

Interdyscyplinarna wieloskładnikowa niefarmakologiczna profilaktyka szpitalnego zespołu majaczeniowego u pacjentów geriatrycznych w Polsce – Projekt Zdrowy Kontakt

Interdisciplinary multicomponent non-pharmacological prevention of hospital delirium in geriatric patients in Poland – The Wholesome Contact Project

Weronika Kałwak¹, Anna Bańbura¹, Karolina Faber^{2,3}, Stanisław Górski⁴,
Karolina Piotrowicz⁵, Krzysztof Rewiuk⁵, Tomasz Grodzicki⁵

¹ Zakład Psychologii Zdrowia, Instytut Psychologii Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie

² Interdyscyplinarne Studenckie Koło Naukowe Kontakt z Pacjentem przy Katedrze Chorób Wewnętrznych
i Gerontologii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie

³ Szpital Specjalistyczny im. J. Dietla w Krakowie

⁴ Zakład Dydaktyki Medycznej Collegium Medicum Uniwersytet Jagielloński w Krakowie

⁵ Katedra Chorób Wewnętrznych i Gerontologii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie

Streszczenie

Celem artykułu poglądowego jest przedstawienie tematyki częstego powikłania hospitalizacji starszych pacjentów, jakim jest zespół majaczeniowy. Tekst przybliża problem trudności w diagnozowaniu majaczenia szpitalnego i uzasadnia za pomocą wyników badań naukowych potrzebę wdrażania przez zespoły interdyscyplinarne wieloskładnikowej niefarmakologicznej profilaktyki majaczenia szpitalnego u pacjentów geriatrycznych. Zaprezentowany został pierwszy w Polsce program profilaktyczny polegający na systematycznej interwencji niefarmakologicznej, która dostarczana jest pacjentom geriatrycznego oddziału internistycznego przez wolontariuszy rekrutowanych spośród studentów medycyny, psychologii i pielęgniarstwa. Celem programu jest jednocześnie edukacja przyszłych kadr medycznych w zakresie opieki geriatrycznej, szczególnie skupionej na profilaktyce szpitalnego zespołu majaczeniowego. (Gerontol Pol 2016, 24, 278-284)

Słowa kluczowe: profilaktyka majaczenia szpitalnego, osoby starsze

Abstract

The aim of the view paper is to present a subject of hospital delirium that is a frequent complication in hospitalized elders. It shows difficulties in hospital delirium diagnosis and uses research evidence to legitimise the need for implementation of multicomponent non-pharmacological prevention of delirium in geriatric inpatients. The first Polish prevention programme based on systematic non-pharmacological intervention provided by volunteers is presented. Volunteers are recruited from medical, psychology and nursing students. Another aim of the programme is to educate future medical personnel to provide geriatric care, especially focused on hospital delirium prevention. (Gerontol Pol 2016, 24, 278-284)

Key words: multifactorial non-pharmacological prevention of hospital delirium in elders

Wstęp

Majaczenie (delirium) jest jednym z najczęstszych powikłań hospitalizacji osób starszych [1]. Zgodnie z DSM-IVR jest to stan zmienionej świadomości i uwagi współwystępujących z zaburzeniami myślenia i percepcji, deficytami pamięci i dezorientacją, których nie da się wyjaśnić już istniejącym lub rozwijającym się otępieniem, i które pojawiają się w krótkim czasie (zwykle od kilku godzin do kilku dni) oraz fluktuują w ciągu doby [1].

Wprawdzie dane na temat częstości występowania majaczenia różnią się w zależności od przyjętych kryteriów rozpoznawania delirium i badanej populacji [1], szacuje się jednak, że delirium występuje nawet u 30% hospitalizowanych dorosłych osób [2], a w przypadku starszych pacjentów jego rozpowszechnienie może osiągać 56% [3]. Jednocześnie to powikłanie leczenia szpitalnego starszych osób jest często niezdiagnozowane lub zdiagnozowane zbyt późno [1].

Trudności w rozpoznawaniu majaczenia

Przyczyną rzadkiego rozpoznawania zespołu majaczeniowego może być jego zmienny w czasie i różnorodny obraz kliniczny oraz współwystępowanie z innymi powszechnymi zaburzeniami podeszłego wieku. Gwałtowny początek i charakterystyczny przebieg delirium, które rozwija się nagle, a objawy fluktuują w ciągu doby, z reguły pozwalają na różnicowanie z otępieniem, która rozwija się stopniowo i ma relatywnie stały poziom obserwowalnych objawów [2]. Jednak manifestowane zaburzenia funkcji poznawczych, w tym typowe dla majaczenia zaburzenia funkcji uwagi, mogą być trudne do zróżnicowania lub bardzo często współwystępować z objawami otępienia, a zaburzenia emocjonalne (np. lęk) występować także w przebiegu depresji [3]. Jednocześnie fluktuacja objawów delirium w czasie sprawia, że podczas pobytu w szpitalu może ono pojawić się i rozwinąć niezauważone. Zgodnie z zaproponowaną przez Lipowskiego klasyfikacją majaczenia, wyróżniamy trzy fenotypy delirium: hipoaktywne, hiperaktywne oraz mieszane, hipo-hiperaktywne [4]. Pacjenci prezentujący delirium hipoaktywne, które charakteryzuje się m.in. spowolnieniem psychoruchowym i obniżeniem nastroju w środowisku szpitalnym mogą nie przyciągać uwagi personelu i pozostać pacjentami niewidzialnymi (w przeciwieństwie do pacjentów z delirium hiperaktywnym), a ich epizod majaczenia nierozpoznany i nieleczone [3].

Jednym ze źródeł trudności w diagnozowaniu i powodów niedostatecznie częstego rozpoznania majaczenia

może być także niewystarczająca świadomości problemu, wiedzy o delirium [5,6] i umiejętności jego diagnozowania u starszych osób [7] wśród lekarzy, personelu pielęgniarskiego i opiekunów medycznych [5-7]. w Polsce zwraca uwagę mała liczba oddziałów geriatrycznych i specjalizującego się w geriatрії personelu medycznego (jak podaje Najwyższa Izba Kontroli w raporcie z marca 2015 r. niespełna jeden geriatra przypada na 100 tys. mieszkańców) [8], gdy istotną część pacjentów placówek medycznych stanowią osoby w podeszłym wieku. Dodatkowo niepewność i niejednoznaczność w kwestii klasyfikowania, definiowania i nazywania majaczenia [9,10] mogą być źródłem powściągliwości, bądź nawet niechęci, do stawiania tego rozpoznania. Co więcej, sam fakt występowania powikłań leczenia szpitalnego interpretowany bywa – zwykle błędnie – przez pacjentów, ich rodziny i opinię publiczną jako rezultat złego funkcjonowania służby zdrowia: błędów w sztuce lekarskiej, złych warunków leczenia, nieodpowiedniej opieki personelu medycznego etc. Ten złożony obraz trudności diagnostycznych delirium pokazuje, że skuteczne rozpoznanie polegające na wykryciu występujących nagle lub charakteryzujących się inną niż dotychczas manifestacją [11], zaburzeń uwagi, percepcji, myślenia, nastroju i zachowania, wymaga nie tylko specjalistycznego szkolenia i doświadczenia klinicznego, ale również regularnej, długotrwałej i wnikliwej obserwacji pacjenta, która umożliwia zauważenie wystąpienia zmieniających się w czasie objawów. Konieczna do tego zmiana poziomu wiedzy i umiejętności oraz postaw wobec majaczenia może nastąpić wyłącznie dzięki edukacji i upowszechnieniu realistycznych przekonań wśród pracowników służby zdrowia, pacjentów i ich rodzin.

Zagadnienie niedodiagnozowania majaczenia stanowi problem w ochronie zdrowia z uwagi na duże rozpowszechnienie delirium, a także gorsze rokowanie pacjentów, którzy przebyli majaczenie [2]. Delirium jest potencjalnie odwracalnym zaburzeniem świadomości. Jednak przebyty incydent delirium zwiększa ryzyko zgonu, pogorszenia stanu zdrowia i sprawności funkcjonalnej [2,3] oraz utraty samodzielności. Często wiąże się z dłuższą hospitalizacją i większym ryzykiem instytucjonalizacji, a w rezultacie wyższym kosztem leczenia szpitalnego i opieki poszpitalnej. Z perspektywy pacjenta, jest cierpieniem dla niego i jego rodziny [12]. Dlatego priorytetem powinno być zapobieganie występowaniu majaczenia i jego możliwie wczesne rozpoznawanie już na etapie pojawiania się objawów prodromalnych [3,13], które możliwe jest dzięki wnikliwej obserwacji pacjenta przy znajomości indywidualnych dla niego czynników ryzyka oraz rutynowemu stosowaniu testów poznawczych i narzędzi dedykowanych do rozpoznawania majaczenia [7].

Profilaktyka majaczenia

Szacuje się, że ok. 40% incydentów majaczenia jest możliwych do uniknięcia [1,13]. Zgodnie z rekomendacjami ekspertów Amerykańskiego Towarzystwa Geriatrycznego opublikowanymi w 2014 r. zaleca się wdrożenie wieloskładnikowej profilaktyki nefarmakologicznej (*multicomponent non-pharmacological prevention*) realizowanej przez interdyscyplinarny zespół medyczny [13]. We wspomnianych rekomendacjach podkreśla się ponadto, że nie ma podstaw do stosowania profilaktyki farmakologicznej: wyniki badań skuteczności profilaktyki farmakologicznej są niejednoznaczne, a wiele z tych badań nie spełnia wymogów metodologicznych (np. nie stosuje procedury placebo) [13]. Co więcej, podawanie leków przeciwpsychotycznych starszym pacjentom może prowadzić do niepożądanych skutków zdrowotnych [13], w tym również samo działanie leku może okazać się czynnikiem wyzwalającym delirium [2,3]. Stosowanie profilaktyki nefarmakologicznej jest nie tylko skuteczne [14] i bezpieczne, interwencje, których istotnym elementem jest częsty bezpośredni kontakt z pacjentem zwiększają także jakość życia, jakość opieki i satysfakcję pacjentów, rodzin i personelu [15].

Wieloskładnikowa nefarmakologiczna profilaktyka majaczenia

W związku z tym w literaturze medycznej dotyczącej profilaktyki delirium wikłającego hospitalizację osób starszych zaobserwować można wyraźny wzrost zainteresowania programami wieloskładnikowej nefarmakologicznej profilaktyki majaczenia. Ich wzrastająca w ostatnich latach popularność niewątpliwie związana jest z zainicjowanym w 1999 r. w Stanach Zjednoczonych [16] programem profilaktyki delirium szpitalnego u osób starszych Hospital Elder Life Program (HELP) [17]. Program obecnie realizowany jest w 11 krajach świata i w wielu badaniach potwierdzono jego skuteczność [18,19]. Celem projektu HELP jest zapobieganie występowaniu majaczenia wikłającego hospitalizację starszych osób, ale również utrzymanie możliwie wysokiego poziomu funkcjonowania poznawczego i sprawności samoobsługowej podczas hospitalizacji, zapobieganie upadkom, ponownym nieplanowanym hospitalizacjom i instytucjonalizacji, utracie samodzielności, a także asystowanie starszemu pacjentowi w powrocie do domu ze szpitala [20]. w programie HELP interwencję profilaktyczną może przeprowadzać zarówno profesjonalny personel medyczny, jak i wolontariusze. Ponadto HELP prowadzi szkolenia dla profesjonalnego personelu medycznego, ale także edukuje rodziny i samych pacjen-

tów. Program przewiduje kontakt z pracownikami społecznymi w celu organizacji wsparcia pacjentów podczas powrotu do domu ze szpitala [20]. Innym znanym programem wieloskładnikowej nefarmakologicznej profilaktyki delirium szpitalnego u osób starszych jest, wzorowany na HELP, realizowany w Australii projekt REVIVE (Recruitment of Volunteers to Improve Vitality in the Elderly). Jego skuteczność została dowiedziona w zapobieganiu delirium, utrzymywaniu sprawności poznawczej i funkcjonalnej u hospitalizowanych pacjentów oraz w zapobieganiu instytucjonalizacji. Odróżnia się od HELP nieco mniej złożonym protokołem interwencji, a także, lub przede wszystkim zaangażowaniem wyłącznie wolontariuszy – przeszkolonych do opieki nad pacjentami, ale nieposiadających wykształcenia medycznego [21].

Idea wieloskładnikowej profilaktyki nefarmakologicznej odwołuje się do mechanizmu rozwoju majaczenia, w którym rolę odgrywa szereg wzajemnie na siebie oddziałujących czynników predysponujących, wyzwalających i podtrzymujących majaczenie, występujących u indywidualnego pacjenta oraz w środowisku szpitalnym [2,3]. Za wystąpienie delirium u konkretnej osoby odpowiedzialna jest ich indywidualna konstelacja. Dlatego właśnie rozpoznanie specyficznej sytuacji konkretnego pacjenta jest konieczne do wprowadzenia odpowiedniej interwencji profilaktycznej, która polega na zidentyfikowaniu potencjalnych czynników ryzyka i jeśli jest to możliwe, zminimalizowaniu lub usunięciu ich wpływu na stan zdrowia pacjenta. Wśród czynników ryzyka wyróżniamy czynniki niemodyfikowalne, takie jak: wiek (ryzyko delirium rośnie wraz z wiekiem, szczególnie ryzyko stanowi wiek powyżej 75 lat), poważna choroba somatyczna i istniejące zaburzenia poznawcze. Istotnym czynnikiem sprzyjającym wystąpieniu delirium szpitalnego jest sam fakt hospitalizacji, jako nagłej i stresującej dla starszej osoby zmiany miejsca i otaczających ją osób, a także będące częstym powikłaniem leczenia szpitalnego, zakażenia wewnątrzszpitalne. Dlatego zaleca się, o ile jest to możliwe, unikać hospitalizacji osób starszych.

Kiedy jednak jest to konieczne, uwagę należy zwrócić na modyfikowalne czynniki ryzyka delirium, na zapobieganiu, którym opierają się programy wieloskładnikowej nefarmakologicznej profilaktyki majaczenia szpitalnego. Czynniki ryzyka takie jak: odwodnienie, niedożywienie, deprywacja snu, utrata orientacji w czasie i miejscu, deprywacja sensoryczna (wzrok i słuch) i stres sensoryczny, unieruchomienie oraz deprywacja społeczna i stres psychologiczny [2] minimalizowane mogą być przez różne działania profilaktyczne podejmowane podczas codziennych odwiedzin u pacjentów, swo-

bodnych rozmów i udzielania informacji oraz wsparcia. Orientowanie w czasie i miejscu, dostęp do zegara i kalendarza, różne rodzaje treningu poznawczego, asystowanie w spożywaniu posiłków, pojenie i przypominanie o konieczności picia, kontrola przyjmowanych przez pacjenta leków, w tym także tych dostępnych bez recepty oraz nefarmakologiczne wsparcie rytmu snu i czuwania przeciwdziałają rozwinięciu się majaczenia [3,22]. Unieruchomieniu zapobiega się przez mobilizację pacjentów, unikanie stosowania cewników, a także ograniczanie do minimum stosowania siły fizycznej lub przymusu bezpośredniego w celu uspokojenia lub zapewnienia bezpieczeństwa pacjentowi [3]. Deprywację sensoryczną i stres sensoryczny powstrzymuje się poprzez dostarczanie w razie potrzeby okularów, aparatów słuchowym i zatyczek do uszu [3]. Spośród całego dostępnego zestawu możliwych działań nakierowanych na usunięcie lub zminimalizowanie czynników ryzyka, osoba realizująca interwencję profilaktyczną na podstawie znajomości sytuacji pacjenta i warunków oddziały, w którym jest on hospitalizowany (np. czy okna w sali są widoczne dla pacjenta, czy konieczny jest inny sposób sygnalizowania pory dnia), dopasowuje ją do jego indywidualnych potrzeb. Profilaktyka kierowana jest do pacjentów geriatrycznych na oddziałach ogólnych i geriatrycznych, pacjentów paliatywnych i pacjentów opieki długoterminowej. Osobną grupę stanowią pacjenci oddziałów chirurgicznych i intensywnej terapii, a także różnych oddziałów specjalistycznych, ze względu na inny poziom i rodzaj ryzyka delirium, stwarzające potrzebę specyficznej profilaktyki. Wyróżnia się trzy grupy dostarczające interwencje profilaktyczne: personel medyczny (głównie pielęgniarki, rzadziej lekarze), członkowie rodzin pacjentów i wolontariusze [23-25]. w literaturze opisywane są dwa typy programów profilaktycznych. Bezpośrednia interwencja profilaktyczna polega na wprowadzaniu do codziennej opieki nad pacjentami protokołów stworzonych dla majaczenia [26]. Programy profilaktyki pośredniej polegają na edukacji dotyczącej delirium, której celem jest zwiększenie wiedzy, umiejętności i świadomości na jego temat, co umożliwi redukcję czynników ryzyka występowania majaczenia, a w przypadku jego pojawienia się odpowiednio szybką diagnozę i leczenie.

Choć większość działań profilaktycznych nie wymaga specjalistycznych kompetencji, ich wdrażanie okazuje się najskuteczniejszym jak dotychczas sposobem radzenia sobie z delirium wikłającym hospitalizację starszych osób [1,3,13,14]. Wieloczynnikowe nefarmakologiczne interwencje dowiodły swojej skuteczności w profilaktyce majaczenia w różnych kontekstach opieki krótkoterminowej nad starszymi pacjentami [14]: u osób hospitalizowanych w ramach nagłych przyjęć na oddziałach

chirurgicznych i internistycznych, u pacjentów z nowotworami i u pacjentów terminalnych [27,28]. Ich skuteczność nie została jednak wystarczająco dowiedziona w innych kontekstach klinicznych, tj. zakłady opieki długoterminowej [29,30]. Ponadto wieloczynnikowe interwencje są skuteczne u pacjentów ze średnim lub wysokim ryzykiem zapadnięcia na delirium, ale nie wykazano jednoznacznie ich przydatności w leczeniu pacjentów będących już w trakcie incydentu majaczenia [31]. Z kolei doniesienia na temat interwencji uwzględniających wyłącznie jeden czynnik (np. wyłącznie reorientację, lub wyłącznie kontrolowanie ilości przyjmowanych leków) są rozbieżne, a pozytywne wyniki uzyskiwano zaledwie w pojedynczych badaniach [31].

Wpływ innych czynników na skuteczność profilaktyki majaczenia szpitalnego

Ponadto wykazano niezależny, istotny wpływ przestrzegania (*adherence*) protokołu na skuteczność interwencji profilaktycznych [32]. Jest to szczególnie ważne w przypadku programów wieloskładnikowej profilaktyki nefarmakologicznej, które wymagają systematycznego realizowania różnych elementów interwencji. Jednak nie we wszystkich badaniach ta zmienna została uwzględniona, co sprawia, że wyniki dotyczące efektywności interwencji są mniej informatywne. Stąd sugestie, by projektując ramy interwencji dbać o strategię zapewniania i kontroli adherencji, a w ocenie efektywności realizowanej profilaktyki o jej pomiar [32].

Zapobieganie majaczeniu szpitalnemu może być również bardziej skuteczne, gdy zastąpi się skoncentrowany na konkretnym zadaniu (*task-allocation of care*) typ sprawowanej opieki na taki, który koncentruje się na konkretnym pacjencie (*patient-allocation of care*) [33]. Gdy danemu członkowi zespołu medycznego (zwykle pielęgniarce) zleca się opiekę nad konkretnym pacjentem, a nie wykonywanie wyłącznie jednego powtarzalnego zadania w grupie wielu pacjentów, wynikający z tego stały kontakt i całościowa opieka jednej pielęgniarki nad zagrożonym delirium pacjentem ma efekt profilaktyczny. Takie rozwiązanie może być źródłem różnorodnych korzyści. Kontakt jednej pielęgniarki z konkretnym pacjentem umożliwia jego stałą i wnikliwą obserwację oraz indywidualną i ciągłą ocenę czynników ryzyka delirium. Kontakt pacjenta z jedną stałą osobą udzielającą mu opieki, zamiast ze zmieniającym się ciągle personelem medycznym, stanowiącym dla pacjenta „nierozpoznawalne twarze” może ograniczać percepcyjny, psychologiczny i społeczny stres, dzięki czemu zmniejszać ryzyko utraty orientacji oraz budować u pacjenta poczucie bezpieczeństwa. Nawiazanie

bliższej interpersonalnej relacji między pacjentem i pielęgniarką może w takiej sytuacji sprzyjać nie tylko komfortowi pacjenta, ale także przyczyniać się do wytworzenia więzi i poczucia odpowiedzialności za konkretnego pacjenta ze strony pielęgniarki, a w rezultacie podnosić jej zaangażowanie i jakość udzielanej opieki. Badania pokazują ponadto, że wdrożenie programów zapobiegania delirium podnosi poziom zadowolenia i satysfakcji personelu medycznego, pacjentów i ich rodzin [34], a wprowadzenie opieki udzielanej przez wolontariuszy podnosi jakość opieki pielęgniarskiej [35].

Jednocześnie autorzy wskazują na niski poziom świadomości i wiedzy na temat majaczenia u personelu medycznego [36] oraz działań nakierowanych na zapobieganie delirium [37,38]. Brak jest również usystematyzowanych, szeroko zakrojonych działań edukacyjnych i treningowych prowadzonych w zakresie badania przesiewowego i rozpoznawania delirium przez personel medyczny [37,38] (rekomendowana skala to the Confusion Assessment Method, CAM). Ten rozpoznany niski poziom świadomości i wiedzy dotyczącej majaczenia stał się przesłanką do sformułowania opisanych w literaturze programów pośredniej nefarmakologicznej interwencji profilaktycznej, polegającej na informowaniu i edukowaniu personelu medycznego, wolontariuszy i rodzin pacjentów, które również wykazały swoją skuteczność, jednak w mniejszym stopniu niż bezpośrednie wprowadzanie protokołów profilaktycznych do codziennej opieki nad pacjentami geriatrycznymi [39,40,41].

Polski interdyscyplinarny program profilaktyki majaczenia szpitalnego – Projekt Zdrowy Kontakt

Powyższe dane uzasadniają wprowadzanie programów profilaktyki dostarczanej przez interdyscyplinarny zespół oraz edukację różnych przedstawicieli personelu medycznego oraz rodzin pacjentów na temat majaczenia w przebiegu hospitalizacji starszych osób. Posłużyły więc za inspirację do rozpoczęcia w 2012 r. pierwszego w Polsce (i Europie Środkowo-Wschodniej) programu wieloskładnikowej nefarmakologicznej profilaktyki zespołu majaczeniowego u hospitalizowanych osób starszych – Projektu Zdrowy Kontakt. Program realizowany jest w Klinice Chorób Wewnętrznych i Gerontologii Szpitala Uniwersyteckiego we współpracy z Zakładem Psychologii Zdrowia Instytutu Psychologii UJ, Zakładem Dydaktyki Medycznej CM UJ, Interdyscyplinarnym Studenckim Kołem Naukowym Kontakt z Pacjentem przy Katedrze Chorób Wewnętrznych i Gerontologii CM UJ i Kołem Naukowym Studentów Psychologii UJ. Projekt wzorowany jest na innych tego typu

programach bezpośredniej profilaktyki (tj. wspomniane już programy HELP i REVIVE): dodatkowa wobec podstawowej opieki szpitalnej interwencja profilaktyczna dostarczana jest przez wolontariuszy pacjentom oddziału internistycznego. Zdrowy Kontakt jest jednak jedynym programem, do którego jako wolontariusze rekrutowani są studenci i studentki medycyny, psychologii i pielęgniarstwa na Uniwersytecie Jagiellońskim, co niesie podwójną korzyść, ponieważ uczestnictwo w projekcie stanowi też silną motywację do nauki przedmiotów na studiach, z których wiedza wykorzystywana jest przez wolontariuszy w praktyce.

Interwencji poddawani są pacjenci, którzy w oparciu o wyniki badań mogą najbardziej skorzystać z profilaktyki: pacjenci powyżej 75 roku życia, w pierwszej lub drugiej dobie hospitalizacji, którzy podczas przyjęcia do szpitala wykazują podstawową orientację allopsychiczną i zdolni są do werbalnego kontaktu, na którym opiera się oddziaływanie wolontariuszy. w tak szeroko zdefiniowanej grupie podopiecznych znajdują się pacjenci zróżnicowani wiekiem, stanem zdrowia i sprawnością poznawczą. To z kolei, wraz z innymi okolicznościami życia i indywidualnym zróżnicowaniem, znacznie różnicuje poziom ryzyka wystąpienia u nich majaczenia i wymaga wnikliwego, elastycznego, zindywidualizowanego i całościowego podejścia. Dlatego wolontariusze, dobrani w stałe interdyscyplinarne pary, codziennie odwiedzają pacjentów włączonych do programu (jedna para zajmuje się jednym lub dwoma pacjentami w miesiącu, każdym przez co najmniej tydzień), co umożliwia im nawiązanie relacji i rozpoznanie specyficznych potrzeb osoby. Podczas odwiedzin towarzyszą pacjentom, udzielają wsparcia i podstawowych informacji o funkcjonowaniu oddziału, jednocześnie realizując usystematyzowaną wieloczynnikową nefarmakologiczną interwencję profilaktyczną skoncentrowaną na modyfikowalnych czynnikach ryzyka wystąpienia majaczenia (jej przebieg jest odnotowywany w Karcie Kontakt z Pacjentem i kontrolowany przez koordynatorów programu).

Ponadto przed rozpoczęciem i w trakcie udziału w projekcie wolontariusze otrzymują informacje dotyczące zagadnienia delirium szpitalnego u osób starszych i jego profilaktyki oraz inne szkolenia z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy w szpitalu oraz medycyny, psychologii, fizjoterapii, pielęgnacji i pomocy społecznej odnoszące się do sytuacji pacjentów hospitalizowanych na oddziale. Dodatkowo objęci są obowiązkową grupową i indywidualną superwizją oraz wsparciem psychologicznym. Celem Projektu Zdrowy Kontakt jest bowiem nie tylko zapobieganie powikłaniom hospitalizacji u pacjentów Kliniki, ale również edukacja przyszłych kadr medycznych poprzez realistyczną praktykę

w wymagającym środowisku szpitalnym. Cel edukacyjny skoncentrowany jest na promowaniu kontaktu z pacjentem, trenowaniu zdolności pracy w zespole interdyscyplinarnym, upowszechnianiu wiedzy i umiejętności z zakresu geriatry (szczególnie związanych z hospitalizacją powikłaną przez majaczenie), a także zwiększaniu świadomości faktu, że z uprawianiem zawodów medycznych wiąże się stres i obciążenia wymagające koleżeńskiej współpracy, superwizji i wsparcia psychologicznego. Tym samym realizowana jest pośrednia profilaktyka majaczenia szpitalnego polegająca na edukacji personelu medycznego (w planach jest również wprowadzenie elementu edukacji rodzin pacjentów).

Trzecią osią Projektu Zdrowy Kontakt, poza profilaktyką i edukacją przyszłych kadr medycznych, są ilościowe i jakościowe badania naukowe. Prowadzone są pomiary skuteczności stosowanej interwencji, które wskazują dotychczas na skrócenie średniego czasu hospitalizacji u pacjentów objętych interwencją i istot-

ne zmniejszenie wśród nich występowania incydentów majaczenia. Wyniki podłużnych jakościowych badań doświadczenia, motywacji, przekonań i postaw wolontariuszy mają wspierać skuteczną organizację projektu (i jemu podobnych) w przyszłości. Posłużyły do wprowadzenia w życie obecnej struktury wolontariatu i programu szkoleń oraz wsparcia odpowiadających zapotrzebowaniu wolontariuszy. Ze względu na partycypacyjny charakter Projektu Zdrowy Kontakt wolontariusze aktywnie uczestniczą również w prowadzeniu badań naukowych, co jest użyteczne nie tylko dla tych studentów, którzy wiążą swoją przyszłość z pracą naukową, ale również dla tych, którzy jako przyszli praktycy swoje działania będą opierać na wnikliwym i wszechstronnym rozumieniu wyników badań naukowych.

Konflikt interesów / Conflict of interest

Brak/None

Piśmiennictwo

1. Ryan DJ, Ryan DJ, O'Regan NA i wsp. Delirium in an adult acute hospital population: predictors, prevalence and detection. *BMJ Open*. 2013;3:e001772.
2. Wass S, Webster PJ, Nair BR. Delirium in the Elderly: A Review. *Oman Med J*. 2008;23(3):150-7.
3. Klich-Rączka K, Piotrowicz K, Grodzicki T. Majaczenie w świetle najnowszych zaleceń. *Prz Lek*. 2009;66(4):187-91.
4. Lipowski ZJ. Transient cognitive disorders (delirium, acute confusional states) in the elderly. *Am J Psychiatry*. 1983;140:1426-36.
5. Inouye SK. The dilemma of delirium: Clinical and research controversies regarding diagnosis and evaluation of delirium in hospitalized elderly medical patients. *AJM*. 1994;97(3):278-88.
6. Tabet N, Hudson S, Sweeney V i wsp. An educational intervention can prevent delirium on acute medical wards. *Ageing*. 2005;34(2):152-6.
7. Young RS, Hinami K, Arseven A i wsp. Hospitalists' lack of knowledge of the Confusion Assessment Method: a barrier to systematic validated delirium surveillance. *Hosp Pract*. 2012;40(4):56-63.
8. Informacja o wynikach kontroli „Opieka nad osobami w wieku podeszłym” Departamentu Zdrowia Najwyższej Izby Kontroli, 10.III.2015 r. <https://www.nik.gov.pl/plik/id,8319,vp,10379.pdf>
9. Kiejna A i wsp. Standardy leczenia otępień. *Psychogeriatr Pol*. 2008;5(2):59-94.
10. European Delirium Association, American Delirium Society. The DSM-5 criteria, level of arousal and delirium diagnosis: inclusiveness is safer. *BMC Medicine*. 2014;12(131).
11. Kłoszewska I. Majaczenie w otępieniu. *Post Psychiatr Neurol*. 1998;7:299-304.
12. Armstrong-Esther CA, Browne KD. The influence of elderly patients' mental impairment on nurse-patient interaction. *J Adv Nurs*. 1986;11(4):379-87.
13. Expert Panel on Postoperative Delirium in Older Adults. American Geriatrics Society Abstracted Clinical Practice Guideline for Postoperative Delirium in Older Adults. *J Am Geriatr Soc*. 2015;63(1):142-50.
14. Hirsch C. Review: Multicomponent nonpharmacologic interventions reduce incident delirium in inpatients. *ACP Journal Club*. 2015;163(2):JC4.
15. Sandhaus S, Zalon ML, Valenti D i wsp. A volunteer-based Hospital Elder Life Program to reduce delirium. *Health Care Manag (Frederick)*. 2010;29(2):150-6.
16. Inouye SK, Bogardus ST Jr, Charpentier PA i wsp. A Multicomponent Intervention to Prevent Delirium in Hospitalized Older Patients. *N Engl J Med*. 1999;340:669-76.

17. Inouye SK. The Hospital Elder Life Program: a model of care to prevent cognitive and functional decline in older hospitalized patients. *Hospital Elder Life Program. J Am Geriatr Soc.* 2000;48:1697-706.
18. Inouye SK, Baker DI, Fugal P i wsp. HELP Dissemination Project. Dissemination of the hospital elder life program: implementation, adaptation, and successes. *J Am Geriatr Soc.* 2006;54(10):1492-9.
19. Godfrey M, Smith J, Green J i wsp. Developing and implementing an integrated delirium prevention system of care: a theory driven, participatory research study. *BMC Health Serv Res.* 2013;13:341.
20. www.hospitalelderlifeprogram.org/
21. Caplan GA, Harper EL. Recruitment of volunteers to improve vitality in the elderly: the REVIVE study. *Intern Med J.* 2007;37(2):95-100.
22. Andro M, Comps E, Estivin S i wsp. Prevention of delirium in demented hospitalized patients. *Eur J Intern Med.* 2012;23:124-5.
23. Rosenbloom-Brunton DA, Henneman EA, Inouye SK. Feasibility of family participation in a delirium prevention program for hospitalized older adults. *J Gerontol Nurs.* 2010;36(9):22-33.
24. Conley DM. The gerontological clinical nurse specialist's role in prevention, early recognition, and management of delirium in hospitalized older adults. *Urol Nurs.* 2011;31(6):337-42.
25. Yoo JW, Nakagawa S, Kim S. Delirium and transition to a nursing home of hospitalized older adults: a controlled trial of assessing the interdisciplinary team-based "geriatric" care and care coordination by non-geriatrics specialist physicians. *Geriatr Gerontol Int.* 2013;13(2):342-50.
26. Vidán MT, Sánchez E, Alonso M i wsp. An intervention integrated into daily clinical practice reduces the incidence of delirium during hospitalization in elderly patients. *J Am Geriatr Soc.* 2009;57(11):2029-36.
27. Gagnon P, Allard P, Gagnon B i wsp. Delirium prevention in terminal cancer: assessment of a multicomponent intervention. *Psychooncology.* 2012;21(2):187-94.
28. Milisen K, Steeman E, Foreman MD. Early detection and prevention of delirium in older patients with cancer. *Eur J Cancer Care (Engl).* 2004;13(5):494-500.
29. Clegg A, Siddiqi N, Heaven A i wsp. Interventions for preventing delirium in older people in institutional long-term care. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;(1):CD009537.
30. Featherstone I, Hopton A, Siddiqi N. An intervention to reduce delirium in care homes. *Nurs Older People.* 2010;22(4):16-21.
31. Abraha I, Trotta F, Rimland JM i wsp. Efficacy of non-pharmacological interventions to prevent and treat delirium in older patients: a systematic overview. *PLoS ONE.* 2015;10(6):e0123090.
32. Inouye SK, Bogardus ST Jr, Williams CS, Leo-Summers L, Agostini JV. The role of adherence on the effectiveness of nonpharmacologic interventions: evidence from the delirium prevention trial. *Arch Intern Med.* 2003;163(8):958-64.
33. Lundström M, Edlund A, Karlsson S, Brännström B, Bucht G, Gustafson Y. A multifactorial intervention program reduces the duration of delirium, length of hospitalization, and mortality in delirious patients. *J Am Geriatr Soc.* 2005;53(4):622-8.
34. Siddiqi N i wsp. Stop Delirium! A complex intervention to prevent delirium in care homes: a mixed-methods feasibility study. *Age Ageing.* 2011;40(1):90-8.
35. Sandhaus S, Zalon ML, Valenti D i wsp. A volunteer-based Hospital Elder Life Program to reduce delirium. *Health Care Manag (Frederick).* 2010;29(2):150-6.
36. Young RS, Hinami K, Arseven A i wsp. Hospitalists' lack of knowledge of the Confusion Assessment Method: a barrier to systematic validated delirium surveillance. *Hosp Pract.* 2012;40(4):56-63.
37. Alagiakrishnan K i wsp. Gaps in patient care practices to prevent hospital-acquired delirium. *Can Fam Physician.* 2009;55(10):41-6.
38. Pierre JS. Delirium: a process improvement approach to changing prescribing practices in a community teaching hospital. *J Nurs Care Qual.* 2005;20(3):244-50.
39. Gagnon P, Charbonneau C, Allard P i wsp. Delirium in advanced cancer: a psychoeducational intervention for family caregivers. *J Palliat Care.* 2002 Winter;18(4):253-61.
40. Tabet Ni wsp. An educational intervention can prevent delirium on acute medical wards. *Age Ageing.* 2005;34(2):152-6.
41. Van de Steeg L, Langelaan M, Ijkema R i wsp. The effect of a complementary e-learning course on implementation of a quality improvement project regarding care for elderly patients: a stepped wedge trial. *Implement Sci.* 2012;7:13.