

Standardy świadczenia usług medycznych w specjalności geriatry

Standards of geriatric care consensus

Stanowisko Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego Kolegium Lekarzy Specjalistów Geriatrii w Polsce i Konsultanta Krajowego w dziedzinie Geriatrii

Autorzy opracowania:

*dr Jarosław Derejczyk, prof. dr hab. Tomasz Grodzicki, dr Anna Jakrzewska-Sawińska,
lek. Andrzej Józwiak, dr Alicja Klich, dr hab. Katarzyna Wieczorowska-Tobis*

Recenzenci:

prof. dr hab. Wojciech Pędich

prof. dr hab. Józef Kocemba

dr hab. med. Barbara Bień

Konsultacja socjologiczna:

prof. dr hab. Zbigniew Woźniak

Katowice, Kraków, Poznań, Gniezno, Białystok, 2003

Geriatryczne standardy opieki nad osobami w starszym wieku

Problemy zdrowotne osób w podeszłym wieku, leczenie oraz pielęgnacja osób starszych będą w współczesnym świecie coraz bardziej aktualne. Aby pomóc ludziom w starszym wieku, należy wypracować taki system leczenia i pielęgnowania, który będzie jasno określał zadania lekarza, pielęgniarki, psychologa, terapeuty zajęciowego, rehabilitanta, pracownika socjalnego i wolontariusza. Standardy opieki medycznej nad ludźmi w podeszłym wieku mają stanowić nowy model i wzór postępowania z osobą starszą. Stosując te standardy zespół geriatryczny będzie miał możliwość „całościowego” podejścia do pacjenta i jego problemów.

Ogólna charakterystyka opieki geriatrycznej

Medycyna geriatryczna zajmuje się schorzeniami osób w podeszłym wieku. Obecnie przyjętą granicą wieku podeszłego jest ukończenie 60 roku życia. Celem medycyny geriatrycznej jest zachowanie maksymalnej sprawności i samodzielności chorego oraz zapobieganie zbędnej instytucjonalizacji.

Opieka nad ludźmi w starszym wieku w nowoczesnym społeczeństwie powinna być aktywna, wszechstronna i prowadzona w profesjonalny sposób. Promuje zachowanie korzystnego dla zdrowia stylu życia, za-

pobiega chorobom oraz określa zasady diagnostyki i leczenia występujących patologii. Do zadań opieki nad ludźmi starszymi należy także współdziałanie z chorym i jego opiekunami w sytuacjach życiowych szczególnie trudnych dla pacjenta.

Leczenie i diagnozowanie patologii u osób w wieku podeszłym wymaga z jednej strony znajomości konsekwencji procesu starzenia, a z drugiej strony wiedzy na temat patofizjologii i symptomatologii chorób wieku podeszłego, które są mało charakterystyczne i często zupełnie odmienne niż u osób młodszych. W tym celu dla lekarzy i pielęgniarek powołano specjalizację z geriatrii.

Zespół geriatryczny

Opiekę nad pacjentem w starszym wieku sprawuje wielodyscyplinarny zespół złożony z personelu medycznego, niemedycznego oraz wolontariuszy. Tylko taka opieka zapewnia z jednej strony holistyczne spojrzenie na potrzeby pacjenta, a z drugiej indywidualizację w zakresie świadczonych usług zdrowotnych.

Jako opiekę holistyczną rozumie się opiekę lekarską, pielęgniarską, rehabilitacyjną oraz pomoc psychosocjalną. Obejmuje ona również edukację pacjenta, gdyż chory świadomy ograniczeń wynikających z procesu chorobowego nakładającego się na podeszły wiek może czynnie uczestniczyć w procesie leczenia,

a przede wszystkim w zapobieganiu powikłań prowadzących do rozwoju niepełnosprawności. Holistyczne podejście do pacjenta obejmuje również edukację rodziny bądź opiekunów w zakresie zasad opieki nad osobą w wieku podeszłym oraz pomoc w wypadku pogarszającego się stanu zdrowia i związanej z tym niesprawności.

Holistyczna opieka geriatryczna w okresie terminalnym zapewnia komfort psychiczny i fizyczny umierającemu pacjentowi. Pozwala również przygotować rodzinę/opiekunów do bycia z chorym w ostatnim okresie jego życia.

Warunkiem skuteczności działania zespołu geriatrycznego jest właściwy jakościowo dobór personelu. Pracownicy zaangażowani w opiekę nad pacjentem w podeszłym wieku powinni rozumieć i akceptować jej zasady oraz mieć odpowiednie kwalifikacje.

Zespołem geriatrycznym kieruje lekarz specjalista z geriatry, a w razie braku dostępu do geriatry specjalista w zakresie chorób wewnętrznych, posiadający doświadczenie w pracy z ludźmi w starszym wieku, z co najmniej kilkuletnim stażem pracy w zespole geriatrycznym, którym kierował lekarz specjalista geriatra. Pielęgniarka pracująca w zespole geriatrycznym, odpowiedzialna za opiekę i pielęgnację chorych, powinna mieć co najmniej pięcioletni staż pracy oraz ukończone kursy z zakresu pielęgniarstwa geriatrycznego lub opieki długoterminowej. Nieodzownym członkiem zespołu jest rehabilitant. W skład zespołu powinni również wchodzić okresowo lekarze innych specjalności (neurolog, psychiatra, urolog, ortopeda, reumatolog, kardiolog, hematolog, chirurg i inni) z przygotowaniem do opieki nad osobami starszymi, psycholog i rehabilitant oraz wolontariusze niebędący pracownikami służby zdrowia. W każdym zespole przynajmniej jeden lekarz i jedna pielęgniarka powinni być wyszkolonymi i doświadczonymi specjalistami w zakresie geriatry oraz, jeżeli jest to możliwe, dostępni co najmniej 8 godzin na dobę.

Specyfika opieki nad osobami w starszym wieku

Geriatrya obejmuje interdyscyplinarne i złożone problemy medyczne, takie jak:

- zespoły otępienne;
- zespoły zaburzeń świadomości — majaczenie, splątanie;
- zaburzenia zachowania;
- zespoły depresyjne i lękowe;
- zaburzenia stanu funkcjonalnego w zakresie czynności dnia codziennego;
- złożone problemy kardiologiczne u osób obciążonych wieloma chorobami;

- nietrzymanie moczu;
- upadki i zasłabnięcia;
- odleżyny;
- stany po uszkodzeniu ośrodkowego układu nerwowego (m.in. porażenie, niedowład, afazja);
- osteoporoza i osteomalacja;
- zmiany zwyrodnieniowe stawów;
- stany po złamaniach, w tym po złamaniu nasady bliższej kości udowej;
- przewlekła niewydolność oddechowa;
- zaburzenia motoryki przewodu pokarmowego (m.in. dysfagia, biegunki, zaparcia);
- odwodnienie i dyselektrolitemie;
- narządowe następstwa tętniczej i żyłnej niewydolności naczyń;
- zaburzenia endokrynologiczne (m.in. cukrzyca, choroby tarczycy);
- zawroty głowy i zaburzenia równowagi;
- zespoły pozapiramidowe;
- zespoły z autoagresji;
- niedokrwistości;
- zaburzenia odżywiania (ilościowe i jakościowe);
- zmiany w obrębie jamy ustnej i uzębienia;
- geriatryczne zespoły jatrogenne;
- uszkodzenia narządów wzroku i słuchu.

Zasady działania w geriatry

Działalność jednostek opieki geriatrycznej opiera się na następujących zasadach:

- profilaktyka przedwczesnego starzenia i schorzeń wieku podeszłego;
- rozpoznawanie, leczenie i rehabilitacja chorób występujących u ludzi starszych;
- łagodzenie objawów somatycznych;
- pomoc i edukacja chorego, rodziny i opiekunów;
- wsparcie psychiczne i społeczne.

Kompleksowa ocena stanu pacjenta, przeprowadzana przez wszystkich członków zespołu geriatrycznego, jest podstawą diagnozowania i leczenia w geriatry. Specyfika pracy personelu geriatrycznego wymaga nielimitowanego czasu porady, zwłaszcza wizyty domowej (często przekraczającym godzinę).

Korzystanie z różnych form opieki geriatrycznej wymaga skierowania lekarskiego, zgodnego z obowiązującymi przepisami o kierowaniu na leczenie szpitalne lub specjalistyczne. Lekarz rodzinny razem z pielęgniarką środowiskową powinien współpracować z zespołem geriatrycznym w terapii osób w wieku podeszłym i opiece nad nimi.

Miejsce sprawowania i formy opieki geriatrycznej:

- całodobowa opieka geriatryczna — oddział szpitalny/kliniczny;

- dzienny ośrodek opieki geriatrycznej — dzienny oddział szpitalny;
- ambulatoryjna opieka geriatryczna — poradnia geriatryczna;
- opieka domowa, w tym opieka w końcowej fazie życia — geriatryczny zespół opieki domowej przy poradni;
- geriatryczny zespół konsultacyjny w instytucjach leczniczych, opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych — wspierany przez poradnię i/lub oddział geriatryczny;
- konsultacje udzielane lekarzom rodzinnym i lekarzom innych specjalności.

Program edukacji w zakresie opieki i pielęgnacji osób w starszym wieku

Systematyczne podnoszenie kwalifikacji pracowników jest niezbędnym warunkiem skutecznej opieki. W tym celu przeprowadza się regularne spotkania członków zespołu, realizuje się specjalne programy edukacyjne wolontariuszy, programy szkoleniowe przeznaczone dla poszczególnych grup zawodowych oraz programy kształcenia zintegrowanego. Te ostatnie są przeznaczone dla wszystkich członków zespołu i obejmują zasady opieki nad ludźmi starszymi, jej aspekty etyczne i prawne. Ponadto kształcą umiejętność rozumienia stanu psychicznego osób w podeszłym wieku i ich rodzin, porozumiewania się z nimi, udzielania porad. Formy kształcenia pracowników obejmują wspólne spotkania, wewnętrzne kursy, seminaria oraz warsztaty z wykorzystaniem programów szkoleniowych przygotowywanych również przez inne jednostki. Realizacja opieki i pielęgnacji wymaga także wprowadzenia jednolitego systemu dokumentacji, który umożliwiłby ciągłość monitorowania dynamiki procesu starzenia się oraz wydolności czynnościowej organizmu, objawów chorobowych i efektów leczenia, jak również określania potrzeb psychosocjalnych osoby w podeszłym wieku.

Zapewnienie jakości i efektywności opieki nad osobami w starszym wieku

W celu poprawy skuteczności działania zespoły zajmujące się opieką nad ludźmi starszymi są zobowiązane do analizy prowadzonej działalności. Powinna ona obejmować:

- ocenę stanu strukturalno-organizacyjnego jednostki (zgodność ze standardami, spełnienie wymogów sanitarnych, system zarządzania, kwalifikacje personelu, wdrażana polityka jakości);
- ocenę zakresu działalności (prowadzone programy profilaktyki niesprawności, usprawniania, re-

habilitacji, receptariusz oddziału, prowadzona dokumentacja);

- ocenę wyników opieki (czasy pobytu, zakażenia wewnątrzszpitalne, wskaźniki umieralności);
 - ocenę satysfakcji pacjentów i ich rodzin/opiekunów.
- Ogólnym celem oceny jakości pracy zespołu geriatrycznego jest zapewnienie takich warunków, w których zakres opieki przynosi najkorzystniejsze efekty dla chorego, niezależnie od jego sytuacji ekonomicznej. Należy podkreślić, że czynny charakter opieki nad osobami w starszym wieku, jej wielokierunkowość oparta na współpracy pracowników służby zdrowia i pracowników pomocy społecznej, samorządu oraz organizacji pozarządowych jest istotną zasadą nowoczesnej opieki nad osobami w podeszłym wieku.

Normy

Zgodnie z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) na 100–120 tysięcy mieszkańców powinno być dostępnych około 20–25 miejsc na oddziałach stacjonarnych, 15–25 miejsc na oddziałach dziennych geriatrycznych oraz 1 poradnia (2 etaty lekarskie). Oddziały stacjonarne powinny stanowić odrębne jednostki organizacyjne, spełniać standardy — wymogi w odniesieniu do pomieszczeń, wyposażenia, liczby personelu i liczby mieszkańców zamieszkałych na danym obszarze (w promieniu ok. 30 km). Niezbędne jest dysponowanie odpowiednio wyszkolonym personelem, doświadczonym w sprawowaniu opieki nad osobami w starszym wieku.

Przewiduje się potrzebę zakontraktowania minimum 400–500/miesiąc (4800–6000/rok) lekarskich porad ambulatoryjnych i około 200/miesiąc (2400/rok) lekarskich wizyt domowych na 100 000 mieszkańców. Przewidywana liczba pielęgniarskich wizyt domowych wynosi około 500–600 miesięcznie (6000–7200 rocznie) na 100 000 mieszkańców. W opiece ambulatoryjnej pacjenci są przyjmowani z terenu dzielnicy miasta, powiatu lub gminy, natomiast opieka domowa dotyczy pacjentów miasta, na terenie którego działa ośrodek, i jego okolic w promieniu 30 km.

Poradnia geriatryczna — poradza ambulatoryjna

Poradnia zajmuje się profilaktyką i leczeniem chorób występujących u osób w starszym wieku. Podstawą diagnozowania i leczenia w geriatрії jest kompleksowa ocena geriatryczna.

Poradnia działa jako samodzielna jednostka organizacyjna lub w zespole poradni specjalistycznych. Proponowany obszar objęty opieką to powiat, dzielnica lub miasto liczące około 100–120 tysięcy mieszkańców.

Personel*:

- lekarze — przynajmniej 2 etaty; kierownik — lekarz specjalista geriatra lub lekarz specjalista II^o z chorób wewnętrznych w trakcie specjalizacji z geriatрії;
- personel pielęgniarski — 5–7 etatów, osoby przeszkolone w zakresie pielęgniarstwa geriatrycznego lub z kilkuletnim stażem na oddziale geriatrycznym;
- psycholog — 1 etat;
- rehabilitant — przynajmniej 1 etat, wskazane 2–3 etaty (ze względu na zespół opieki domowej);
- pracownik socjalny — 1/2 etatu lub inna forma zatrudnienia;
- ewentualnie wolontariusze (zespół opieki domowej).

*Normy docelowe.

Warunki lokalowe

Poradnia powinna być zlokalizowana na parterze lub w budynku z windą albo urządzeniami przystosowanymi do przemieszczania się osób niepełnosprawnych.

Pomieszczenia poradni**1. Zalecenia minimalne:**

- gabinet(y) lekarski(e);
- pokój zabiegowy;
- gabinet rehabilitacji i fizykoterapii;
- poczekalnia: krzesła, foteliki, domowy wystrój, zieleni, kwiaty, obrazy, stoliki, dostępność czasopism, materiałów informacyjnych, edukacyjnych, regał biblioteczny, książki;
- pomieszczenie pielęgniarki poradni geriatrycznej (kierującej pracą zespołu opieki domowej) oraz pielęgniarki rejestrarki: regał na dokumentację; komputer do prowadzenia rejestru chorych i monitorowania przebiegu porad, opieki i leczenia; szafka na leki; lodówka; sejf do przechowywania środków psychotropowych i opioidowych, sprzętu jednorazowego użytku;
- pomieszczenie dla pielęgniarek zespołu opieki domowej przeznaczone również do spotkań zespołów z poszczególnych rejonów organizowanych wspólnie z psychologiem, pracownikiem socjalnym, lekarzem odpowiedzialnym za dany obwód i wolontariuszami; pielęgniarka kierująca zespołem jest odpowiedzialna za przygotowywanie toreb z lekami i sprzętem dla pielęgniarek i lekarzy składających chorym wizyty.

2. Wskazane w miarę możliwości i potrzeb:

- pomieszczenie koordynatora wolontariuszy i psychologa — wspólne;
- magazyn sprzętu do wypożyczenia: infuzory bateriajne, nebulizatory, koncentratory tlenu, ssaki, sprzęt rehabilitacyjny, sprzęt higieniczno-pielęgnacyjny

(w tym materace przeciwoślężynowe), łóżka, podnośniki itp.;

- czytelnia, biblioteka wyposażona w sprzęt audio-wizualny, sprzęt do wyświetlania przezroczycy i folii, prowadzenia warsztatów — pomieszczenie na około 30 osób; szafa biblioteczna, stół, krzesła składane, zaciemnienie; w kosztach należy uwzględnić prenumeratę czasopism.

Warunki techniczno-lokalowe spełniające aktualne wymagania sanitarno-epidemiologiczne. Wszyscy pracownicy zespołu powinni być wyposażeni (w miarę możliwości) w telefony komórkowe oraz mieć możliwość korzystania ze środków transportu — samochodów służbowych.

Zespoły chorobowe i grupy schorzeń podlegające diagnozowaniu, leczeniu oraz rehabilitacji w poradni geriatrycznej i geriatrycznej opiece domowej są zawarte w wykazie nr 1.

Procedury diagnostyczne i terapeutyczne w poradni geriatrycznej

Procedury te obejmują porady specjalisty geriatрії, pielęgniarki, psychologa, pracownika socjalnego i rehabilitanta.

Czas trwania porady:

- pierwszorazowa porada lekarska — około 60–90 minut, kolejne porady lekarskie — około 30–40 minut;
- każde dodatkowe badanie diagnostyczne wykonywane w poradni (EKG, USG, RTG) — 15–30 minut;
- porada psychologa: pierwszorazowe badanie — 60–90 minut, kolejne — 30–60 minut;
- porada pracownika socjalnego — 15–30 minut;
- porada pielęgniarska — 15–30 minut;
- porada rehabilitanta — około 30 minut, kolejne — zależnie od wykonywanych zabiegów — 10–30 minut.

Szczegółowy zakres porad jest przedstawiony w wykazie nr 2.

Zakres badań diagnostycznych i konsultacyjnych w poradni geriatrycznej zawiera wykaz nr 3.

Procedury diagnostyczne, lecznicze, rehabilitacyjne i pielęgnacyjne przewidziane w poradni geriatrycznej są przedstawione w wykazie nr 4.

Wymagania sprzętowe (aparatura medyczna) w poradni

Obligatoryjnie:

- aparat EKG;
- aparaty do mierzenia ciśnienia tętniczego;

- sprzęt do udzielania pierwszej pomocy;
- glukometr;
- pulsoksymetr;
- waga lekarska.

Wskazane:

- defibrylator i kardiomonitor, urządzenia do doplerowskiego pomiaru przepływu tętniczego, zestaw holterowski, spirometr, audiometr, lampa szczelinowa i polomierz dla konsultantów; dostęp do badań laboratoryjnych, USG, endoskopii, RTG, tomografii komputerowej i badań histopatologicznych.

Poradnia geriatryczna współpracuje z:

- lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej;
- zakładami pielęgnacyjno-opiekuńczymi i opiekuńczo-leczniczymi;
- oddziałami szpitalnymi: geriatrycznym, internistycznym, neurologicznym, ortopedycznym, psychiatrycznym, okulistycznym;
- poradniami specjalistycznymi;
- zakładami rehabilitacji leczniczej;
- oddziałami dla przewlekle chorych;
- hospicjami lub poradniami (oddziałami) opieki paliatywnej.

Geriatryczny zespół opieki domowej — wizyta domowa

Geriatryczna opieka domowa sprawowana przez zespół opieki domowej stanowi integralnie, ściśle związaną z poradnią geriatryczną formę działalności. Zespół opieki domowej obejmuje stałą, holistyczną wiedzodyscyplinarną opiekę nad chorymi w starszym wieku, którym stan zdrowia lub ukształtowanie terenu oraz zabudowa nieprzystosowana do potrzeb osób niepełnosprawnych nie pozwalają na wyjście z domu i samodzielne przybycie do poradni. Są to osoby leżące lub poruszające się samodzielnie albo przy pomocy opiekunów wyłącznie w obrębie mieszkania. Zespół ten udziela wsparcia także rodzinom i opiekunom chorych, przygotowując ich do opieki nad niepełnosprawnym starszym członkiem rodziny.

Cele i zadania zespołu opieki domowej

Głównym celem działania zespołu opieki domowej jest uzyskanie poprawy jakości życia poprzez:

- diagnozowanie i leczenie istniejących patologii chorobowych w domu pacjenta;
- pomoc w zachowaniu korzystnego dla zdrowia trybu życia pacjenta poprzez wczesne wykrywanie u niego problemów geriatrycznych;
- zapobieganie pogłębianiu się niesprawności przez rehabilitację geriatryczną, poprawę psychofizycz-

nej kondycji chorego w wyniku odpowiednich działań naprawczych (fizykoterapia, terapia zajęciowa, rehabilitacja, psychoterapia);

- edukację pacjenta oraz rodziny/opiekunów w zakresie ograniczeń związanych z istniejącą chorobą. Ponadto zespół przeprowadza konsultacje specjalistyczne w innych jednostkach opieki medycznej na terenie jego działania.

Chory i rodzina otrzymują podczas każdej wizyty dokładne zalecenia pisemne dotyczące dalszego postępowania (leczenia) i są również informowani o zasadach prowadzenia domowej opieki geriatrycznej oraz możliwości dostępu do innych form terapii.

Skład geriatrycznego zespołu opieki domowej

Zespół opieki domowej tworzy się z personelu poradni geriatrycznej. Trzon zespołu stanowią: lekarz, pielęgniarka, rehabilitant, pracownik socjalny i psycholog. W miarę możliwości i potrzeb uzupełniają go wolontariusze i lekarze konsultanci współpracujący z poradnią.

Główną rolę w opiece domowej spełnia personel pielęgniarski — ze względu na częsty kontakt z podopiecznymi i ich rodzinami/opiekunami.

Zadania zespołu opieki domowej:

- rozpoznawanie potrzeb medyczno-opiekuńczych pacjenta;
- analiza zebranych informacji i ustalanie indywidualnych problemów chorego;
- planowanie zaspokajania stwierdzonych potrzeb medycznych;
- realizacji planu opieki (lekarzkiej, pielęgniarskiej, rehabilitacyjnej);
- ocena wyników i korekta działań;
- prowadzenie dokumentacji działań.

Planowanie opieki jest ważnym etapem w procesie opieki domowej. Obejmuje ono ustalenie celów opieki i określenie koniecznych zabiegów pielęgnacyjnych z uwzględnieniem indywidualnych potrzeb pacjenta i środków potrzebnych na ten cel. Plan postępowania ustalają: lekarz prowadzący chorego wraz z pozostałymi członkami zespołu opieki domowej, pielęgniarka, sam pacjent, rodzina i opiekunowie w porozumieniu z lekarzem rodzinnym oraz w razie potrzeby lekarzem konsultantem.

Zadania i rola personelu

Zadania pielęgnacyjne

Zabiegi pielęgnacyjne wykonywane przez pielęgniarkę są bardzo ważnym elementem opieki nad osobami w podeszłym wieku. Szczególne znaczenie dla prawidłowego postępowania z tymi pacjentami mają oce-

na stanu sprawności w zakresie samoobsługi (skala Barthel, *Activites of Daily Living* [ADL], *Instrumental Activities of Daily Living* [IADL]), ocena w zakresie badań przesiewowych oraz ocena stanu chorego w kierunku zagrożenia powstawania odleżyn. Dokonując takiej analizy, pielęgniarka może szybko i sprawnie określić, jakie czynności dnia codziennego pacjent jest w stanie wykonać samodzielnie, a w jakim stopniu jest uzależniony od pomocy osób drugich. Taka ocena pomaga ustalić plan opieki i jego sprawną realizację. Poza zabiegami pielęgnacyjnymi pielęgniarka nadzoruje realizację złożonej terapii, kontrolując podawanie leków. W podnoszeniu poziomu opieki istotne jest wspomaganie czynności życia codziennego z uwzględnieniem następujących: umiejętność samodzielnej toalety ciała, ubieranie się, załatwianie potrzeb fizjologicznych, czynności związane z prowadzeniem gospodarstwa domowego, przygotowanie i spożywanie posiłków oraz robienie zakupów. Kolejnym elementem opieki pielęgniarskiej nad ludźmi w starszym wieku jest ocena nasilenia objawów chorobowych. Pielęgniarka może dostrzec niekorzystne zmiany w funkcjonowaniu organizmu i zgłaszając to lekarzowi, może zapobiec pogorszeniu stanu zdrowia.

Zadania edukacyjne

Zadaniem poradnictwa dla pacjenta jest promowanie zdrowia, profilaktyka powikłań poprzez przekazywanie informacji na temat choroby i postępowanie pielęgnacyjne. Ma to umożliwić między innymi rozpoznawanie przez pacjenta i jego otoczenie nasilenia objawów lub nawrotu choroby. Informowanie i edukowanie pacjenta (w indywidualnie dobranej formie) ma spowodować jego aktywizację, zmniejszyć lęk przed nawrotem choroby i nauczyć radzenia sobie z trudnościami wynikającymi ze schorzenia i okresu starzenia się.

Ocena pracy zespołu

Ocena skuteczności pracy zespołu opieki domowej jest jednym z ważnych elementów jego pracy. Powinna być dokonywana systematycznie przez wszystkich uczestników zespołu, przy współudziale chorego i opiekunów. Ma to wpływ na dostrzeżenie własnych niedociągnięć i jest czynnikiem mobilizującym oraz wzmacniającym pozytywne zachowania, umożliwia też szybkie korygowanie stwierdzonych braków. Grupy schorzeń objętych leczeniem domowym obejmują wymienione w załączniku 1, dotyczą jednak chorych z głębokim upośledzeniem sprawności fizycznej i psychicznej, unieruchomionych z różnych względów

w domu. Przyczynami zaburzeń sprawności mogą być również niedowłady i porażenia w przebiegu chorób neurologicznych, ciężka niewydolność krążenia lub oddechowa, zaawansowane zespoły otępienne, wyniszczenie o różnej etiologii, rozległe owrzodzenia lub odleżyny, brak zrostów po złamaniach lub masywne zmiany zwyrodnieniowe stawów.

Czas oczekiwania

Chorzy zgłaszający się po raz pierwszy po wcześniejszym uzgodnieniu terminu:

- wizyta ambulatoryjna w poradni — porada lekarska — maksymalny czas oczekiwania — do 5 dni;
- porada pielęgniarska — do 2 dni;
- lekarskie wizyty domowe po wcześniejszym ustaleniu terminu — maksymalnie do 5 dni;
- pielęgniarska wizyta domowa — do 2 dni;
- konsultacje na oddziałach szpitalnych i w instytucjach opiekuńczo-leczniczych — do 3 dni (roboczych).

Wizyty kontrolne i wizyty pozostałych członków zespołu — w terminach uzgodnionych z chorym lub opiekunem.

Oddział geriatryczny stacjonarny

Oddział geriatryczny — kod resortowy 4060 według Rozporządzenia MZ z 27.03.2000 r. Dz.U., nr 30.

Charakterystyka jednostki

Oddział sprawuje kompleksową całodobową opiekę medyczną nad chorymi w podeszłym wieku. Zajmuje się profilaktyką, rozpoznawaniem, leczeniem i rehabilitacją schorzeń występujących u osób w starszym wieku; w szczególnych przypadkach diagnostyki zespołów z ubytkami funkcji poznawczych obejmuje opieką chorych po 60 roku życia. Dysponuje niezbędnym zabezpieczeniem technicznym i personelem o odpowiednich kwalifikacjach. Rozwój wiedzy o fizjologii i patofizjologii procesów starzenia oraz uwzględnienie specyfiki prowadzenia procesu diagnostyczno-leczniczego u osób w podeszłym wieku umożliwiło oddzielenie geriatry od dziedziny chorób wewnętrznych i poszerzenie jej o elementy psychiatrii, neurologii i rehabilitacji.

Personel

- Ordynator — lekarz specjalista w zakresie geriatry. Lekarze bez tej specjalizacji klinicznej nie mogą prowadzić oddziału geriatrycznego. Wymagana jest ponadto pisemna zgoda konsultantów krajowego i wojewódzkiego z geriatry przy zgłaszaniu kandydatur do obsady oddziału.

- Zespół lekarski: 1 lekarz na 10 łóżek, przynajmniej 2 etaty. Wskazane jest, żeby przynajmniej 1 lekarz posiadał specjalizację z geriatry lub był w trakcie specjalizacji.
- Psycholog — 1 etat (wskazana specjalizacja z psychologii klinicznej).
- Personel pielęgniarski — pielęgniarka oddziałowa, epidemiologiczna, zabiegowa i pielęgniarki zmianowe, minimalne zatrudnienie 1 etat na 2 łóżka (docelowo wskazany 1 etat na 1,5 łóżka). Konieczne przeszkolenie w zakresie pielęgniarstwa geriatrycznego lub kilkuletni staż na oddziale geriatrycznym.
- Magister lub technik rehabilitacji. Przynajmniej 1 etat na 20 łóżek.
- Technik fizjoterapeuta — 1 etat na 40 łóżek.
- Pracownik socjalny — 1/2 etatu lub inna forma zatrudnienia w stałym kontakcie z oddziałem.
- Dietetyk z funkcją prowadzenia edukacji dietetycznej chorych i rodzin.
- Sekretarka medyczna — 1/2 etatu lub inna forma zatrudnienia w stałym kontakcie z oddziałem.

Warunki lokalowe

- Budynek i pomieszczenia muszą spełniać aktualnie obowiązujące, określone odpowiednimi przepisami wymagania.
- Oddział może się mieścić w kompleksie szpitalnym, w którym znajdują się oddziały o innych profilach. Może również być zlokalizowany w niezależnym obiekcie funkcjonującym samodzielnie.
- Komunikacja wewnątrzoddziałowa powinna spełniać zasady wymagane dla ruchu osób niepełnosprawnych (brak barier architektonicznych). W komunikacji między kondygnacjami muszą się znajdować windy przystosowane dla osób niepełnosprawnych.
- Ciągi komunikacyjne i korytarze powinny być „opórczowane”. Obiekt w nocy powinien być zabezpieczony odpowiednim oświetleniem (np. przypodłogowym).
- W polu obserwacji nadzoru pielęgniarskiego musi się znajdować każda kondygnacja, na której przebywają chorzy.
- Każdy oddział geriatryczny musi mieć dostęp do pokoju zabiegowego zlokalizowanego w jego centrum.
- Oddział musi być wyposażony w pomieszczenie na świetlicę i jadalnię dla chorych.
- W każdym miejscu przebywania chorego docelowo powinna znajdować się sprawna instalacja przyzywowa.

- Na oddziale geriatrycznym wskazane są sale o mniejszej liczebności łóżek. W jednej sali powinno przebywać nie więcej niż 4 chorych.
- Każdy oddział geriatryczny powinien mieć zaplecze rehabilitacyjne dla chorych na nim przebywających.

Cele i zadania oddziału geriatrycznego

Oddział geriatryczny jest przeznaczony do wykonywania kompleksowych medycznych świadczeń zdrowotnych u chorych po 60 roku życia.

Celem pobytu chorego na oddziale geriatrycznym są:

- przywrócenie lepszego stanu zdrowia osoby objętej hospitalizacją w określonym przedziale czasu, a jeśli nie jest to możliwe ze względu na nieuleczalność choroby, poprawa stanu funkcjonalno-czynnościowego osoby chorej do wyższego poziomu, umożliwiającego opiekę w środowisku domowym;
- spowolnienie rozwoju przewlekłych procesów chorobowych oraz zapobieganie ich zaostrzeniom, tak by umożliwić jak najdłuższe funkcjonowanie chorego w jego środowisku domowym;
- poprawa komfortu życia w przypadkach schorzeń nieuleczalnych, postępujących;
- ustalenie stopnia nieodwracalności chorób przewlekłych. W przypadkach głębokich zaburzeń ustalenie wskazań do ewentualnego umieszczenia w ośrodku opieki długoterminowej;
- wtórna i trzeciorzędowa profilaktyka chorób u osób po 60 roku życia;
- edukacja chorych, ich rodzin oraz opiekunów dotycząca postępowania wobec choroby u pacjenta w starszym wieku i sposobu prowadzenia jego leczenia;

Oddział także spełnia funkcje konsultacyjne w zakresie geriatry dla innych oddziałów szpitalnych i dla jednostek lecznictwa otwartego.

Zasady przyjmowania, czas oczekiwania i leczenia

- Oddział nie pełni ostrych dyżurów z wyjątkiem oddziałów internistyczno-geriatrycznych, gdzie z izby przyjęć chorzy są kierowani na oddział zarówno geriatryczny, jak i internistyczny.
- Podstawą przyjęcia na oddział jest skierowanie lekarskie — zgodne z obowiązującymi przepisami o kierowaniu do szpitala — i obecność objawów lub schorzeń uzasadniających leczenie na oddziale geriatrycznym.
- Pacjent kierowany na oddział geriatryczny powinien spełniać kryterium wiekowe (ukończony 60 rż.)

- w uzasadnionych przypadkach (np. diagnostyka otępienia w młodszym wieku) mogą być przyjęte osoby młodsze.
- O przyjęciu chorego na oddział geriatryczny (również w szpitalu wieloprofilowym), w określonym terminie, decyduje ordynator lub lekarz pracujący na oddziale geriatrycznym, wyznaczony przez ordynatora oddziału.
- Maksymalny czas oczekiwania na hospitalizację nie powinien przekraczać 30 dni.
- Czas pobytu chorego na oddziale nie powinien przekraczać 21 dni.

Pozostałe warunki funkcjonowania oddziału

- Na oddziale geriatrycznym chory ma zapewniony stały całodobowy nadzór lekarski i pielęgniarski w miejscu, gdzie odbywa się leczenie. Nadzór lekarski dyżurowy może być pełniony również przez lekarzy mających odpowiednie kwalifikacje, niezatrudnionych na stałe na oddziale.
- Zalecana liczba łóżek oddziału pozostająca pod nadzorem ordynatorskim (jednej osoby) wynosi 20–40. Pod nadzorem lekarza prowadzącego nie powinno znajdować się więcej niż 10 chorych.
- W salach wieloosobowych powinny się znajdować ścienne przestony międzyłóżkowe lub parawany.
- Każdy oddział geriatryczny powinien mieć w swojej strukturze przyszpitalną poradnię geriatryczną gwarantującą kontynuację leczenia poszpitalnego dla chorych wymagających specjalistycznego nadzoru. Poradnia stanowi równocześnie punkt konsultacyjny dla jednostek podstawowej opieki zdrowotnej.
- Każdy oddział geriatryczny powinien mieć dostęp do pracowni radiologicznej, endoskopowej, ultrasonograficznej (jeśli nie należą do oddziału) i do dostęp do pracowni tomografii komputerowej.
- Każdy oddział geriatryczny powinien mieć dostęp do usług transportowych na wyjazdowe badania i przewóz do miejsca zamieszkania dla swoich chorych.
- Chorzy powinni mieć możliwość swobodnego korzystania z telefonu, ze świetlicy i z kaplicy.
- Wskazane jest, aby chorzy mieli do dyspozycji rekreacyjny teren zieleni w pobliżu szpitala, z którego będą mogli korzystać bez ograniczeń.
- Wskazane jest, by liczba łóżek w jednej sali nie przekraczała 4.
- Osobom leczonym na oddziale należy zapewnić możliwość kontakt z kapłanem lub wskazanym przez chorego duchownym.

Sprzęt, który powinien należeć do wyposażenia oddziału geriatrycznego

Wyposażenie podstawowe:

- defibrylator;
- kardiomonitor: zalecane 1 na 20 łóżek;
- pompy infuzyjne do 500 ml: przynajmniej 1 na 20 łóżek;
- aparat EKG (12 odprowadzeń): 1 na 20 łóżek;
- aparaty do pomiaru ciśnienia tętniczego;
- sprzęt do udzielania pierwszej pomocy — zestaw AMBU, zestaw do intubacji, dostęp do tlenu, ssak — przynajmniej 1 na 20 łóżek;
- glukometry;
- pulsoksymetr;
- łóżka o regulowanej wysokości z możliwością założenia drabinek;
- przyłóżkowe urządzenia rehabilitacyjne — przynajmniej 1 na 20 łóżek;
- wózki, parawany;
- materace przeciwoleżynowe, zmiennociśnieniowe — przynajmniej 1 na 10 łóżek;
- sprzęt rehabilitacyjny dostępny dla chorych i w pracowni fizykoterapii: balkoniki do nauki chodzenia, chodziki, pionizator do nauki chodzenia, wózki do przewożenia chorych, kule, drabinki, diadynamik, aparaty do ultradźwięków, jontoforezy, magneto- i laseroterapii, elektrostymulator TENS, lampa Solux.

Wyposażenie wskazane:

- doplerowski pomiar przepływu tętniczego, audiometr, lampa szczelinowa, oftalmoskop i polomierz dla konsultantów, spirometr, zestaw do wysiłkowego EKG, zestaw holterowski, urządzenie do całodobowego pomiaru ciśnienia tętniczego, dostęp do oznaczeń gazometrycznych, badań tomograficznych. Przy oddziale wskazany jest bieżący dostęp do pracowni USG, gastrokopii i RTG.
- Grupy schorzeń diagnozowanych i leczonych na oddziale geriatrycznym zawiera wykaz nr 5.
- Najczęściej stosowane na oddziale geriatrycznym procedury lekarskie, psychologiczne, pielęgniarskie i rehabilitacyjne przedstawiono w wykazie nr 6.
- Konsultacje — możliwość przeprowadzenia konsultacji specjalistycznej codziennie/całodobowo u następujących specjalistów:
- psychiatry;
 - ortopedy;
 - neurologa;
 - okulisty (docelowo dobór szkielek w trakcie pobytu na oddziale lub w poradni geriatrycznej);
 - laryngologa (docelowo audiogram w trakcie pobytu na oddziale lub w poradni geriatrycznej);
 - chirurga;
 - urologa;

- onkologa-hematologa (planowanie i korekta chemioterapii);
- kardiologa;
- ginekologa.

Instytucje, z którymi najczęściej współpracuje oddział geriatryczny:

- lekarz rodzinny;
- oddziały szpitalne z innych jednostek leczenia zamkniętego;
- ośrodki opieki społecznej i powiatowe centra pomocy rodzinie;
- zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze i zakłady opiekuńczo-lecznicze oraz oddziały dla przewlekle chorych;
- hospicja i ośrodki opieki paliatywnej;
- porządowe organizacje charytatywne.

Dzienny ośrodek opieki geriatrycznej

Ośrodek geriatryczny — oddział dziennego pobytu

Ośrodek dziennego pobytu sprawuje opiekę nad chorymi w starszym wieku (po 60 rż.), którzy są zdolni do samoobsługi.

Przewidywana liczba miejsc — 15–25/100 000 mieszkańców. Docelowo wskazany 1 ośrodek w mieście lub dzielnicy (ewentualnie w powiecie).

Lokalizacja ośrodka powinna umożliwiać dogodny dojazd środkami komunikacji. Docelowo zalecane jest dowożenie pacjentów specjalnym środkiem transportu należącym do ośrodka opieki geriatrycznej.

Oddział dzienny może być częścią kompleksu szpitalnego, poradni geriatrycznej lub samodzielną instytucją. Przyjęcie na oddział dziennego pobytu jest możliwe po wcześniejszym badaniu w poradni geriatrycznej lub po pobycie na oddziale geriatrycznym.

Personel

- Lekarz — 1/2–1 etat (w zależności od liczby chorych). Wskazany specjalista geriatra lub specjalista chorób wewnętrznych w trakcie specjalizacji z geriatry. Dopuszcza się możliwość prowadzenia oddziału dziennego przez lekarza w trakcie jednej z wymienionych specjalizacji i przynajmniej 3-letnim stażem pracy — w tym rok doświadczenia w opiece geriatrycznej (oddział lub poradnia).
- Personel pielęgniarstwa — 2–3 etaty, wskazane przeszkolenie w ośrodku prowadzonym przez specjalistę geriatrę.
- Terapeuci zajęciowi — 1–2 etaty, po odpowiednim przygotowaniu zawodowym.
- Rehabilitant, fizjoterapeuta — 1–2 etaty, technik lub magister.

- Psycholog — wskazane 1/4–1/2 etatu lub inna forma zatrudnienia.
- Pracownik socjalny, pracownik administracyjny, kierowca — zależnie od potrzeb i możliwości.

Cele i zadania dziennego oddziału geriatrycznego

Zadaniem ośrodka jest zaspokajanie zdrowotnych, psychosocjalnych i duchowych potrzeb chorych oraz poprawa jakości ich życia. Zadanie to wykonuje się poprzez szeroko rozumiane działania rehabilitacyjne (fizyczne, psychologiczne, socjalne, terapię zajęciową), jak również farmakoterapię.

Cele szczegółowe oddziału dziennego:

- poprawa (lub podtrzymanie) stanu czynnościowego, w stopniu umożliwiającym jak najdłuższe utrzymanie samodzielności i zdolności samoobsługi;
- spowolnienie rozwoju przewlekłych procesów chorobowych prowadzących do inwalidztwa;
- profilaktyka powikłań przewlekłych schorzeń wieku podeszłego;
- przystosowanie do starości i zmieniających się uwarunkowań społeczno-socjalnych;
- działalność edukacyjna.

Zalecane warunki lokalowe

Lokalizacja na parterze lub w budynku z windą, obiekt pozbawiony barier architektonicznych.

Pomieszczenia:

- gabinet lekarski;
- gabinet zabiegowy;
- pomieszczenie terapii zajęciowej;
- gabinet fizjoterapii i rehabilitacji, w miarę możliwości wskazana sala gimnastyczna;
- pomieszczenie rekreacyjne dla pacjentów (z fotelami i miejscami do odpoczynku w pozycji leżącej);
- świetlica;
- kuchnia i miejsce spożywania posiłków;
- szatnia, łazienka i toalety dla pacjentów;
- pomieszczenie socjalne (z toaletą) i szatnia dla personelu.

Zasady przyjmowania i czas leczenia

Na oddział są przyjmowani pacjenci, którzy ukończyli 60 lat, z przewlekłymi schorzeniami grożącymi utratą samodzielności. W uzasadnionych przypadkach (schorzenia w zespołach z polipatologią z dużą niesprawnością psychofizyczną) mogą to być osoby młodsze. Podstawą przyjęcia jest skierowanie lekarskie do szpitala (zgodne z obowiązującymi przepisami). Oceny wskazań do leczenia i wyznaczenia terminu przyjęcia dokonuje lekarz oddziału. Pacjent musi mieć zachowaną zdolność do samoobsługi, umożliwiającą funk-

cjonowanie w ośrodku (ocenę przeprowadza lekarz kwalifikujący chorego do przyjęcia).

Przewidywane czasy pobytu na dziennym oddziale geriatrycznym — 6–12 tygodni.

Pobyt chorego na oddziale — przynajmniej 6 godzin dziennie (zależnie od warunków pracy oddziału), we wszystkie dni robocze.

Czas oczekiwania na przyjęcie jest trudny do określenia, zależy od długości leczenia na oddziale i liczby zgłoszeń. Do schorzeń kwalifikujących się do leczenia na oddziale geriatrycznym dziennym należą wszystkie przewlekłe schorzenia wieku podeszłego niewymagające intensywnych działań diagnostycznych i terapeutycznych przy zachowanej zdolności pacjenta do samoobsługi. Przykłady podano w wykazie nr 8.

Procedury diagnostyczno-terapeutyczne i laboratoryjne:

- oddział mimo odrębnej specyfiki powinien być przygotowany do wykonywania pełnego zakresu procedur przewidzianych dla poradni geriatrycznej — wykazy 2 i 3.

Wymagania sprzętowe

Obligatoryjnie:

- aparat EKG;
- aparaty do mierzenia ciśnienia tętniczego;
- sprzęt do udzielania pierwszej pomocy;
- glukometr;
- waga lekarska.

Wskazane:

- aparat do oceny przyływu tętniczego (techniką Dopplera), dostęp do badań USG i RTG.

Sprzęt do fizykoterapii i rehabilitacji:

- sprzęt do elektroterapii: stymulatory, przezskórna stymulacja elektryczna (TENS, *transcutaneous electrical nerve stimulation*), prąd galwaniczny, diadynamik, jontoforeza;
- ultradźwięki;
- sprzęt do laseroterapii i/lub terapii polem magnetycznym;
- wskazany sprzęt do hydroterapii lub dostęp do pracowni wykonującej hydroterapię (masaże wiorowe, kąpiele czterokomorowe, bicz wodne itp.);
- sprzęt gimnastyczny: drabinki, materace, ławeczki gimnastyczne;
- wskazany stepper lub bieżnia, cykloergometr lub rower treningowy;
- zestawy do ćwiczeń rąk, rotory;
- drobny sprzęt: piłki, laski, bloczki itp.

Dostęp do konsultacji specjalistycznych i zakres współpracy z innymi instytucjami medycznymi — jak w poradni geriatrycznej.

Geriatryczny zespół konsultacyjny w instytucjach leczniczych, pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych

Z uwagi na fakt, że w szpitalach przebywa bardzo duży odsetek osób w podeszłym wieku, zespół ten oferuje specjalistyczne konsultacje dla tych pacjentów i wsparcie personelu medycznego, zapewnia również szkolenia. Główną rolą zespołu jest udzielanie porad personelowi medycznemu w zakresie diagnozowania i leczenia ludzi w starszym wieku. Zespół współpracuje ściśle z ordynatorem i personelem oddziału. Lekki zlecane przez konsultanta geriatrę przepisuje asystent oddziału. Rola i stopień aktywnego włączenia się i interwencji zespołu w opiekę i leczenie — postępowanie medyczne — są uzgadniane i uzależniane od aktualnej sytuacji chorego. Porad i informacji udziela się bezpośrednio personelowi medycznemu. Konsultacja odbywa się zazwyczaj w obecności lekarza leczącego; wizyta konsultacyjna może być jednorazowa, jeśli takie jest życzenie lekarza prowadzącego; ponowna wizyta wymaga kolejnego zlecenia. Zgłoszenia chorych dokonują lekarze leczący z różnych oddziałów, na przykład: chirurgii ogólnej, onkologii, chorób wewnętrznych, oraz lekarze konsultanci oddziałów opieki długoterminowej.

Podsumowanie

Specjalistyczna opieka medyczna nad osobami w starszym wieku — geriatra — wymaga dużej wiedzy, specyficznego podejścia do chorego i uwzględniania różnych, często pozamedycznych czynników wpływających na stan zdrowia chorego. Jest to wszechstronna, kompleksowa opieka, polegająca na wykonywaniu w bardzo kompetentny sposób czynności i realizowaniu zadań pozwalających zachować zdrowy tryb życia, zapobiegać chorobom oraz pomagać w odzyskiwaniu zdrowia i poprawiać komfort życia. Za pomocą szerokiego spektrum działań leczniczych, rehabilitacyjnych i opiekuńczych geriatra pomaga pacjentom w zachowywaniu samodzielności i niezależności w sferze somatycznej, psychologicznej i społecznej w takim stopniu i tak długo, jak to jest możliwe.

Opieka nad osobą w podeszłym wieku nie jest tania. Jednak w wymiarze całościowym fachowe i rozsądne wykonywanie odpowiednio dobranych procedur medycznych przez wyszkolony personel, pozwalające na wczesną diagnostykę i wdrożenie leczenia, jest tańsze niż długotrwałe hospitalizacje z powodu powikłań jatrogennych zespołów geriatrycznych. Przykładem może być choćby zestawienie kosztów diagnostyki i prewencji upadków z kosztami leczenia złamania szyjki kości udowej i jego następstw. Równie istotnym ele-

mentem zmniejszenia kosztów leczenia jest racjonalizacja farmakoterapii osób starszych. Jest to grupa chorych, w której polipragmatyzacja jest zjawiskiem bardzo powszechnym, wynikającym ze współistnienia wielu chorób. Prawidłowa profilaktyka umożliwia również zmniejszenie kosztów terapii, na przykład poprzez zmniejszenie częstości udarów mózgu oraz powikłań cukrzycy lub nadciśnienia tętniczego.

Bardzo istotnym elementem opieki geriatrycznej jest umiejętne diagnozowanie schorzeń występujących u osób starszych, ocena możliwości skorzystania z pomocy medycznej, wybranie najlepszego dla chorego modelu terapii z podkreśleniem roli leczenia i pomocy w warunkach domowych i w warunkach ambulatoryjnych oraz szkodliwości zbędnych i nieuzasadnionych hospitalizacji. Dotyczy to zwłaszcza diagnostyki i leczenia otępienia, które musi być prowadzone przez doświadczonych geriatrów w warunkach poradni geriatrycznej.

Ponadto, odpowiednio prowadzona rehabilitacja i opieka domowa opóźnia lub pozwala uniknąć inwalidztwa i nieporadności wymagających umieszczenia pacjenta w instytucjonalnych ośrodkach opiekuńczych. Działania te, obniżające koszty opieki nad osobami w starszym wieku, zwłaszcza trudne do dokładnego wyliczenia koszty pośrednie, wymagają jednak powstania specjalistycznych jednostek, w których fachowo przygotowany personel będzie mógł prowadzić racjonalne postępowanie medyczne.

Wykaz nr 1

Grupy schorzeń podlegające diagnozowaniu i leczeniu w poradni geriatrycznej.

1. Zespoły neurodegeneracyjne i psychiatryczne, choroby krążenia mózgowego i neurologiczne:

— diagnostyka przyczyn zespołów otępiennych i łagodnych zaburzeń pamięci (AAMI, *Age Associated Memory Impairment*), otępienia we wszystkich stadiach choroby u pacjentów chodzących, diagnostyka i leczenie zespołów depresyjnych, zaburzenia zachowania, organiczne zaburzenia osobowości, zespoły pozapiramidowe (w tym choroba Parkinsona), diagnostyka przyczyn zawrotów głowy, zaburzenia świadomości, przemijające niedokrwienie mózgu (TIA, *transient ischemic attack*) i stany po udarach mózgu.

2. Choroby układu sercowo-naczyniowego:

— zastoinowa niewydolność krążenia, nadciśnienie tętnicze, hipotensja z następstwami niedokrwieniami, choroba niedokrwienna serca, w tym przewlekła niewydolność wieńcowa, zaburzenia rytmu serca bez następstw hemodynamicznych, tętnia-

kowatość lub tętniak serca i dużych naczyń, przewlekła niewydolność tętnicza kończyn w przebiegu miażdżycy, przewlekła niewydolność żylna i tętnicza (również z owrzodzeniami), zakrzepowe zapalenie żył powierzchownych.

3. Choroby metaboliczne, endokrynologiczne, hematologiczne i z autoagresji:

— cukrzyca (w tym świeżo rozpoznana typu 2 i powikłania cukrzycy), diagnostyka wola, nadczynność lub niedoczynność tarczycy, diagnostyka guzka tarczycy, diagnostyka i leczenie niedokrwistości, kontynuacja leczenia hematologicznego, alergię (w tym uczulenie na leki — dobrane preparatu niealergizującego), choroby reumatoidalne.

4. Choroby przewodu pokarmowego:

— choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy i zaostrenia przewlekłego nieżytu żołądka lub dwunastnicy po weryfikacji gastroskopowej, marskość wątroby, przewlekłe zapalenie trzustki, przewlekłe zapalenie jelit, nowotwory jelita grubego, żołądka, trzustki; nowotwory przerzutowe wątroby.

5. Choroby układu moczowego:

— ostre zakażenia odmiedniczkowe nerek, ostre zakażenie pęcherza moczowego, przewlekłe objawowe zakażenie układu moczowego, gruczolak prostaty, zaostrenia przewlekłego zapalenia prostaty, impotencja, przewlekła niewydolność nerek bez leczenia nerkozastępczego.

6. Zespoły geriatryczne:

— geriatryczny zespół jatrogenny, diagnostyka zespołu polimetabolicznego, nietrzymanie moczu i stolca, diagnostyka upadków, zaburzenia wzroku, np. jaskra, i słuchu (kontynuacja leczenia po specjalistycznej diagnostyce).

7. Choroby układu kostno-stawowego:

— zaawansowana choroba zwyrodnieniowa z silnym odczynem zapalno-bólowym, ostry zespół bólowy kręgosłupa (włącznie z objawami korzeniowymi), osteoporoza i jej powikłania, stany po złamaniach kości, zapalenia stawów.

8. Choroby układu oddechowego i laryngologiczne:

— zaostrenie przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, zespół astmatyczny, zapalenie oskrzeli pozaszpitalne, nowotwory pierwotne i przerzutowe płuc.

Wykaz nr 2

1. Porada lekarska — udzielenie porady w poradni geriatrycznej obejmuje:

— wywiad geriatryczny, obejmujący poza wywiadem internistycznym również elementy wywiadu środowiskowego:

- a) wywiad od opiekuna — pozwalający na przykład u pacjenta z otępieniem na weryfikację danych uzyskanych od chorego;
- pełne badanie internistyczne poszerzone o:
 - a) ocenę hipotonii ortostatycznej, stanowiącej jeden z podstawowych czynników ryzyka upadków (pomiar ciśnienia w pozycji leżącej, po ok. 15 minutach leżenia i kolejny pomiar po pionizacji),
 - b) ogólne badanie neurologiczne;
- ocenę nastroju i zaburzeń depresyjnych (np. Geriatryczna Skala Depresji);
- ocenę funkcji poznawczych — badanie przesiewowe w kierunku otępienia (np. test MMS i test zegara);
- ocenę sprawności funkcjonalnej (wg Skali ADL, IADL lub skali Barthel);
- analizę wyników badań dodatkowych;
- ewentualne zlecenie dodatkowych konsultacji specjalistycznych i badań diagnostycznych (EKG, USG, RTG, endoskopowe, densytometria);
- ustalenie rozpoznania;
- omówienie z chorym i/lub opiekunem istoty choroby i sposobu jej leczenia;
- zapisanie zaleceń dla chorego — wydaje się pacjentowi lub opiekunowi;
- wypisanie recept;
- wskazana jest osobna rozmowa z opiekunem, na przykład w przypadku otępienia czy depresji, dotycząca postępowania z chorym oraz włączająca opiekuna w proces leczenia;
- zalecenia rehabilitacyjne i dietetyczne;
- monitorowanie przebiegu terapii — w tym ocena nasilenia objawów chorobowych i ewentualnych działań niepożądanych i ubocznych leków;
- porady telefoniczne;
- prowadzenie dokumentacji lekarskiej.
- 2. Porada pielęgniarska:
 - zbieranie wywiadu;
 - badanie przedmiotowe;
 - ustalenie diagnozy i postępowania pielęgniarskiego;
 - interwencyjne podanie leków;
 - edukacja rodziny;
 - wydanie zaleceń dla chorego i opiekunów;
 - prowadzenie dokumentacji.
- 3. Porada psychologa:
 - rozmowa z chorym i rodziną lub osobami opiekującymi się;
 - wykonanie niezbędnych badań neuropsychologicznych (np. diagnostyka otępienia, depresji);
 - ustalenie problemów i potrzeb psychologicznych;
 - określenie zakresu ewentualnego wsparcia;

- udzielenie wsparcia (psychoterapia);
- prowadzenie dokumentacji.
- 4. Porada pracownika socjalnego:
 - rozmowa z chorym, rodziną i opiekunami;
 - ustalenie potrzeb i zakresu wsparcia socjalnego;
 - udzielenie możliwego wsparcia;
 - prowadzenie dokumentacji.
- 5. Porada rehabilitanta:
 - wywiad i badanie przedmiotowe chorego;
 - określenie stopnia niesprawności fizycznej;
 - ustalenie zakresu i sposobu prowadzenia rehabilitacji;
 - prowadzenie zajęć i zabiegów rehabilitacyjnych;
 - prowadzenie dokumentacji.

Wykaz nr 3

Zakres najczęściej zlecanych badań laboratoryjnych (których dostępność powinna być zapewniona) w poradni geriatrycznej:

- OB, morfologia krwi, rozmaz, płytki krwi, retikulocyty;
 - stężenie glukozy we krwi na czczo i w 60–120 minut po posiłku;
 - badanie ogólne moczu;
 - aktywność transaminaz, fosfatazy zasadowej, GGTP, CPK, LDH;
 - stężenie kreatyniny, mocznika, klirens kreatyniny;
 - stężenia: sodu, potasu, wapnia, żelaza (lub TIBC);
 - stężenie cholesterolu (całkowity, LDL, HDL), triglicerydów, CRP, CK MB, troponiny;
 - stężenie białka całkowitego, elektroforeza;
 - protrombina (INR), fibrynogen, czas kaolinowo-kefalinowy;
 - hemoglobina glikowana lub fruktozamina, PSA, CEA;
 - stężenie B₁₂ i kwasu foliowego;
 - badanie mikrobiologiczne moczu, plwociny, wydzielin z ran;
 - HBs, anty HCV, TSH, fT4, T3.
- Inne badania diagnostyczne:
- RTG płuc, kości, urografia;
 - USG (jamy brzusznej, echokardiografia, tarczycy);
 - EKG;
 - panendoskopia, rektoskopia;
 - densytometria;
 - tomografia komputerowa.
- Inne czynności medyczne:
- psychoterapia;
 - zabiegi rehabilitacyjne (w tym kinezyterapia);
 - działania edukacyjne — w tym edukacja dietetyczna dostosowana do indywidualnych potrzeb chorego.

Specjaliści, których konsultacje poradnia powinna mieć zapewnione:

- neurolog;
- okulista;
- psychiatra;
- laryngolog;
- ortopeda;
- urolog;
- stomatolog.

W razie potrzeby poradnia powinna współpracować z lekarzami następujących specjalności:

- kardiolog;
- hematolog;
- onkolog;
- chirurg;
- specjalista medycyny paliatywnej;
- ginekolog;
- pulmonolog;
- endokrynolog.

Wykaz nr 4

Procedury diagnostyczne i terapeutyczne wykonywane w poradni lub w domu chorego przez lekarza lub pielęgniarkę:

- monitorowanie terapii wraz z oceną nasilenia objawów chorobowych;
- ocena sprawności funkcjonalnej na podstawie specjalistycznych skal;
- pomiar ciśnienia tętniczego;
- badanie *per rectum*;
- pomiar ciepłoty ciała;
- oznaczenie bilansu wodnego;
- pobieranie krwi żyłnej do badań;
- pobieranie wymazu;
- pobieranie moczu do badania;
- wykonanie badania EKG;
- zapobieganie odleżynom;
- monitorowane, nowoczesne leczenie odleżyn, zmiana opatrunków, pielęgnacja przeciwoleżynowa przy zastosowaniu programu monitorowania;
- chirurgiczne zaopatrzenie odleżyn;
- oznaczanie saturacji krwi przy użyciu pulsoksymetru;
- przygotowywanie i podawanie leków doustnych, domięśniowych, dożylnych i doodbytniczych;
- zakładanie zestawów typu „motylek” do długotrwałego podawania płynów;
- zakładanie dojsć dożylnych;
- obsługa dojsca centralnego dożylnego (w tym portów), przygotowywanie i podawanie leków;
- obsługa pomp infuzyjnych;

- ciągle kontrolowana sedacja u chorych z trudnymi do opanowania objawami (duszność, pobudzenie psychomotoryczne);
- wykonywanie zabiegów przyłóżkowych, zmiany pozycji ciała i pielęgnacji oraz współdziałanie przy transporcie chorego, po podaniu środków analgetycznych;
- infuzje dożylnie glukozy i płynów elektrolitowych;
- prowadzenie żywienia pozajelitowego;
- prowadzenie leczenia wziewnego np. nebulizacją;
- prowadzenie pielęgnacji i leczenia zmian w obrębie jamy ustnej oraz bolesnego połykania;
- prowadzenie żywienia przez zgłąbnik, przetoki żołądkowe;
- założenie sondy żołądkowej;
- karmienie chorego z zaburzeniem połykania;
- wykonywanie wlewk doodbytniczych leczniczych i przeczyszczających, wykonanie ręcznego wydobycia stolca;
- przezcewkowe opróżnienie pęcherza moczowego i zakładanie cewnika do pęcherza moczowego;
- płukanie pęcherza;
- płukanie pochwy;
- opatrywanie owrzodzeń żyłakowych;
- zakładanie opatrunków w przypadku krwawień;
- stosowanie kompresów chłodzących i rozgrzewających;
- prowadzenie edukacji chorego i członków rodziny w zakresie obsługi zestawu typu „motylek”, wenflonów, przygotowywania leków ampułkowych i doustnych, obsługi pomp infuzyjnych, profilaktyki i leczenia odleżyn, postępowania w sytuacjach nagłych;
- wymiana worka stomijnego;
- kąpiel chorego;
- zabiegi higieniczne i pielęgnacyjne (w tym wymiana bielizny osobistej);
- wymiana środków higienicznych jednorazowego użytku (pieluchy, tampony, cewniki zewnętrzne);
- dokonywanie zmian pozycji ciała, przenoszenie chorego przy użyciu podnośnika.

Procedury rehabilitacyjne:

- uruchamianie chorego w łóżku;
- uruchamianie chorego poza łóżkiem, wysadzanie na fotel, na wózek sedesowy, pionizacja, wyrowadzanie do toalety, na balkon;
- prowadzenie rehabilitacji ruchowej i oddechowej;
- nauka korzystania z wózka inwalidzkiego;
- gimnastyka oddechowa;
- rehabilitacja ruchowa — kinezyterapia (gimnastyka, ćwiczenia, masaże), zabiegi fizykoterapeutyczne;
- ocena zagrożenia upadkiem.

Procedury edukacyjne — instruktaż, wypożyczenie sprzętu:

- instruowanie chorych i opiekunów w zakresie sposobu użytkowania sprzętu higienicznego;
- edukacja w zakresie diety, stosowania odżywek;
- wypożyczenie pacjentom do domu: koncentratorów tlenu, pomp infuzyjnych, materacy przeciwodleżynowych, sprzętu higienicznego, rehabilitacyjnego;
- zaopatrywanie chorych w środki do prowadzenia pielęgnacji, sprzęt jednorazowego użytku, leki, odżywki;
- prowadzenie edukacji członków rodziny, opiekunów połączonej z przekazywaniem materiałów informacyjnych i instrukcji, dotyczących przebiegu chorób, specjalistycznej pielęgnacji oraz leczenia objawowego;
- podawanie szczegółowych informacji na temat możliwości uzyskania pomocy;
- edukacja pracowników służby zdrowia.

Procedury wykonywane przez pracownika socjalnego w ramach poradni lub wizyty w zakresie opieki domowej:

- rozpoznawanie potrzeb socjalnych pacjentów i ich rodzin (rozmowy, wywiad rodzinny);
- tworzenie, we współpracy z rodzinami, indywidualnych programów wsparcia oraz pomoc w ich realizowaniu;
- udzielanie zindywidualizowanej, dostosowanej do aktualnych potrzeb pomocy, również wyręczanie w trudniejszych sprawach;
- pomoc w uzyskiwaniu świadczeń z pomocy społecznej oraz w organizowaniu usług opiekuńczych;
- prowadzenie szeroko pojętej działalności informacyjnej na temat możliwości uzyskania porad z zakresu praw pacjenta, uprawnień wynikających z przepisów o ubezpieczeniu społecznym, pomocy społecznej, prawa pracy, prawa rodzinnego i opiekuńczego, prawa emerytalno-rentowego, prawa cywilnego, poszukiwanie różnych możliwości uzyskania pomocy i wsparcia — instytucjonalnej, ze strony organizacji pozarządowych i współdziałanie z nimi;
- gromadzenie oraz pomoc w korzystaniu z materiałów dotyczących aktualnej sytuacji prawnej pacjentów i ich rodzin w czasie choroby i osierocenia;
- działalność szkoleniowo-edukacyjna.

Procedury realizowane przez psychologa w ramach wizyty w zakresie opieki geriatrycznej, wykonywane w poradni lub w domu pacjenta:

- psychologiczna ocena pacjenta i osób odpowiedzialnych za opiekę, za pomocą wywiadu, rozmowy;

- sporządzanie indywidualnej diagnozy psychologicznej, obserwacje w warunkach domowych;
- psychoterapia bezpośrednia: odreagowująca, racjonalna, relaksacyjna, wizualizacja, podtrzymująca, wspierająca;
- psychoterapia pośrednia: rodziny w czasie trwania choroby pacjenta, rodziny w okresie przeżywania żałoby;
- współpraca psychologa z lekarzem, pielęgniarką, pracownikiem socjalnym, wolontariuszem; działania wspierające — zabezpieczające przed zespołem „wypalenia” — wśród członków zespołu geriatrycznego;
- działalność szkoleniowo-edukacyjna.

Inne procedury:

- prowadzenie spotkań rodzin z lekarzem, pielęgniarkami, pracownikiem socjalnym, psychologiem w celu przygotowania rodziny do opieki nad chorym, rozwiązywania aktualnych problemów oraz pomocy w pokonywaniu stresu związanego ze świadomością zbliżającego się zgonu bliskiej osoby;
- prowadzenie rozmów — wspierających, informacyjnych — z chorym i rodziną;
- muzykoterapia;
- wszelkiego rodzaju terapia kreatywna prowadzona przez terapeutę zajęciowego;
- zajęcia psychoterapeutyczne prowadzone przez psychologa.

Wykaz nr 5

Grupy diagnoz w placówce geriatrycznej.

W poszczególnych grupach podano jednostki chorobowe najczęściej spotykane na oddziale geriatrycznym.

1. Choroby układu sercowo-naczyniowego
 - Niewydolność serca:
 - ostra niewydolność serca;
 - przewlekła zastoinowa niewydolność serca.
 - Nadciśnienie tętnicze i jego powikłania:
 - zespół dysregulacji ciśnienia tętniczego (hipotensja ortostatyczna, popoślukowa, nagłe wahania ciśnienia tętniczego);
 - następstwa niedokrwienne hipotonii;
 - nadciśnienie tętnicze z przełomami lub niewydolnością lewej komory.
 - Choroba niedokrwienne serca:
 - przewlekła niewydolność wieńcowa;
 - zaostrzona niewydolność wieńcowa;
 - ostra niewydolność wieńcowa;
 - stany po zawałach serca;
 - zaburzenia rytmu serca;
 - zaburzenia rytmu komorowe.

- Zaburzenia rytmu nadkomorowe:
 - zaburzenia rytmu z następstwami hemodynamicznymi;
 - migotanie przedsionków — diagnostyka i leczenie, profilaktyka powikłań zatorowych;
 - zespoły MAS (Morgagniego-Adamsa-Stokesa) przed wszczepieniem rozrusznika.
- Inne choroby serca:
 - kardiomiopatie;
 - zapalenie mięśnia sercowego/wsierdzia;
 - tętniakowość lub tętniak serca, dużych naczyń.
- Choroby naczyń:
 - przewlekła niewydolność tętnicza kończyn w przebiegu miażdżycy;
 - podostra niewydolność tętnicza kończyn w przebiegu miażdżycy;
 - przewlekła niewydolność żylna kończyn bez owrzodzeń;
 - przewlekła niewydolność żylna kończyn z owrzodzeniami podudzi;
 - zakrzepowe zapalenia żył powierzchownych lub głębokich kończyn.
- 2. Choroby metaboliczne, endokrynologiczne, hematologiczne i z autoagresji
 - Niedawno rozpoznana cukrzyca typu 2;
 - Cukrzyca typu 2 z powikłaniami narządowymi wymagającymi leczenia;
 - Cukrzyca niewyrównana;
 - Posteroidowa niewydolność kory nadnerczy;
 - Choroby tarczycy (nadczynność, niedoczynność, wole, guzki, nowotwory);
 - Choroby przysadki.
- 3. „Zespoły geriatryczne” — diagnostyka i leczenie
 - Geriatryczny zespół jatrogeny;
 - Chory gorączkujący z niejasnych przyczyn;
 - Diagnostyka wysokiego OB;
 - Nieprawidłowe wyniki badań laboratoryjnych;
 - Diagnostyka zespołu polimetabolicznego;
 - Zespół odwodnienia i/lub dyselektrolitemii;
 - Odleżyny do leczenia szpitalnego;
 - Nietrzymanie moczu i/lub stolca;
 - Postępujący spadek masy ciała;
 - Przebyte duże zabiegi operacyjne z niegojącymi się ranami;
 - Przygotowanie chorego po 70 roku życia do zabiegu operacyjnego;
 - Diagnostyka upadków.
- 4. Choroby układu kostno-stawowego
 - Zaawansowana choroba zwyrodnieniowa z silnym odczynem zapalno-bólowym;
 - Przebyte złamania w obrębie układu kostno-stawowego;
- Stan po amputacji kończyny do rehabilitacji;
- Stan po upadku z politraumatycznym zespołem bólowym;
- Stan unieruchomienia do rehabilitacji;
- Osteoporoza/osteomalacja ze złamaniami lub niedawnymi deformacjami kostnymi;
- Ostry zespół bólowy z objawami korzeniowymi w odcinkach: szyjnym, piersiowym bądź lędźwiowym kręgosłupa.
- 5. Zespoły neurodegeneracyjne i psychiatryczne. Choroby krążenia mózgowego i neurologiczne
 - Diagnostyka przyczyn zespołu otępiennego i łagodnych zaburzeń pamięci (AAMI);
 - Otępienia — ustalenie postępowania terapeutycznego, leczenie schorzeń współistniejących;
 - Diagnostyka i leczenie zespołu depresyjnego bez prób samobójczych;
 - Zaburzenia zachowania;
 - Diagnostyka zaburzeń świadomości;
 - Zespoły pozapiramidowe (w tym choroba i zespół Parkinsona);
 - Wodogłowie normotensyjne — zespół Hakima;
 - Przemijające niedokrwienie mózgu (TIA);
 - Diagnostyka przyczyn zawrotów głowy.
- 6. Choroby nowotworowe — diagnostyka, ewentualnie kontynuacja leczenia po ustaleniu terapii przez onkologa, leczenie schorzeń współistniejących.
- 7. Choroby układu oddechowego i laryngologiczne
 - Zaostrzenie przewlekłej obturacyjnej choroby płuc;
 - Zespół i stan astmatyczny;
 - Diagnostyka krwiopłucia;
 - Zakażone rozstrzenia oskrzeli;
 - Zdekompensowane serce płucne;
 - Zapalenie płuc — pozaszpitalne;
 - Szpitalne zapalenie płuc;
 - Ostre zapalenie oskrzeli — pozaszpitalne;
 - Chory z ostrą infekcją oskrzelowo-płucną w przebiegu leczenia immunosupresyjnego;
 - Zapalenie zatok i inne zapalenia górnych dróg oddechowych niepoddające się leczeniu ambulatoryjnemu.
- 8. Choroby reumatoidalne
 - Reumatoidalne zapalenie stawów;
 - Dna moczanowa.
- 9. Choroby przewodu pokarmowego
 - Choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy;
 - Ostre polekowe owrzodzenie przewodu pokarmowego;
 - Zaostrzenie nieżytu żołądka lub dwunastnicy po weryfikacji gastroscopowej;
 - Marskość wątroby;

- Zaostrzenie zapalne dróg żółciowych w przebiegu kamicy;
 - Przewlekłe zapalenie trzustki;
 - Obecność płynu w brzuchu o nieustalonej etiologii;
 - Diagnostyka biegunki lub innych dolegliwości dyspeptycznych;
 - Podostra niedrożność jelit (bez wskazań do leczenia chirurgicznego);
 - Przewlekłe zapalenia jelit;
 - Uchyłkowatość jelita grubego z okresami zaostrzeń zapalnych;
 - Przetoka odżywcza, stomia jelitowa wymagająca leczenia szpitalnego z powodu powikłań wynikających z niedoboru wielu składników odżywczych;
 - Diagnostyka krwawienia z przewodu pokarmowego (bez wskazań do leczenia chirurgicznego).
10. Choroby układu moczowego
- Ostre odmiedniczkowe zapalenie nerek;
 - Ostre zapalenie pęcherza i dróg moczowych;
 - Przewlekłe objawowe zakażenie układu moczowego;
 - Przerost i guz prostaty;
 - Zaostrzenia przewlekłego zapalenia prostaty;
 - Diagnostyka krwimoczu;
 - Impotencja;
 - Kamica nerkowa, moczowodowa lub pęcherzowa;
 - Zaostrzenie przewlekłej niewydolności nerek;
 - Ostra i przewlekła niewydolność nerek bez leczenia nerkozastępczego.
11. Choroby hematologiczne, zaburzenia krzepnięcia
- Niedokrwistości — diagnostyka i leczenie;
 - Choroby rozrostowe układu krwiotwórczego (szpiczak mnogi, chłoniaki, białaczki).
12. Zaburzenia wodno-elektrolitowe
- Dyselektrolitemie polekowe oraz niezależne od leków odwadniających i wymiotów;
 - Diagnostyka hipokalcemii i hiperkalcemii;
 - Zespoły odwodnienia i przewodnienia.
13. Kolagenozy i inne choroby z autoagresji.
14. Alergie i uczulenie na leki.

Wykaz nr 6

Wykaz najczęściej stosowanych podstawowych procedur lekarskich i psychologicznych:

- Wywiad geriatryczny;
 - Badanie przedmiotowe — internistyczne i neurologiczne;
 - Ustalenie planu prowadzonej diagnostyki i leczenia;
 - Ustalenie rozpoznania wstępnego;
 - Zlecenie badań laboratoryjnych;
 - Zabiegi diagnostyczne: nakłucia jam ciała, narządów i zmian patologicznych z pobraniem materiału do badania histopatologicznego;
 - Wykonanie badań diagnostycznych (EKG, USG, echokardiografia, RTG, tomografia komputerowa, badania endoskopowe, densytometria, spirometria, EKG wysiłkowy);
 - Wykonanie testów przesiewowych w kierunku zaburzeń poznawczych i depresji (skale: MMS, GDS, ADL, test zegara, test łączenia punktów);
 - Pełne badanie neuropsychologiczne;
 - Ustalenie zakresu i sposobów działań psychologicznych (interwencja kryzysowa, psychoterapia — rodzaj, częstotliwość);
 - Analiza wyników badań dodatkowych;
 - Zlecenie konsultacji specjalistycznych i innych badań diagnostycznych;
 - Praca w zespole terapeutycznym; indywidualny program leczenia dla chorego (farmakoterapia, psychoterapia, zabiegi pielęgnacyjne, fizjoterapia);
 - Monitorowanie przebiegu leczenia, badania kontrolne;
 - Ustalenie ostatecznego rozpoznania;
 - Plan rehabilitacji z pisemnymi wskazówkami;
 - Omówienie z chorym lub opiekunem istoty choroby i sposobu jej leczenia;
 - Zapisanie zaleceń w karcie dla chorego — wydaje się pacjentowi do domu;
 - Wypisanie recept;
 - Wypisanie wniosku na zaopatrzenie ortopedyczne;
 - Rozmowa z opiekunem — w wypadku około połowy badanych i hospitalizowanych chorych;
 - Zalecenia dietetyczne szpitalne i poszpitalne;
 - Kontrola w poradni geriatrycznej.
- Procedury pielęgniarstwa wykonywane w szpitalnej placówce geriatrycznej:
- Iniekcje domięśniowe, podskórne, śródskórne;
 - Iniekcje dożylnie;
 - Założenie leku do oka, ucha, nosa;
 - Założenie kaniuli dożylniej;
 - Wlew dożylny;
 - Wykonanie próby biologicznej;
 - Przetoczenie krwi pod kontrolą lekarza;
 - Podłączenie pompy infuzyjnej;
 - Podanie tlenu;
 - Cewnikowanie pęcherza;
 - Płukanie pęcherza;

- Założenie sondy żołądkowej;
- Wymiana — opróżnienie worka na mocz;
- Lewatywa, kroplówka doodbytnicza;
- Pomoc przy pobraniu wycinka, ambulatoryjnym zabiegu chirurgicznym;
- Założenie i zmiana opatrunku;
- Bandażowanie;
- Zakładanie okładów, kompresów, przymoczek, maści;
- Gimnastyka oddechowa;
- Odsysanie dróg oddechowych;
- Nacieranie pleców i oklepywanie;
- Toaleta przeciwodleżynowa;
- Zapewnianie bezpieczeństwa/zakładanie barierki;
- Monitorowanie pacjenta zagrożonego upadkiem;
- Podawanie leków;
- Zmiana bielizny pościelowej i osobistej;
- Ścielenie łóżka;
- Kąpiel pod nadzorem w łazience;
- Mycie chorego;
- Podawanie miski z wodą i przyborów toaletowych;
- Podmywanie krocza;
- Mycie głowy;
- Obcinanie paznokci;
- Podawanie miski z preparatem grzybobójczym do moczenia stóp;
- Toaleta jamy ustnej;
- Pomoc w czyszczeniu, myciu i dezynfekcji sztucznej szczęki;
- Golenie twarzy i okolic łonowych;
- Pomoc w przemieszczaniu się do toalety;
- Podawanie i odbieranie basenu, kaczki;
- Zmiana pieluchomajtek;
- Karmienie i pojenie chorego;
- Karmienie przez zgłębnik;
- Pomiar temperatury;
- Pomiar tętna;
- Pulsoksymetria;
- Pomiar ciśnienia tętniczego;
- Ważenie chorego;
- Pomiar obwodów;
- Wykonywanie EKG;
- Monitorowanie akcji serca;
- Pomiar glikemii na glukometrze;
- Pobranie krwi z żyły na badania;
- Przygotowanie surowicy do badania;

- Pobranie wydzielin i wydaliny na badanie;
- Edukacja pacjenta;
- Edukacja rodzin;
- Doraźne interwencje na wezwanie;

Procedury fizjoterapeutyczne i rehabilitacyjne

- Kinezyterapia — program ćwiczeń rehabilitacyjnych ustalany przez rehabilitanta.
- Gimnastyka — ćwiczenia bierne i czynne (oddechowa, zapobieganie przykurczom i odleżynom, aktywizująca).
- Masaże.
- Fizykoterapia: diadynamik, jontoforeza, laseroterapia, magnetoterapia, ultradźwięki, Solux, elektrostymulacja, tens, prądy interferencyjne, prądy Traberta, prądy Kotza — zależnie od potrzeb i możliwości.

Wykaz nr 7

Rodzaje najczęściej zalecanych badań laboratoryjnych:

- OB, morfologia krwi obwodowej, rozmaz, płytki krwi, retikulocyty;
- stężenie cukru we krwi na czczo i w 60–120 minut po posiłku;
- test doustnej tolerancji glukozy;
- badanie ogólne moczu, liczba Addisa;
- wydalanie Na, K i Ca z moczem;
- aktywność transaminaz, fosfatazy zasadowej, LDH, GGTP, CPK, CK MB, troponiny;
- stężenie kreatyniny, mocznika, klirens kreatyniny;
- stężenie Na, K, Ca, P, Fe;
- stężenie cholesterolu z frakcjami, triglicerydów, CRP, bilirubiny;
- stężenie białka, elektroforeza, stężenie albumin;
- INR, protrombina, czas trombinowy, czas K-K, fibrynogen;
- hemoglobina glikozylowana lub fruktozamina;
- PSA, CEA, stężenie B₁₂ i kwasu foliowego;
- badanie mikrobiologiczne moczu, plwociny, żółci, wydzieliny z rany, płynu z jam ciała;
- HBS, Hbe, anty HCV, TSH, fT4, T3, przeciwciała ANA i inne, immunoelektroforeza;
- krzywa wchłaniania Fe;
- ocena mielogramu;
- metabolity katecholamin w moczu;
- kortyzol w dobowej zbiorce moczu.