

Standardy postępowania w opiece geriatrycznej

*Stanowisko Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego
opracowane przez ekspertów
Zespołu ds. Gerontologii przy Ministrze Zdrowia*

Prof. dr hab. n. med. Barbara Bień

*Kierownik Kliniki Geriatrii UM w Białymstoku; Oddział Geriatrii SPZOZ MSW w Białymstoku;
Wiceprezes ds. Medycznych Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego; Przewodnicząca Zespołu
ds. Gerontologii przy MZ; Członek Zespołu ds. Osób Starszych w Biurze RPO; Konsultant Wojewódzki
ds. Geriatrii w woj. podlaskim*

Prof. dr hab. Piotr Błądowski

*Kierownik Instytutu Gospodarstwa Społecznego, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie;
Prezes Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego*

Dr n. med. Katarzyna Broczek

Adiunkt w Klinice Geriatrii WUM w Warszawie

Dr n. med. Jarosław Derejczyk

*Dyrektor Szpitala Geriatrycznego im. Jana Pawła II w Katowicach; Członek Zespołu ds. Osób Starszych
w Biurze RPO, Członek Zarządu PTG, Konsultant Wojewódzki ds. Geriatrii w woj. śląskim*

Prof. dr hab. n. med. Tomasz Grodzicki

*Kierownik Katedry Chorób Wewnętrznych i Gerontologii CMUJ w Krakowie, Konsultant Krajowy
ds. Geriatrii*

Prof. dr hab. n. med. Kornelia Kędziora-Kornatowska

*Kierownik Katedry i Kliniki Geriatrii UMK w Toruniu, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Konsultant
Wojewódzki ds. Geriatrii w woj. kujawsko-pomorskim, Przewodnicząca Oddziału Kujawsko-
-Pomorskiego Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego*

Dr n. med. Janina Kokoszka-Paszkot

Oddział Geriatryczny, Szpital Specjalistyczny im. H. Klimontowicza w Gorlicach

Mgr Monika Przygucka-Gawlik

Wiceprzewodnicząca Zespołu ds. Gerontologii przy MZ, Radca Ministra w Ministerstwie Zdrowia

Dr n. med. Alicja Klich-Rączka

*Katedra Chorób Wewnętrznych i Gerontologii Collegium Medicum UJ w Krakowie; Konsultant
Wojewódzki ds. Geriatrii w woj. świętokrzyskim; Kierownik Przychodni dla Byłych Więźniów Obozów
Koncentracyjnych i Dzieci Holocaustu*

Prof. dr hab. n. med. Tomasz Kostka

Kierownik Kliniki Geriatrii UM w Łodzi, Oddział Geriatrii SPZOZ USK im. WAM w Łodzi

Dr n. med. Zbigniew Machaj

*Kierownik Oddziału Geriatrii SPSK-1 we Wrocławiu p.o. kierownik Zakładu Gerontologii Uniwersytetu
Medycznego we Wrocławiu, Konsultant Wojewódzki ds. Geriatrii w województwie dolnośląskim*

Dr hab. n. med. Katarzyna Szczerbińska

*Kierownik Pracowni Badań nad Starzejącym się Społeczeństwem, Katedra Epidemiologii i Medycyny
Zapobiegawczej, Collegium Medicum UJ; Członek Zespołu ds. Osób Starszych w Biurze RPO*

Prof. dr hab. n. med. Katarzyna Wieczorowska-Tobis

*Kierownik Katedry Geriatrii i Gerontologii UM im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu; Prezes Kolegium
Lekarzy Specjalistów w Polsce; Konsultant Wojewódzki ds. Geriatrii w woj. lubuskim*

Dr hab. Marek Żak, Prof. nadzw.

*Kierownik Zakładu Rehabilitacji w Reumatologii i Geriatrii Katedry Rehabilitacji Klinicznej,
AWF im. Bronisława Czecha w Krakowie, Sekretarz ZG Polskiego Towarzystwa Fizjoterapii*

Warszawa, 31 stycznia 2013 roku

Spis treści

- Wstęp
- Przyjęte definicje
- Wprowadzenie
- Standardy postępowania oraz procedury medyczne w opiece geriatrycznej
- I. Założenia
- II. Zakres świadczeń geriatrycznych z zakresu opieki geriatrycznej
- III. Interdyscyplinarna współpraca zespołu geriatrycznego
- IV. Poradnia geriatryczna
- V. Geriatryczny zespół opieki domowej
- VI. Oddział geriatryczny (leczenie szpitalne)
- VII. Dzienny geriatryczny oddział szpitalny (dzienny ośrodek opieki geriatrycznej)
- VIII. Geriatryczna wizyta konsultacyjna dla zakładów opieki zdrowotnej
- Piśmiennictwo
- Załącznik nr 1. Skala VES-13
- Załącznik nr 2. Badania laboratoryjne i diagnostyczne rekomendowane w geriatryi

Wstęp

Obowiązujące prawodawstwo z zakresu ochrony zdrowia nie daje osobie starszej szczególnych przywilejów. Artykuł 68 Konstytucji RP *expressis verbis* daje jej, ogólnie sformułowane, prawo do szczególnej troski państwa w zakresie zapewnienia opieki zdrowotnej. Oczekuje się, że opublikowanie niniejszych Standardów przyniesie starszym pacjentom optymalizację opieki, a płatnikowi — redukcję jej kosztów. Ponadto, powinno to zwiększyć zainteresowanie lekarzy specjalizacją z dziedziny geriatryi, co skutkowałoby przygotowaniem kadry do restrukturyzacji istniejącej bazy łóżkowej w kierunku bazy geriatrycznej.

Rozwój geriatryi jest pożądany zarówno ze względów ekonomicznych, jak i etycznych. Ułatwienie osobom starszym dostępu do ambulatoryjnych i stacjonarnych placówek geriatrycznych oraz stosowanie kompleksowej oceny geriatrycznej pozwoli na zapewnienie pacjentom lepszej opieki zdrowotnej i stworzy warunki do bardziej racjonalnego wykorzystania środków finansowych pozostających w dyspozycji podmiotów działających w systemie ochrony zdrowia.

Dostępne wyniki badań z zakresu ekonomiki ochrony zdrowia i farmakoekonomiki wskazują, że specjalistyczna opieka medyczna nad pacjentami geriatrycznymi wiąże się z wydłużeniem okresu względnie dobrego stanu ich zdrowia, poprawą sprawności

przy racjonalizacji wydatków na świadczenia opieki zdrowotnej i farmakoterapię.

Geriatrya dysponuje standardami całościowej oceny geriatrycznej, dzięki czemu jest w stanie zastąpić wiele wstępnych interwencji wąkospecjalistycznych, a w efekcie odciążyć innych specjalistów lub właściwie przygotować pacjentów geriatrycznych do koniecznych interwencji. Podejście geriatryczne sprzyja redukcji polifarmakoterapii i oszczędzaniu środków w systemie ochrony zdrowia.

Opublikowanie niniejszych standardów ma na celu:

- 1) poprawę jakości opieki nad pacjentem geriatrycznym przez:
 - a) prezentację standardu oceny i opieki geriatrycznej (kompleksowość i fachowość świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu geriatryi),
 - b) poprawę dostępności do kwalifikowanych świadczeń geriatrycznych,
 - c) uproszczenie procedur diagnostycznych dla pacjentów geriatrycznych poprzez redukcję liczby wizyt specjalistycznych, a przez to zapotrzebowania na transport, a także odciążenie opiekuna,
 - d) redukcję polifarmakoterapii;
- 2) optymalizację organizacji i ekonomizację wydatków na opiekę nad ludźmi starszymi.

Przedmiot projektowanych rekomendacji nie jest objęty prawem Unii Europejskiej, niemniej Unia włączyła do swoich priorytetów opiekę zdrowotną nad osobami starszymi, w szczególności nad osobami z chorobą Alzheimera i innymi chorobami neurodegeneracyjnymi.

Przyjęte definicje

Ileokroć w dokumencie jest mowa o:

- a) **standardzie** — należy przez to rozumieć zestaw procedur składających się na całościową ocenę pacjenta geriatrycznego wykonywanych przez zespół geriatryczny;
- b) **geriatryi** — należy przez to rozumieć specjalność lekarską zgodną z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 19 stycznia 2007 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów (Dz. U. z 2007 r., Nr 213, poz. 1779 z późn. zm.);
- c) **pacjencie geriatrycznym** — należy przez to rozumieć pacjenta, który — zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, World Health Organization) — osiągnął przynajmniej 60 lat i skierowany został do geriatry; zazwyczaj jest to pacjent w późnej starości, z wielochorobowością typową dla wieku starszego, u którego z racji wieku lub

- współistniejących chorób pojawia się ryzyko nagłego pogorszenia stanu zdrowia lub zgonu;
- d) **zespole geriatrycznym** — należy przez to rozumieć współpracę lekarza posiadającego specjalizację z geriatry, pielęgniarki, fizjoterapeuty i psychologa oraz innych osób posiadających wykształcenie kierunkowe w ochronie zdrowia w zakresie całościowej oceny i opieki geriatrycznej;
- e) **całościowej ocenie geriatrycznej** — należy przez to rozumieć wielowymiarowy, interdyscyplinarny proces diagnostyczny prowadzony przez zespół geriatryczny w celu poprawy precyzji diagnostycznej, identyfikacji problemów zdrowotnych i opiekuńczych, optymalizacji leczenia i planowania opieki, poprawy stanu funkcjonalnego oraz jakości życia pacjenta geriatrycznego;
- f) **opiece geriatrycznej** — należy przez to rozumieć świadczenia udzielane przez zespół geriatryczny;
- g) **ambulatoryjnej opiece geriatrycznej** — należy przez to rozumieć opiekę geriatryczną w specjalistycznej poradni geriatrycznej określonej resortowym kodem identyfikacyjnym 1060, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz. U. z 2012 r., poz. 594);
- h) **geriatrycznej wizycie domowej** — należy przez to rozumieć pozaszpitalną konsultację zespołu geriatrycznego określoną resortowym kodem identyfikacyjnym 2202 zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz. U. z 2012 r., poz. 594);
- i) **oddziale geriatrycznym** — należy przez to rozumieć świadczenie zespołu geriatrycznego w oddziale szpitalnym określone resortowym kodem identyfikacyjnym 4060 zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz. U. z 2012 r., poz. 594);
- j) **dziennym geriatrycznym oddziale szpitalnym** — należy przez to rozumieć świadczenie zespołu geriatrycznego w dziennym ośrodku opieki geriatrycznej określone resortowym kodem identyfikacyjnym 2200 zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 maja

- 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz. U. z 2012 r., poz. 594);
- k) **geriatrycznej wizycie konsultacyjnej w zakładzie leczniczym** — należy przez to rozumieć świadczenie lekarza geriatry lub geriatrycznego zespołu konsultacyjnego dla lecznictwa zamkniętego określone resortowym kodem identyfikacyjnym 2204 zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz. U. z 2012 r., poz. 594).

Wprowadzenie

- Standardy postępowania przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki geriatrycznej dotyczą pacjentów geriatrycznych. Realizowane mogą być przez zespół geriatryczny w warunkach:
 - poradni geriatrycznej (ambulatoryjna opieka geriatryczna);
 - geriatrycznych wizyt domowych (domowa opieka geriatryczna);
 - oddziału geriatrycznego (leczenie szpitalne);
 - dziennego geriatrycznego oddziału szpitalnego (dzienny ośrodek opieki geriatrycznej);
 - konsultacyjnych wizyt geriatrycznych w zakładach leczniczych.

Szczegółowe standardy postępowania przy udzielaniu świadczeń z zakresu opieki geriatrycznej stosowane w wyżej wymienionych podmiotach i formach opieki określa zasadnicza część dokumentu.
- W skład zespołu geriatrycznego udzielającego świadczeń z zakresu opieki geriatrycznej w podmiotach i formach opieki, o których mowa w punkcie 1., wchodzi:
 - lekarz o specjalizacji w dziedzinie geriatry;
 - pielęgniarka z tytułem specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego lub z tytułem specjalisty w dziedzinach pielęgniarstwa rodzinnego, zachowawczego, psychiatrycznego, neurologicznego, paliatywnego i opieki długoterminowej albo w trakcie odbywania tych specjalizacji, jak również pielęgniarka po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinach pielęgniarstwa rodzinnego, zachowawczego lub opieki długoterminowej;
 - fizjoterapeuta, który:
 - ma tytuł specjalisty w dziedzinie fizjoterapii lub rehabilitacji ruchowej,

- b) rozpoczął po dniu 31 grudnia 1997 r. studia wyższe na kierunku fizjoterapia, zgodnie ze standardami kształcenia określonymi w odrębnych przepisach, i uzyskał tytuł licencjata lub magistra na tym kierunku,
 - c) rozpoczął przed dniem 1 stycznia 1998 r. studia wyższe na kierunku rehabilitacja ruchowa i uzyskał tytuł magistra na tym kierunku,
 - d) rozpoczął przed dniem 1 stycznia 1998 r. studia wyższe w Akademii Wychowania Fizycznego i uzyskał tytuł magistra oraz ukończył specjalizację I lub II stopnia w dziedzinie rehabilitacji ruchowej,
 - e) rozpoczął przed dniem 1 stycznia 1980 r. studia wyższe na kierunku wychowanie fizyczne i uzyskał tytuł magistra na tym kierunku oraz ukończył w ramach studiów dwuletnie studia specjalizacyjne z zakresu gimnastyki leczniczej lub rehabilitacji ruchowej,
 - f) rozpoczął przed dniem 1 stycznia 1980 r. studia wyższe na kierunku wychowanie fizyczne i uzyskał tytuł magistra na tym kierunku oraz ukończył trzymiesięczny kurs specjalizacyjny z rehabilitacji,
 - g) ukończył szkołę policealną publiczną lub niepubliczną o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskał tytuł zawodowy technik fizjoterapii;
- 2.4. psycholog.
3. W pracach zespołu geriatrycznego mogą uczestniczyć inne osoby posiadające wykształcenie kierunkowe mające zastosowanie w ochronie zdrowia i pomocy społecznej (opiekun medyczny, terapeuta zajęciowy, logopeda, dietetyk, farmaceuta, pracownik socjalny, kapelan).
 4. W interesie osoby starszej zespół geriatryczny współpracuje z nią samą i jej opiekunami prawnymi lub faktycznymi, specjalistami różnych dyscyplin medycznych, lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkami, instytucjami pomocy społecznej, a także wolontariuszami oraz lokalnymi władzami samorządowymi.
 5. Poradnia geriatryczna działa w zespole poradni specjalistycznych albo podmiotach leczniczych posiadających oddział geriatryczny, w dziennym ośrodku opieki geriatrycznej albo jako jednostka wydzielona.
6. Zespół geriatryczny poradni geriatrycznej może realizować domową opiekę geriatryczną, o której mowa w punkcie 1A.
 7. W skład zespołu geriatrycznego poradni geriatrycznej wchodzi:
 - 7.1. co najmniej jeden lekarz, który ma specjalizację w geriatrycznej; pozostali lekarze mogą udzielać świadczeń geriatrycznych, o ile ukończyli co najmniej rok specjalizacji w dziedzinie geriatrycznej;
 - 7.2. pielęgniarka, o której mowa w pkt 2.2;
 - 7.3. fizjoterapeuta (opcjonalnie), o którym mowa w pkt 2.3;
 - 7.4. psycholog (opcjonalnie).
 8. Domowa opieka geriatryczna realizuje standard postępowania przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki geriatrycznej w formie konsultacyjnych wizyt domowych pacjentom geriatrycznym niemającym wskazań do hospitalizacji, a wymagającym zorganizowania i otrzymywania świadczeń geriatrycznych w miejscu zamieszkania lub pobytu z powodu niezdolności do korzystania z opieki ambulatoryjnej.
 9. Geriatryczne wizyty domowe realizuje zespół geriatryczny, o którym mowa w punkcie 2.
 10. Oddział geriatryczny realizuje intensywne i kompleksowe procedury diagnostyczne oraz lecznicze u osób starszych.
 11. W skład zespołu geriatrycznego oddziału geriatrycznego wchodzi:
 - 11.1. ordynator — lekarz mający specjalizację w dziedzinie geriatrycznej;
 - 11.2. lekarz — minimum jeden na osiem łóżek; po upływie maksymalnie trzech lat od powołania oddziału geriatrycznego wymagane jest zatrudnienie co najmniej jednego lekarza o specjalizacji w dziedzinie geriatrycznej albo lekarza, który ukończył co najmniej rok specjalizacji w dziedzinie geriatrycznej;
 - 11.3. pielęgniarka, o której mowa w pkt 2.2 — minimum jedna na dwa łóżka lub jedna na trzy łóżka, o ile dodatkowo zatrudniony jest opiekun medyczny (minimum jeden na siedem łóżek);
 - 11.4. magister rehabilitacji lub fizjoterapii — minimum jeden na 20 łóżek; dodatkowo fizjoterapeuta, o którym mowa w pkt 2.3 — minimum jeden na 40 łóżek;
 - 11.5. psycholog — co najmniej równoważnik 1/2 etatu przeliczeniowego na 20 łóżek.

12. Dzienny geriatryczny oddział szpitalny realizuje krótkotrwałą diagnostykę i leczenie pacjentów geriatrycznych, bez konieczności całodobowej hospitalizacji.
13. W skład zespołu geriatrycznego w dziennym geriatrycznym oddziale szpitalnym wchodzi:
 - 13.1. lekarz — co najmniej jeden lekarz mający specjalizację w dziedzinie geriatryki lub przynajmniej po roku jej trwania;
 - 13.2. pielęgniarka, o której mowa w pkt 2.2;
 - 13.3. fizjoterapeuta, o którym mowa w pkt 2.3;
 - 13.4. psycholog.
14. Konsultacyjny zespół geriatryczny, o którym mowa w pkt 1E, udziela świadczeń w podmiotach leczniczych, które nie dysponują oddziałem geriatryki ani poradnią geriatryczną.

Standardy postępowania oraz procedury medyczne w opiece geriatrycznej

I. Założenia

1. Zespołowe podejście geriatryczne to proces całościowej oceny problemów zdrowotnych, sprawności fizycznej, stanu psychicznego, poziomu wsparcia społecznego, w tym rodzinnego, sytuacji materialnej oraz warunków życia pacjenta geriatrycznego, realizowany przez interdyscyplinarny zespół geriatryczny w celu poprawy poziomu i jakości świadczeń zdrowotnych, poprawy stanu funkcjonalnego i jakości życia pacjenta.
2. Standardy postępowania w opiece geriatrycznej powinny być stosowane u wszystkich pacjentów geriatrycznych, zwłaszcza u tych, którzy w skali Vulnerable Elders Survey 13 (VES-13) osiągają przynajmniej 3 punkty (załącznik nr 1).
3. Członkowie zespołu geriatrycznego przeprowadzają badania pacjenta geriatrycznego zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej, wykonują i analizują pomiary stanu pacjenta w skalach oceny stanu psychicznego, fizycznego, odżywienia, ryzyka upadków, odleżyn i innych, składających się na całościową ocenę geriatryczną (COG).
4. Całościowa ocena geriatryczna stanowi platformę wymiany informacji o pacjentach geriatrycznych między członkami zespołu a innymi świadczeniodawcami. Poza tym COG umożliwia zintegrowanie świadczeń lekarza, pielęgniarki, fizjoterapeuty, psychologa, opiekuna z usługami socjalnymi.

5. Podstawą pracy zespołu geriatrycznego są regularne spotkania jego członków w celu monitorowania stanu pacjenta geriatrycznego oraz korygowania interwencji medycznych, rehabilitacyjnych i środowiskowych.
6. Działanie zespołu obejmuje również edukację zdrowotną, zapobieganie chorobom i niepełnosprawności, skierowane do starszych pacjentów i ich rodzin lub opiekunów.

II. Zakres świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki geriatrycznej

1. Świadczenia zdrowotne z zakresu geriatryki obejmują co najmniej:
 - 1) zapobieganie schorzeniom i niepełnosprawności u osób starszych;
 - 2) rozpoznawanie i leczenie chorób występujących u pacjentów geriatrycznych, którzy wymagają całościowej oceny i opieki specjalistycznej oraz postępowania fizjoterapeutycznego jako nieodłącznych elementów procesu leczniczego;
 - 3) edukację pacjenta geriatrycznego, jego rodziny lub opiekunów;
 - 4) wsparcie psychologiczne.
2. Lekarz rodzinny, wraz z pielęgniarką rodzinną, powinni współdziałać z zespołem geriatrycznym w procesie leczenia i opiece nad pacjentami geriatrycznymi w celu zapewnienia wysokiej jakości opieki i jej efektywności.
3. Zespół geriatryczny dokonuje okresowej oceny udzielanych przez siebie świadczeń zdrowotnych z zakresu geriatryki w celu poprawy skuteczności działania i jakości udzielanych świadczeń.
4. Ocena, o której mowa w pkt 3, obejmuje:
 - 1) określenie stanu opieki geriatrycznej (zgodność ze standardami, w tym przestrzeganie norm zatrudnienia, kwalifikacje personelu, poprawność dokumentacji medycznej, warunki pobytu pacjenta, dostęp pacjenta do postępowania fizjoterapeutycznego, monitorowanie niedożywienia i skutków unieruchomienia, leczenie przeciwbólowe pacjentów i polityka jakości);
 - 2) monitorowanie działań niepożądanych w trakcie udzielania geriatrycznych świadczeń stacjonarnych (stosowane leki, zakażenia, upadki, majaczenia);
 - 3) analizę wyników świadczeń udzielanych przez podmiot (czas pobytu w oddziale,

wskaźnik satysfakcji pacjentów i/lub ich opiekunów, wskaźnik śmiertelności).

5. Podstawą prawidłowej opieki nad pacjentami geriatrycznymi jest wielokierunkowa współpraca zespołu geriatrycznego z pracownikami świadczeniodawcy oraz podmiotów zewnętrznych.

III. Interdyscyplinarna współpraca zespołu geriatrycznego

Zespołem geriatrycznym kieruje lekarz geriatra we współpracy z pielęgniarkami, fizjoterapeutą i psychologiem oraz innymi osobami mającymi wykształcenie kierunkowe w ochronie zdrowia i pomocy społecznej, w zakresie umożliwiającym realizację całościowej oceny i opieki geriatrycznej. Liderem zespołu może zostać wyznaczony inny członek zespołu, o ile uzasadnia to główny problem pacjenta geriatrycznego.

1. Lekarskie procedury diagnostyczno-terapeutyczne w geriatрії obejmują:
 - 1) wywiad geriatryczny, poszerzony względem internistycznego o dane dotyczące potencjalnych problemów i dysfunkcji pacjenta geriatrycznego; wywiad ten powinien zawierać weryfikację zdarzeń mających wpływ na stan zdrowia pacjenta geriatrycznego (upadki, omdlenia, wahania masy ciała w czasie, dysfunkcje zwieraczy, aktualnie zażywane leki, w tym z własnej inicjatywy), elementy wywiadu psychiatrycznego, środowiskowego, a także wywiad rodziny chorego lub jego opiekunów (weryfikacja badania podmiotowego pacjenta geriatrycznego z zaburzeniami psychicznymi powinna dotyczyć objawów stwierdzanych przez jego rodzinę lub opiekunów);
 - 2) badanie internistyczne winno być poszerzone o ogólne badanie neurologiczne, próbę ortostatyczną, ocenę stanu skóry i orientacyjną ocenę wzroku i słuchu;
 - 3) ocenę stanu emocjonalnego w stopniu podstawowym — za pomocą Geriatrycznej Skali Oceny Depresji według Yesavage'a (GDS, *Geriatric Depression Scale*);
 - 4) ocenę funkcji poznawczych, w tym także badanie przesiewowe w kierunku otępienia, w szczególności: Skrócony Test Sprawności Umysłowej (AMTS, *Abbreviated Mental Test Score*) lub test Blessed'a, test MiniCog, test Mini Mental State Examination (MMSE) wg Folsteina, test ryśowania zegara oraz inne uznane metody

w aktualnie obowiązujących wytycznych diagnozowania otępienia;

- 5) ocenę chodu i równowagi przy użyciu testu Tinetti, testu „wstań i idź” wykonanego na czas, prędkości chodu w m/sek.;
- 6) ocenę stanu odżywienia za pomocą testów MNA (*Mini Nutritional Assessment*) lub SCALES (*Sadness-Cholesterol-Albumin-Loss of Weight-Eating Problems-Shop-ping*);
- 7) ocenę dysfunkcji zwieraczy;
- 8) ocenę sytuacji środowiskowej i zakresu otrzymywanego wsparcia od opiekuna przez pacjenta geriatrycznego — za pomocą kwestionariusza i indeksu COPE;
- 9) analizę wyników badań dodatkowych, w tym badań obrazowych, endoskopowych, EKG, 24-godzinnej rejestracji EKG/ciśnienia tętniczego metodą Holtera, badań densytometrycznych;
- 10) analizę badań dodatkowych i konsultacji specjalistycznych;
- 11) ustalanie rozpoznań;
- 12) omawianie z pacjentem geriatrycznym i jego rodziną lub opiekunami istoty choroby i sposobu jej leczenia;
- 13) ustalanie, modyfikację albo redukcję farmakoterapii;
- 14) wyraźne zapisywanie zaleceń wydawanych pacjentom geriatrycznym i ich rodzinom lub opiekunom i powtórzenie tych zaleceń w razie potrzeby;
- 15) podawanie zaleceń i instrukcji rehabilitacyjnych;
- 16) podawanie zaleceń dietetycznych;
- 17) kontakt z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej poprzez przekazanie mu informacji i zaleceń wynikających z udzielonego świadczenia geriatrycznego;
- 18) przeprowadzanie rozmów i/lub udzielanie porad rodzinie lub opiekunom pacjenta geriatrycznego;
- 19) współpracę w ramach zespołu geriatrycznego nad przygotowaniem indywidualnego programu leczenia dla pacjenta geriatrycznego (farmakoterapia, psychoterapia, zabiegi pielęgnacyjne, fizjoterapia);
- 20) przygotowywanie zaleceń z zakresu profilaktyki, promocji zdrowia, wczesnego wykrywania schorzeń oraz zapobiegania ich powikłaniom;

- 21) monitorowanie przebiegu terapii, w tym nasilenia objawów chorobowych i obecności działań niepożądanych lub ubocznych farmakoterapii;
 - 22) ustalanie terminu wizyt kontrolnych w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu geriatry lub w miejscu przebywania pacjenta geriatrycznego.
2. Pielęgniarskie procedury diagnostyczno-terapeutyczne w zakresie geriatry polegają na udzielaniu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych przez pielęgniarkę, zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie Ustawy z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2001 r., Nr 57, poz. 602, ze zm.¹⁾), i obejmują w szczególności:
- 1) wywiad pielęgniarski;
 - 2) ocenę ryzyka powstawania odleżyn według skali Norton, z wdrożeniem postępowania ograniczającego ich wystąpienie;
 - 3) ocenę stanu zaawansowania odleżyn z ustaleniem sposobów ich leczenia i monitorowaniem postępu gojenia;
 - 4) ocenę i zaplanowanie procesu leczniczego w przypadku przewlekłych ran i owrzodzeń;
 - 5) ocenę sprawności funkcjonalnej w zakresie czynności życia codziennego przy użyciu Skali Oceny Podstawowych Czynności Życia Codziennego wg Katza (ADL, *Activities of Daily Living*), Skali Oceny Złożonych Czynności Życia Codziennego wg Lawtona (IADL, *Instrumental Activities of Daily Living*), Skali Barthel;
 - 6) ocenę stopnia nietrzymania moczu;
 - 7) planowanie procesu pielęgnacji;
 - 8) udzielanie wskazówek na temat ułatwień i wsparcia w czynnościach życia codziennego;
 - 9) monitorowanie parametrów życiowych;
 - 10) wykonywanie pomiarów antropometrycznych;
 - 11) ograniczanie następstw niepełnosprawności przez aktywizację psychiczną i fizyczną w procesie samoopieki;
 - 12) ocenę hipotonii ortostatycznej;
 - 13) współpracę pielęgniarki z innymi członkami zespołu geriatrycznego.
3. Procedury fizjoterapeutyczne i rehabilitacyjne w ramach zespołowego podejścia geriatrycznego obejmują:
- 1) ocenę stanu funkcjonalnego i wdrożenie postępowania fizjoterapeutycznego;
 - 2) ocenę zagrożenia upadkiem;
 - 3) ocenę hipotonii ortostatycznej;
 - 4) procedury diagnostyczne — testy oceny równowagi i chodu, deficytów ruchowych, test z L-Dopa;
 - 5) planowanie szczegółowego przebiegu procesu fizjoterapii w danej jednostce chorobowej, dysfunkcji lub zaburzeniu czynnościowym, na podstawie badania lekarskiego i fizjoterapeutycznego;
 - 6) zlecenie zabiegów fizjoterapeutycznych i metod fizjoterapeutycznych na podstawie diagnozy lekarskiej i fizjoterapeutycznej;
 - 7) wykonywanie lub nadzorowanie wykonania zabiegów i metod fizjoterapeutycznych;
 - 8) zalecanie pacjentom odpowiedniego zaopatrzenia ortopedycznego i środków pomocniczych w celu przeprowadzenia prawidłowego postępowania fizjoterapeutycznego;
 - 9) zlecenie programów postępowania fizjoterapeutycznego w celu podtrzymania i utrwalenia efektów tego postępowania oraz zapobiegania niepełnosprawności;
 - 10) zlecenie, prowadzenie lub nadzór nad terapią zajęciową i adaptacją do nowych warunków życia;
 - 11) opracowanie sposobu i czasu stosowania zaopatrzenia ortopedycznego i środków pomocniczych;
 - 12) opracowanie materiałów informacyjnych z zakresu profilaktyki (np. zapobieganie upadkom);
 - 13) procedury edukacyjne — nauka korzystania ze sprzętu medycznego i wyrobów medycznych; instruktaż obsługi sprzętu (instruowanie pacjenta geriatrycznego, jego rodziny lub opiekunów o sposobie pozyskiwania i użytkowania sprzętu rehabilitacyjnego); współpracę z pozostałymi członkami zespołu geriatrycznego.
4. Ocena psychologiczna i procedury psychologiczne w ramach zespołowego podejścia geriatrycznego obejmują:

¹⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2001 r., Nr 89, poz. 969; z 2003 r., Nr 109, poz. 1029; z 2004 r., Nr 19, poz. 177; Nr 92, poz. 885 i Nr 173, poz. 1808 oraz z 2005 r., Nr 175, poz. 1461 i Nr 253, poz. 2131.

- 1) rozmowę z pacjentem geriatrycznym, który wymaga całościowej oceny i opieki specjalistycznej, jego rodziną lub opiekunami;
 - 2) indywidualną ocenę psychologiczną i przeprowadzanie testów neuropsychologicznych;
 - 3) ocenę potrzeb pacjenta geriatrycznego, jego rodziny lub opiekunów;
 - 4) udzielanie wsparcia (psychoterapia bezpośrednia, odraęgowująca, racjonalna, podtrzymująca, wspierająca, relaksacyjna, wizualizacja);
 - 5) prowadzenie psychoterapii pośredniej rodziny lub opiekunów w czasie trwania choroby pacjenta geriatrycznego, który wymaga całościowej oceny i opieki specjalistycznej, oraz wsparcie psychologiczne dla rodziny lub opiekunów w okresie przeżywania żałoby;
 - 6) działalność szkoleniowo-edukacyjną, rozmowy z pacjentem geriatrycznym, jego rodziną lub opiekunami;
 - 7) współpracę psychologa z pozostałymi członkami zespołu geriatrycznego.
5. Zakres zleczanych badań laboratoryjnych i diagnostycznych w geriatryi powinien uwzględniać specyfikę opieki nad pacjentem geriatrycznym oraz obejmować wykonanie badań wymienionych w załączniku nr 2.

IV. Poradnia geriatryczna

1. W poradni geriatrycznej (ambulatoryjna opieka geriatryczna) w ramach lekarskich procedur diagnostyczno-terapeutycznych wyróżnia się następujące typy wizyt:
 - 1) pierwszorazowa porada lekarska z przeprowadzeniem całościowej oceny geriatrycznej, w tym wykonanie przynajmniej trzech testów;
 - 2) kontrolna porada lekarska z przeprowadzeniem przynajmniej dwóch testów;
 - 3) kontrolna porada lekarska.
2. Wyposażenie podstawowe poradni geriatrycznej to:
 - 1) aparat EKG;
 - 2) aparat do mierzenia ciśnienia tętniczego;
 - 3) sprzęt do udzielania pierwszej pomocy;
 - 4) glukometr;
 - 5) waga lekarska.
3. Dodatkowo zalecane wyposażenie poradni geriatrycznej to:
 - 1) defibrylator i kardiomonitor;

- 2) dopplerowski detektor przepływu przyływu tętniczego;
 - 3) zestaw do 24-godzinnej ambulatoryjnej rejestracji EKG;
 - 4) zestaw do 24-godzinnej ambulatoryjnej rejestracji ciśnienia tętniczego krwi;
 - 5) pulsoksymetr;
 - 6) nebulizator;
 - 7) spirometr.
4. Poradnia powinna dysponować dostępem do takich badań, jak:
- 1) laboratoryjne;
 - 2) endoskopowe;
 - 3) obrazowe — ultrasonograficzne, radiologiczne, tomograficzne, rezonans magnetyczny;
 - 4) histologiczno-patologiczne; densytometryczne.

V. Geriatryczny zespół opieki domowej

1. Celem geriatrycznego zespołu opieki domowej jest:
 - 1) diagnozowanie i leczenie schorzeń geriatrycznych w domu lub miejscu pobytu pacjenta geriatrycznego w przypadku, gdy takie działania ze względu na swoją złożoność nie mogą być świadczone przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej;
 - 2) pomoc w zachowaniu korzystnego dla zdrowia trybu życia poprzez wczesne wykrywanie problemów geriatrycznych u pacjentów geriatrycznych pozostających w domu;
 - 3) kontrola sposobu realizacji zaleceń szpitalnych u osób pozbawionych wsparcia opiekuna;
 - 4) zapobieganie pogłębianiu się niesprawności poprzez wdrożenie działań usprawniających (fizjoterapia, terapia zajęciowa, psychoterapia); edukacja pacjenta geriatrycznego, jego rodziny lub opiekunów w zakresie ograniczeń związanych z istniejącą chorobą;
 - 5) analiza sytuacji mieszkaniowej pod kątem potencjalnych zagrożeń zdrowotnych i środowiskowo-socjalnych dla pacjenta geriatrycznego oraz poradnictwo w zakresie adaptacji pomieszczeń.
2. Zadania geriatrycznego zespołu opieki domowej to:
 - 1) rozpoznawanie potrzeb medyczno-opiekuńczych pacjenta geriatrycznego na podstawie całościowej oceny geriatrycznej;

- 2) analiza zebranych informacji i ustalanie indywidualnych planów leczenia problemów zdrowotnych i korekty problemów środowiskowo-socjalnych u pacjenta geriatrycznego;
 - 3) planowanie zaspokajania stwierdzonych potrzeb;
 - 4) realizacja planu opieki (lekarskiej, pielęgniarskiej, rehabilitacyjnej);
 - 5) ocena wyników i korekta działań w ramach realizacji planu opieki;
 - 6) prowadzenie dokumentacji działań.
3. Do głównych kryteriów włączających pacjenta geriatrycznego do tej formy opieki należą:
 - 1) unieruchomienie w środowisku zamieszkania;
 - 2) istotne pogorszenie stanu zdrowia niepozwalające na samodzielne funkcjonowanie;
 - 3) okres do trzech dni po wypisie pacjenta geriatrycznego ze szpitala;
 - 4) bariery architektoniczne uniemożliwiające pacjentowi geriatrycznemu wyjście z domu i osobiste przybycie do poradni;
 - 5) stwierdzenie uwarunkowań środowiskowych, które uzasadniają zaplanowanie udogodnień, usług opiekuńczych, pielęgnacyjnych i socjalnych oraz przyznanie środków pomocniczych, dostosowanych do potrzeb pacjenta geriatrycznego.
 4. Geriatryczny zespół opieki domowej uzupełnia i poszerza zakres działania lekarza podstawowej opieki zdrowotnej o aspekty oceny i terapii geriatrycznej.
 5. Podstawową zasadą udzielania geriatrycznych wizyt domowych jest współpraca z lekarzem rodzinnym, pielęgniarką środowiskową i innymi podmiotami opieki środowiskowej oraz pomocy społecznej, które gwarantują ciągłość i jakość opieki nad pacjentami geriatrycznymi w okresie między specjalistycznymi konsultacjami geriatrycznymi.
 6. Zakres i kolejność proponowanych procedur geriatrycznych wynika z całościowej oceny geriatrycznej, priorytetów zgłaszanych przez pacjenta geriatrycznego, jego rodzinę lub opiekunów, oraz z aktualnych zasobów systemu opieki zdrowotnej i społecznej.
 7. Planowanie opieki obejmuje ustalenie jej celów, określenie koniecznych działań leczniczych i zabiegów pielęgnacyjnych z uwzględnieniem indywidualnych potrzeb pacjenta geriatrycznego oraz środków potrzebnych do realizacji tego celu. Plan postępowania ustalają członkowie zespołu geriatrycznego, posilając się — w razie potrzeby — opinią lekarza odpowiedniej specjalności.
 8. Kwalifikacji pacjenta geriatrycznego do świadczeń geriatrycznego zespołu opieki domowej dokonuje zatrudniony w poradni geriatrycznej lekarz specjalista w dziedzinie geriatrii albo lekarz będący w trakcie specjalizacji w dziedzinie geriatrii trwającej przynajmniej rok.
 9. Domowe wizyty geriatryczne udzielane są w trybie planowym, z wyjątkiem uzasadnionych przypadków. Częstotliwość geriatrycznych wizyt domowych powinna zależeć od indywidualnego stanu zdrowia pacjenta.
 10. Pierwsza wizyta domowa lekarza o specjalizacji w dziedzinie geriatrii albo lekarza będącego w trakcie specjalizacji w dziedzinie geriatrii trwającej co najmniej rok powinna być przeprowadzona w terminie do siedmiu dni od zgłoszenia, a pielęgniarki — w terminie dwóch dni, po uprzednim uzgodnieniu terminu.
 11. Wizyty kontrolne i wizyty pozostałych członków zespołu odbywają się w uzgodnieniu z pacjentem geriatrycznym, jego rodziną lub opiekunem.
 12. Pacjent geriatryczny, jego rodzina lub opiekunowie podczas wizyty otrzymują zalecenia w formie pisemnej i są informowani o zasadach prowadzenia domowej opieki geriatrycznej i dostępności innych form leczenia. W przypadku pacjenta geriatrycznego w stanie terminalnym wsparcie jest udzielane również jego rodzinie lub opiekunom.
 13. Ocena skuteczności pracy geriatrycznego zespołu opieki domowej jest jednym z ważnych elementów jego pracy; powinna być dokonywana systematycznie przez członków zespołu oraz osoby uczestniczące w jego pracy, przy współudziale pacjenta geriatrycznego oraz jego rodziny lub opiekunów.

VI. Oddział geriatryczny (leczenie szpitalne)

1. Leczenie szpitalne w oddziale geriatrycznym obejmuje całościową ocenę geriatryczną, leczenie ostrych lub zaostrzonych stanów chorobowych, wykrywanie i eliminację czynników wpływających na pogorszenie zdrowia i stanu funkcjonalnego pacjenta geriatrycznego, w szczególności z ograniczoną sprawnością fizyczną lub psychiczną,

- jak również planowanie dalszego leczenia, rehabilitacji i opieki celem poprawy jakości jego życia.
2. Stwierdzone u pacjenta geriatrycznego ostre psychozy, stany niesprawności nierokujące poprawy, stany terminalne oraz stany wynikające z braku opieki i zabezpieczenia społecznego nie stanowią wskazań do hospitalizacji w oddziale geriatrycznym.
 3. Zadania oddziału geriatrycznego to:
 - 1) całościowa diagnostyka i leczenie chorób wpływających na pogorszenie stanu funkcjonalnego pacjenta geriatrycznego, w sytuacji gdy procedury te są trudne lub niemożliwe do przeprowadzenia w warunkach ambulatoryjnych;
 - 2) planowanie dalszego leczenia, pielęgnacji, postępowania fizjoterapeutycznego i opieki środowiskowej we współpracy z placówką lekarza rodzinnego;
 - 3) kwalifikacja i przygotowanie pacjenta geriatrycznego do zabiegu operacyjnego w trybie planowym;
 - 4) poprawa komfortu życia w przypadkach schorzeń nieuleczalnych, postępujących;
 - 5) edukacja pacjenta geriatrycznego, jego rodziny lub opiekunów odnośnie do postępowania wobec choroby i sposobu prowadzenia leczenia; funkcja konsultacyjna dla innych oddziałów szpitalnych oraz jednostek lecznictwa otwartego.-
 4. Oddział geriatryczny powinien współpracować z przyszpitalną poradnią geriatryczną, gwarantującą kontynuację leczenia poszpitalnego dla pacjentów geriatrycznych wymagających specjalistycznego nadzoru. Poradnia ta powinna stanowić równocześnie punkt konsultacyjny dla jednostek podstawowej opieki zdrowotnej.
 5. Pacjenci geriatryczni powinni mieć zapewniony kontakt z bliskimi (także telefoniczny), dostęp do świetlicy i opiekę duszpasterską.
 6. Podstawowe wyposażenie sprzętowe w oddziale geriatrycznym to:
 - 1) defibrylator;
 - 2) kardiomonitory — jeden na 20 łóżek;
 - 3) pompy infuzyjne do 500 ml — jedna na 10 łóżek;
 - 4) aparat EKG;
 - 5) sprzęt do udzielania pierwszej pomocy: zestaw AMBU, zestaw do intubacji, dostęp do tlenu, ssak — minimum jeden na 20 łóżek;
 - 6) glukometry;
 - 7) pulsoksymetr;
 - 8) łóżka o regulowanej wysokości z możliwością założenia drabinek;
 - 9) przyłóżkowe urządzenia rehabilitacyjne (PUR) — minimum jedno na 20 łóżek;
 - 10) wózki, parawany;
 - 11) podnośnik — jeden na 20 łóżek;
 - 12) materace przeciwoleżynowe, zmiennociśnieniowe — minimum jeden na 5 łóżek.
 8. Sprzęt i zaopatrzenie ortopedyczne oraz środki pomocnicze dostępne w oddziale geriatrycznym dla pacjenta geriatrycznego to:
 - 1) balkoniki/chodziki do nauki lub ułatwienia chodzenia;
 - 2) podnośnik, pionizator;
 - 3) wózki;
 - 4) kule, trójnogi, laski;
 - 5) drabinki przyłóżkowe.
 9. Sprzęt do fizykoterapii dodatkowo zalecany jako wyposażenie oddziału geriatrycznego to aparaty do krioterapii, ultradźwięków, elektroterapii, magnetoterapii, światłolecznictwa i laseroterapii.

VII. Dzienny geriatryczny oddział szpitalny (dzienny ośrodek opieki geriatrycznej)

1. Do dziennego geriatrycznego oddziału szpitalnego przyjmowani są pacjenci geriatryczni ze schorzeniami wymagającymi diagnostyki i wdrożenia leczenia w warunkach szpitalnych, bez konieczności całodobowej hospitalizacji.
2. Oceny wskazań do leczenia i wyznaczenia terminu przyjęcia dokonuje lekarz oddziału.
3. Schorzeniami kwalifikującymi pacjenta geriatrycznego do diagnostyki i leczenia w dziennym geriatrycznym oddziale szpitalnym są choroby niewymagające całodobowej i długotrwałej hospitalizacji, a trudne lub niemożliwe do zdiagnozowania i leczenia w warunkach poradni geriatrycznej, oraz przypadki, gdy leczenie w oddziale zamkniętym stwarza ryzyko pogorszenia stanu pacjenta geriatrycznego.
4. Zadania dziennego geriatrycznego oddziału szpitalnego to:
 - 1) przeprowadzenie całościowej oceny geriatrycznej z wykonaniem dostępnej diagnostyki oraz ukierunkowanie terapii kontynuowanej w warunkach domowych;
 - 2) planowanie dalszego leczenia, pielęgnacji, rehabilitacji i opieki środowiskowej we współpracy z lekarzem rodzinnym;

- 3) poprawa komfortu życia w przypadkach schorzeń nieuleczalnych, postępujących;
 - 4) ustalenie stopnia nieodwracalności chorób przewlekłych;
 - 5) ustalenie wskazań do udzielania świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej;
 - 6) wtórna profilaktyka chorób u pacjentów geriatrycznych;
 - 7) edukacja pacjenta geriatrycznego i jego opiekunów odnośnie do dalszego postępowania oraz sposobu prowadzenia leczenia.
5. Dzienny geriatryczny oddział szpitalny wykonuje zakres procedur przewidzianych dla poradni geriatrycznej oraz procedury oddziału szpitalnego.
 6. Procedury diagnostyczno-terapeutyczne w dziennym geriatrycznym oddziale szpitalnym to:
 - 1) diagnostyka otępienia, majaczenia, depresji;
 - 2) diagnostyka schorzeń niewymagających hospitalizacji;
 - 3) ocena stanu funkcjonalnego narządu ruchu i wdrożenie postępowania fizjoterapeutycznego;
 - 4) ocena stopnia zaburzeń wodno-elektrolitowych i ich wyrównywanie (możliwość wykonania wlewów dożylnych);
 - 5) diagnostyka i wdrożenie terapii schorzeń, których leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych (np. zapalenia płuc bez niewydolności oddechowej, zaostrzenia przewlekłej obturacyjnej choroby płuc);
 - 6) korygowanie leczenia zaostrzeń chorób przewlekłych;
 - 7) przetoczenia krwi i preparatów krwio-pochodnych u pacjenta geriatrycznego bez wskazań do hospitalizacji oraz biopsja szpiku;
 - 8) diagnostyka schorzeń przewodu pokarmowego niemożliwa do przeprowadzenia w warunkach ambulatoryjnych (np. przygotowanie do kolonoskopii i tomografia komputerowa u pacjenta z cukrzycą);
 - 9) diagnostyka innych problemów związanych z wielochorobowością w starości;
 - 10) terapia edukacyjna rodzin lub opiekunów.
 7. Podstawowe wymagania sprzętowe dziennego geriatrycznego oddziału szpitalnego to:
 - 1) aparat EKG;
 - 2) aparat do mierzenia ciśnienia tętniczego;
 - 3) sprzęt do udzielania pierwszej pomocy;
 - 4) glukometr;
 - 5) nebulizator;
 - 6) waga lekarska.
 9. Warunkiem funkcjonowania dziennego geriatrycznego oddziału szpitalnego jest dostępność do wykonania następujących badań diagnostycznych:
 - 1) RTG;
 - 2) USG;
 - 3) echokardiografia;
 - 4) EKG spoczynkowe;
 - 5) 24-godzinna rejestracja EKG metodą Holtera;
 - 6) 24-godzinna ambulatoryjna rejestracja ciśnienia tętniczego krwi;
 - 7) EKG wysiłkowe;
 - 8) gastroskopia;
 - 9) kolonoskopia;
 - 10) densytometria;
 - 11) tomografia komputerowa;
 - 12) spirometria;
 - 13) dopplerowski pomiar przepływu tętniczego.
 10. Dzienny geriatryczny oddział szpitalny powinien mieć dostęp do konsultacji specjalistycznych oraz zabiegów fizjoterapeutycznych zleczanych pacjentom geriatrycznym w trakcie leczenia oraz po diagnostyce w tym oddziale.

VIII. Geriatryczna wizyta konsultacyjna dla zakładów opieki zdrowotnej

1. Geriatryczna wizyta konsultacyjna dla zakładów opieki zdrowotnej powinna być realizowana w formie całościowej oceny geriatrycznej w ramach porady konsultacyjnej przeprowadzonej przez lekarza geriatrę i/lub konsultacyjny zespół geriatryczny. Jest ona dedykowana pacjentom geriatrycznym ze złożonymi problemami zdrowotnymi. Proponowane wnioski i zalecenia obejmują dalszą diagnostykę i leczenie i/lub dalszy zakres opieki długoterminowej bądź paliatywnej. Głównym zadaniem tej formy świadczenia jest funkcja konsultacyjno-doradcza dla personelu medycznego w zakresie diagnozowania i leczenia pacjentów geriatrycznych.
2. Wnioski diagnostyczne i lecznicze z konsultacji są przekazywane w formie pisemnej personelowi medycznemu sprawującemu opiekę nad pacjentem geriatrycznym. Dokumentacja

- pacjenta geriatrycznego z zakresem przeprowadzonej całościowej oceny geriatrycznej i kopią wydanych zaleceń znajduje się w siedzibie zarejestrowania działalności konsultacyjnego zespołu geriatrycznego lub lekarza geriatry.
3. Lekarz geriatra lub konsultacyjny zespół geriatryczny mogą również pełnić funkcje edukacyjne lub szkoleniowe z zakresu wybranych obszarów geriatry, w szczególności zasad i procedur diagnostyczno-leczniczych, żywienia, pielęgnacji, rehabilitacji oraz edukacji rodziny lub opiekunów pacjenta geriatrycznego.

Piśmiennictwo

1. Beswick A.D., Rees K., Dieppe P. i wsp. Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2008; 371: 725–735.
2. Bene J., Solomon S.A. The attitudes of patients to integrated medical care. *Age Ageing* 1999; 28: 271–273.
3. Bień B. An older person as a subject of comprehensive geriatric approach. *Rocz. Akad. Med. Białymst.* 2005; 50 (supl. 1): 189–192.
4. Bień B. Lekarz rodzinny „geriatrą pierwszej linii”. *Pol. Med. Rodz.* 2002; 4: 171–176.
5. Bień B. (red.). *Family caregiving for the elderly in Poland*. Trans. Humana Białystok 2006.
6. Bień B., McKee K.J., Döhner H. i wsp. Disabled older people's use of health and social care services and their unmet care needs in six European countries. *Eur. J. Public. Health* 2013, doi:10.1093/eurpub/cks190.
7. Biercewicz M., Szewczyk M., Ślusarz R. *Pielęgniarstwo w geriatryi. Wybrane zagadnienia z zakresu pielęgniarstwa specjalistycznego*. Borgis, Warszawa 2006.
8. Blazer D.G., Sachs-Ericsson N., Hybels C.F. Perception of unmet basic needs as a predictor of mortality among community-dwelling older adults. *Am. J. Public. Health* 2005; 95: 299–304.
9. Champion E.W. The value of geriatric interventions. *N. Engl. J. Med.* 1995; 332: 1376–1378.
10. Derejczyk J., Bień B., Kokoszka-Paszko J., Szczygieł J. Gerontologia i geriatrya w Polsce na tle Europy — czy należy inwestować w ich rozwój w naszym kraju? *Gerontol. Pol.* 2008; 16: 149–159.
11. Derejczyk J., Grodzicki T., Jankowska-Sawińska A., Józwiak A., Klich A., Wieczorowska-Tobis K. Standardy świadczeń usług medycznych w specjalności geriatry. *Gerontol. Pol.* 2005; 2: 67–83.
12. Derejczyk J. i wsp. Test MoCA i test z L-Dopa jako nowe narzędzia Całościowej Oceny Geriatrycznej. *Geriatrya* 2011; 5: 181–191.
13. *Diagnostyka i leczenie otępień. Rekomendacje zespołu ekspertów Polskiego Towarzystwa Alzheimerowskiego*. Medisfera, Otwock 2012.
14. Drusini A.G., Eleazer G.P., Caiazzo M. i wsp. One-leg standing balance and functional status in an elderly community-dwelling population in northeast Italy. *Aging Clin. Exp. Res.* 2002; 14: 42–46.
15. Folstein M.F., Folstein S.E., McHugh P. „Mini-mental state”. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J. Psychiatric Res.* 1975; 12: 189–198.
16. Galanos A.N., Fillenbaum G.G., Cohen H.J., Burchert B.M. The comprehensive assessment of community dwelling elderly: Why functional status is not enough. *Aging (Milano)*. 1994; 6: 343–352.
17. Galus K. (red.). *Geriatrya — wybrane zagadnienia*. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2007.
18. Mion L., Odegard P.S., Resnick B., Segal-Galan F. Geriatric Interdisciplinary Advisory Group. Interdisciplinary care for older adults with complex needs: American Geriatric Society Position Statement. *J. Am. Geriatr. Soc.* 2006; 54: 849–852.
19. Grant J. What does it take to make integrated care work? *Healthcare Systems and Services Practice* 2010. Available at: https://www.mckinseyquarterly.com/What_does_it_take_to_make_integrated_care_work_2506.
20. Grodzicki T., Kocemba J., Skalska A. (red.). *Geriatrya z elementami gerontologii ogólnej*. Via Medica, Gdańsk 2006.
21. Guigoz Y., Vellas B., Garry P.J. Mini-nutritional assessment: a practical tool for grading the nutritional state of elderly patients. *Facts Res. Gerontol.* 1994; (supl.): 15–61.
22. Higashi T., Shekelle P.G., Adams J.L. i wsp. Quality of care is associated with survival in vulnerable older patients. *Ann. Intern. Med.* 2005; 143: 274–281.
23. Hubbard R.E., O'Mahony M.S., Cross E. i wsp. The ageing of the population: implications for multidisciplinary care in hospital. *Age Ageing* 2004; 33: 479–482.
24. Jones D.M., Song X., Rockwood K. Operationalizing a Frailty Index from a standardized comprehensive geriatric population. *J. Am. Geriatr. Soc.* 2004; 52: 1929–1933.
25. Katz S., Downs T.D., Cash H.R. i wsp. Progress in the development of the index of ADL. *Gerontologist* 1970; 10: 20–30.
26. Keller B.K., Magnuson T.M., Cernin P.A., Stoner J.A., Potter J.F. The significance of social network in a geriatric assessment population. *Aging Clin. Exp. Res.* 2003; 15 (6): 512–517.
27. Kędziora-Kornatowska K., Muszaliak M. (red.). *Kompendium pielęgnowania pacjentów w starszym wieku*. PZWL, Warszawa 2009.
28. Kostka T., Koziarska-Rościszewska M. *Choroby wieku podeszłego (Praktyka Lekarza Rodzinnego)*, PZWL, Warszawa 2009.
29. Lawton P., Moss M., Fulcomer M., Kleban M.H. A research and service oriented multilevel assessment instrument. *J. Gerontol.* 1982; 37 (1): 91–99.
30. Miller K.E., Zylstra R.G., Standridge J.B. The geriatric patient: A systematic approach to maintaining health. *Am. Fam. Physician.* 2000; 61 (4): 1089–1104.
31. Leichsenring K. Developing integrated health and social care services for older persons in Europe. *Int. J. Integr. Care* 2004; 4: 1–15.
32. Luchi R.J., Gammack J.K., Narcisse V.J., Storey C.P. Standards of care in geriatric practice. *Ann. Rev. Med.* 2003; 54: 185–196.
33. McKee K.J., Philp I., Lamura G. et al. The COPE Index — a first stage assessment of negative impact, positive value and quality of support of caregiving in informal carers of older people. *Aging Ment Health.* 2003; 7: 39–52.
34. Mahoney F., Barthel D. Functional evaluation: the Barthel index. *Md State Med. J.* 1965; 14: 56–61.
35. Melis R.J.F., Adang E., Teerenstra S. i wsp. Cost-effectiveness of multidisciplinary intervention model for community-dwelling frail older people. *J. Gerontol. Biol. Sci. Med. Sci.* 2008; 3: 275–282.
36. Pędich W. Polska gerontologia — jej perspektywy i bariery. *Gerontol. Pol.* 2002; 10 (4): 59–161.
37. Pędich W., Bień B., Halicka M., Tarasiuk W. Application of the geriatric assessment card in the monitoring of socio-medical status of the elderly. *Mater. Med. Pol.* 1991; 1 (77): 47–50.
38. Posiadło D., Richardson S. The timed „up and go”: a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *J. Am. Geriatr. Soc.* 1991; 39: 142–148.
39. Rizzo J.A., Bogardus S.T. Jr, Leo-Summers L. i wsp. Multicomponent targeted intervention to prevent delirium in hospitalized older patients: what is the economic value? *Med. Care.* 2001; 39: 740–752.
40. Rosenthal T., Naughton B., Williams M. (red.). *Geriatrya*. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2009.
41. Rubenstein L.Z., Wieland D., Bernabei R. (red.). *Geriatric Assessment Technology — the State of the Art*. Editrice Kurtis, Milano 1995.
42. Saliba S., Elliott M., Rubenstein L.A., Solomon D.H. i wsp. The Vulnerable Elders Survey (VES-13): A tool for identifying vulnerable elders in the community. *J. Am. Geriatr. Soc.* 2001; 49: 1691–1699.
43. Scanlan B.C. The value of comprehensive geriatric assessment. *Care Manag. J.* 2005; 6 (1): 2–8.
44. Skalska A. *Kompleksowa ocena geriatryczna*. W: Grodzicki T., Kocemba J., Skalska A. (red.). *Geriatrya z elementami gerontologii ogólnej. Podręcznik dla lekarzy i studentów*, Via Medica, Gdańsk 2006, 68–75.

45. Stuck A.E., Siu A., Wieland G.D. i wsp. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *Lancet* 1993; 342: 1032–1036.
46. Stuck A.E., Egger M., Hammer A. i wsp. Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: systematic review and meta-regression analysis. *JAMA* 2002; 287: 1022–1028.
47. Sugai Y. Problems of integration of medical care and welfare service: medical treatment under long-term insurance system. *Psychogeriatrics* 2006; 6: 139–144.
48. Szczerbińska K., Pietryka A. Rozwój geriatry w krajach europejskich — jakość kształcenia i opieki geriatrycznej (część 2). *Gerontol. Pol.* 2008; 16: 137–148.
49. Tinetti M.E. Clinical practice: preventing falls in elderly persons. *N. Engl. J. Med.* 2003; 348: 42–49.
50. Wieczorowska-Tobis K., Talarska D. (red.). *Geriatry i pielęgniarstwo geriatryczne*. PZWL, Warszawa 2008.
51. Wieczorowska-Tobis K., Kostka T., Borowicz A.M. *Fizjoterapia w geriatry*. PZWL, Warszawa 2010.
52. Wieczorowska-Tobis K., Rajska-Neumann A., Styszyński A., Józwiak A. Kompleksowa ocena geriatryczna jako narzędzie do analizy stanu funkcjonalnego pacjenta starszego. *Geriatrya Polska* 2006, 2: 38–40.
53. Wieland D., Hirth V. Comprehensive geriatric assessment. *Cancer Control* 2003; 10: 454–462.
54. Wieland D., Kramer B.J., Waite M.S. i wsp. The interdisciplinary team in geriatrics. *Am. Behav. Sci.* 1996; 39: 655–664.
55. Wojszel Z.B. Instrumenty pełnej oceny geriatrycznej. Zastosowanie w praktyce lekarza rodzinnego. *Gerontol. Pol.* 1997; 5: 48–56.
56. Wojszel Z.B. *Geriatryczne zespoły niesprawności i usługi opiekuńcze w późnej starości*. Wydawnictwo Trans Humana, Białystok 2009.
57. Żak M. Rehabilitacja osób po 80. roku życia z zaburzeniami czynności życia codziennego. *Gerontol. Pol.* 2005; 13: 1–7.
58. Żak M., Gryglewska B. Skuteczność i tolerancja rehabilitacji u niesprawnych chorych z nadciśnieniem tętniczym w zaawansowanej starości. *Przegl. Lek.* 2005; 62 (9): 886–889.
59. Żak M., Gryglewska B. Ocena wyników rehabilitacji osób po 85. roku życia z zaburzeniami sprawności funkcjonalnej. *Reh. Med.* 2006, 2: 20–24.
60. Żak M., Swine C., Grodzicki T. Combined effects of functionally-oriented exercise regimens and nutritional supplementation on both the institutionalized and free-living frail elderly (double-blind, randomized clinical trial). *BMC Public Health* 2009; 9 (39): <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/9/39>.

Załącznik nr 1

Skala VES-13¹

OCENIANE OBSZARY		OCENA
1	Wiek badanego	60–74
		75–84
		85+
2	Samocena stanu zdrowia	Wspaniałe lub dobre
		Przeciętne lub złe
3	Czy ma Pani/Pan znaczne trudności z wykonaniem poniższych czynności lub ich wykonanie jest niemożliwe?	
	Pochylenie, kucanie, klękanie	Tak/Nie
	Podnoszenie, dźwiganie przedmiotów o wadze 4,5 kg	Tak/Nie
	Sięganie lub wyciąganie ramion powyżej barków	Tak/Nie
	Pisanie lub utrzymywanie drobnych przedmiotów	Tak/Nie
	Przejście 400 metrów	Tak/Nie
	Ciężka praca domowa, jak mycie podłóg lub okien	Tak/Nie
	Jeśli dwie (lub więcej) odpowiedzi są pozytywne, należy przyznać maksimum 2 punkty, a jeśli jedna to 1 punkt pkt (0–2 pkt)
4	Czy z powodu złego stanu zdrowia lub ograniczeń w sprawności ma Pani/Pan trudności z wykonywaniem następujących czynności lub ich nie wykonuje?	
	Zakupy produktów na potrzeby własne, np. produkty toaletowe, leki	Tak/Nie
	Rozporządzanie własnymi pieniędzmi: śledzenie wydatków, opłacanie rachunków	Tak/Nie
	Przejście przez pokój (również przy pomocy kuli, laski lub balkonika)	Tak/Nie
	Wykonywanie lekkich prac domowych (zmywanie naczyń, ścieranie kurzu)	Tak/Nie
	Kąpiel w wannie lub pod prysznicem	Tak/Nie
	Jeśli choć jedna odpowiedź jest pozytywna, to należy przyznać 4 punkty (maksimum) pkt (0 lub 4 pkt)
Razem	 maksimum = 10

Uzyskanie 3 lub więcej punktów wskazuje na ryzyko znacznego pogorszenia stanu zdrowia, sprawności funkcjonalnej lub zgonu w ciągu najbliższych dwóch lat.

¹Skala zaadaptowana przez Zespół Ekspertów ds. Gerontologii przy Ministerstwie Zdrowia. Jest zalecana do stosowania przez świadczeniodawców na podstawie wywiadu bezpośredniego lub przez telefon (źródło: Saliba D., Elliott M., Rubenstein L.Z. i wsp. The Vulnerable Elders Survey: A Tool for Identifying Vulnerable Older People in the Community. J. Am. Geriatr. Soc. 2001; 49: 1691–1699).

Załącznik nr 2

Badania laboratoryjne i diagnostyczne rekomendowane w gerii

- 1) OB, białko C-reaktywne (CRP)
- 2) morfologia krwi z leukogramem
- 3) retikulocyty
- 4) biopsja i ocena szpiku
- 5) glukoza we krwi na czczo i 120 minut po obciążeniu 75 g glukozy (krzywa cukrowa)
- 6) hemoglobina glikowana
- 7) mikroalbuminuria
- 8) badanie ogólne moczu, liczba Addisa
- 9) bilirubina, transaminazy, diastazy w surowicy i w moczu, fosfataza zasadowa, GGTP, LDH, CPK, CPK-MB, troponina
- 10) stężenie kreatyniny, mocznika, klirens kreatyniny, eGFR
- 11) elektrolity we krwi
- 12) dobowe wydalanie Na, K i Ca z moczem
- 13) cholesterol (całkowity, LDL, HDL), trójglicerydy
- 14) TSH (fT3, fT4), przeciwciała przeciwmikrosomalne tarczycy, kortyzol, parathormon, testosteron, dehydroepiandrosterone
- 15) stężenie leków we krwi, w tym digoksyny, karbamazepiny, teofiliny
- 16) białko całkowite, albuminy, elektroforeza, immunoelektroforeza, przeciwciała przeciwjądrowe, przeciwko natywnemu DNA, anty-cytrulinowe
- 17) protrombina (INR), fibrynogen, czas fibrynolizy, kaolinowo-kefalinowy, D-dimery
- 18) markery nowotworowe (PSA, CEA, CA 125, CA 19-9, alfa-fetoproteina)
- 19) witamina B12, kwas foliowy, witamina D
- 20) posiewy mikrobiologiczne krwi, moczu, płwociny, wydzieliny z ran
- 21) antygen HBs, przeciwciała anty-HCV
- 22) kał na krew utajoną
- 23) gazometria krwi żyłnej i tętniczej
- 24) badania radiologiczne, w tym kontrastowe
- 25) badania ultrasonograficzne
- 26) badanie echograficzne serca
- 27) dopplerowskie pomiary przepływu w naczyniach
- 28) EKG spoczynkowe, wysiłkowe, 24-godzinna rejestracja EKG metodą Holtera
- 29) 24-godzinna ambulatoryjna rejestracja ciśnienia tętniczego krwi
- 30) badania endoskopowe
- 31) badania histopatologiczne i biopsje cienkoigłowe
- 32) densytometria
- 33) tomografia komputerowa
- 34) rezonans magnetyczny, a w uzasadnionych przypadkach inne metody obrazowania
- 35) spirometria
- 36) testy pochyleniowe