwierdzają, że u pacjentów bez choroby nowotworowej, w stabilnym stanie klinicznym, należy przewidywać nawet kilkuletni okres przeżycia [6].

Tabela 2. Dodatkowe problemy pielęgnacyjne u pacjentów Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego
Table 2. Collateral care problems in nursing home residents

Dodatkowe problemy pielęgnacyjne	Liczba chorych
Cewnikowanie pęcherza moczowego	67
Karmienie przez zgłębnik nosowo-żołądkowy	19
Karmienie przez gastrostomię	1
Tracheostomia	4
Ileostomia	1
Odleżyny	30
Owrodzenia podudzi	3
Rany pooperacyjne (niezagojone)	2

Tabela 3. Czas pobytu chorych przebywających w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym w 2006 roku

Table 3. Nursing home length of stay in 2006

Czas pobytu	Liczba chorych (%)
Ponad 35 miesięcy i dłużej	3 (3,2%)
24–35 miesięcy	3 (3,2%)
12–24 miesięcy	18 (19,6%)
6–12 miesięcy	17 (18,5%)
3–6 miesięcy	10 (10,9%)
Do 3 miesięcy	41 (44,6%)

Chorzy z poprawą czynnościową o co najmniej 20 punktów w skali Barthel

Na szczególną uwagę zasługują pacjenci geriatryczni przebywający w ZOL w 2006 roku, u których uzyskano znaczną poprawę w zakresie podstawowej

samoobsługi (o ≥ 20 pkt w skali Barthel). Wśród 17 takich osób (11 kobiet i 6 mężczyzn) ponad połowa ukończyła 80 lat.

Wszyscy pacjenci z wymienionej grupy uzyskali jednak przy przyjęciu co najmniej 5 punktów w skali Barthel (11 osób: 5–20 pkt, 6 osób: 25–40 pkt). Byli to chorzy z dysfunkcją układu ruchu (złamanie, urazy, choroba zwyrodnieniowa stawów oraz przebyta amputacja kończyny — jako powikłanie cukrzycy) oraz osoby po udarach mózgu, z zespołami otępiennymi, chorobą Parkinsona i zastoinową niewydolnością serca (tab. 4).

U 35% chorych występowały dodatkowe problemy pielęgnacyjne (odleżyny, rana pooperacyjna, cewnik moczowy wewnętrzny, tracheotomia i ileostomia). Przeanalizowano również wyniki orientacyjnego badania funkcji poznawczych w opisywanej grupie chorych za pomocą 30-punktowego Kwestionariusza Stanu Psychicznego (MMSE, *Mini-Mental State*) [7]. Pacjenci uzyskiwali w tym teście wyniki w granicach

Tabela 4. Charakterystyka chorych z poprawą o minimum 20 punktów w skali Barthel

Table 4. Characteristics of patients with functional ability improvement of minimum 20 points according to Barthel Index

Główne rozpoznanie kliniczne	Liczba chorych	Przeniesieni ze szpitala	Kobiety	Osoby po 80. rż. > 6 miesięcy	Pobyt
Stan po udarze mózgu	3	2	2	1	0
Zespół otępienny	3	2	0	1	1
Choroba Parkinsona	1	1	0	0	0
Zastoinowa niewydolność serca	4	4	3	3	0
Złamanie biodra (po leczeniu operacyjnym)	4	4	4	2	0
Urazy, złamanie — inne	3	1	2	2	2
Choroba zwyrodnieniowa stawów	3	1	2	2	0
Cukrzyca — powikłania	1	1	0	0	0
Inne	2	0	2	2	1

5–28 punktów. Czas pobytu chorych w ZOL wynosił od kilku tygodni do 8 miesięcy (do 3 miesięcy — 10 osób/59%, > 3–6 miesięcy — 5 osób, > 6 miesięcy — 2 osoby); 16 pacjentów wypisano do domu (lub DPS), 1 pacjentka przebywa nadal w ZOL (w trakcie gojenia odleżyny).

Znaczącą poprawę zdolności w zakresie samoobsługi uzyskano zatem u 44,7% starszych chorych, niesprawnych, z wyjściową oceną w skali Barthel 5 i więcej punktów, niezależnie od ich wieku, płci, głównego schorzenia i stanu mentalnego. W ponad 50% przypadków wyraźną poprawę stanu czynnościowego lub wypis chorych zanotowano w ciągu pierwszych 3 miesięcy pobytu w ZOL.

Dodatkowe problemy pielęgnacyjne nie wykluczały możliwości znacznej poprawy w zakresie podstawowej samoobsługi.

Dyskusja

Wyniki licznych badań jednoznacznie potwierdziły, że stan funkcjonalny wyraźnie pogarsza się wraz z wiekiem, powodując narastanie problemu rozpoznania niesprawności, zwłaszcza w okresie zaawansowanej starości, w tym długotrwałego unieruchomienia i całkowitej zależności [4, 8–10]. Stwarza to potrzebę wdrażania w systemie opieki zdrowotnej i społecznej działań zmierzających do poprawy funkcjonowania człowieka zarówno w domu, jak i w różnego typu instytucjach zajmujących się opieką nad pacjentami. Ciężka niesprawność i współistnienie wielu chorób powodują konieczność korzystania z kwalifikowanej opieki instytucjonalnej wśród coraz większej grupy osób starszych. Interesujące odniesienie, wykazujące wiele podobieństw do przedstawionej powyżej charakterystyki pacjentów ZOL w Rzeszowie, może stanowić publikacja dotycząca analizy stanu zdrowotnego i czynnościowego pacjentów zakładu opieki długoterminowej (*nursing home*) w stolicy Islandii [11]. W niemal 20-letniej analizie retrospektywnej wykazano, że wśród osób przebywających w instytucjach zajmujących się opieką nad pacjentami przeważały kobiety oraz osoby po 80. roku życia, a chorzy przyjmowani w ostatnich latach cechowali się ciężką niesprawnością czynnościową i przenoszono ich zwykle bezpośrednio z oddziałów szpitalnych. Główne, wskazane przez autorów przyczyny ciężkiego niedoświetła, to zespoły otępienne, zastoinowa niewydolność serca, udary mózgu i złamanie.

Również koreańscy autorzy [4], analizując stan funkcjonalny ponad 1000 osób starszych pozostających

pod opieką instytucji, wykazali, że większość pacjentów stacjonarnej opieki długoterminowej to osoby w znacznym stopniu niedoświetlane, to jest co najmniej w trzech obszarach podstawowej samoobsługi (ADL, *activities of daily living*), a najbardziej zagrożone ciężką niesprawnością funkcjonalną są starsze kobiety po udarach mózgu. Zakłady stacjonarnej długoterminowej opieki zdrowotnej stały się zatem, nie tylko w Polsce, miejscem pobytu starszych osób, przewlekle chorych, z najcięższym stopniem niesprawności czynnościowej, wymagających kwalifikowanej pielęgnacji, rehabilitacji, leczenia i często opieki paliatywnej. Seniorzy z mniejszymi ograniczeniami dotyczącymi samoobsługi dłużej pozostają w środowisku domowym (opieka domowa) lub stają się rezydentami domów pomocy społecznej i pensjonatów dla osób starszych.

Zgodnie z wieloma współczesnymi doniesieniami [4, 8] wzrastająca znacząco chorobowość oraz narastająca wraz z wiekiem niesprawność czynnościowa osób starszych stają się coraz istotniejszym problemem medycznym i społecznym. Podeszły wiek i płeć żeńska stanowią główne czynniki demograficzne związane z niesprawnością w starości.

Udary mózgu, zespoły otępienie i inne choroby neurodegeneracyjne oraz schorzenia układu ruchu należą do najczęstszych przyczyn ciężkiej niesprawności czynnościowej w starości [3–6, 12].

Zakłady stacjonarnej długoterminowej opieki zdrowotnej zapewniają kontynuację leczenia szpitalnego osób starszych i niesprawnych, co przeciwdziała zjawisku „blokowania łóżek” (*bedblocking*) i częstym rehospitalizacjom pacjentów geriatrycznych na oddziałach „ostrych” [5].

Opisane powyżej obserwacje własne potwierdzają jednocześnie podstawową zasadę geriatryi, że chorzy w podeszłym wieku, niesprawni, zwykle z poważnymi problemami zdrowotnymi i socjalnymi (w tym również objęci stacjonarną opieką długoterminową), wymagają nie tylko fachowej opieki i pielęgnacji, ale i kompleksowej oceny geriatrycznej oraz wdrożenia postępowania zmierzającego do poprawy ich stanu czynnościowego, a tym samym — jakości życia [5, 12, 13].

Długoterminowym celem współczesnej, szeroko rozumianej profilaktyki geriatrycznej staje się już nie tyle wydłużenie ludzkiego życia (*life expectancy*), a coraz bardziej maksymalne ograniczenie chorobowości w okresie starości i wydłużenie życia bez zależności i ciężkiej niesprawności funkcjonalnej (*disability free life expectancy*) [5].

Wnioski

1. Populacja osób w podeszłym wieku, niedołączonych, wymagających całodobowej opieki obejmuje głównie kobiety po 80. roku życia.
2. Podstawową przyczyną ciężkiej i długotrwałej niesprawności czynnościowej u osób starszych są następstwa udarów mózgu i zespoły otępienne.
3. Większość pacjentów przyjmowanych do stacjonarnych zakładów opieki długoterminowej to chorzy przenoszeni z oddziałów „ostrych”, u których przeprowadzono specjalistyczne procedury diagnostyczne i terapeutyczne.
4. Część chorych przebywających w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym to pacjenci w stanach terminal-

nych, z krótkim czasem przeżycia (3 miesięcy), wymagający głównie opieki paliatywnej.

5. Właściwy standard stacjonarnej opieki długoterminowej, profilaktyka i leczenie powikłań wynikających z długotrwałego unieruchomienia pozwalają na nawet kilkuletnie przeżycie chorych klinicznie stabilnych.
6. Aktywna rehabilitacja i leczenie chorych oraz interdyscyplinarne i holistyczne postępowanie w warunkach stacjonarnej opieki długoterminowej umożliwiają uzyskanie poprawy i stabilizacji stanu klinicznego, a zwłaszcza czynnościowego wielu chorych, ze znacznym ograniczeniem w zakresie podstawowej samoobsługi.

Streszczenie

Wstęp. Celem niniejszej pracy była charakterystyka pacjentów w starszym wieku przebywających w zakładzie opiekuńczo-leczniczym (ZOL) oraz wskazanie głównych przyczyn występującego u nich niedołęstwa.

Materiał i metody. Obserwacją objęto 92 pacjentów po 65. roku życia przebywających w ZOL w 2006 roku. W badanej grupie oceniano sprawność w zakresie podstawowych czynności życiowych przy przyjęciu oraz w okresach 6-miesięcznych lub krótszych (przy zmianie stanu klinicznego i czynnościowego) za pomocą 100-punktowej zmodyfikowanej skali Barthel. Określono także sposób przyjmowania chorych do ZOL, rozpoznanie kliniczne, które było główną przyczyną niesprawności czynnościowej, stan sprawności intelektualnej i współistniejące problemy pielęgnacyjne. Oceniono także stan pacjentów w trakcie obserwacji (poprawa zdrowia, wypisanie do domu, zgon).

Wyniki. Najczęstszymi przyczynami niesprawności czynnościowej i wskazaniami do pobytu w ZOL były: stany po udarach mózgu z rozległym deficytem neurologicznym, otępienia w zaawansowanym stadium, upadki, urazy, złamania, zaawansowana choroba zwyrodnieniowa stawów oraz zastoinowa niewydolność serca. Chorzy przyjmowani do ZOL charakteryzowali się ciężką niesprawnością czynnościową. Ponad 50% osób stanowili pacjenci całkowicie niesamodzielni w zakresie samoobsługi, trwale unieruchomieni (0 pkt w skali Barthel), a ponad 40% chorych — niesamodzielni w znacznym stopniu (tj. 5–40 pkt). U co 5. obserwowanego uzyskano w ciągu roku znaczną poprawę stanu czynnościowego (≥ 20 pkt).

Wnioski. Główną przyczyną ciężkiej niesprawności czynnościowej starszych osób stanowiącą o konieczności opieki instytucjonalnej są następstwa udarów mózgu i zespoły otępienne. Aktywna rehabilitacja i leczenie oraz holistyczne postępowanie w warunkach stacjonarnej opieki długoterminowej umożliwiają wielu chorym ze znacznym ograniczeniem w zakresie podstawowej samoobsługi uzyskanie poprawy i stabilizacji stanu klinicznego, zwłaszcza czynnościowego.

słowa kluczowe: starość, niesprawność czynnościowa, opieka długoterminowa

PIŚMIENNICTWO

1. Szczegółowe materiały informacyjne o przedmiocie postępowania w sprawie zawarcia umów na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz o realizacji i finansowaniu umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: opieka długoterminowa. Załącznik do zarządzenia Nr 89/2006 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.
2. Mahoney F.I., Barthel D.: *Functional evaluation: The Barthel Index*. Maryland State Med. J. 1965; 14: 56–61.
3. Bartośowić I., Taśka A., Bartośowićowa D.: *Assessment of severely handicapped seniors*. Geriatria 2006; 1: 13–19.
4. Lee Y., Choi K.: *Functional disability of older persons in long term care facilities in Korea*. Arch. Gerontol. Geriatr. 2002; 34: 93–106.
5. Kalvach Z., Zadak Z., Jirak R. i wsp.: *Geriatrye a gerontologie*. Grada Publishing, Praga 2004.
6. Jakrzewska-Sawińska A., Rajska-Neumann A., Sawiński K., Wieczorkowska-Tobis K.: *Występowanie wybranych wielkich zespołów geriatrycznych u pacjentów w starszym wieku leczonych w hospicjum domowym*. Gerontol. Pol. 2004; 12: 84–88.

7. Folstein M.F., Folstein S.E., McHugh P.R.: *Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinicians*. J. Psychiat. Res. 1975; 12: 189–198.
8. Guralnik J., LaCroix A., Branch L., Kasl S., Wallach R.: *Morbidity and disability in older persons in years prior to death*. Am. J. Public Health 1991; 91: 443–447.
9. Bień B., Wojszel B.Z., Wilmańska J., Politańska B.: *Epidemiologiczna ocena rozpowszechnienia niesprawności funkcjonalnej u osób w póżnej starości a świadczenie opieki*. Gerontologia Polska 1999; 7: 42–47.
10. Wolinsky F.D., Miller D.K., Andersen E.M., Malmstrom T.K., Miller J.P., Miller T.R.: *Effect of subclinical status in functional limitation and disability on adverse health outcomes 3 years later*. Gerontol. A. Biol. Sci. Med. Sci. 2001; 62: 101–106.
11. Jonsson A., Bernhoft I., Bernhardsson K., Jonsson P.V.: *Retropective analysis of health variables in a Reykjavik nursing home 1983-2002*. Leiknabladid 2005; 91: 53–160.
12. Bowman C., Whistler J., Elerby M.: *A national consensus of care home residents*. Age Ageing 2004; 33: 561–562.
13. Harwood R.: *Do we still need care homes?* Age Ageing 2004; 33: 529–530.